

Tanatología del Siglo XXI *Thanatos*



Estructura y Dinámica Familiar de
Pacientes con Cáncer Avanzado

Aborto Espontáneo y Duelo

Y Después de la Separación
Que?.....



Psicología Gerontología Trabajo Social Psicopedagogía Derecho

¿Estudiar en Domingo?
Con nosotros... es posible!

**Conoce nuestras
opciones de estudio:**

- De lunes a jueves
- Un día a la semana
- En sábado
- En Domingo

Plantel Montevideo:
Avenida Montevideo No. 625 y 635,
Col. San Bartolo Atepehuacan,
Del. Gustavo A. Madero,
C.P. 07730, México, Distrito Federal.
Tels. 5119 5950 - 5752 7860

Plantel Tlalpan:
Calzada de Tlalpan No.1471,
Col. Portales, Del. Benito
Juárez, C.P. 03300, México,
Distrito Federal.
Tels. 5243 0643 - 2594 4902

INICIOS Enero 2015

Mensualidad : \$ 1,350.-

PROMOCIONES

OCTUBRE 100% Descuento en inscripción
NOVIEMBRE 50% Descuento en inscripción
DICIEMBRE 30% Descuento en inscripción

Psicología
Gerontología
Trabajo Social
Psicopedagogía
Derecho

www.impo.org.mx

DIRECTORIO

EDITOR RESPONSABLE
Marco Antonio Polo Scott

DIRECTORA DE PUBLICIDAD
DISEÑO Y EDICIÓN
Ana María Rico Cárdenas

DISEÑO GRÁFICO
Ivonne Cabrera Déciga

CORRECCIÓN DE CONTENIDOS
Leticia Salinas Hernández
Laura Báez Galindo

OPINIONES Y SUGERENCIAS
marcoapolos@hotmail.com

INFORMES Y SUSCRIPCIONES
difusion.impo@hotmail.com
Tels.: 5752 – 7860 5243 – 0643

DERECHOS RESERVADOS
Marca Registrada THANATOS
ISSN 2007-3232
VOLUMEN 18

TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI THANATOS, Año 6, No.18, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2014, es una publicación cuatrimestral, editada por el Instituto Mexicano de Psicooncología S.C., Av. Montevideo No. 635, 1er. Piso, Col. San Bartolo Atepehuacan, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07730, México, D.F., teléfono 5752 7860, marcoapolos@hotmail.com, www.impo.org.mx, Editor responsable: Marco Antonio Polo Scott. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2009-120113514900-102. Licitud de Título y Contenido No. 14808, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Impresa por REGRADI, S.A. de C.V., Mendelssohn No. 142, Col. Vallejo, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07870, México, D.F., éste número se terminó de imprimir el 8 de septiembre del 2014 con un tiraje de 5,000 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del editor.

El editor considera sus fuentes como confiables, sin embargo puede haber errores en la exactitud de los datos, por lo que sus lectores utilizan su información bajo su propio riesgo.

El editor, la casa editorial, los empleados, los colaboradores o los asesores no asumen responsabilidad alguna por el uso del contenido editorial o de los anuncios que se publiquen dentro de la revista.

Todo material empleado para su publicación no será devuelto, y se entiende que se puede utilizar en cualquier publicación, y que cede todo su derecho para utilizarlo, editarlo, citarlo y comentarlo, en cualquier tipo de publicación.



**4 Estructura y Dinámica Familiar de
Pacientes con Cáncer Avanzado**

26 Aborto Espontáneo y Duelo

**33 Y Después de la Separación
Que?.....**

Estructura y Dinámica Familiar de Pacientes con Cáncer Avanzado

Por: Selene Guzmán Castellanos
Leticia Huertas Ascencio
Silvia Allende Pérez

Se realizó un estudio descriptivo – retrospectivo en el periodo comprendido de enero del 2011 a febrero del 2012, en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología – México en donde fueron incluidos 70 pacientes con distintos tipos de cáncer en etapa terminal y sus familias que los acompañaron durante el proceso de enfermedad. El objetivo fundamental fue valorar la tipología de las familias de los pacientes con el fin de estudiar y describir la demografía, desarrollo, integración y composición de las mismas. Para reunir los datos se utilizó el expediente electrónico del Instituto Nacional de Cancerología de cada paciente, información que fue capturada por el departamento de Trabajo Social. Los resultados obtenidos fueron, que las familias que acompañan a pacientes terminales en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología se caracterizan por ser nucleares, modernas y urbanas.

Palabras clave: familia, paciente, enfermedad, paliativos.

Abstract

A descriptive - retrospective study was conducted in the period January 2011 to February 2012 in the Palliative Care Unit of the National Cancer Institute - Mexico where they were included 70 patients with different types of end-stage cancer and their families who accompanied them during the disease process. The main objective was to assess the types of families of patients in order to study and describe the demographics, development, integration and composition thereof. To collect data the electronic file of the National Cancer Institute for each patient was used. This information was captured by the Department of Social Work. The results were that the families that accompany terminal patients in the Palliative Care Unit of the National Cancer Institute are characterized by nuclear, modern and urban.

Keywords: families, patient, disease, palliative.

Introducción

En México cerca de cada diez defunciones registradas en 2007 se debieron principalmente a siete causas de muerte, en donde los tumores malignos ocupan el 14.6% de defunciones femeninas y el 11.1% masculinas (www.inegi.gob.mx 2009).

La tasa de mortalidad es de 14.3 muertes cada 100 mil mujeres de 25 años y más. Las entidades con mayores tasas son Chiapas (21.8), Oaxaca y Veracruz (21.69) y Campeche (21.2).

El cáncer de pulmón, tráquea y bronquios ocupa el primero de los tumores malignos, con el 10.3% de éstos, mientras que el cáncer de mama es la primera causa de muerte en las mujeres (13.8%) un poco por encima del cáncer cervicouterino (12.1%). La tasa de defunción por esta causa es de 16.4% por cada 100 mil mujeres de 25 años o más. Por Estado destacan Baja California Sur, Coahuila, Colima, el Distrito Federal entre otros (www.inegi.gob.mx 2009).

Asimismo la principal causa de muerte en la población masculina corresponde al cáncer de próstata 15.7%. La tasa de incidencia por esta causa de

muerte es de 19.2 defunciones por cada 100 mil varones en las mismas edades que la población femenina (www.inegi.gob.mx 2009).

En el 2010 los tumores malignos ocupan la tercera causa de muerte de mujeres y hombres. Aunque los órganos y tejidos del cuerpo que se ven afectados por esta complicación difieren, en las mujeres los principales tumores malignos son de mama, cuello del útero y del hígado y vías biliares intrahepáticas, a diferencia de los hombres que se relacionan con tumores de la próstata, tráquea, bronquios y del pulmón (www.inegi.gob.mx 2009).

Mesquita Melo, Magalhães, De Almeida, Carvalho e Mota (2007), afirman que las reacciones de desesperación frente al descubrimiento de la enfermedad pueden estar asociadas a la falta de conocimiento sobre la enfermedad, así como también al miedo a la pérdida del ser querido. Por esto es importante que la familia esté implicada en el proceso de tratamiento, para que ocurra una minimización de estos sentimientos negativos.

