

# Tanatología del Siglo XXI *Thanatos*

La hipnosis terapéutica y  
la medicina natural y  
tradicional

Estructura y dinámica familiar  
de pacientes con cáncer avanzado





- Psicología
- Informática Administrativa
- Administración y Finanzas
- Psicopedagogía
- Trabajo Social
- Gerontología
- Derecho



Inicios  
Mayo - Junio 2017

## PROMOCIONES

MARZO **100%** Descuento en inscripción

ABRIL **50%** Descuento en inscripción

Hasta el 15 de  
MAYO **30%** Descuento en inscripción

[www.impo.org.mx](http://www.impo.org.mx)

INVERSIÓN Inscripción: \$ 1,350.-  
Mensualidad: \$ 1,350.-

Psicología	Avalada por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdos RVOE 20100719 de fecha 20/mayo/2010 y RVOE 20110681 de fecha 18/julio/2011 otorgados por la DGEU
Gerontología	Avalada por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdos RVOE 20100718 de fecha 20/mayo/2010 y RVOE 20110682 de fecha 18/julio/2011 otorgados por la DGEU
Trabajo Social	Avalada por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdos RVOE 20110520 de fecha 22/junio/2011 y RVOE 20130335 de fecha 29/agosto/2013 otorgados por la DGEU
Psicopedagogía	Avalada por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdos RVOE 20081591 de fecha 16/junio/2008, RVOE 20090904 de fecha 7/octubre/2009 y RVOE 20150201 de fecha 27/abril/2015 otorgados por la DGEU
Derecho	Avalada por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdo RVOE 20121222 de fecha 23/julio/2012, RVOE 20160270 30/junio/2016 otorgados por la DGEU
Administración y Finanzas	Avalada por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdo RVOE 20121190 de fecha 20/julio/2012 otorgado por la DGEU
Informática Administrativa	Avalada por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdo RVOE 20121191 de fecha 20/julio/2012 otorgado por la DGEU

### 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

Tel. 6393 - 1100 6393 - 2000

#### DERECHOS RESERVADOS

Marca Registrada THANATOS

ISSN 2007-3232

VOLUMEN 24

TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI THANATOS, Año 9, No. 24, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2017, es una publicación bimestral, 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, Ciudad de México, teléfono 6393 - 1100, [marcoapolos@hotmail.com](mailto:marcoapolos@hotmail.com), [www.impo.org.mx](http://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, Ciudad de México, éste número se terminó de imprimir el 18 de octubre de 2017 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 La hipnosis terapéutica y la medicina natural y tradicional

18 Estructura y dinámica familiar de pacientes con cáncer avanzado

#### Plantel Montevideo

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

Informes: 6393 1100

#### Plantel Tlalpan

Calzada de Tlalpan No. 1471  
Colonia Portales  
Delegación Benito Juárez  
C.P. 03300, Ciudad de México.

Informes: 6393 2000

#### Plantel Tláhuac

Avenida Tláhuac No. 5991  
Col. Bo. Santa Ana Poniente  
Santiago Zapotitlán Del. Tláhuac  
C.P. 13220, Ciudad de México.

Informes: 6819 2000



# LA HIPNOSIS TERAPÉUTICA Y LA MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL

(digitopuntura) en un caso de duelo

Por: Lic. Gabriel Pérez Almoza

## Resumen

Las manifestaciones de duelo son cada vez más frecuentes y su repercusión en la salud física y mental hace de este fenómeno un problema serio de salud a investigar y tratar. El duelo acompañado de las alteraciones psicológicas que lo asisten naturalmente, tales como; la ansiedad y la depresión, por la complejidad de sus expresiones convoca a la comunidad científica a realizar estudios más serios así como propuestas de tratamientos realmente viables y efectivos. Actualmente se considera un problema de salud pública, tanto en países desarrollados como, de manera creciente, en países en vías de desarrollo.

No obstante al carácter holístico y multicausal del duelo como patología, son cada vez más las voces de investigadores que se unen para señalar como los factores psicológicos fundamentales en este complejo sistema de expresiones a la ansiedad y la depresión.

Aunque se realizan grandes esfuerzos para aminorar los efectos de este fenómeno existen escasas intervenciones de índole hipnoterapéuticas orientadas a paliar sus nefastos efectos.

Para resolver este problema se realizó un tratamiento basado en la Hipnosis Terapéutica y la Medicina Tradicional y Natural. Se diseñó un estudio de caso para evaluar la efectividad de dicho tratamiento.

Los resultados favorables arrojados en parámetros como niveles de ansiedad y depresión y las fases de duelo propuestas por Marco Polo Scott permiten concluir que este tratamiento es efectivo en el tratamiento del duelo.

Palabras claves: Duelo, Hipnosis Terapéutica, Medicina Tradicional y Natural, ansiedad y depresión.



