

Tanatología del Siglo XXI

Thanatos

**Depresión en
Pacientes Hospitalarios**

**Recursos para una
Muerte Digna**

DIVERSIDAD Y DUELO

**Reacciones
Socioemocionales en
Niños en proceso de Duelo**



Marco Antonio Polo Scott

Editor de la Revista Thanatos

Director del Instituto Mexicano de Psicooncología y del Centro de Tanatología y Terapia de Duelo

- Mtro. en Psicoterapia Gestalt
- Mtro. en Hipnosis Ericksoniana
- Mtro. en Administración Pública
- Posgrado en Psicooncología
- Lic. en Psicología
- Lic. en Administración Pública
- Especialidad en Sexualidad
- Especialidad en Adicciones
- Diplomado en Programación Neurolingüística
- Diplomado en Sexualidad
- Diplomado en Tanatología

Creador de Diplomados:

- Diplomado de Psicología Humanista
- Diplomado de Expresión Emotiva e Imaginería
- Diplomado en Tanatología con Enfoque Gestalt y Humanista
- Terapeuta
- Investigador
- Conferencista a Nivel Internacional

Autor de libros

- Tanatología con Enfoque Gestalt y Humanista
- Tanatología y Duelo con Enfoque Gestalt y Humanista
- Tanatología del Siglo XXI
- Los Duelos en la familia
- Psicoterapia Gestalt en el Manejo y Resolución del Duelo
- Vejez, Enfermedad y Muerte

Coordinador General del 1er. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI
Profesor invitado de la Universidad de Oriente de Santiago de Cuba.



Editorial

Querido lector, nuevamente nos volvemos a encontrar en este tu tercer número de la revista "Thanatos" Tanatología del Siglo XXI.

En esta ocasión contamos con la participación de tres grandes exponentes de la Tanatología en Cuba.

El Dr. Alberto Cobian Mena nos aporta el tema: "Recursos para una muerte Digna", en el cual aborda la muerte desde la visión cultural de Cuba.

Por su parte el Mtro. Joaquín Blanco Marrades nos expone a nuestra consideración su trabajo titulado "Diversidad y Duelo", en cual aborda de manera clara las diversas vinculaciones que poseen las pérdidas significativas en el contexto del ser humano.

La Mtra. Aymara Reyes, desarrolla una propuesta para el trabajo con pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, a partir de su experiencia en el Hospital Juan Bruno Zayas de la Cd. de Santiago de Cuba, cabe hacer mención que las propuestas de intervención con este tipo de pacientes y familiares con procesos metodológicos claros son escasos en nuestro país.

Por parte de México presentamos los siguientes trabajos:

La Mtra. Adriana Ramírez Ramos, de acuerdo a sus amplios conocimientos y experiencia como terapeuta nos expone el tema "Reacciones socioemocionales en niños en proceso de duelo"; como es la asimilación cognitiva que se da de manera diferente en los niños que en los adultos ya que el sistema nervioso central en ellos no llega a un a su máxima maduración.

La Med. Angelia Belaunzarán Marquina nos aporta "Recuperando la calidad de vida en el paciente terminal" desde la visión humanista e integrativa, pone énfasis en los aspectos más importantes para mejorar la calidad de vida desde la vulnerabilidad de la enfermedad terminal.

Es posible que en México y en muchas partes del mundo, desde el punto de vista de la medicina, no existía un tema más inquietante que en la Influenza A (H1N1), en éste número, dos de nuestros investigadores, el Lic. Francisco Javier Mendoza Martín Del Campo y la Mtra. Lorena María Sosa Mendiburo, presentan los resultados de sus trabajos a partir de las reacciones psicológicas desadaptativas como es en caso de la depresión y la ansiedad.

Por mi parte te ofrezco algunos comentarios relacionados a la depresión en pacientes Hospitalizados.

La presente revista esta dedicada a un ser extraordinario que conocimos a travez de su familia, el Sr. Javier Aragón Castellanos, que en días pasados culmino su proceso de vida en este plano, un sensible homenaje para el.

Esto y muchas cosas más, vas a encontrar en este número de tu revista "Thanatos" Tanatología del Siglo XXI.

Marco Antonio Polo Scott

DIRECTOR GENERAL

MARCO ANTONIO POLO SCOTT

SUB DIRECTOR DE PUBLICIDAD,

DISEÑO Y EDICIÓN

ANA MARÍA RICO CÁRDENAS

SUB DIRECTOR ACADÉMICO

BEATRIZ CHÁVEZ CONTRERAS

SUB DIRECTOR DE

ADMINISTRACIÓN

Y COMERCIO

MARÍA PATRICIA POLO SCOTT

CORRECCIÓN DE CONTENIDOS

M. GPE. DENIA SOSA RAMÍREZ

IVONNE CABRERA DÉCIGA

MAGDALENA VIDAL ABARCA

IMPRESIÓN:

REGRADI, S.A de C.V.

DISEÑO

INNOCREA

CHRISTOPHER PELZ

OPINIONES Y SUGERENCIAS

marcoapolos@hotmail.com

CONTRATACIÓN DE PUBLICIDAD

Y SUSCRIPCIONES

5119-5950 / 5752-7860

2594-4902

3era. EDICIÓN NOVIEMBRE,

DICIEMBRE 2009

Tiraje 2,000 ejemplares

www.impo.org.mx

www.centrodetanatologia.com

DERECHOS RESERVADOS

REVISTA THANATOS

Contenido

3.- Editorial

6.- Recursos para una Muerte Digna

10.- Diversidad y Duelo

15.- Reacciones Socioemocionales en Niños en Proceso de Duelo por Muerte de un Ser Querido

18.- Depresión en Pacientes Hospitalarios

21.- Reseña del 1er. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI

25.- Recuperando la Calidad de Vida en el Paciente Terminal

27.- Relación entre Ansiedad, Depresión y síntomas Psicosomáticos por las medidas sanitarias adoptadas de las autoridades por la aparición del Virus de Influenza A(H1N1)

30.- 4ta. Generación de Maestría en Tanatología

31.- Intervención Familiar para cuidadores de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal sometidos a Hemodiálisis

34.- Psicoterapia / La Despedida

INSTITUTO MEXICANO DE PSICOONCOLOGIA

Maestría en: **TANATOLOGIA**

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20080221 - 7 de marzo de 2008)

Inicio:

Plantel Montevideo:

Sábado 30 de enero de 2010
De: 8:00 a 12:00 hrs.

Plantel Tláhuac:

Viernes 29 de enero de 2010
De: 16:00 a 20:00 hrs.



Maestría en: **PSICOONCOLOGIA**

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20081350- 24 de junio de 2008)

Duración: 25 meses

Inscripción: \$ 1,950.00

Mensualidad: \$ 1,950.00



INICIO:

Plantel Montevideo

Jueves 28 de Enero de 2010

De: 16:00 a 20:00 hrs.

Dirigidas: Médicos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Psicoterapeutas,
Pedagogos, Enfermeras e Interesados a Nivel Licenciatura.

Informes:

57 52 78 60 - 5119 41 69 - 25 94 49 02

INSCRIPCIONES ABIERTAS

Plantel Montevideo: Av. Montevideo No. 635, Col. San Bartolo Atepehuacan, Del. Gustavo A. Madero, México, D.F.

Plantel Tláhuac: Av. Acueducto No. 32, 1er. piso Col. Zacatenco Tlaltemco, Del. Tláhuac, México. D.F.

RECURSOS PARA UNA MUERTE DIGNA

Por: Alberto Cobian Mena

Dijo Erick Fromm, psicoanalista de renombre universal, que el hombre se enfrenta a un proceso de dicotomía existencial, pues sabe que es mortal y no acepta sin embargo, la muerte.

Ernesto Guevara dijo - en función de sus irrenunciables principios de justicia social- "Donde quiera que me sorprenda la muerte, bienvenida sea" patentizando así su gusto por morir siempre que en ello estuviese presente la lucha por ideales de libertad y de un mundo mejor.