Sin embargo al comunicar a la familia el diagnóstico de la enfermedad y ésta intentar aceptar la pérdida inminente se empiezan a producir una serie de ajustes en las relaciones con el paciente; la adaptación de los sentimientos va a depender mucho de cómo se produjeron adaptaciones ante pérdidas y conflictos previos. A medida que la enfermedad progresa, los cambios de roles crean una nueva dinámica familiar que puede ayudar a afrontar el fin, esto incluye relaciones más honestas y que habitualmente mejoran los vínculos afectivos pero a veces pueden darse otras respuestas como: incomunicación entre los familiares; sobreprotección; protagonismos de última hora de personas ausentes a lo largo del proceso.

Estas declaraciones demuestran que el cáncer es visto como una enfermedad sin cura, asociada a la muerte y/o con poca o ninguna posibilidad de cura, aunque se tenga conocimiento de los avances tecnológicos que pueden proporcionar mayores posibilidades de cura y una mayor calidad en la sobre – vida de los pacientes. Se puede percibir también la deficiencia en las orientaciones a los familiares, muchas veces dejados de lado en el tratamiento del paciente.

En el caso de los pacientes crónicos, su enfermedad requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Ello conlleva en ocasiones situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el personal sanitario no está atento a ello. La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso de fortalecer sus lazos.

Para Fuertes & Maya (2001) citado por Sabbeth B, Leventhal JM (1984), en otras situaciones con pacientes crónicos la familia en cambio toma distancia a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse por la vía del divorcio, la institucionalización o la muerte. Para Fuertes & Maya (2001) citado por Klein RF, Dean A, Bogdonoaff MD (1967), los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo. Es por ello fundamental el apoyo del equipo de salud pues hay muchos pacientes que desearían morir en casa y podrían hacerlo si la familia contase con los recursos apropiados y supiese que va a tener el apoyo sanitario que precise (Fuentes & Maya, 2001).

Tomando en cuenta que un criterio de salud mental es la adecuada percepción de la realidad externa, se cree que el sistema familiar es susceptible de ser evaluado, estando la familia reunida en su totalidad o a través de uno de los miembros de ella que manifiesta su propia percepción de la misma. Una familia funciona como un sistema abierto, en donde existe una interacción constante entre cada uno de sus miembros y los sistemas extra familiares; funcionando como un sistema completo, por lo que el comportamiento de cada uno de sus miembros tiende a influenciar y a estimular a los demás, por lo que no se puede dar una buena atención al paciente con enfermedad terminal si no se tiene en cuenta a la familia ya que ésta es un elemento clave para el cuidado de sus necesidades físicas y emocionales.

La OMS en 1994, define a la familia como una unidad biopsicosocial, integrada por un núcleo variable de personas ligadas por vínculos de

consanguineidad (parentesco), matrimonio y/o pareja estable que viven en un mismo hogar.

Para Cabrera & Ferraz (2010) citado por De La Revilla (1994) la familia desde su formación pasa por una serie de etapas, que constituyen el Ciclo Vital Familiar, intercaladas por “crisis” como sucede en la adolescencia o cuando un miembro de la misma padece una enfermedad.

La relación de la familia con el proceso de salud - enfermedad es innegable, la familia constituye el centro de la sociedad y el centro de cada uno de los miembros, razones por las cuales todo lo que suceda en ella estarán estrechamente relaciona con el paciente y su proceso de enfermedad.

Para muchas familias, el diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida de un miembro es su primera gran confrontación con la muerte. Asimismo para los cuidadores primarios de pacientes paliativos, el impacto físico, emocional, financiero y social de cuidar a un familiar moribundo puede ser acentuado por las cargas sociales como las restricciones de tiempo personal, alteraciones de las rutinas y el tiempo libre disminuyen. La familia por tanto es un sistema que a su vez se compone de subsistemas (conyugal, paterno- filial, fraternal,) sin embargo toda la familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas (composición, desarrollo, demografía, integración y ocupación) y la importancia de conocer todas estas particularidades radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad. (Mendoza Solís, Soler, Sainz, Gil, Mendoza & Pérez, 2006).

Para Barrios, Alvarado & Montero citado por Rolland (2000) existen demandas del propio paciente y éstas variarán dependiendo de factores propios de la enfermedad, como la severidad del proceso, del grado y el tipo de incapacidad, del pronóstico de vida, del curso de la enfermedad, de los protocolos de tratamiento químico y sus efectos secundarios, del dolor y de los síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados por la enfermedad.



MAESTRÍAS

Dirigidas a todas las personas interesadas en el tema con nivel de estudios de Licenciatura



Instituto Mexicano de Psicooncología

"CIENCIA, EFICIENCIA, HUMANISMO Y ESPIRITUALIDAD"

Inicios Enero 2015

Tanatología

Psicooncología

Psicoterapia Transpersonal Integrativa

PROMOCIONES

OCTUBRE	50%	Descuento en inscripción
NOVIEMBRE	30%	Descuento en inscripción
DICIEMBRE	15%	Descuento en inscripción

www.impo.org.mx

Plantel Montevideo:
Avenida Montevideo No. 625 y 635,
Col. San Bartolo Atepehuacan,
Del. Gustavo A. Madero,
C.P. 07730, México, Distrito Federal.
Tels. 5119 5950 - 5752 7860

Plantel Tlalpan:
Calzada de Tlalpan No.1471,
Col. Portales, Del. Benito
Juárez, C.P. 03300, México,
Distrito Federal.
Tels. 5243 0643 - 2594 4902

Para Barrios et al citado Velasco y Sinibaldi (2001) afirma que cuando se presenta una enfermedad en la familia se modifica su estructura y dinámica; ya que se alteran las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación, en donde quedan vacíos las funciones familiares, lo que genera un desequilibrio en la familia.

Para Barrios et al citado por Rolland (2000) propone un modelo sistémico de la enfermedad, bajo el supuesto de que se crea un sistema complejo a partir de la interacción de la enfermedad con el individuo, la familia y los sistemas biopsicosociales; aborda áreas del funcionamiento familiar en donde se puede evaluar el impacto de la enfermedad crónica.

Por otra parte Barrios et al citado por Baider (2003) menciona que “La confrontación de un diagnóstico de cáncer, o su reaparición, crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y restricciones en el comportamiento, con la necesidad de desarrollar otras habilidades y capacidades frente a problemas no conocidos hasta entonces por la familia”. Además señala que se afectan los dominios del funcionamiento emocional, instrumental y social de la familia; lo que pondrá a prueba la efectividad de la familia para reorganizarse, adaptarse y utilizar los recursos que estén a su disposición. De acuerdo con Barrios et al citado por Velasco y Sinibaldi (2001) “mientras más funcional sea la familia, tendrá mayor posibilidad de enfrentar mejor el diagnóstico de una enfermedad crónica” (p. 1).