Las manifestaciones de duelo son cada vez más frecuentes y su repercusión en la salud física y mental hace de este fenómeno un problema serio de salud a investigar y tratar. El duelo acompañado de las alteraciones psicológicas que lo asisten naturalmente, tales como; la ansiedad y la depresión, por la complejidad de sus expresiones convoca a la comunidad científica a realizar estudios más serios así como propuestas de tratamientos realmente viables y efectivos.<sup>2,4</sup> Actualmente se considera un problema de salud pública, tanto en países desarrollados como, de manera creciente, en países en vías de desarrollo.

Nuestro país y específicamente nuestra provincia no escapan de dicha repercusión en cuanto a la manifestación psicopatológica del duelo psicológico ante pérdidas significativas. Al duelo psicológico y la amplia gama de manifestaciones sintomatológicas han sido varios los autores los que se han referido a su estudio y tratamiento sin ser así mediante el diseño y aplicación de estrategias de intervención basadas en la hipnosis terapéutica y la medicina tradicional y natural siendo estas aun escasas para su adecuado y efectivo tratamiento de este padecimiento.<sup>1,3</sup>

Para el presente caso se pretende realizar una intervención psicoterapéutica mediante la Medicina tradicional y Natural, específicamente la digitopuntura, y la Hipnosis, elaborando una estrategia teniendo en cuenta la fase en que se encuentra en este caso el duelo.<sup>5,6,7,9,11</sup>

“La inducción y mantenimiento de un trance sirve para proveer un estado psicológico especial en el cual los pacientes pueden re-asociar y re-organizar sus complejidades psicológicas internas y utilizar sus propias capacidades conforme a su propia experiencia de vida. Hipnosis no cambia gente, tampoco altera las experiencias pasadas de su vida. Sirve para permitirles aprender más sobre ellos mismos y expresarse más adecuadamente... Es ésta experiencia de re-asociar y re-organizar las propias experiencias de vida que resulta en una cura, no la manifestación de respuestas conductuales que puede, en el mejor de los casos, sólo satisfacer al espectador”<sup>8</sup>

Para los menesteres de la investigación se entiende por duelo en su definición etimológica duelo proviene del vocablo griego DUELLUM (combate) y DOLUS (dolor); Duelo es la reacción frente a la pérdida de algo significativo, que puede ser una persona, un animal, una cosa, una relación etc.

El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, así mismo es necesario un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar.<sup>10</sup>

Los determinantes más importantes dentro de un duelo por muerte, en términos generales parecen entrar dentro de las siguientes categorías:

Quien era la persona (si era el abuelo, el hermano, alguno de los padres, el hijo, la pareja o tal vez el amigo).

El tipo de la relación y lo significativo que era.

Forma en que se murió (muerte natural, accidental, suicidio, homicidio).

Antecedentes históricos (conocer si la persona ha tenido pérdidas anteriores y como ha elaborado sus duelos).

Variables de personalidad (edad, género, personalidad).

Variables sociales (rol y estatus social).

Variables económicas (posición económica).

Experiencias previas con la muerte (idea fundante de muerte).

Tácticas de la persona para superar crisis (recursos con que cuenta la persona, tomadas de experiencias previas y que en el momento de la crisis necesita para salir adelante).

Forma de percibir la muerte (que tan atemorizante o no es la muerte).<sup>10,11</sup>

Cuando se analiza un número de personas que se encuentran en el proceso de duelo estas pueden reflejar distintas reacciones, existen diferencias de persona a persona. Para algunos es una experiencia devastadora, mientras que para otros parece no afectarles mucho. En algunas personas el proceso de duelo inicia en el momento que se conoce la pérdida y en otros se retrasa. Para algunas personas la duración del proceso de duelo es corto, en tanto que para otras dura mucho tiempo. Es por esto que es necesario conocer cuales son los determinantes mas importantes dentro de un duelo por muerte.

Polo Scott, Psicoterapeuta gestáltico y tanatólogo, desarrolló las etapa de duelo a partir de su trabajo en pacientes con enfermedades crónicas o terminales en grupos de autoayuda en la ciudad de México. Menciona cuatro etapas, las dos primeras se pueden presentar de forma simultánea. No solo abarcan duelos por muerte, también se dan en otras pérdidas significativas como relaciones, objetos, mascotas, etc.

Desorganización aguda del YO

Una vez que sucede una pérdida significativa se presenta una crisis en las estructuras mentales de la persona



(YO), esta crisis regularmente es producto de una circunstancia que se caracteriza por su brusca aparición, por lo tanto, la persona no esta preparada para recibir el impacto de la pérdida.

Esta etapa contiene tres fases, estas son:

Incredulidad: Al conocer la noticia la persona niega o pone en duda la posibilidad de la pérdida. Esta negación se produce como consecuencia de que la persona no esta lista para asimilar el dolor que le produce el acontecimiento que súbitamente se está presentando y se caracteriza por las frases: ¡no puede ser!, ¡no es así!, ¡no!, ¡no es verdad!, etc. En el caso de Antonio las expresiones fueron: ¡me estas engañando!, ¡no es cierto!