Erden Hernández, excelente y aún no reconocido compositor, tal vez inspirado en el sentido de su vida, cantó una vez lo siguiente:

Para esperar a la muerte
Voy hacer una fiesta grande
Donde tomaremos cerveza
Con tamales y ají picante
Recordaré mis amantes.
Todas vírgenes y santas
No son muchas, ni son tantas.
Pero notarán mi ausencia
Pues yo las he buscado
Y han cambiado de presencia
Por mejores posiciones
Sin darse cuenta si quiera
Que la pobreza es pasajera
Que la riqueza es pasajera
Porque la vida es pasajera...

Ahí expuso inexplorablemente su reconocimiento a una finalidad ineludible para todo ser viviente: la muerte.

Entonces por qué dentro de ciertos límites no prepararnos para ella si ha de venir, queramos o no.

Entiendo como enfermizas a las personas que quieren morir, pensé; tal vez frustrados, enfermos del alma, deprimidos y hasta psicóticos y como una visión nada optimista de la vida, son los contribuyentes más adecuados a esta conceptualización.

En mi modesta opinión, prepararnos para la irremisible "ida", no es más que vivir profundamente nuestras vidas, porque entonces, estamos presuponiendo adquirir recurso y mecanismo para una muerte digna.

No se muere dignamente cuando hay temor espantoso.

Recuerdo lo planeado por Joseph Klein en su interesante libro "La sencillez de ser", cuando Bauber ante el inevitable momento de su muerte, debido a la terrible enfermedad que padecía y al carácter incurable y

grave de la misma, refutó a su hermano la acción de llorar, diciendo "No llores, si me amas no sufras".

¿Significa esto cuando hago referencia a este ejemplo, que yo esté exponiendo una filosofía de lo irracional, como mecanismo solvente de un paradigma no aceptado por todos?

Creo que no, y es más, de hecho no, porque cuando se ama a alguien se es sensible ante la desventura que la enfermedad crónica o mortal impone; y ello nos golpea, nos toma, como expresión ineludible del amor que se siente por esa persona afecta, siendo muchas veces esta conducta lo que totaliza nuestra forma de actuación sin darnos cuenta, si ello es perjudicial o no, para el propio hombre enfermo.

Generalmente olvidamos que el hombre afecto, con capacidad de discernir, valorar y evaluar, nos observa, y en ocasiones tiene firme voluntad de enfrentar el proceso morboso que lo aqueja, pero que con nuestra postura, inhibimos su intención de afrontamiento y lo que hace como consecuencia natural de este hecho, es comenzar a compartir nuestros sufrimientos.

De ahí la inmensa sabiduría de la expresión. "Si me amas no sufras". Ello significa el elevado nivel de intelectualización del recurso dignidad, para enfrentar la muerte.



Son muy variados los recursos para enfrentar la muerte. Ello depende de cuan o como interpretemos o hayamos interiorizado el hecho mismo que el vivir implica, como contrario de la muerte, al que se imbrica en una indisoluble unidad.

En el peregrinaje de buscar recursos veo como el más importante aquel referido al respeto de los valores jerárquicos de la personalidad y su riqueza radica en el manejo plástico de la realidad personal y social del paciente.

La comprensión justa de este elemento, entonces, tan solo es posible acercándonos a una evaluación psicológica.

Para el médico, que tiene que manejar, enfrentar y aceptar, inclusive, una realidad que no desea se haga tal pero que no depende ni de su intención ni de su conciencia- el acto de evaluar solo es dable, cuando es capaz de establecer una buena relación médico-paciente y donde la comunicación afectiva y plena, así como los contenidos de esta, permitan acercarlos a ambos e incluso a la familia del paciente a una dimensión humana que sea capaz de dar bajo el concepto de la verdad, por cruda que sea: amor, valentía, confianza, paz y tranquilidad.

He señalado hasta aquí tres elementos o cuestiones esenciales y son:

1. Vivir profundamente la vida
2. Tener capacidad de amar y no sufrir
3. Los sistemas de valores

El vivir profundamente la vida significa, entregarse con amor a una obra humana de alto contenido social y práctico, significa hacer, legar, disfrutar, realizarse, amar, lograr construir una familia hermosa cuando se tiene; con capacidad de funcionamiento; significa también resolver los problemas de la vida con entereza y calma, sin ser presa de la desesperación, a pesar de los avatares y las dificultades cotidianas que debemos enfrentar, aun cuando tengamos recursos escasos o limitados.

Todo ello nos llenará de regocijo y al final podremos decir cuando hagamos el balance de lo vivido "Puedo morir tranquilo".

O muy naturalmente " Tengo que seguir luchando para vivir, cuando concientizo con justeza cuánto me queda por hacer, la necesidad de lograrlo y su valor como imperativo de la vida en esta ultima variante de la vida misma.



En éstas razones y sabias reflexiones que se convierten en motivos y en propósitos conscientes encontraré bríos y fuerzas, lo que significa de modo claro prepararse mejor para una muerte digna.

Por otra parte, cuando se tiene la capacidad de amar y no sufrir nos enfrentamos a la problemática de ser compasivos y/o resignarnos, o luchar hasta el último hálito de vida de quien como enfermo, porta una enfermedad y se aboca a un callejón sin salida.

Yo, acostumbro a decirle a mis pacientes con independencia del grado de su dolencia, lo siguiente: "Te ofrezco un camino de lucha donde estoy dispuesto a darte todo por ayudarte, mas, necesito tu ayuda porque sólo, no puedo".

Esto implica a mi modo de ver, la actividad del propio sujeto hacia su propia finalidad. Recuerdo con mucha satisfacción, cuando la doctora Margaret Hunter-que impartía un curso de hipnosis terapéutica en la

Universidad Médica de Santiago de Cuba -nos refería que una paciente suya con cáncer terminal tenía temor a morir de noche y ella como terapeuta accedió a manejarla para, sobre la base de sus temores y sus necesidades, ayudarla a no sufrir y a no experimentar el desagradable momento que significaría el morir en tales condiciones.

Esta paciente sabía perfectamente que iba a fallecer, pero se resistía a dejar el mundo sin ver el sol y la primavera, estación del año que disfrutaba tanto, era a la vez su preferida y en la que justamente estaba.

Entonces a modo de ayuda la hipnotizó dejando ordenes posthipnóticas de que resistiría hasta el amanecer y así fue. Contaron las enfermeras-refirió la Dra.

Hunter – que el susto no las dejó de acompañar durante toda la noche pues a cada rato se tenía la creencia de que la enferma iba a morir inmediatamente, sin embargo, resistió hasta el amanecer y cuando temprano vio a su hija y a los rayos de sol, murió muy segura de sí, calmada, aceptando la muerte como un proceso natural.

Si observamos el cómo transcurrieron los últimos momentos de esta paciente hasta su deceso, convendremos seguramente, de que no tuvo una muerte triste, sino digna, llena de estoicismo, objetividad y paz.

Y aquí reparo ya, en el sistema de valores y por supuesto hablar de ello significa acercarnos a los principios bioéticos, donde la eutanasia, el respeto a la integridad y a la autodeterminación del enfermo se siguen manteniendo como dilemas y problemas importantes en esta área.

Por un lado los derechos del paciente y por otro los del médico que ha de salvar y defender la vida del paciente hasta las últimas circunstancias y subrayo últimas circunstancias, porque muchas veces se va más allá de lo racional, para limitarlas, llevando al médico al penoso momento de hacer indigna la vida del paciente con un aparataje que da miedo a sabiendas de que no dará resultado en la atención de mantenerlo vivo.

Al escrutar la realidad nos fijamos en cuántas personas, quieren morir con Dios, aunque hayan sido "malos" y cuantos buenos así también lo anhelan y entonces se le busca al cura o al pastor, para que a pesar del duro desenlace no sufra y de este modo ante tan difícil momento, quien va a morir se sienta acompañado, lleno



de paz interior y de fuerzas para aceptar evento tan singular.

Son muy variados los recursos para enfrentar la muerte. Ello depende de cuan o como interpretemos o hayamos interiorizado el hecho mismo que el vivir implica, como contrario de la muerte, al que se imbrica en una indisoluble unidad.

En el peregrinaje de buscar recursos veo como el más importante aquel referido al respeto de los valores jerárquicos de la personalidad y su riqueza radica en el manejo plástico de la realidad personal y social del paciente.