La realidad de la familia con pacientes en estado terminal obliga a crecer mucho más rápido como personas, pero más como familia, porque hay muchas más oportunidades de servicio económico, espiritual, social y psicológico que se presentan y que permiten un cambio en el rol de vida normal. Los factores que influyen en los problemas de las familias para que se altere la convivencia diaria son: El factor económico necesario en las tareas de traslado a instituciones de salud, en la compra de los elementos necesarios para el cuidado básico y de los medicamentos que requiera el paciente. El factor social porque debe recibir la mayor atención por parte de cada uno de los familiares y de aquellos que hacen parte del nexo social. El factor emocional se ve afectado en la parte afectiva por la variedad de caracteres en cada uno de los miembros del núcleo familiar. Y el factor

espiritual, ante la presencia de un familiar con enfermedad terminal, también se ve afectado, porque cada uno de sus miembros reacciona de forma diferente ante el ser superior. Dichos factores están influenciados por la no aceptación de la enfermedad, ello implica que las circunstancias se vuelvan cada vez más difíciles, porque las demandas y necesidades en la asistencia al paciente suponen un mayor esfuerzo, De acuerdo con Tortosa (1999) “la disminución de tiempo y miembros de la familia que se dedican al cuidado implica que se distribuya la carga familiar”, cabe mencionar y de acuerdo con Segura (1999) “cuando el paciente está ubicado en área rural hay poca facilidad para el desplazamiento, lo que implica cambios en la disponibilidad para atenderlo adecuadamente” Además cuando en las familias no hay diálogo en las situaciones difíciles, tienden a aislarse, incluso a desintegrarse a no sentir la necesidad de unos por otros y a recargar la labor social en el cónyuge o el hijo más allegado. La persona de la familia elegida se encuentra entre los 25 y 40 años de edad, que no tiene obligaciones familiares, que no cumple horario laboral, que tiene la salud para dedicarse al paciente, es decir cumple con todas las condiciones necesarias para este tipo de trabajo domiciliario.

Como afirma Merchán (2012) “cuando en la familia no hay colaboración oportuna el paciente capta que es una carga, percibe que su situación indisponde, lo que causa otra preocupación más y le resta bienestar dentro de su limitación pues produce más sufrimiento” (p. 55).

Por otro lado los miembros familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la larga trayectoria de la enfermedad; ésta afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso el sentido de vida. La confrontación de esta experiencia crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y constricciones en el comportamiento de cada individuo con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas no aprendidos y no conocidos hasta ahora. Ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación, ambigüedad, pérdida de control

reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia. Se puede describir el proceso de ajuste familiar frente al cáncer como un proceso continuo, multi-complejo de un ciclo de cambios inesperados e incontrolados. La enfermedad puede percibirse entonces como potenciales de peligro de desintegración o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de cada miembro familiar (Baider, 2003).

Benítez del Rosario, Salinas, Martín y Martínez del Castillo (2002) afirman que la familia es una parte esencial en la medicina paliativa, pues contribuye a cuidar al afectado, por lo cual esta tiene que recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados, para no influir negativamente en la evolución del paciente. Así mismo, la familia constituye un foco principal de atención, de modo que se debe fomentar la entrevista, el intercambio de información entre este grupo social y el equipo de salud, así como ofrecer todas las facilidades posibles al efecto. Los aspectos sociales son significativos ya que incluyen desde los aspectos económicos hasta la presencia de una red social de apoyo para el cuidado físico y soporte emocional del paciente y de la familia. La valoración familiar incluye, entre otros: a) la estructura familiar disponible para la realización de los cuidados; b) la capacidad de adaptación para asumir el cuidado del paciente y hacer frente a la crisis, y la presencia de problemática en el funcionamiento familiar; c) valoración de los aspectos afectivos, reacciones emocionales y expectativas sobre el cuidado y lugar de la muerte; d) el grado de sobrecarga física-psíquica derivada del cuidado y de la ejecución de las tareas inherentes a la etapa del ciclo vital; e) la presencia de psicopatología, y f) la detección de factores de riesgo para un duelo patológico.

En el estudio realizado por Pérez y Rodríguez (2006) se observó que el 80% de los grupos familiares explorados, se percibe como preparado para afrontar el proceso de enfermedad que deben asumir a partir del diagnóstico de cáncer en uno de sus integrantes, argumentándolo básicamente por la característica de unidad en sus dinámicas familiares. Sin embargo entre aquellos que no se valoraron como preparados para esta nueva situación, que constituyen el 20% del total de las familias exploradas, mayormente se refieren a la ausencia de metas

de unión familiar como explicación fundamental a este interrogante (16%). Sólo una familia expresó que la falta de experiencia para asumir múltiples roles, era la causa principal que los hacía no sentirse preparados para hacerle frente a ésta situación.

La cohesión, la buena comunicación y la efectividad, como se muestra constituyen características que forman parte de los recursos internos para afrontar la enfermedad de las familias estudiadas. Como vemos, en este estudio la cohesión está presente en el 84% de las familias (21 casos), la comunicación en un 76% (19 respuestas) y la efectividad en 17 familias que representan un 68% del total. Con respecto a los recursos externos con que contaron las familias estudiadas, se puede apreciar que sólo una de ellas (4%) negó haber recibido algún recurso para encarar la enfermedad, mientras que el 96% (24 familias) reconoce que recibió apoyo externo tanto material (medicamentos, alimentación, transporte y dinero) para poder satisfacer las demandas y necesidades en esas esferas, como humanos por parte de otros familiares, vecinos, compañeros de trabajo, equipo de salud, para brindar atención, compañía y cuidados al enfermo.

En el mismo estudio se observa que la ayuda material ocupa los mayores porcentajes, los que se refieren a proporcionar a las familias medicamentos que el enfermo necesita (54.1%) y dinero para sufragar gastos nuevos de la familia relacionados con recursos para el enfermo (41.6%). Aparecen a continuación con igual porcentaje (29.1%) la ayuda alimentaria y el transporte. En el orden de los recursos humanos las familias refieren a toda una serie de personas: los vecinos (en el 66.6%), otros parientes (58.3%), personal de salud (45.8%), compañeros de trabajo tanto del paciente como de familiares de primera línea (41.6%) y amigos (37.5%). Estos resultados corroboran nuestra idiosincrasia; en nuestra cultura los vecinos entre sí llegan a desarrollar fuertes lazos afectivos y funcionan muchas veces como si fueran familias y se observa al profesional de la salud con una participación no del todo activa, quizás porque como personas, no escapa del sentido cultural y humano que tiene esta enfermedad. En la investigación se encontró que los parientes que claudicaron fueron los hijos del paciente portador de la patología oncológica, sin poder establecer comparaciones con otros estudios

Diplomados 2015



Centro de
Tanatología y
Terapia de Duelo



Tanatología con enfoque humanista

Plantel Montevideo

Miércoles 4 febrero
16:00 a 20:00 hrs.

Plantel Tlalpan

Martes 17 febrero
16:00 a 20:00 hrs.

Duración: 8 meses



Hipnosis

Plantel Montevideo

Viernes 20 de febrero
9:00 a 13:00 hrs.

Duración: 9 meses



Terapia de juego para niños y adolescentes con enfoque humanista

Plantel Montevideo

Miércoles 15 de abril
16:00 a 20:00 hrs.

Plantel Tlalpan

Jueves 12 marzo
16:00 a 20:00 hrs.

Duración: 6 meses



Abordaje psicosocial del suicidio

Plantel Montevideo

Jueves 18 de junio
16:00 a 20:00 hrs.

Duración: 6 meses



Habilidades clínicas

Plantel Montevideo

Martes 17 de marzo
16:00 a 20:00 hrs.

Plantel Tlalpan

Jueves 22 de enero
16:00 a 20:00 hrs.

Duración: 6 meses



Terapia de pareja y sexualidad

Plantel Montevideo

Miércoles 6 de mayo
16:00 a 20:00 hrs.

Duración 6 meses



Psicopatología

Plantel Montevideo

Jueves 15 de enero
16:00 a 20:00 hrs.

Duración 6 meses

Inscripción: \$ 750.- Mensualidad: \$ 750.-

www.centrodetanatologia.com

Plantel Montevideo

Avenida Montevideo No. 625 y 635,
Col. San Bartolo Atepehuacan,
Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07730,
México, Distrito Federal.