Parálisis. La noticia produce un momento en que la persona entra en impasse (es la lucha de dos fuerzas, una que busca salir y expresar la pérdida y otra que producto del dolor que puede sentir se niega a reconocerla). Es un momento de atolladero en que se encuentra la persona. Por ejemplo: en el caso de Antonio, por algunos momentos no supo que decir, menciona que se quedo como de palo sin expresión alguna, tratando de asimilar la noticia que recibió y le causo dolor.

Desensibilización. La persona no esta lista para experimentar el dolor que se produce como consecuencia de la pérdida, el organismo, en su sabiduría interna se protege, disminuyendo las sensaciones y emociones displacenteras que se puedan presentar, incluso haciendo que la persona no sienta dolor alguno, y se caracteriza por las frases: ¡no siento nada!, ¡es natural!, ¡algún día tenia que pasar!, ¡así es la vida!, ¡todos vamos para allá!, etc. Para Antonio la expresión de la desensibilización fue que tiempo después anduvo como si todo pase en cámara lenta e incluso que no tenía sensaciones ni emociones en su cuerpo, por lo tanto no sentía su cuerpo, ya que si lo sentía experimentaba el dolor, producto de la pérdida.

Despersonalización. Esta se presenta cuando la persona percibe que lo que está ocurriendo no le está ocurriendo a ella, como consecuencia se presenta una disociación en la cuál el paciente se convierte en un observador externo de lo que le esta sucediendo.

Desrealización. Se presenta cuando la realidad es altamente amenazante para la persona y como consecuencia la percibe como si fuera un sueño, una pesadilla de la cuál desea despertar.

Estas fases se pueden presentar simultáneamente y en cualquier orden. El tiempo que dura esta etapa depende de los factores que determinan el duelo y el tiempo de asimilación de cada persona.

## Desorganización grave del YO

Es la parte de la crisis en que se puede complicar un duelo, producto de la incapacidad de la persona para poder expresar sus emociones que se dan como consecuencia de los introyectos que ha ido recibiendo a través e su vida, los cuales le indican que expresar emociones en público es malo y que solo lo hacen personas manipuladoras o que quieren llamar la atención, o cuando las condiciones para expresarlas no son las mas adecuadas.

En nuestra sociedad la posibilidad de expresar las emociones es mínima, por lo que se altera el curso de la homeostasis del organismo y el proceso de duelo. Recordemos que cada persona tiene un tiempo y un momento de asimilación, al igual que la etapa anterior, la asimilación de esta etapa dependerá de cada persona y las fases se pueden presentar dos o más simultáneamente, e incluso todas a la vez. Que importante es en el trabajo tanatológico permitir que el paciente exprese sus emociones creando un ambiente de confianza y seguridad.

Esta etapa contiene seis fases, estas son:

Enojo. Coraje con el otro, con el muerto, con el cuerpo médico, con Dios, con las circunstancias, incluso con uno mismo, es colocar la agresión fuera de mí para colocarlo en el otro. Es una emoción displacentera como consecuencia de la pérdida, se expresa por medio de la agresividad que tiene características biopositivas o bionegativas. Aclaremos lo anterior, las personas tienen dos formas de manifestar la agresividad producto del enojo: la primera: biopositiva se realiza experimentando el enojo y expresándolo sin afectar a terceros ni a su persona, algunas alternativas de expresión de enojo es ocupando técnicas gestálticas como la descarga sobre un objeto neutro, silla vacía u ocupando técnicas de bioenergética entre otras. La segunda: bionegativas surge cuando el enojo sale sin control alguno de manera brusca e inesperada, y en algunas ocasiones contra personas que nada o poco tienen que ver con la situación o cuando no se expresa y la persona lo lleva a su cuerpo provocándose enfermedades. En el caso de Martha, ella no sabía si estaba más enojada con su esposo o con ella misma.

Tristeza. Al percatarse de que hay una pérdida significativa, de que la persona murió y no regresara. Dejando un hueco que será difícil de llenar, esto en relación con lo significativo que fue. La tristeza es una emoción displacentera que en ocasiones se manifiesta con llanto, baja actividad psicofísica, cambio en los hábitos alimenticios y de sueño entre otros. Martha vive su tristeza de noche llorando y sin poder dormir.

Culpa. Es una pseudoemoción displacentera que se deriva de la creencia consciente o inconsciente de haber trasgredido reglamentos o normas establecidas, por lo que se hizo y no fue suficiente o por lo que no se hizo y se pudo hacer y que necesita ser pagada por miedo de un castigo, por lo regular el paciente se somete ante la culpa. Continuando con el ejemplo: la paciente siente culpa por dejar a sus hijas sin padre, aunque el padre, por lo que ella comenta, ya se había ido antes, Martha tiene que pagar esta culpa no rehaciendo su vida.