La comprensión justa de este elemento, entonces, tan solo es posible acercándonos a una evaluación psicológica.

Para el médico, que tiene que manejar, enfrentar y aceptar, inclusive, una realidad que no desea se haga tal- pero que no depende ni de su intención ni de su conciencia- el acto de evaluar solo es dable, cuando es capaz de establecer una buena relación médico-paciente y donde la comunicación afectiva y plena, así como los contenidos de esta, permitan acercarlos a ambos e incluso a la familia del paciente a una dimensión humana que sea capaz de dar bajo el concepto de la verdad, por cruda que sea: amor, valentía, confianza, paz y tranquilidad.



Un bulto carcomido por tiñosas
puede ser mi tumba – siempre rosas-
Sí de mi guitarra queda alguna
parte, por favor recójala y haga arte.

Cuando tu vuelo no tenga razón
y sea de despedida.

Paloma estás herida,
cuando renuncies a todo lo bello que
nos da la vida.

Paloma estás perdida,
ve tras la canción que es mucho mejor.

Así, tras la canción que es alegría o dolor,
componentes de la vida real, aprenderemos a
vivir y a no sufrir, para tan solo así bien Morir.

Entonces habremos entendido mejor a From,
no tal vez en sus limitaciones.

No es que el hombre se aferre a la vida para
no morir. El hombre necesita vivir intensa
y maravillosamente para legar, para trascender
y para decir
¡Puedo Morir, con dignidad!

DIVERSIDAD Y DUELO

Por: Joaquín Blanco Marrades y
Carlos Joaquín Blanco Colunga

*De un punto determinado
no hay regreso.
Ese punto puede ser alcanzado.
Franz Kafka.*

El desarrollo científico y tecnológico alcanzado por la humanidad es muestra expresa de la diversidad que caracteriza a los grupos poblacionales, a las comunidades, en esencia a las sociedades con sus diferentes formaciones económico-sociales. La temática de la diversidad, dado lo polémica y polisémica que resulta como término y por su tratamiento, será motivo de nuestro análisis, así como varias serán las aristas y saberes legitimados como ciencia consignados al respecto.

No todos tenemos acceso a la información de lo que hoy es ciencia constituida en muchas naciones del orbe o, más significativo aún, no todos utilizan el contenido y los conocimientos con los mismos fines, lo que hace inferir que valorando las condiciones particulares de los países y sus seres humanos es necesario contemplarlos inmersos en su diversidad, desde lo general, lo particular y sin temor ninguno en su singularidad.

El término diversidad se ha reducido en los últimos tiempos a la crítica, defensa y/o aceptación de la orientación sexual, específicamente de las personas predominantemente homosexuales. Sin embargo, esto es mucho más que diversidad sexual. La comprensión cabal y asertiva de la diversidad impone a cada analista teórico de la sociología, filosofía, psicología, de las artes, en fin de todas las creaciones humanas comprenderla en su justa medida: somos semejantes y a la vez muy diferentes, incluyéndonos a nosotros mismos en el quehacer de la vida cotidiana, constituimos



personalidades irrepetibles y, por tanto, hasta en nuestra relativa estabilidad personalológica nos comportamos de manera diversa en las circunstancias cambiantes de la vida, las que se integran a nuestro historial y con sentidos muy diversos.

La diversidad se encuentra en todo lo que hacemos, en la propia expresión sexual. Lo que representa un beso en diferentes momentos, culturas e idiosincrasias, tiene significados muy disímiles como también lo tiene la maternidad para determinadas mujeres y ¿por qué no? para un número particular de hombres, como aquello que define la feminidad y la masculinidad.

Igualmente diferentes son los criterios existentes acerca del aborto inducido, aceptados o rechazados por diferentes culturas y legislaciones y está regido por las creencias y asignaciones morales imperantes en cada región.

Son infinitos los aspectos que sellan la diversidad entre los seres humanos y con respecto a sí mismos. Las consideraciones acerca de la

eutanasia son otro ejemplo que expresan los dilemas bioéticos de nuestros tiempos. Como son diversas también las reacciones frente al fallecimiento de un ser querido, que es igualmente diferente de acuerdo a lo que se pierde con él, por el significado que el mismo encierra para cada una de las personas con quienes se relacionaba: ¿qué perdemos con el fallecimiento, sólo al ser querido?

Al respecto la antropóloga mexicana Martha Lamas refiere

Los seres humanos son el resultado de una estructuración psíquica, de una producción cultural y de un momento histórico. Por eso, la manera en que las personas conceptualizan el cuerpo, el sexo y la sexualidad es de acuerdo a valoraciones subjetivas, culturales e históricas. Con estas condiciones sociales de producción de la cultura, la relación entre sexualidad y ética ha ido cambiando históricamente. La sexualidad ha estado imbuida de un conjunto de aspiraciones y regulaciones políticas, legales y sociales que inhiben muchas formas



de expresión sexual al mismo tiempo que estigmatizan ciertos deseos y actos. Es prioritario diferenciar entre la sexualidad y los contenidos simbólicos que les adjudican las personas. Mientras que para unas personas ciertas prácticas per se ilegítimas para otras es el carácter ético del intercambio lo que las vuelve legítimas o ilegítimas.

Lamas nos hace reflexionar acerca de los símbolos que les atribuimos los seres humanos a la sexualidad. La maternidad es un caso, definiendo una posición social, un reconocimiento. Sin embargo esta atribución simbólica no es solo a la sexualidad sino a todo lo que concierne al ser humano, ejemplo es el de la muerte, que está matizada por los significados y encierra en sí un símbolo para las diferentes culturas, en cada momento histórico y en el contexto de la configuración psicológica realizada.

Interesante resulta la cita realizada por Olga María Alegre de la Rosa:

La diversidad humana: es una realidad social y psicológica. La

diversidad hace referencia a la identificación de la persona por lo que cada cual es como es y no como nos gustaría que fuera. Su identidad. Este reconocimiento es lo que configura la dignidad humana. Por eso hablar de diversidad es hablar de identidad. La identidad es lo que nos permite distinguarnos de los demás. Ser quienes somos. Cada aspecto de esa identidad nos sitúa dentro de un grupo humano. La lengua que hablamos, las cosas que comemos, nuestras aficiones, nuestras características físicas o psíquicas, o la historia con la que nos identificamos, son algunos aspectos de esa identificación.

La diversidad nos define como seres auténticos en nuestra identidad; somos como somos y no como quisieran que fuéramos. En ello se impone nuestra responsabilidad y decisión de plantearnos nuestros cambios. Somos cubanos o mexicanos, pero no dejamos de ser nosotros mismos y ello depende de nuestros propósitos en la vida, de cuáles son las cualidades que nos reconocemos, de la autopercepción que nos formamos, depende de cómo

estoy o no conforme con mi persona sin que ello implique un inmovilismo, una actitud pasiva ante la vida.

¿Cómo valoramos, entonces, la Diversidad? La diversidad referida al ser humano es un constructo socio-psicológico que expresa la identidad, cuya esencia histórica, social y cultural encierra la individualidad y singularidad, lo diferente de cada uno, con la responsabilidad y consecuencias de quien es, con derecho a mostrarlo o no, con el deber de respetar a los demás y el derecho a ser respetado. Es un valor que enuncia los derechos y deberes que se asumen en el marco social.

Toda persona está movida, compulsada por sus necesidades y motivos, lo que ha sido llamado esfera motivacional de la personalidad. La diversidad humana está regulada esencialmente por esta esfera. Ninguna actividad iniciada o continuada es inmotivada y en ellas están presentes sus creencias, lo que le da un sentido a lo que se realizó, se realiza o realizará. Nuestras aspiraciones están determinadas por necesidades, motivos y por aquellas creencias que asumimos respecto a nosotros mismos entre otras, lo que tiene que ver estrechamente con nuestras autovaloraciones y autoestimaciones y, muy relacionado con el sentido que le hallamos a la vida, a nuestra vida.