Tels. 5119 - 4106 / 5752- 7860 / 6393 - 1100

Plantel Tlalpan

Calzada de Tlalpan No. 1471, Col. Portales,
Del. Benito Juárez, C.P. 03300, México,
Distrito Federal.

Tels. 5243 - 0643 / 2594 - 4902

por no encontrar alguno que aborde este tema. Sin embargo pueden incidir en las conductas de estos hijos, otros factores como las características de las relaciones padres – hijos y la comunicación y efectividad expresadas previas al proceso de enfermar.

Tejeda (2011), realizó un estudio donde se efectuó una intervención educativa dirigida a los cuidadores familiares. En donde se reflejó que antes de la intervención educativa predominaba la instrucción inadecuada en un 95%, lo cual cambió positivamente luego del curso educativo en un 90%. El conocimiento sobre la comunicación fue inadecuada en el 90% antes de la intervención pero después de realizada, se observaron cambios favorables en el 85%. Asimismo se identificó que en el 75% de ellos era inadecuado el conocimiento sobre el cumplimiento del plan terapéutico, sin embargo en el 80% se mostraron adecuados conocimientos del plan terapéutico después de la intervención.

En otro estudio que se efectuó por Cabrera y Ferraz (2010) en el que se quería conocer el impacto que tiene esta enfermedad en la familia del paciente y su repercusión en la dinámica familiar de 17 pacientes y 10 familiares. Los resultados muestran que en un 70% de familias nucleares se efectuó un impacto significativo en las mismas ante la existencia del cáncer. De los 17 pacientes, 11 integran una familia nuclear. Cinco pacientes viven solos por viudez, teniendo el apoyo del resto de la familia. En cuanto a las actividades laborales antes del diagnóstico de cáncer 10 tenían trabajo y durante el tratamiento oncoespecífico solo 2 de los enfermos mantuvieron la actividad laboral. Trece de los pacientes refirieron percibir el apoyo y lo relacionaron a una mejor recuperación y motivación para seguir en los tratamientos. Dentro de los miembros de la familia que más apoya al paciente en orden descendente están los cónyuges (n: 4), hermanos (n: 3) e hijos (n: 2). En cuanto a la dinámica familiar antes del diagnóstico de la enfermedad, 7 de los encuestados respondieron que sus familias son funcionales y en relación a la reacción de la misma frente al diagnóstico de cáncer, en 3 de ellas la repercusión es elevada, en 5 es leve y en 2 no hubo repercusiones.

Costa y Ballesteros (2010,) realizaron un estudio de revisión teórica sobre

determinados aspectos que ayudan a identificar características asociadas a la respuesta adaptativa al cáncer. Al estudiar otras variables socio – demográficas, como diferencias de género en la calidad de vida, tampoco se encontró un acuerdo entre los diferentes estudios. Quizá si se profundizara en las discrepancias de resultados según el género, habría que considerar la localización del tumor como una variable que media en la manifestación de los valores de calidad de vida.

El grado de formación académica parece tener una acción más clara que la anterior variable. Así el bajo nivel educativo predice peor calidad de vida en los pacientes de cabeza y cuello, sin embargo el tener menos años de formación educativa se ha asociado con mayor malestar emocional en mujeres con cáncer de mama y en hombres con cáncer de próstata.

Respecto a la influencia del estado marital sobre la calidad de vida esta no ofrece resultados definitivos, sin embargo las mujeres con cáncer de mama casadas al compararlas con el grupo de no casadas obtiene peores nivel en los índices generales de calidad de vida. Cabe mencionar que estar casado en los hombres muestra relaciones positivas con la supervivencia, entendiendo que el estado marital es propiciador de conductas saludables en los hombres. De las variables socio - demográficas el estado marital parece una de las que puede modular el nivel de malestar emocional, si actúa como proveedor de apoyo social durante el tratamiento oncológico.

Justificación

Con el presente estudio se buscó principalmente describir la tipología de las familias de los diferentes estados de la República Mexicana que acompañan a un paciente oncológico en fase terminal en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología del Distrito Federal.

Asimismo se pretende determinar factores en la esfera familiar que pudieran favorecer los tratamientos paliativos o de lo contrario afectar la atención del paciente y su proceso de enfermedad.

Método

El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología en la Unidad de Cuidados Paliativos y con el apoyo del Departamento de Trabajo Social del mismo Instituto de donde se obtuvieron los números de expedientes comprendidos en el período de enero del 2011 a febrero del 2012.

Se realizó una investigación descriptiva con un diseño no experimental, retrospectivo - transversal. Se realizó estadística descriptiva a través del programa SPSS versión 18.0.

Población

Se revisaron e identificaron los datos demográficos y la composición de 70 familias de pacientes con cáncer en fase terminal a través del expediente electrónico, mismos que acudieron a la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.

Resultados

Dentro de los resultados encontrados la Tabla 1 muestra que el cuidador primario en el 28.6% y 25.7% de los casos el cuidador responsable es la hija o hijo del paciente enfermo respectivamente, los cual concuerda con el tipo de desarrollo de la familia, toda vez que al ser familias modernas se caracterizan por contar con la capacidad para intercambiar u ocupar el rol que el paciente tenía cuando se encontraba sano.

Tabla 1 Frecuencias y porcentajes del cuidador principal.

	Frecuencia	Porcentaje
Hija	20	28.6
Hijo	18	25.7
Esposo	10	14.3

Tabla 2 Frecuencia y porcentajes del lugar de residencia.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>D. F.</i>	32	45.7
<i>Edo.</i>	20	28.6
<i>México</i>		
<i>Hidalgo</i>	5	7.1

Asimismo se contempla que el mayor porcentaje de la población atendida en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología se encuentra concentrada principalmente en el Distrito Federal (45.7%) como en el Estado de México (28.6%). Familias que cuentan con la mayoría de los servicios sanitarios (Ver Tabla 2).

Tabla 3 Frecuencia y porcentajes del estado civil.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Casad@</i>	28	40.0
<i>Viud@</i>	23	32.9
<i>Solter@</i>	6	8.6

En la Tabla 3 se puede apreciar que el 40% de los pacientes terminales permanecen casados y el 32.9 % viudos y el 8.6% se encuentran solteros al momento del diagnóstico de la enfermedad oncológica.

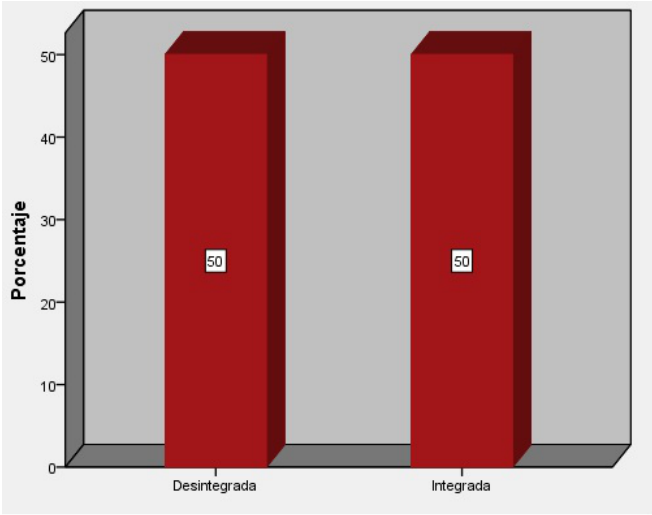
Tabla 4 Frecuencia y porcentaje por género.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Femenino</i>	50	71.4
<i>Masculino</i>	20	28.6

Se observa que la enfermedad se presenta con mayor porcentaje en mujeres con el 71.4% y en los hombres con el 28.6%, lo cual se corrobora con datos arrojados por el INEGI en los años 2007 – 2010. Siendo los esposos los terceros cuidadores primarios más importantes durante el desarrollo de la enfermedad como lo muestra la Tabla 1.