**Idealización.** Se produce como consecuencia de una pseudoemoción de derrota y minusvalía. La idealización es una pseudoemoción placentera que distorsiona las características de la persona, de la relación, de la circunstancias y que regularmente incrementa o busca nuevos atributos o virtudes que tal vez no tenía la persona o la relación, es elevarlo y colocarlo en un altar en el caso de que la persona haya muerto. Surge como consecuencia de creer que la persona que se separó fue derrotado, aunque la derrota y posiblemente la minusvalía produce sentimientos displacenteros, para contrarrestar esta pseudoemoción de la derrota y minusvalía se ocupan atributos o se incrementan los ya existentes no para el otro, sino para mí, porque reconociéndolo en el otro lo reconozco en mí. Martha idealiza al buen esposo y al excelente padre.

**Proyección.** Mecanismo de defensa que coloca las necesidades y sentimientos propios en otra persona para protegerse a si misma del dolor o sufrimiento que experimentaría si las reconoce en ella como resultado de la pérdida significativa o del proceso de duelo. Martha ocupa este mecanismo de defensa colocando sus sentimientos en sus hijas y de esta forma no viviendo su soledad y desamparo.

**Fijación.** Son ideas recurrentes e intrusitas que la persona no puede controlar y que constantemente ingresan en su pensamiento, funciona como un mecanismo de defensa que busca que la persona olvide lo significativo de la pérdida y que esta acentuado por los sentimientos de culpa, de tal forma, que para evitar los sentimientos de culpa se presenta la fijación que es no poder dejar de pensar en la persona, relación o en los acontecimientos que originaron la pérdida. Martha dice: todo el día estoy pensando en el divorcio, en mis hijas, en mi esposo, en la infidelidad, incluso en lo que dirá mi familia y esto me agobia, lo cual impide que se presenten con mayor fuerza los sentimientos de culpa.

**Reorganización.**

Restablecimiento de las estructuras mentales y superación de los acontecimientos que provocaron la crisis.

**Reconocimiento.** Es la creencia consciente que se produce dentro del proceso de duelo como la asimilación de la pérdida y de que ha llegado el momento de reiniciar las actividades que quedaron pendientes o nuevas actividades para seguir siendo funcional, es admitir la pérdida en su justa dimensión.

**Aceptación.** Admitir que la pérdida se suscito y que no hay marcha atrás es separarse y despedirse definitivamente de la persona, relación, circunstancia, mascota u objeto. Es empezar a recordar sin que la persona sienta carga emotiva.

**Reubicación del sistema.**

Producto de la pérdida el sistema se ve alterado, esta alteración del sistema requiere en algún momento de un ajuste, dado que la persona que se separa del sistema desempeñaba funciones que no se pueden dejar



de realizar y que probablemente realicen otras personas, de igual manera sucede con las relaciones las cuales serán sustituidas, por otro tipo de relaciones.

Estas etapas consideran, de forma general los momentos por los que pasa una persona como respuesta a una pérdida significativa, no olvidemos que el duelo es un proceso y no un hecho aislado, y como consecuencia requiere de un tiempo de asimilación que estará en función de cada persona y no en función de tiempos predeterminados. Otra aportación de estas etapas es la flexibilidad que presentan, principalmente en las etapas de desorganización aguda del yo y desorganización grave del yo, ya que sus fases se pueden presentar en cualquier orden e incluso varias a la vez, además que estas fases pueden estar interrelacionándose continuamente.<sup>10,11</sup>

Presentación del caso.

Pareja que se compone por, hombre de 30 años de edad, universitario que se desempeña como técnico de terapia física y rehabilitación; y mujer de 28 años de edad, universitaria que se desempeña como médico de familia. Acuden a consulta remitidos por la especialista en psiquiatría del hospital clínico quirúrgico del municipio Banes solicitando ayuda psicológica por haber perdido a su hijo de 30 días de nacido.

APP: No refieren.

APF: madre de la mujer HTA, abuelo del hombre DM.

HEA: Esta pareja hace seis meses que perdieron a su hijo de 30 días de nacido en el hospital pediátrico de Holguín por causas desconocidas hasta el momento, por lo que vienen presentando un conjunto de síntomas como depresión, insomnio, anorexia nerviosa, sentimientos de culpa, hipobulia, irritabilidad, ansiedad, negación de la muerte, pesadillas y sueños relacionados con la muerte de su hijo. Esto les ha estado afectando a tal nivel que se les hace prácticamente imposible realizar las actividades de la vida diaria. Refieren temor a tener hijos de nuevo o, a padecer cualquier enfermedad que haya causado la muerte del niño, la mujer refiere que no piensa ejercer más la medicina porque no tiene valor para atender a un niño o una mujer embarazada, por lo anteriormente expuesto acuden a consulta por ayuda psicológica.