Actuamos en correspondencia con las creencias que nos ocupan en cada momento, lo que se realizará en el futuro ya se ejecutó primeramente en el plano ideativo, en dependencia de esas creencias, las que se pueden manifestar o no, declarar o no, pero están presentes en cada uno de nosotros, en nuestra mente regulando nuestro comportamiento, al respecto Krishnamurti señalaba Todos creemos de diferentes formas y en diversas cosas, pero todos creemos.

La despedida del ser significativo encierra y simboliza la satisfacción o insatisfacción de variadas necesidades, nuestro comportamiento, por tanto, está regido por diferentes motivos y creencias. No es la muerte en sí, sino lo que creemos y significa esa muerte para nosotros, es lo que muere en nosotros con la pérdida que se está produciendo, es la imposibilidad de hacer lo que se dejó de realizar.

Cuando nos referimos a las creencias no la enmarcamos en el sentir y pensar religioso, tampoco lo excluimos. La fe religiosa, la manera en que se asume ésta condiciona en cada persona una ética en el actuar humano, como lo pauta todo sistema de creencias y es que las creencias predominantes en cada una de las personas tallan su esencia humana.

El contenido y las referencias acerca de las creencias no es cosa actual, data de mucho tiempo en el pensamiento humano, el destacado filósofo Hume al referirse a las mismas señalaba que:

la creencia es solo una concepción más viva, eficaz, firme, sólida de lo que la imaginación por sí sola nunca es capaz de obtener". Es "el acto de la mente que representa a la realidad, o lo que es tomado por realidad, presente en nosotros en grado mayor que las ficciones y hace que pese más sobre el pensamiento y que tenga una influencia superior sobre las emociones y sobre la imaginación.

Subrayamos las palabras de Hume al expresar: es el acto de la mente que representa a la realidad, o lo que es tomado por realidad. Cuando ocurre una pérdida, constituye una realidad o se crea una realidad alrededor de ella. Si se valora con sentido de la vida pesimista o de dependencia las creencias serán de pérdida permanente y dañina. Otra visión es cuando hacemos conciencia que su pérdida real, consciente y sin regreso, está presente en nuestra existencia y nos permite continuar la vida soportando su ausencia,

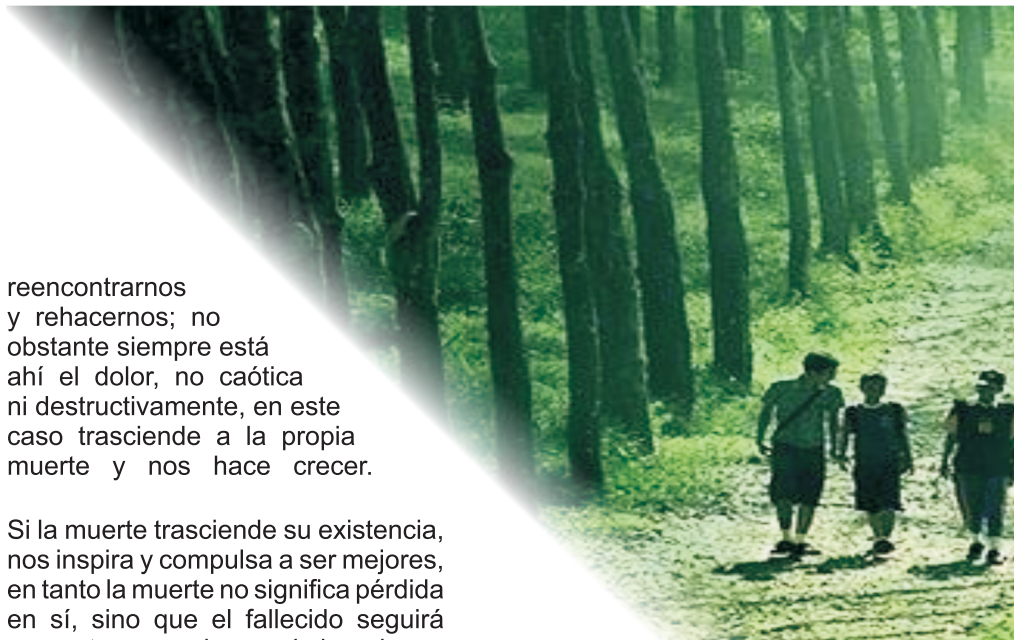
reencontrarnos y rehacernos; no obstante siempre está ahí el dolor, no caótica ni destructivamente, en este caso trasciende a la propia muerte y nos hace crecer.

Si la muerte trasciende su existencia, nos inspira y impulsa a ser mejores, en tanto la muerte no significa pérdida en sí, sino que el fallecido seguirá presente en su obra, en lo legado, en el actuar humano de sus seguidores.

Los eventos de la existencia humana no determinan las consecuencias para el sujeto, sino que depende de cómo se asimilan, como hacemos funcionales o disfuncionales la información que grabamos en nuestro cerebro lo ocurrido, cómo procesamos la información percibida de la realidad dada o creada, lo que está íntimamente relacionado con y cómo se conjugan con las creencias del sujeto.

Las creencias son valoraciones objetivas y/o subjetivas de la realidad, se construye sobre la percepción de esa realidad en correspondencia con nuestra identidad. La muerte se percibe en dependencia del reflejo de la realidad o de la construcción de la misma desde antes o a partir del momento que concientizamos la pérdida.

Tanto la información como el procesamiento de los hechos acaecidos en nuestra historia personal, nos dan un sentido de vida, y a la muerte. Nuestras creencias están en la base de ese sentido de vida y de muerte. Nietzsche señaló que: Quien dispone de un para qué vivir es capaz de soportar casi cualquier cómo.



El sentido de la vida valorado como el significado que esta posee permite comprender de manera precisa y diáfana los comportamientos y actuar del ser humano. Cuando somos capaces de tener sentido para la vida, un para qué vivir, las creencias acerca de la misma son diferentes, como diversa se hace la forma de ver la muerte, la pérdida de un ser querido o cualquier pérdida con sus significados.

No siempre podemos elegir la pérdida sino que la sufrimos. Perdemos en cada etapa del desarrollo ontogénico; se producen cambios anatomofisiológicos, psicológicos, en las relaciones interpersonales desde los coetáneos hasta con los padres, cambia la posición social, cultural, la residencia que nos recibió al nacer, perdemos a los abuelos o a un(a) hermano(a) mayor o menor.

La vida es un eterno perder pero también es un eterno ganar, en la decisión de elegir como vivir de un modo o de otro. Víctor Frank escribió: Por eso a pesar de los problemas que podamos tener, toda vida vale la pena ser vivida y más aún cuando el hombre pone en práctica la fuerza de oposición del espíritu frente al destino, o sea frente a aquello con lo que me encuentro en la vida sin



haberlo elegido; pero ante lo cual sigo siendo libre de actuar, de un modo o de otro. Y más adelante señalaba: el sentido está siempre cambiando, pero jamás falta.

El sentido de la vida no nace de la nada, tiene su origen en las cosas que pasan en la vida individual, la situación familiar vivida, el entorno social, los hechos a los cuales les dimos un determinado significado, los éxitos y fracasos todo ello conforma las creencias, los modos de actuar lo que esperamos o no de la vida, por tanto ni la vida, ni la muerte tienen sentido por sí misma sino por el significado que cada uno le otorga por disímiles razones; siempre hay un por qué del significado, que depende de nuestras elecciones para con ellas.

Lo que muestra nuestra identidad, nuestra diversidad.

Toda pérdida, cualquiera sea el sentido que le hallamos y otorgamos, transita por un trabajo de duelo, del que se han descrito muchas etapas, todas importantes pero más que las etapas en sí consideramos que lo primordial es su carácter procesal.

El duelo y su trabajo, con su búsqueda permanente de reconciliación consigo mismo

inconsciente o conscientemente es completamente dinámico, dialéctico, donde el pasado retoma un significado destacado para su solución, con una percepción cambiante del presente y ¿por qué no? del futuro. Aparecen las culpas y siempre la indagación incesante de la responsabilidad no asumida o supuestamente no asumida. “los yo debí”, “si hubiera hecho”, “si los otros”, y tantas inculpaciones que muchas veces hacen que se detenga el proceso normal de la asunción del dolor, que llegó para quedarse, con sus diferentes tonalidades.