Con respecto a la tipología de las familias encontradas en la investigación predominaron familias nucleares, modernas, urbanas, sin embargo la integración de dichas familias en esta investigación se encuentra dividida en un 50% entre integradas y desintegradas como se observa en la Gráfica 1.

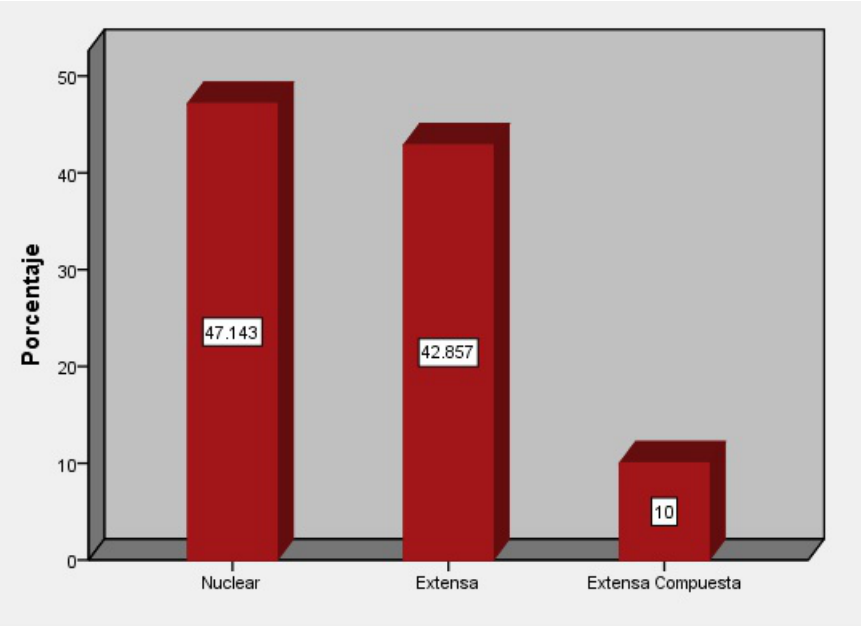
Gráfica 1 Tipos de Integración Familiar



Lo que equivale a que se tengan familias en donde ambos conyugues vivan en la misma casa y cumplan con sus funciones respectivas al igual que las familias en donde los conyugues se encuentran separados.

Al analizar la composición familiar nos permite observar en la Gráfica 2 que el 47.1% de las familias que acompañan a los pacientes con cáncer terminal son de orden nuclear lo que equivale a que se encuentra conformadas por los padres e hijos de estos. El 42.9% corresponde a familias extensas, las cuales aluden a una estructura de parentesco que vive en un mismo lugar y se conforma con miembros parenterales de diferentes generaciones, es decir una red de parentesco que tiene una extensión que trasciende el grupo familiar primario. Cabe señalar que la familia extensa compuesta durante esté estudio fue la minoría con un 10%, dichas familias viven con miembros adicionales, como lo puede ser amigos, tíos, vecinos, quienes apoyan en los cuidados del paciente.

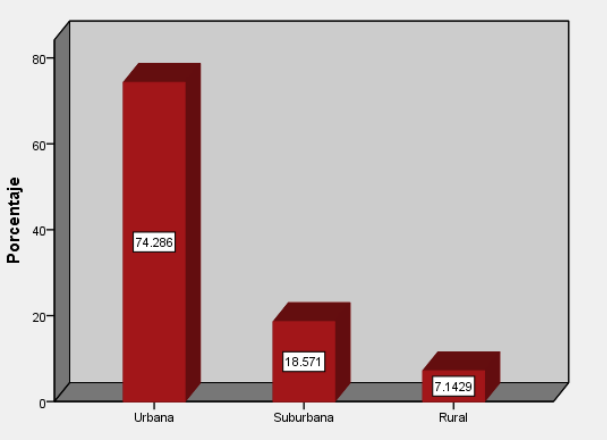
Gráfica 2 Tipos de Composición Familiar



Gráfica 3. El 74.3% de las familias se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios, misma que es denominada demográficamente urbana. El 18.6% es población suburbana, porcentaje que tiene las características del medio rural, es decir que no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios,

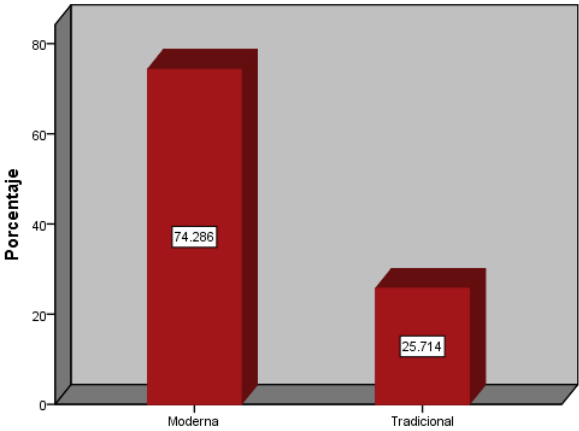
sin embargo está insertada en una población desarrollada. Y por último el 7.1% de las familias habita en el campo.

Gráfica 3 Tipos de Demografía Familiar



La clasificación de la familia desde el punto de vista social y con base en su desarrollo tenemos para este estudio que 74.3% son modernas, mientras que el 25.7% se caracterizan por ser familias tradicionales, que son aquellas en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y cuidado de los hijos. Lo que nos permite analizar que la mayor parte de las familias en este estudio trabajan en iguales condiciones para el sostén familiar (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4 Tipos de Desarrollo de la Familia



Discusión

La familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente terminal, sin su participación activa difícilmente se van a alcanzar los objetivos marcados en la atención del paciente (Muñoz Cobos et al., 2002).

El actual patrón demográfico y de morbilidad hace esperar que en los próximos años, aumente el número de pacientes oncológicos - geriátricos.

La forma de morir en los últimos cincuenta años ha cambiado. En países desarrollados, la mayoría (71%) de los pacientes mueren en instituciones, especialmente hospitales, y sólo 24% en casa (Casa, 2006, p. 20).

El que fallezca en Instituciones de salud es en gran parte a petición de los familiares, los cuales manifiestan temor de no poder hacer frente al manejo de crisis de dolor intenso, vómito, disnea o simplemente ser quienes tengan que estar al momento de la muerte. Es por ello la importancia de conocer las necesidades y la organización que tiene las familias para poder implementar medidas que permitan proporcionar los cuidados adecuados sin generar mayores estresores de los que viven durante el proceso de enfermedad, además de cumplir con uno de los objetivos estipulados en los cuidados paliativos: que promover la muerte del paciente en casa acompañado de sus seres queridos.

En cuanto a la tipología de las familias no hubo diferencias significativas la tendencia gira hacia familias desintegrada e integradas en un 50% de ahí que los hijos en este estudio sean los dos principales cuidadores en dichas familias, con respecto a la composición familiar se observa que igual que en otros estudios las familias nucleares siguen predominando en la sociedad, siendo estos los mejores preparados para afrontar el diagnóstico y proceso de enfermedad argumentándolo básicamente por las características de unidad en su dinámica familiar. Mientras que las familias restantes 42.9% corresponden a las familias extensas las cuales se ven apoyadas por amigos, vecinos u otros miembros de la familia resultados que permiten ser corroborados con el estudio que realizó (Cabrera et al., 2010) donde mencionan que en nuestra cultura los vecinos

entre si llegan a desarrollar fuertes lazos afectivos y funcionan muchas veces como si fueran familia, cabe señalar que no son personas que vivan con las familias o paciente enfermo.