Historia psicosocial:

Este es un matrimonio que surge desde su noviazgo cuando eran estudiantes de pre-universitario refiriendo siempre haber tenido muy buenas relaciones entre ellos y los compañeros de estudio así como los de trabajo indistintamente, históricamente la familia de la mujer tuvo creencias religiosas por lo que piensan que tal vez sea algún tipo de castigo. Comentan que la planificación de crecer como pareja y como familia estaba hecha desde que eran estudiantes universitarios, la familia de los dos siempre los apoyó con sus ideas y planes lo que hacía incrementar la consolidación

de su relación hasta llegar al matrimonio y el embarazo. La mujer comenta que durante el embarazo ella había soñado con la muerte de su hijo por lo que se cree culpable expresando que “tal vez no esté destinada para ser madre”, y el hombre refiere que esta no es la primera muerte de un niño que enfrenta su familia ya que una tía suya había perdido hace algunos años a un hijo por lo que cree que es culpa de él y los genes de su familia, el afrontamiento a esta pérdida significativa descrita así por el paciente estuvo estructurada por síntomas como la depresión y los sentimientos de culpa, elaborando ideas que perduraron hasta estos momentos tales como: “algo mal debe existir en mi familia”, “¿yo tendré el mismo problema?”. En estos momentos me hacen saber que los deseos sexuales han disminuido así como la comunicación con sus amigos y familiares porque no desean hablar sobre el tema. Hasta estos momentos no han podido ir al cementerio sin saber aun donde está localizada la tumba de su hijo lo que según ellos los hace sentir débiles y más culpables.

Factores protectores:

Apoyo social percibido, antecedentes de salud mental, reconocimiento de la problemática que los afecta.

Factores de riesgo:

El cuadro actual que manifiestan.

Experiencias anteriores de pérdidas de familiares en etapa infantil.

Diagnostico clínico: -trastorno adaptativo a forma mixta.

-Duelo psicológico.

Objetivo:

Evaluar el efecto de la hipnosis terapéutica y la medicina tradicional y natural en el tratamiento de duelo.

Desarrollo:

Se realizó un estudio en un caso único, durante los meses de junio a julio del 2015, siendo las variables independientes la hipnosis terapéutica y la MTN y las variables dependientes son el duelo psicológico, depresión y ansiedad.

El caso estuvo conformado por una pareja diagnosticada con trastorno adaptativo a forma mixta hace más de dos semanas, remitido por la especialista de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico del municipio Banes a la consulta de Psicología de la misma institución. Las variables psicológicas fueron evaluadas a partir del IDARE e IDERE para los niveles de ansiedad y depresión antes y después de la intervención además de la entrevista a profundidad

para obtener información sobre las posibles causas que generan la ansiedad y depresión respectivamente, además de tener en cuenta al duelo psicológico según las etapas que propone Marco Polo Scott. La intervención estuvo constituida por 16 sesiones con una duración entre 45 minutos y 1 hora cada una, con dos frecuencias semanales. Para cada sesión se cumplieron objetivos específicos y se incluyeron recursos terapéuticos y técnicas como: autoscopia, metáforas, imágenes, símbolos, regresión, sugerencias de proceso y posthipnóticas, musicoterapia e hipnobiodramaturgia.

Puntos para depresión: IG 4, CS 6, E 36, BP 6.

IG 4: Localización: entre el primario y segundo metacarpiano en su borde radial. CS 6: Localización: 2 cun próximos al punto medio del pliegue de la muñeca entre los 2 tendones de los músculos largo palmar y flexor corpo-radial. E 36: Localización: el grueso de un dedo inferior y lateral de la tuberosidad de la tibia o 3 cun por debajo de la rótula. BP 6: Localización: 3 cun arriba del extremo del maléolo interno.

Puntos de ansiedad: IG 4, C 7, CS 6, H 3.

IG4: Localización: entre el primario y segundo metacarpiano en su borde radial.

C7: Localización: en el lado radial del tendón del músculo flexor del carpo.

Cs6: Localización: 2 cun próximos al punto medio del pliegue de la muñeca entre los 2 tendones de los músculos largo palmar y flexor corpo-radial.

H3: Localización: 2 cun de la bifurcación del dedo gordo y el segundo del pie.

Descripción de las sesiones:

La primera sesión estuvo encaminada a establecer el contrato terapéutico y propiciar del mayor número de información a la pareja para refutar cualquier tipo de creencia errónea acerca del uso terapéutico de la hipnosis y la MTN, también para explicar de forma general en que consistiría la terapia. Ya las sesiones siguientes estuvieron más relacionadas con la necesidad de suprimir los síntomas que afectan a la pareja para lograr una disminución inmediata de las posibles resistencias provocadas por el estado de ánimo de los pacientes y el trabajo directo con el correcto manejo del objeto causante de las manifestaciones sintomatológicas actuales, presentes en los sujetos estudiados. Las creencias religiosas de los pacientes fueron utilizadas de forma terapéutica con el fin de lograr bienestar psicológico, por ejemplo se les hizo concebir que ...*“los cambios ocurridos en terapia están influenciados por una fuerza divina que pretende hacer un regalo especial, tan especial como ustedes lo necesitan, no se si puedan verlo quizás, sentirlo pero si se que ustedes saben que algo especial comienza a ocurrir en sus vidas, sus cuerpos y*

*sus mentes, dotándolos de todos los recursos necesarios para enfrentar aquello que los agobia, estos mismos recursos siempre han estado presentes en sus vidas sabiendo que como mismo somos del todo una parte, seremos también el todo en una parte”...“de manera tal que cuanto más atentos estén al cambio tanto más cambiarán de una forma saludable, controladamente, de la forma que lo necesitan, no se si ahora o dentro de los próximos minutos, quizás en el transcurso de la semana, pero si estoy seguro que mientras respiren de esa forma especial en que lo hacen y lo han estado haciendo, todos los cambios esperados irán ocurriendo de forma mágica, tal vez divina como tanto lo han pedido en sus plegarias...”* Así hasta lograr de manera efectiva el objetivo planteado para los menesteres de la investigación.