Pero la experiencia del duelo no se reduce al dolor sentido, al sufrimiento por la pérdida, es mucho más que eso, es una experiencia física; se refleja en el cuerpo, agotamiento, molestias que nada alivia, es a la vez

un estado psicológico; aparecen pensamientos y sentimientos que ocupan la mente hasta el agobio y con el sabor amargo de que nunca desaparecerán. Es un acontecimiento social y relacional cambian las relaciones establecidas con los demás y con uno mismo. Las dificultades relacionales se convierten para unos y otros; el que sufre y el que quiere acompañar en franca barrera. Se rompen las comunicaciones y con ello la comprensión que podría mejorar la situación. Los que desean ayudar se encuentran con una fuerte resistencia, los mecanismos de defensa del sufriente. Él o ella necesitan de acompañamiento, pero también de silencio, expresar sus emociones y se le pide que sea fuerte, necesita de la soledad y hay una compañía impuesta por los otros.

Diversa es nuestra interacción con los demás, diversas son nuestras necesidades, el sentido que adquiere la nueva situación social. La integración a la vida social se complejiza, los viejos amigos actualizan constantemente lo vivido y lo que ya no podrá ser igual, las relaciones laborales y sociales en sí exigen de una recuperación que la gran mayoría de las veces demora

más que sus reales posibilidades de incorporación, por lo que se ve afectado el rendimiento y las soluciones, habilidades y capacidades que anteriormente se exponían o aquellos que las manifiestan entonces son incomprensidos y enjuiciados por su aparente rápida recuperación.

La ayuda es necesaria pero cabe una pregunta ¿Cómo hacerlo? La respuesta puede parecer muy simple, en apariencia; pero se complejiza al tener en cuenta las individualidades. Y es ahí precisamente la dificultad del hecho. El que brinda su ayuda debe estar preparado (a) para cualquier reacción y no por ello considerarla fallida ni estéril. Es mejor estar que no estar, es mejor acompañar que dejar solo, pero con el suficiente tacto de cómo acompañar en la justa medida de lo que le hace falta al otro. Y esto también resulta muy complejo ¿cómo encontrar esa medida?, ¿cuál es la medida de mi acompañamiento?, ¿cómo la necesita el doliente? Y es que desgraciadamente se le impone. Medimos la ayuda no por el que sufre sino por lo que cree el que desea y decide acompañar o el designado por las circunstancias y familiares para el acompañamiento.

Son muy diversas las escuelas y modelos terapéuticos con sus concepciones teóricas, que nunca serán totalmente acabados, siempre estarán sometidos a su propio enriquecimiento. El psicoanálisis de hoy no es el elaborado por Sigmund Freud, sin embargo hacemos defensas de esas escuelas o modelos de maneras excluyentes de los otros. ¿Podrá alguno cubrir totalmente la diversidad de nuestros pacientes? O se hace necesario dejar atrás la fragmentación de los conocimientos terapéuticos y con una sólida base teórica de lo que se hace aspirar a tener una psicoterapia integrativa, donde se aprovechen los avances y logros de cada una de ellas. El conocimiento humano es infinito como puede ser también su aplicación en el bien de la humanidad. No nos desgastemos en modelos individuales creyendo que tenemos la verdad, esta siempre será relativa.

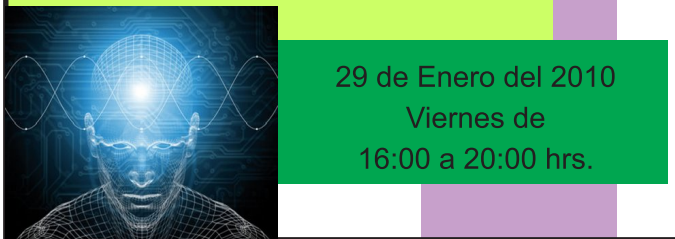


CENTRO DE TANATOLOGIA Y TERAPIA DE DUELO, S.C.

Diplomados:

HIPNOSIS ERICKSONIANA

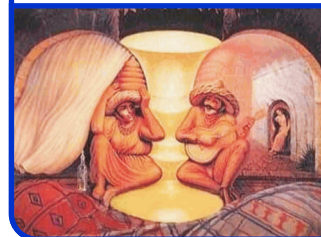
Duración: 6 Meses



29 de Enero del 2010
Viernes de
16:00 a 20:00 hrs.

Psicoterapia Gestalt en Manejo y Resolución de Duelo

Duración: 6 Meses



30 de Enero
del 2010
Sabados de
8:00 a 12:00 hrs.

Terapia de Juego, para niños y adolescentes, con Enfoque Gestalt



Duración: 6 Meses

TANATOLOGIA

Con enfoque Gestalt y
Humanista

Duración: 8 meses



26 de Febrero del 2010
Viernes de
16:00 a 20:00 hrs.
27 de Febrero del 2010
Sábados de
8:00 a 12:00 hrs.

TERAPIA DE PAREJA

Duración: 6 Meses

27 de Enero del 2010
Miércoles de 16:00 a 20:00 hrs.



Inscripción: \$ 750.00 Mensualidad: \$ 750.00

Dirigido a: Médicos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Psicoterapeutas, Pedagogos, Enfermeras y Personas interesadas en el tema.

Informes:

57 52 78 60 - 51 19 41 06

INSCRIPCIONES ABIERTAS

Plantel Lindavista: Av. Wilfrido Massieu No. 340 - 2o. piso, Col. Lindavista, Del. Gustavo A. Madero, México, D.F. (frente al IPN Zacatenco)

REACCIONES SOCIOEMOCIONALES EN NIÑOS EN PROCESO DE DUELO POR MUERTE DE UN SER QUERIDO

Por: Adriana Martínez Ramos

El duelo es un proceso que atraviesa el ser humano ante una pérdida significativa: situación, objeto, persona; generalmente se asocia con síntomas físicos y emocionales; durante la niñez, aunque es muy similar, es importante tomar en cuenta que la asimilación cognitiva de la pérdida no es igual que en el adulto, y esto es lo que marca las diferencias existentes en los procesos de duelo entre niños y adultos.

Para los niños, el duelo representa un desequilibrio emocional que, sin embargo, le permite en un reajuste en lo emocional, social, físico e intelectual. Al igual que en los adultos, los niños resuelven su proceso de una manera muy diferente en cada caso; sin embargo, dependiendo de su etapa de desarrollo, mostrarán diferentes reacciones socioemocionales a considerar.

El desenvolvimiento socioemocional se refiere a la continua adaptación del conocimiento propio y del entorno; en los niños, esto permite realizar la significación y reconocimiento de las conductas afectivas en el sí mismo y en los demás para lograr una mejor adaptación en medio.

En el desarrollo psicológico del individuo, iniciando al momento de nacer, se pueden contemplar cuatro dimensiones de desarrollo: motora, intelectual, emocional y social. En lo motor, al inicio de la vida, el niño muestra la necesidad de ser asistido para cubrir sus necesidades paulatinamente hasta que sea capaz de hacerlo por sí mismo; en lo intelectual existe la necesidad de comprensión del otro ante el niño y la posterior explicación de las situaciones para lograr su comprensión; en lo emocional necesita ser comprendido ante la difícil expresión de emociones y posteriormente apoyado para lograr hacerlo por sí mismo; en lo social requiere de la comprensión y el apoyo de los otros para superar la angustia ante los extraños y desarrollar estilos sanos de apego.

Con todo lo anterior se va logrando la diferenciación del otro, lo cual implica, gracias a la maduración del sistema nervioso central, una afirmación del sí mismo, la adquisición de la propia identidad, y la capacidad de expresar sentimientos y pensamientos. Lo anterior le permite comenzar con la adquisición de una identidad psíquica que constituye la base para toda la vida. Gracias a ello, el niño siente, conoce, explora y decide su actuar, pues cuenta con los elementos para establecer relaciones con los objetos y las personas.