Es por ello que el conocimiento de las características demográficas y tipológicas del grupo familiar puede ser un instrumento valioso para la adecuada atención del paciente terminal.

Ya que sabemos que el paciente no se encuentra aislado, pues viene acompañado de las creencias, costumbres, valores, conflictos, experiencias previas y educación de una familia la cual será en algún momento la proveedora y responsable de los cuidados globales en domicilio.

Asimismo es de suma importancia para el equipo de salud en una unidad de Cuidados Paliativos conocer el tipo de familia con quien estamos colaborando pues nos permitirá identificar áreas potenciales para prevenir los problemas familiares que se puedan presentar ante el impacto, desarrollo y terminó de la enfermedad como por ejemplo la claudicación familiar, duelos patológicos, sobrecarga del cuidador primario y por su puesto la voluntad del paciente de elegir en donde querer morir y no siendo esta una decisión de los familiares por los temores que les implican.

Referencias

•INEGI. Porcentaje de defunciones generales por sexo y principales causas. Mujeres y Hombres en México 2009. Décimo Tercera Edición. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>.

•INEGI Porcentaje de mortalidad por sexo. Mujeres y Hombres en México 2012. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>.

•Mendoza, L. A., Soler, E., Sainz, L., Gil I., Mendoza HF., & Pérez C. (2006). Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Red de Revista Científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 8(1), 27-32.

•Barrios, A., Alvarado, A., & Montero, X. Funcionamiento familiar ante una enfermedad: Una propuesta de evaluación y sus implicaciones en el tratamiento psicológico de familias con un enfermo crónico. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

•Benítez del Rosario, A., Salinas, A., Martín, JJ., & Martínez del Castillo P. (2002). La valoración multidimensional del paciente y de la familiar. Aten Primaria, 29 (4): 237-240.

•Pérez, C., & Rodríguez, F. (2006). Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar. Psicología Científica.

•Tejeda, Y. (2011). The family as therapeutic agent n the palliative cares. Medisan, 15(2):197-203.

•Cabrera, A., & Ferraz, R. (2011). Impacto del cáncer en la dinámica familiar. Revista Biomedicina/Medicina Familiar y comunitaria, IV (1): 42-48.

•Muñoz, F., Espinosa, JM., Portillo, J., & Rodríguez, G. (2002). La familia en la enfermedad terminal I. Medicina de Familia, (And) 3: 190-199.

•Casa, ML. (2006). Detección de necesidades familiares en la atención a pacientes en estado terminal y crónico en la ciudad de México. Revista CONAMED, 11(6): 19-24.

•Merchán, M. (2012). Problemas bioéticos de las familias que tiene paciente con enfermedad terminal. Revistas Científicas de América Latina Persona y Bioética, 16 (1): 43-57.

•Fuentes, M., & Maya, M. (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. ANALES Sis San Navarra, 24 (Supl. 2): 83-92.

•Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3 (1): 505-520.

•Mesquita, E., Magalhaes da Silva, R., De Almeida, M., Carvalho, A., & Mota, D. (2007). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. Enfermería Global, (10).

•Costa, G., & Ballester, R. (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. Psicooncología, 7 (2-3): 453-462.



Maestría



DERECHO FAMILIAR

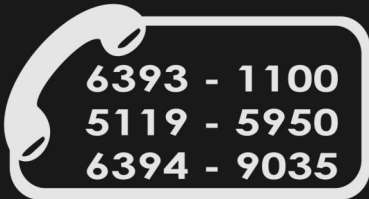
Avalada por la Secretaria de Educación Pública, según acuerdo RVOE 20121224 de fecha 23/Julio/2012



Inicio:
29 de Enero de 2015

Estudia tu Maestría en 2 años

Inversión
Inscripción: \$ 1,950.-
Mensualidad: \$ 1,950.-



Avenida Montevideo No. 625 y 635,
Colonia San Bartolo Atepehuacan,
Delegación Gustavo A. Madero,
C.P. 07730, México, Distrito Federal.

Aborto Espontáneo y Duelo

La pérdida de un ser significativo genera un problema de salud mental que se presenta en la sociedad, por lo que es importante elaborar un duelo el cual en la mayoría de los casos se convierte en complicado; principalmente cuando la pérdida corresponde a un aborto espontáneo ya que al igual que en otros duelos se hacen presente emociones tales como culpa, enojo e incluso hasta depresión, sobre todo porque este se presenta por causas fisiológicas que en algunos casos no pueden controlarse y que inciden mayormente cuando se trata de un hijo esperado.

Abordar el tema de aborto espontáneo no es fácil ya que vivir el proceso de ese duelo no es aceptado por los demás puesto que pueden considerarlo como insignificante pero en realidad se trata de una mujer que se enfrenta a la muerte de su hijo con el cual ya ha establecido un vínculo emocional y por lo tanto evoca un sentimiento y un pensamiento que le impide ser madre y más aún presenta ansiedad, síntomas depresivos y sentimientos de minusvalía entre otros más los cuales son indispensables abordar mediante la psicotanatología puesto que le permitirá elaborar su duelo y afrontar su pérdida.

Cabe resaltar que en este caso se está enfrentando principalmente a una pérdida psicológica como la clasificó Theresa Rando (1993), la cual se define como la pérdida de algo intangible, en este caso perder una ilusión, un sueño o la esperanza. Se trata de una pérdida simbólica en la cual estaban depositadas diversas emociones y que se pierden bajo alguna circunstancia.

Cuando se trata de este tipo de pérdidas, tanto la persona que vive esta experiencia como todos los demás, pueden no estar conscientes de la misma y como resultado, tener un duelo que se va complicando.

Fonnegra (2001), destaca tres sentimientos propios del duelo por la muerte de un bebé: rabia, culpa y tristeza, los cuales van a estar presentes sin importar la particularidad de caso.

Es importante observar las reacciones emocionales que presenta una mujer tras sufrir un aborto espontáneo pues partimos desde la premisa de que toda pérdida conlleva un duelo, mismo que puede complicarse y por ende resultar patológico. El tiempo que se necesita para elaborar el duelo debe de asistirse para asegurar que pueda superarlo positivamente.

Mucho tiene que ver con el significado que una mujer le dé a la maternidad y este influir en su estado emocional pues desde el embarazo se pueden crear expectativas e idealización sobre el bebé que viene en camino.

Sin embargo todas las personas vivimos nuestros duelos de manera particular y se pueden presentar emociones como desesperación, enojo, tristeza e incluso depresión. Recordemos que una de las formas de superar el duelo es reconociendo nuestras emociones y no reprimiendo lo que sentimos.

Cuando una mujer desea ser madre se relacionan sentimientos de capacidad que tienen que ver con la fecundación y el embarazo, tales sentimientos están completamente influenciados por la cultura e interrelacionados con los conceptos de maternidad como ya lo he abordado anteriormente; por lo que el aborto arranca de raíz el deseo de la maternidad.

Esta impotencia forma parte del síndrome post aborto donde se observan síntomas como sentimiento de vacío, tristeza, pensamientos recurrentes sobre el suceso, fantasías de planes sobre el bebé, entre otras.