Resultados

Después de la implementación de la terapia se produjo una marcada mejoría en cuanto al nivel de ansiedad como estado ya que antes de la intervención existía un valor promedio de 45,9 puntos para un nivel alto según el IDARE y luego se obtuvo un valor promedio de 25 puntos para un nivel bajo. En cuanto a la ansiedad como rasgo antes de la intervención se obtuvo un valor promedio de 45 puntos para un nivel alto y luego un valor de 33 puntos para un nivel medio lo que resulta significativo para la investigación teniendo en cuenta que la ansiedad como rasgo de personalidad es difícil de modificar por su carácter estable.

En el caso de la depresión, antes de la aplicación de la terapia se obtuvo un valor promedio en la muestra de la investigación de 45 puntos para un nivel alto y luego 29 puntos para un nivel bajo de depresión como estado, en cuanto al rasgo, antes de la intervención se obtuvo un valor promedio de 40 puntos para un nivel medio y luego un valor de 27 puntos para un nivel bajo, resultados significativos teniendo en cuenta la estabilidad de los rasgos de personalidad como se comenta en los resultados referidos en cuanto a la ansiedad. Antes de la intervención se encontraban en una desorganización aguda del yo y luego en una reorganización del sistema para afirmar la efectividad del tratamiento en cuanto a las fases del duelo que se emplean en la investigación.

Un análisis global de los resultados obtenidos indica que:

-La intervención mediante la hipnosis terapéutica dejó una impronta altamente positiva en los sujetos tratados, refiriendo haberlos ayudado a alcanzar mejores estados de bienestar psicológico.

-Las variables dependientes a la muestra de la investigación se encuentran correlacionadas tanto antes como después de la intervención, cuestión esta que se corresponde a lo señalado en la literatura consultada.

-El comportamiento de los valores promedios de las variables luego del tratamiento resulta significativo hablando a favor de la efectividad del mismo; resultados obtenidos mediante la prueba no paramétrica de los signos.



Discusión

Luego de conocer los resultados se puede afirmar que en los pacientes estudiados, la terapéutica utilizada mediante la aplicación de la hipnosis es efectiva para lograr establecer estrategias de afrontamiento adecuadas a la pérdida, disminuir respuestas emocionales o conjunto de respuestas que engloban: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos, los cuales en este caso son la depresión y la ansiedad. Todo esto con el fin de alcanzar que los pacientes logren elaborar su enfrentamiento al duelo de forma adecuada, estructurándolo de modo particular según su credo e ideología, a sus características personales y no a elaboraciones socialmente establecidas las cuales puedan ocasionar más que dolor un sufrimiento insostenible que conlleve a adoptar comportamientos totalmente patológicos.

Conclusiones

La Hipnosis Terapéutica y la Digitopuntura tienen un efecto positivo en el tratamiento del duelo psicológico en el caso estudiado, logrando la disminución de los niveles de ansiedad-depresión (rasgo-estado) y reorganizar la configuración estratégica de afrontamiento al duelo elaborada por los pacientes.

Bibliografía

1- Li Ping. "El gran libro de la Medicina China". Ed. Martínez Roca, 2000 (Barcelona).

2-Arenas MC y Puigcercer A, (2009): Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escritos de Psicología 2009; 3(1): 20-29.

3-Oblitas G. L. A. (2007): Como hacer psicoterapia exitosa. (Autor y Compilador) PSICOM Editores Bogotá D.C Colombia Cubierta: taller creativo Psicom editores impresión digital: psicología Científica.com, Email: edición@psicomeditores.com, www.PsicomEditores.com, ISBN: 958-33-5829-0.

4- Witmer, J.M.; Sweeny, T.J. (1992). «A holistic model for wellness and prevention over the lifespan (tr.es. "Un modelo holístico para el bienestar y la prevención en el curso de la vida)». Journal of Counseling and Development (tr.es. "Periódico de consejería y desarrollo) 71: pp. 140-148.

5- Instituto de MTC de Yunnan: Sistemas de Canales y Puntos acupunturales. 1998. DL: B-37.121/98. Edita: [Fundación Europea de Medicina Tradicional China](#)

6-A. Li-Yau. "Acupuntura China". Ed. Editores, S.A., 1991 (Barcelona).