Las emociones son los estados primarios que afectan o influyen en la vida del ser humano, a partir de los cuáles cada individuo se diferencia de los demás. El desarrollo socioemocional del niño y sus manifestaciones ante el duelo por la pérdida de un ser querido, se ven influenciadas por las reacciones de las personas en su entorno. En occidente hablar abiertamente de la muerte de los seres queridos se ha convertido en una especie de tabú para la población infantil; la mayoría de las personas cree que los niños no son capaces de procesar la pena y el dolor y tratan por todos los medios posibles de que no lo sufran, aunque ello a veces implique el ocultarles la muerte de la persona en un intento de protegerlos ante el dolor; sin embargo, al hacerlo se les niega la oportunidad de

expresarlo, vivirlo, afrontarlo y superarlo, lo cual no significa que no lo sientan, pues de hecho lo manifiestan con sus diferentes reacciones.

El concepto de la muerte que tiene el niño madura casi por completo entre los 10 y 11 años. Para comprender la postura de los niños ante la muerte es importante contemplar su edad. Así, el niño desarrolla 5 criterios de comprensión ante la muerte:

No hay criterio de comprensión ante la Muerte

De los 0 a los 24 meses el niño no reconoce la idea de la muerte, y sin embargo vive sentimientos de separación y de pérdida cuando no está con el ser querido.

No Funcionalidad (1er criterio)

De los 2 a los 3 años, confunde la muerte con el dormir y desarrolla la idea de que un muerto no despierta.

De los 3 a los 6 años, percibe a la muerte como un estado temporal (el muerto puede despertar, la muerte es sinónimo de una vida limitada pero existente y se desarrolla la idea de que un muerto ya no sufre).

Permanencia (2do criterio)

De los 6 a los 9 años, el niño comienza a percibir la muerte como real y para siempre (permanece muerto, no despierta), atemorizante y en ocasiones como un castigo.

Inevitabilidad (3er criterio)

Entre los 9 y 10 años, conoce que la muerte es inevitable (no puede hacer nada para que no les suceda a sus seres queridos) y comprende que no es un castigo, sino que forma parte de la vida.

miedo a morir o ser abandonados, en ocasiones juegan a hacerse el muerto y revivir como un modo de sentirse más seguros y albergar esperanzas del reencuentro con el ser amado.

La elaboración y superación de un duelo, es un proceso que ayuda a alcanzar un mayor grado de madurez emocional y social. En cuanto a las reacciones socioemocionales que se observan en los niños, es importante contemplar el ambiente familiar en el que se desenvuelven después de la muerte del ser querido, ya que en muchas de las ocasiones se encontrarán con una gran inestabilidad de conexiones sociales y manifestaciones emocionales por parte de los adultos a su alrededor, entre ellos y hacia los propios niños, todo lo cual constituye una especie de modelo a seguir.

En la siguiente tabla se muestran las reacciones socioemocionales de los niños ante la muerte de un ser querido de acuerdo con su edad.

Irreversibilidad y Universalidad (4to y 5to criterios)

Entre los 10 y 12 años, comprende que nadie puede volver a la vida después de muerto y que a todo ser vivo le ocurrirá (incluyéndose a sí).

Los niños, en su necesidad de comprender la muerte a lo largo de su desarrollo, buscan preguntar y platicar acerca del tema principalmente con los adultos, incluso con extraños, para observar pautas de comportamiento social que le ayuden a guiar sus propias emociones. Todo contacto social resulta significativo para la manifestación de sus emociones y la comprensión intelectual del tema.

En los niños durante el duelo no existe una continuidad en sus expresiones emocionales, sino que sus diversas reacciones se presentan de manera intermitente y por periodos que pueden ser relativamente cortos (en ocasiones durarán días, en otras ocasiones durarán horas), sin embargo el proceso de duelo en general suele durar más tiempo y considerarse normal (puede requerirse toda la niñez para considerar superada la pérdida). Es por ello que en los niños, es normal observar la reactivación del duelo en ocasiones repetidas y sobre todo en los eventos significativos de la vida, a modo de las conocidas reacciones de aniversario.

Para cada niño, el proceso es único, debe verse de manera individualizada, al mismo tiempo que se han de considerar los diversos factores que rodean la muerte del ser querido: su relación con el fallecido, el ambiente y la estabilidad familiar, la edad del niño, experiencias previas con la muerte, el estilo familiar, social y cultural para enfrentar la muerte y la oportunidad que se da al niño de expresar y compartir sus emociones y sentimientos.

Los niños no expresan sus emociones de la misma manera que lo hacen los adultos, de manera general, no muestran una preocupación excesiva acerca de la persona fallecida en el tiempo posterior cercano a la muerte (característica propia de los adultos), sino que suelen ir de la preocupación al llanto, del llanto al juego, etc. Es, en estos comportamientos se observa la intermitencia en la manifestación de sus emociones, que muchas familias interpretan como la imposibilidad del niño de entender la muerte o de que ya la ha superado. Mediante sus palabras, juegos y comportamientos es posible observar su rabia y



Edad	Reacciones socioemocionales ante la muerte de un ser querido
0-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Disminución de la actividad de exploración motora • Disminución del sueño • Apatía y quietud.
2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> • El niño hace preguntas sobre la vida del muerto • Miedo a la soledad y Ansiedad de separación • Aparición de enuresis o encopresis • Pérdida de apetito o malestar estomacal
3-6 años	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo al abandono y Ansiedad de separación • Apego excesivo • Ira, conductas hostiles, rabietas • Pensamiento mágico • Culpa y Preocupación • Tristeza profunda intermitente
6-9 años	<ul style="list-style-type: none"> • Curiosidad • Miedos exagerados a la soledad y a la muerte • Llanto • Pesadillas • Ira, Agresividad y enojo • Preocupación sobre enfermedades y muerte • Pensamiento mágico • Culpa • Sentimiento de abandono y Ansiedad de separación • Tristeza profunda intermitente
9-10 años	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa, • Rabia, enojo • Vergüenza, • Miedo a la propia muerte, • Pesadillas • Volubilidad • Tristeza profunda más o menos continua
10-12 años	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo al rechazo, • Ira, enojo e impulsividad • Tristeza profunda continua • Búsqueda de aceptación, Dependencia emocional y/o apego excesivo en el grupo de pares y/o con adultos significativos

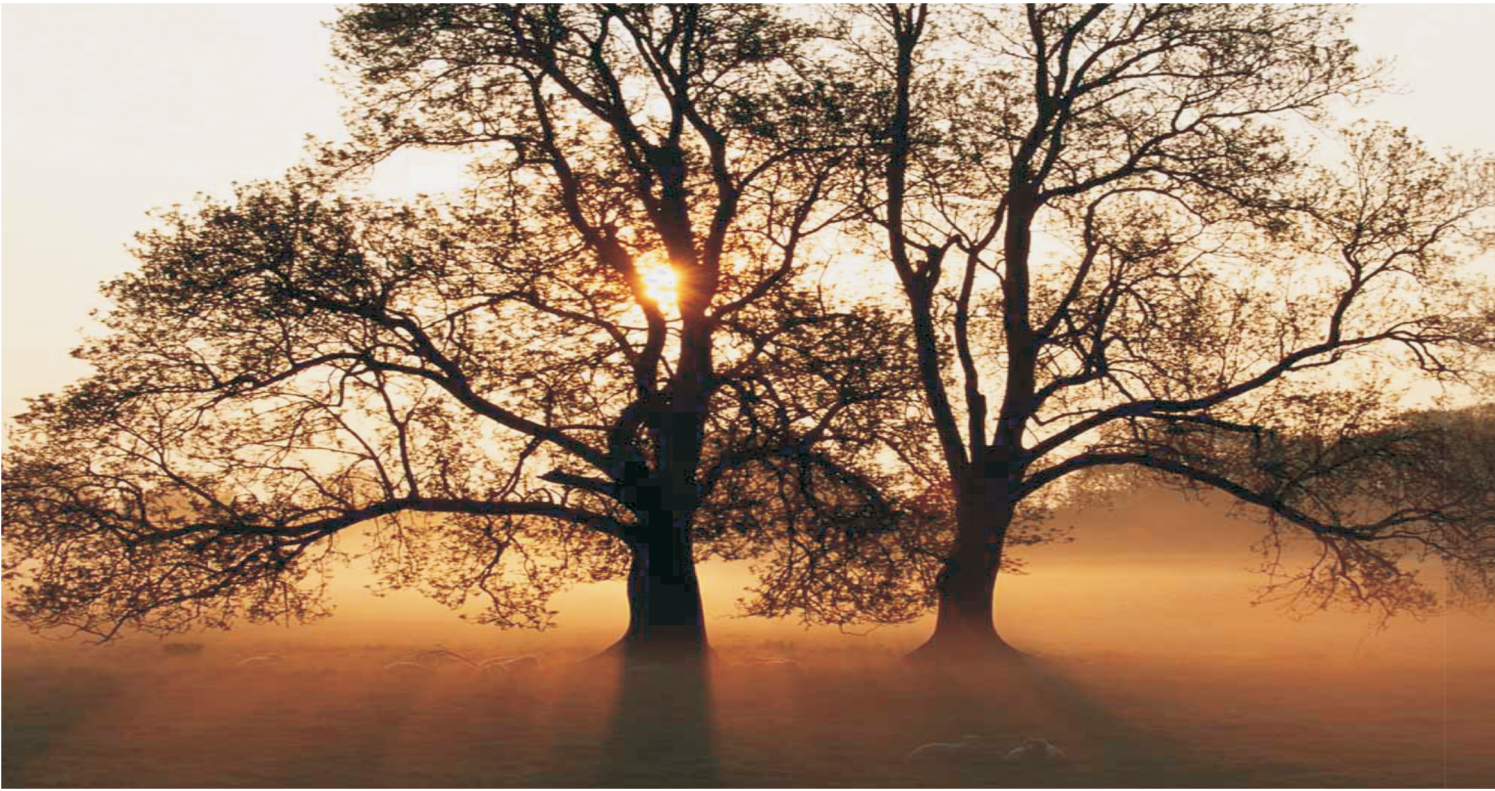
A cualquier edad puede considerarse normal la aparición de periodos breves de:

- Aislamiento tanto con figuras de autoridad, significativas y grupo de pares.
- Disminución en la atención y concentración
- Disminución en el rendimiento escolar
- Imitación de la persona muerta
- Conductas regresivas.
- Angustia (Fantasías catastróficas): Temor, desasosiego, inseguridad

Si cualquiera de las reacciones socio-emocionales descritas para todas las edades se manifiestan de manera excesiva a tal grado de que afecte de manera generalizada su comportamiento y funcionalidad social, ha de considerarse como un indicador de la existencia de un duelo complicado, que significa que el proceso de duelo no se está llevando de manera adecuada.

En cualquier caso trátase de un duelo normal o complicado, puede ser de gran ayuda el apoyo psicológico para el niño. De acuerdo con el DSM IV-TR, el duelo es una reacción ante la muerte de una persona querida y puede ser objeto de atención clínica; el duelo es un proceso normal, al cual todo ser humano ha de enfrentarse a lo largo de su vida; desde el momento del nacimiento en que se sufre la pérdida significativa del vientre materno, hasta el momento de la propia muerte, cuya pérdida significativa la constituye la pérdida de la propia vida.





DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Por: Marco Antonio Polo Scott

En distintos momentos algunas personas me han preguntado por los efectos que se producen como consecuencia de la enfermedad, hospitalización y la atención médica, en el presente artículo quiero hacer algunos comentarios al respecto.

El ser Humano es un organismo integrado en partes, que funciona como una totalidad unificada consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente que lo rodea. Para efectos de estudio, El Ser Humano, esta constituido por cuatro grandes partes: Física, Psíquica, Social y Espiritual.

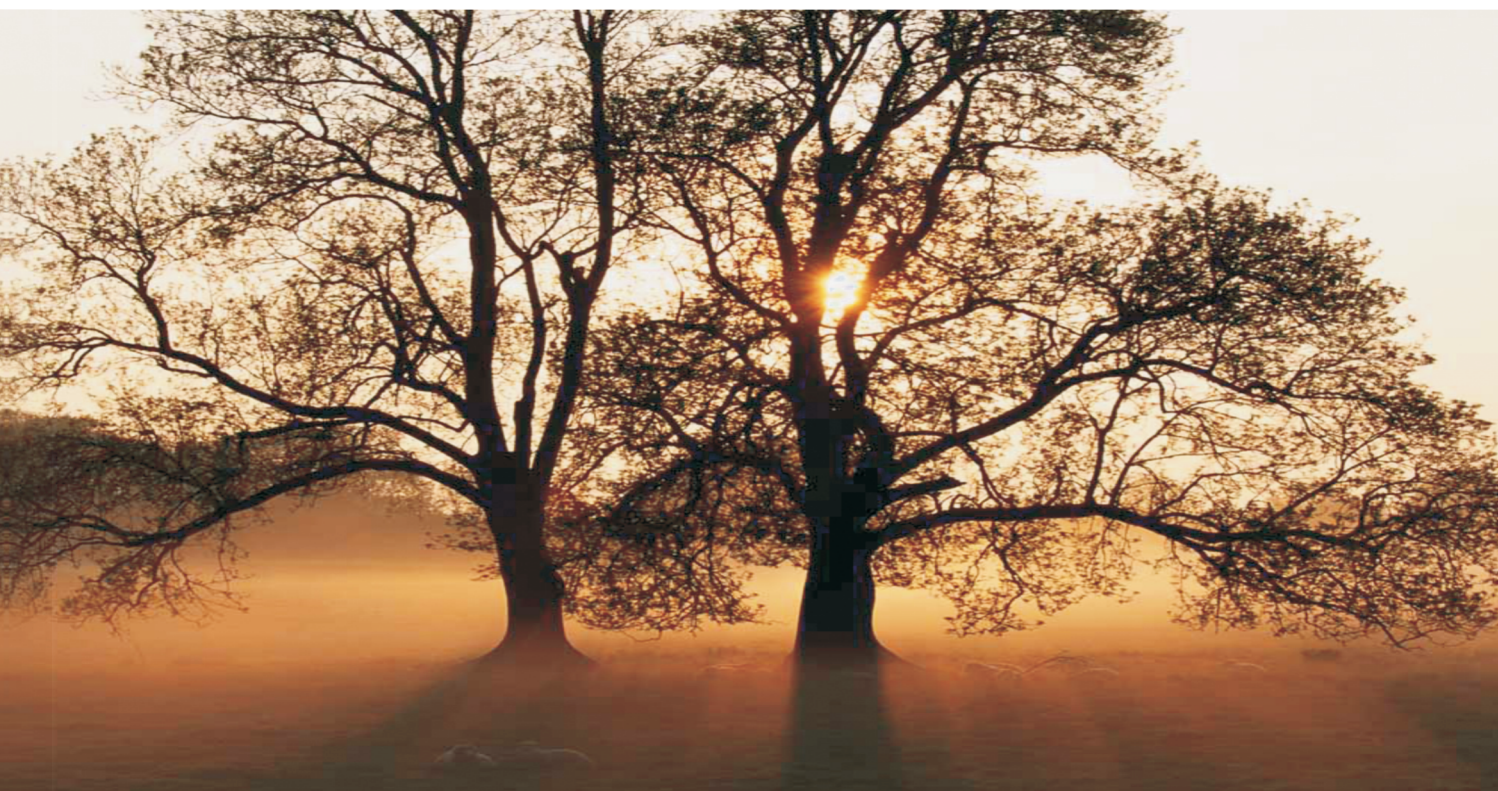
A veces la parte física sufre alteraciones o mejor dicho la pérdida de la homeostasis lo que trae consigo, lo que llamamos enfermedad. Algunas enfermedades son percibidas como amenazantes

para la vida y como consecuencia la persona requiere de atención especializada, incluso de acudir al hospital y residir en él por algún tiempo.

En estos casos enfermar supone enfrentar un mundo, que puede ser, hasta entonces desconocido. Todo ser humano experimenta una serie de reacciones emocionales que deben ser consideradas por el cuerpo médico.

Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan, la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia, el proyecto de vida y el hospital con todos sus integrantes.

La enfermedad y el internamiento hospitalario es una de los acontecimientos amenazantes más importantes. Por eso cuando la persona enferma y es hospitalizada pone en marcha los mecanismos de defensa que lo puede poner ante otras situaciones estresantes y pueden producir trastornos del estado de ánimo, como es el caso de la depresión.