Para conocer más sobre este síndrome, empezaré por definir la palabra Aborto: (del latín abortus, de ab., privar, y ortus, nacimiento). Acción de abortar, es decir parir antes del tiempo en que el feto pueda vivir. Llámese aborto en derecho penal: a la extracción del producto de la concepción, y a su expulsión provocada por cualquier medio, sea cual fuere la época de la preñez, siempre que esto se haga sin necesidad. (Polo, 2009, p. 328).

El síndrome post aborto se caracteriza por emociones como:

- Enojo
- Decepción
- Remordimientos
- Culpa
- Vergüenza
- Retraimiento
- Enajenación
- Embotamiento Emocional
- Incapacidad para llorar
- Hiperactividad Compulsiva
- Fantasías e ideación suicida
- Aislamiento Social Prolongado
- Quejas de dolor físico
- Rabia extrema
- Llanto o incapacidad

Este tipo de emociones tiene como consecuencias problemas conyugales, familiares, laborales o escolares (según sea el caso) y sociales por lo que no solo se ve afectada la mujer; ya que las personas más cercanas a ella, ya sea su familia o sus grupos sociales más cercanos también se ven involucrados

Se llega a percibir como un tipo de pérdida en la que hay más soledad e incompreensión debido a que la mayoría de las personas lo piensan como algo que no se percibe. Si la sociedad espera una recuperación pronta, el duelo puede estar escondido. Aunado a esta característica, también es necesario sobresaltar que el hecho de un aborto puede generar tanta culpa en la mujer que irremediablemente tiene que guardárselo para sí misma.

Surge una manifestación de ira que puede dirigirse a personas que dentro de su razonamiento pudieron haber sido las que ocasionaron su aborto, incluyéndose ellas mismas porque se consideran incapaces de llevar embarazo normal.

Todas estas manifestaciones generan demasiado estrés, a tal punto que llegan a alterar el equilibrio emocional de aquellas que han vivido este tipo de pérdida.

Según Fonnegra (2001), para muchas madres un aborto significa la muerte de un hijo, lo consideran un bebé aun cuando los médicos lo llaman producto y buscan las posibles causas de la interrupción, asegurándole a la madre que ya podrá embarazarse después. Sin embargo, la pérdida existe y nadie la sufre como la mujer que estableció un vínculo afectivo y planeó cosas a futuro; por lo tanto, pierde un hijo, también ilusiones, esperanzas, seguridad y muchas otras cosas más dependiendo la situación de la mujer.

Para Fauré (1995), la muerte de un bebé de pocas semanas de vida intrauterina no es reconocida por los demás, quienes, tratando de ayudar a la mujer, le aseguran que es una situación que superará a pesar de que ya habían tomado conciencia del bebé que crecía dentro de ella.

Como ya lo he mencionado, esta perspectiva solo puede ser captada por alguien que no ha experimentado un suceso similar, puesto que no solo debe prestar atención al aspecto social sobre el reconocimiento de los demás sino considerar lo más importante que va en relación a los sentimientos y todo aquello que se involucra en la mujer que sufre una pérdida de esta magnitud.

Todo ser humano establece fuertes lazos emocionales hacia personas u objetos significativos para él. Bowlby (1998), y asegura que el apego surge de la necesidad de sentirnos protegidos y seguros, lo cual se desarrolla desde temprana edad y se dirige a personas específicas de manera permanente, por lo que al percibir una amenaza de ese vínculo emocional, se hacen presentes reacciones que tienen que ver con el llanto, el enojo, la aprehensión y cuando tal amenaza desaparece, hay rechazo, desesperación e indiferencia.

Tal y como Bowlby describe, se inicia una relación cuando la futura madre percibe los síntomas del embarazo y toma conciencia de ello; es un vínculo que se refuerza con el paso del tiempo, ya que va involucrando más sentimientos, y disponiendo de más cosas para el bebé que espera. No está de más recordar que la intensidad del duelo es proporcional al vínculo y al apego que se generó mientras interactuaron.

Por tanto, es tiempo de que todos como sociedad, tanto los profesionales de la salud, como los familiares y las mismas mujeres que han vivido la experiencia de un aborto espontáneo sean capaces de reconocer el gran impacto que esta vivencia implica, a ya no reprobar el dolor de la mujer y dejar de ver este hecho como algo insignificante puesto que no necesariamente una pérdida tiene que ser tangible, como ya se ha dicho; se pierde más que un cuerpo y desde el momento en que se habla de una pérdida, implica un duelo en cualquiera de sus manifestaciones, por lo que aprovechar la asistencia de una psicoterapia tanatológica puede facilitar el proceso para elaborar el duelo y resolverlo de la forma más adecuada, ya que muchas ocasiones; no le es posible detectarlo y mucho menos expresarlo, sobre todo cuando hay limitantes que pueden señalarse como lo son las creencias, la cultura o la indiferencia por parte de las otras personas.

Comprender el dolor de la otra persona sin importar nuestra propia percepción puede ayudar a que cada vez más personas reconozcan la necesidad de acudir a la ciencia de la Tanatología y poder disminuir principalmente el sufrimiento psicológico que presenta a causa de su pérdida.

Referencias

- Bowlby, J. (1997, La pérdida afectiva: tristeza y depresión, Barcelona, Paidós.
(1998), El apego y la pérdida 1. El apego, Barcelona, Paidós.
- Fauré, C. (1995), Vivir el duelo. La pérdida de un ser querido, Barcelona, Kairós.
- Fonnegra, I. (2001), De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente, México, Andrés Bello.
- Instituto Mexicano de Tanatología (2008), ¿Cómo enfrentar la muerte?, México, Trillas.
- O'Connor, N. (1990), Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo, México, Trillas.
- Polo, M. (2009), Tanatología del siglo XXI, México, MC.
- Roccatagliata, S. (2006), Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo, México, DeBolsillo.
- Rodríguez, P. (2002), Morir es nada. Cómo enfrentarse a la muerte y vivir con plenitud, Barcelona, Ediciones B.
- Tizón, J. L. (2004), Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y asistencia, Barcelona, Paidós.
- Willke, J. y B. Willke (1992), Aborto: preguntas y respuestas, Buenos Aires, Bonum.



LICENCIATURA DERECHO

Avalada por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdo RVOE 20121222 de fecha 23/Julio/2012

“FORMANDO LIDERES CON ALTO NIVEL ACADÉMICO Y HUMANISTA”

1

De lunes a jueves

•Lunes 26 de enero 8:00 a 14:00 hrs.
Plantel Montevideo

2

Un día a la semana

•Jueves 29 de enero 17:00 a 22:00 hrs.
Plantel Montevideo

3

En sábado

•Mayo 2015

4

En Domingo

•Domingo 1 de febrero de 8:00 a 13:30 hrs.
Plantel Montevideo

¿Estudiar en domingo?

Con nosotros... ¡es posible!

NUESTRAS PROMOCIONES

NOVIEMBRE
100% Descuento en
Inscripción

DICIEMBRE
50% Descuento en
Inscripción

Hasta el 15 de enero
30% Descuento en
Inscripción

Duración: 3 años

Inscripción: \$ 1,350.-

Mensualidad: \$ 1,350.-

Plantel Montevideo

Avenida Montevideo número 625 y 635,
Colonia San Bartolo Atepehuacan,
Delegación Gustavo A. Madero,
C.P. 07730, México, Distrito Federal.

www.estudiosdeposgrado.org.mx

Tels. 5752 - 7860 / 5119 - 5950 / 6393 - 1100

Y DESPUES DE LA SEPARACION QUE?.....