7- Autoscopia - la magia de su interior: técnica avanzada de hipnosis - João Jorge Cabral Nogueira -Rio de Janeiro-Instituto AmanheSer, 1998. ISBN 85-87021-01-X

8-Ernest Laurence Rossi, Ph. D y Kathryn lane Rossi, Ph. D. La nueva neurociencia de la psicoterapia, La hipnosis terapéutica y la rehabilitación: un diálogo creativo con nuestros genes. Instituto Milton H. Erickson. California.

9- Cobián Mena A. (2004). Hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas. Editores: Barcelona: Morales Torres, SL. Colección: Guías prácticas de autoayuda.

10- Polo M. (2009). Tanatología del Siglo XXI. México: Mc.

11-Polo, M. (s/f). Psicoterapia Gestalt en el manejo de resolución de Duelo. México: Mc.

IMP. INSTITUTO MEXICANO DE PSICOONCOLOGÍA

BACHILLERATO TECNOLÓGICO

En 2 años

INICIO Junio 2016

Especialidades en:

- Programación
- Contabilidad
- Trabajo Social
- Administración de Recursos Humanos

Validez Oficial de la Secretaría de Educación Pública



Modalidades de Estudio:

- De Lunes a Viernes
- Próxima apertura
- En Sábado
- Sábado 4 de Junio 7:00 a 13:00 hrs.

INVERSIÓN

Inscripción: \$ 1,350.-  
Colegiatura: \$ 1,350.-

Plantel Tláhuac:  
Avenida Tláhuac No. 2581, Colonia La Nopalera,  
Delegación Tláhuac, C.P. 13220, México, D.F.  
(a una cuadra del metro la Nopalera)

PROMOCIONES

MARZO	100%	Descuento en inscripción
ABRIL	50%	Descuento en inscripción
Hasta el 15 de MAYO	30%	Descuento en inscripción

Informes: 6819 2000

[www.impobachillerato.org.mx](http://www.impobachillerato.org.mx)

# Estructura y Dinámica

## Familiar de pacientes con cáncer avanzado

Por la: Mtra. Selene Guzmán Castellanos

### Resumen

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.

### 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% de defunciones 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)

Así mismo 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, hígado y vías biliares intrahepáticas, a diferencia de los hombres que se relacionan con tumores de la próstata, tráquea, bronquios y de 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, cabe mencionar que 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 sobrevida de los pacientes. Se puede percibir también la deficiencia en la orientación a los familiares acerca de la enfermedad, por lo que muchas veces son 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, Bogdonoaoff 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 cuenta con los recursos apropiados y supieran que va a tener el apoyo sanitario que precisen (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 las necesidades físicas y emocionales del paciente.

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.

Por otro lado, 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 estará estrechamente relacionado 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. Así mismo 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 que disminuye. La familia por

tanto es un sistema que a su vez se compone de subsistemas (conyugal, paterno- filial, fraternal), sin embargo, todas las familias tienen 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 varían 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.

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. 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 un 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 al no sentir la necesidad de unos por otros y a recargar la labor social en el cónyuge o el hijo más allegado. Es relevante mencionar que 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 de la familia 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 potencial 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 salud, 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 para su adaptación. Los aspectos sociales son significativos ya que incluyen desde los recursos 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 esta 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 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 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 inadecuado 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, 5 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 obtienen peores niveles 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, con el apoyo del Departamento de Trabajo Social del mismo Instituto de donde se obtuvieron los números de expedientes comprendidos en el periodo 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.

	Frecuencia	Porcentaje
D.F.	32	45.7
Edo. México	20	28.6
Hidalgo	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%) y 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.

	Frecuencia	Porcentaje
Casad@	28	40.0
Viud@	23	32.9
Solter@	6	8.6

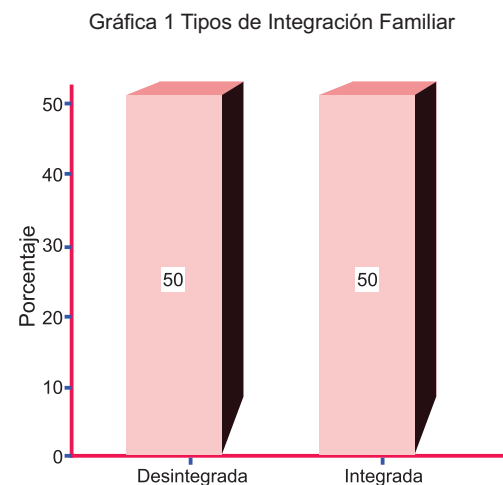
En la Tabla 3 se puede apreciar que el 40% de los pacientes terminales permanecen casados y el 32.9 % viudos y el 8.6% se encuentran solteros al momento del diagnóstico de la enfermedad oncológica.

Tabla 4 Frecuencia y porcentaje por género.