Vivir un duelo reúne dos conceptos importantes: el de cambio y el de tiempo. Ninguna otra situación vivencial es tan clara expresión de la idea de proceso que el momento de vivir un duelo.

Elaborar un duelo no es olvidar lo perdido, ni desechar lo que no está. Elaborar un duelo significa ser consciente de lo que dejó en mí, aquello del pasado y agradecer a la vida el hecho de haberlo encontrado. Haberlo vivido el tiempo que duro, que estuvo a mi lado, elaborar un duelo no es hacer desaparecer la herida, es de pronto encontrarme con ella casualmente al bañarme, rosarla y darme cuenta de que ya no me duele al tocarla.

No importan demasiado las circunstancias, un cambio, una ruptura, una muerte; siempre hay un duelo por delante cuando algo de lo vivido queda atrás. (1 Rizo, W, Amar o depender, editorial, 2010, pag 81). Y lo que sigue será mejor o peor y de todas formas habrá que elaborar un duelo por lo que ya no está.

Por supuesto que una separación, no es motivo de festejo. Separarse es dejar de apostar a esa pareja y partir a buscar nuevos horizontes, perder a la pareja es una pérdida, por lo menos de una ilusión, la de un sueño, la de un proyecto, pero no es dejar de apostar por la pareja en general, si somos capaces de entender que es importante separarse como pareja pero, si hay hijos, no del vínculo más importante que tenemos que son los hijos, ellos siguen siendo parte de una sociedad que como pareja construimos juntos y que nunca va a terminar de separarnos. Esto será lo único que garantice la posibilidad de establecer un vínculo diferente la próxima vez.

Cuando esta construcción no es posible en una relación y se han agotado todos los recursos y ya no hay manera de seguir adelante lo mejor es asumirlo y atravesar ese dolor que implica separarse, darle una nueva estructura a la familia encontrar un nuevo sentido a la vida, transformando esa separación.

Separarse de una pareja es pasar de tierra firme, para salir a un lugar desconocido, donde no se puede ver con claridad, es como si de pronto la visión no fuera clara, tomamos decisiones apresuradas y solo queremos salir de esa relación, lo más pronto posible, muchas veces sin saber porque, dolidos, lastimados y enojados.

Y la única salida que tenemos es mirar hacia delante, no detenernos y no voltear hacia atrás porque ya no hay nada para nosotros, porque si nos quedamos, podemos correr el riesgo de como quien va manejando mirando por el retrovisor y en ese momento seguro se da un golpe.

Permanecer atentos a lo que ocurre, durante este viaje confiando que en algún momento llegara la paz.

Las emociones más tóxicas afloran en ese tumulto de confusión que es la separación. (2 Rizo, W, Enamorarte de ti, Editorial, 1012, pág. 112) Es sorprendente el nivel de odio que podemos llegar a sentir hacia la pareja o si hay otra persona pensamos que ella o él son los culpables. Desde la perspectiva de la razón siempre encontramos una gran justificación que nos otorgue el derecho a odiar. Cuando hacemos esto, no nos damos cuenta de algo importante: tener razón es ineficaz en el terreno de los sentimientos, la razón no sirve para curar nuestras heridas ni para reparar la pérdida que hemos sufrido, ni para llevar a cabo las acciones necesarias. Al comprender esto dejamos de estar angustiados con la idea de lo justo o injusto; (3 Manrique, R, ¿Me amas?, Editorial Pax, año, 2014, pág. 137) el otro o la otra, comienzan a retirarse de la escena y es cuando entramos nosotros. Y nos volvemos verdaderos protagonistas de nuestra vida, y de esa manera le quitamos el poder sobre nuestras vidas, teniendo un proyecto de vida propio, defendiendo nuestro derecho a ser amados, respetados creando un compromiso de vida con nosotros mismos.

Y una vez más se trata de decir: ¿Qué hago con esto que me tocó vivir?



Centro de
Tanatología y
Terapia de Duelo

Talleres

Planteles: Montevideo y Tlalpan

2015

DUELO



Plantel Montevideo

• Lunes 19 de enero
de 16:00 a 20:00 hrs.

• Lunes 4 de mayo
de 16:00 a 20:00 hrs.

Plantel Tlalpan

• Lunes 9 de marzo
de 16:00 a 20:00 hrs.

AUTOESTIMA

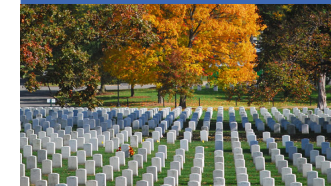


Plantel Montevideo

• Lunes 9 de febrero
de 16:00 a 20:00 hrs.

• Lunes 18 de mayo
de 16:00 a 20:00 hrs.

VIVIENDO MI PROPIA MUERTE



Plantel Montevideo

• Lunes 13 de abril
de 17:00 a 20:00 hrs.

Plantel Tlalpan

• Lunes 15 de junio
de 17:00 a 20:00 hrs.

CERRANDO CICLOS



Plantel Montevideo

• Lunes 27 de abril
de 16:00 a 20:00 hrs.

Plantel Tlalpan

• Lunes 13 de abril
de 16:00 a 20:00 hrs.

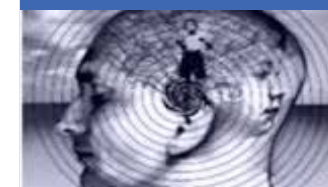
APRENDIENDO A PERDONAR



Plantel Montevideo

• Lunes 23 de febrero
de 16:00 a 20:00 hrs.

ALIVIANDO TU DOLOR CON HIPNOSIS



Plantel Montevideo

• Lunes 9 de marzo
de 16:00 a 20:00 hrs.

Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, ¿QUÉ?



Plantel Montevideo

• Lunes 23 de marzo
de 16:00 a 20:00 hrs.

CUIDADO DEL ADULTO MAYOR



Plantel Montevideo

• Lunes 1 de junio
de 16:00 a 20:00 hrs.

Plantel Montevideo

Avenida Montevideo No. 625 y 635,
Col. San Bartolo Atepehuacan,
Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07730,
México, Distrito Federal.

Tels. 5119 - 4106 / 5752- 7860 / 6393 - 1100

Plantel Tlalpan

Calzada de Tlalpan No.1471, Col. Portales,
Del. Benito Juárez, C.P. 03300, México,
Distrito Federal.

Inversión por taller: \$ 250.-
www.centrodetanatologia.com

Tels. 5243 - 0643 / 2594 - 4902

Tanatología

Avalado por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdo RVOE 20120170 de fecha 26/Abril/2012



Dirigido a todas las personas interesadas en el tema, con nivel de estudios de Maestría.

Curso Propedéutico

(obligatorio)

**Sábado 21 y 28 de febrero
7 y 14 de marzo de 7:00 a 13:00 hrs.**

Duración: 4 semanas

Plantel Montevideo

Avenida Montevideo No. 635,
Col. San Bartolo Atepehuacan,
Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07730,
México, Distrito Federal.



**"CIENCIA, EFICIENCIA,
HUMANISMO Y ESPIRITUALIDAD"**

Inicio del Doctorado

**Sábado 21 de marzo
de 7:00 a 13:00 hrs.**

Duración: 2 años

Inversión

Inscripción: \$ 3,500.-

Mensualidad: \$ 3,500.-

**Asistiendo a clases
¡Sólo un día a la semana!**

www.impo.org.mx