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	50	71.4
Masculino	20	28.6

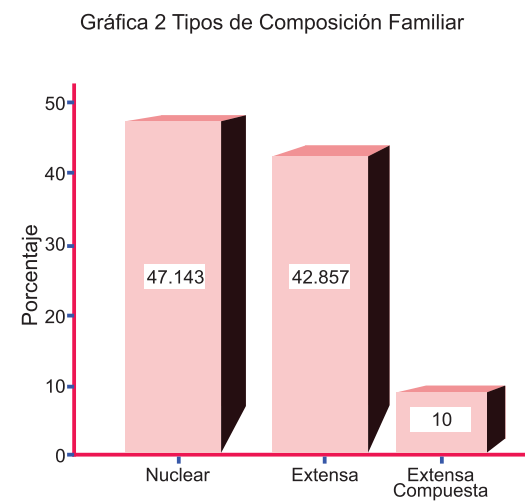
Se observa que la enfermedad se presenta con mayor porcentaje en mujeres con el 71.4% y en los hombres con el 28.6%, lo cual se corrobora con datos arrojados por el INEGI en los años 2007 – 2010. Siendo los esposos los terceros cuidadores primarios más importantes durante el desarrollo de la enfermedad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



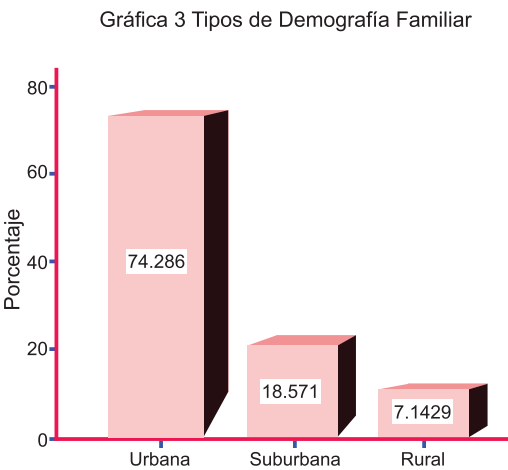
Lo que equivale a que se tengan familias en donde ambos conyugues vivan en la misma casa y cumplan con sus funciones respectivas al igual que las familias en donde los conyugues se encuentran separados.

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 y vecinos, quienes apoyan en los cuidados del paciente.

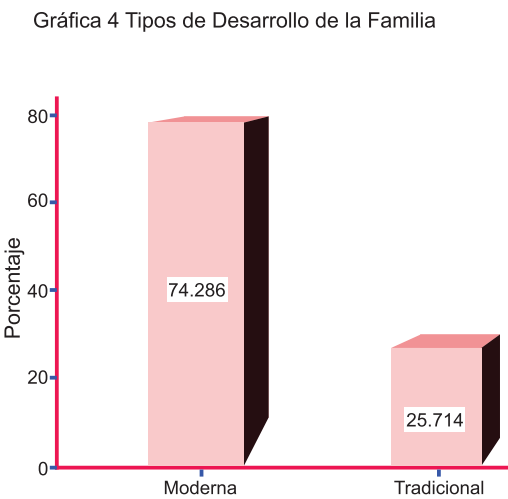


Gráfica 3. El 74.3% de las familias se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios, misma que es denominada demográficamente urbana. El 18.6% es población suburbana porcentaje que tiene las características

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.



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).



### 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 es 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 forma parte de un contexto familiar específico y único, el cual 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.

Fuertes, 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.



# MAESTRÍAS

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

## INICIOS Mayo - Junio 2017

**INVERSIÓN**      Inscripción: \$ 1,950.-  
Mensualidad: \$ 1,950.-

- Psicoterapia Transpersonal Integrativa
- Educación

- Evaluación Educativa
- Psicooncología
- Tanatología
- Estudios del Suicidio

PROMOCIONES		
MARZO	50%	Descuento en inscripción
ABRIL	30%	Descuento en inscripción
Hasta el 15 de MAYO	15%	Descuento en inscripción

**Plantel Montevideo**  
Av. Montevideo No. 625 y 635  
Col. San Bartolo Atepehuacan  
Del. Gustavo A. Madero  
C.P. 07730, Ciudad de México.

**Tel. 6393 1100**

**Plantel Tlalpan**  
Calzada de Tlalpan No. 1471  
Col. Portales  
Del. Benito Juárez  
C.P. 03300, Ciudad de México.

**Tel. 6393 2000**

[www.impo.org.mx](http://www.impo.org.mx)





Instituto  
Mexicano de  
Psicooncología

# Doctorado en Tanatología

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



“Ciencia, Eficiencia,  
Humanismo y Espiritualidad”

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

## Curso Propedéutico (obligatorio)

**Viernes 18 de agosto de 2017  
de 16:00 a 22:00 hrs.**

Costo del curso: \$ 3,500.-

### Plantel Montevideo

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

**Tels: 6393 - 1100  
6393 - 2000**

## Inicio del Doctorado

**Viernes 29 de septiembre de 2017  
de 16:00 a 22:00 hrs.**

**Duración: 2 años**

Inscripción: \$ 3,500.-  
Mensualidad: \$ 3,500.-

Asistiendo a clases  
¡Sólo un día a la semana!

[www.impo.org.mx](http://www.impo.org.mx)