Hoy conocemos que el 50% de los pacientes hospitalarios sufre algún tipo de depresión, en su mayoría leves y que están en función no de la enfermedad sino de la percepción de ella, al conjunto de síntomas y signos que provienen de esa percepción se le conoce como el síndrome de la enfermedad y que poco tiene que ver con la enfermedad en sí, sino mas bien con lo que la personas cree, piensa, siente o conoce de la enfermedad.

Por mucho tiempo se ha descuidado o ignorado este síndrome, sin embargo la realidad emocional del paciente existe y juega un papel muy significativo en la evaluación del padecimiento.

Para el paciente la atención que le puedan prestar los integrantes del cuerpo médico, es una gran posibilidad de apoyo y tranquilidad, o lo contrario, una invitación a la desesperación y la desesperanza.

En muchos casos, el mejor medio de que dispone el cuerpo médico, para evitar las reacciones del síndrome de la enfermedad, es una actitud apoyadora, contenciosa y comprensiva.

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido, la mayoría de las personas suelen ir de estados de ánimo normales a elevados, y aquellos que viven, el estado de ánimo deprimido tienden a experimentar sensaciones muy desagradables.

Ahora quisiera referirme a estos trastornos comentando que existen de dos tipos: los unipolares, a los que pertenece la depresión con cualquiera de sus niveles (leve, moderada y profunda), y los bipolares compuestos principalmente por la bipolaridad I y II y la ciclotimia.

Los cuadros depresivos en los pacientes alteran su calidad de vida, el curso y evolución de la enfermedad, la depresión afecta directamente el aparato inmunológico e incrementa el riesgo de infecciones.

Por su origen la depresión puede ser endógena, es decir, que la alteración es producto de un cambio en la parte física del organismo o exógena cuyo origen se encuentra en un mal manejo de un acontecimiento por parte del paciente.



Los síntomas más comunes para la depresión son:

Fisiológicos

- Alteración del sueño: (hipersomnia o insomnio).
- Alteración del apetito (hiperfagia o hipofagia).
- Fatigabilidad fácil o disminución de la energía.
- Cambios marcados en el peso corporal.
- Cambios en el deseo sexual (disminución de la libido).

Cognitivos

- Expectativas negativas (desesperanza).
- Disminución en la capacidad de resolver problemas.
- Auto evaluación negativa.
- Interpretación negativa de los eventos.
- Ideación suicida.
- Disminución de la concentración.
- Posición de "víctima" (desamparo).

Conductuales

- Alteraciones en el nivel de actividad (hiper o hipoactividad).
- Actos agresivos o destructivos.
- Episodios de llanto.
- Conducta suicida.
- Discurso enlentecido.
- Impulsividad generalizada.
- Destructividad compulsiva.

Simbólicos

- Imágenes y fantasías destructivas.
- Pesadillas recurrentes.
- Imágenes molestas.

Afectivos

- Pérdida de las fuentes de gratificación.
- Pérdida del sentido del humor.
- Baja autoestima.
- Sentimientos de inadecuación.
- Pérdida de los lazos emocionales y apatía.
- Tristeza.
- Culpa excesiva e inapropiada.
- Irritabilidad y enojo.

Relaciones Interpersonales

- Rol de "víctima".
- Dependencia marcada en los demás.
- Evitación social.
- Patrón de excesiva búsqueda de aprobación.

Finalmente, si buscamos mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalarios es necesario poner atención al síndrome de la enfermedad, así como a las alteraciones mentales como el caso de la depresión.

La Tanatología del Siglo XXI permite conocer herramientas sencillas y útiles para apoyar a pacientes con depresiones exógenas.

1er. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI

CIENCIA, HUMANISMO, EFICIENCIA Y ESPIRITUALIDAD



MESA DE HONOR

El pasado mes de Septiembre el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo S.C. y el Instituto Mexicano de Psicooncología llevaron a cabo su 1er. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI, en las instalaciones del Centro Cultural Jaime Torres Bodet de Instituto Politécnico Nacional, Unidad Zacatenco.

En donde se conto con la presencia de conferencistas internacionales como son, Cuba, Venezuela, Argentina, Estados Unidos y del país anfitrión México.



INAUGURACION



MUY EMOTIVO FUE EL MOMENTO EN QUE SE DIO HONORES A LA BANDERA NACIONAL Y EL CANTO DEL HIMNO NACIONAL MEXICANO

1er. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI

CIENCIA, HUMANISMO, EFICIENCIA Y ESPIRITUALIDAD



HOMENAJE A
DISTINGUIDOS
POLITECNICOS
POR SU
TRAYECTORIA
PROFESIONAL
Y
DEPORTIVA



MSC. Joaquín Blanco Marrades



Dr. Alberto Cobian Mena



Lic. Joaquín Gómez del Castillo

CONFERENCIAS
MAGISTRALES



Dra. Lore Miren Aresti de la Torre



Mtra. Marina Pombar Cabrera

1er. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI

CIENCIA, HUMANISMO, EFICIENCIA Y ESPIRITUALIDAD



PANEL DE PSICOONCOLOGIA



PANEL DE TANATOLOGIA



MESAS DE TRABAJO

FISICO, PSIQUICO, SOCIAL Y ESPIRITUAL

TALLERES



Vivir Consciente y Morir Consciente



Creciendo ante la Adversidad

1er. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI

CIENCIA, HUMANISMO, EFICIENCIA Y ESPIRITUALIDAD



En el 1er. Congreso Internacional de Tanatología del Siglo XXI se llevaron a cabo 7 cursos Pre-Congreso, 11 Conferencias Magistrales, 1 Panel de Tanatología y 1 Panel de Psicooncología, 5 Mesas de Trabajo y 8 Talleres, asistiendo 950 participantes.



Agradecemos la presencia de Instituciones de Salud, IMSS, ISSSTE, SS, DIF, Universidades, Sindicatos, Dependencias Gubernamentales, Hospitales, Empresas Privadas y la entusiasta participación de Alumnos y Ex-Alumnos.

RECUPERANDO LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE TERMINAL

Por: Angelia Belaunzarán Marquina

Definir Calidad de Vida es sumamente difícil porque implica calificaciones subjetivas del propio paciente, familiares y personal de salud, sin embargo siendo este un concepto individualizado para cada paciente, para éste artículo definiremos calidad de vida como:

Evaluación subjetiva de la vida como totalidad que el paciente realiza en relación a la satisfacción sobre su forma de vida actual y lo que él desea como calidad de vida posible o ideal.

Resultante individual del alivio de los síntomas físicos, sociales psicológicos y espirituales que la enfermedad y el manejo de la misma producen en un individuo dado conduciéndolo y acercándolo a lo que el definiría como bienestar general.

Se trata de paciente masculino de 85 años de edad que tiene como motivo de consulta inicial ánimo depresivo posterior a diagnóstico de cáncer de mama.

Se presentan dos etapas de psicoterapia.

1. La primera post tratamiento de Ca de mama del 22 – Agosto – 2007 al 27 – marzo –2008.

Sólo se trabaja con el paciente. Los problemas trabajados son: estado de ánimo depresivo, disminución de la autoestima, círculos sin cerrar que se identificaron, falta de sentido de vida. Al final de esta etapa se logra recuperar la calidad de vida a como estaba antes de enterarse del diagnóstico de Cáncer.

2. La segunda post recaída por metástasis a vértebras lumbo-sacras de la columna, 21-Julio - 2008 al 6-Dic-2008.

Se trabaja también con la familia: esposa, hijas (2), hijo (1) y nieta (de la 3ª hija.)

En ésta segunda etapa se trabajaron los siguientes problemas: Episodio Depresivo Mayor, disminución de autoestima, pensamientos intrusivos, sentimiento de vulnerabilidad e inutilidad, falta de comunicación con la familia. Emociones: tristeza, enojo, miedo y pseudoemociones: frustración desesperanza.

Al final de esta etapa se logra recuperar y mejorar la calidad de vida en comparación, a como estaba antes del diagnóstico del cáncer.

Empieza a experimentar el sentimiento de eficacia personal al empezar a lograr la realización de acciones pequeñas que le permiten valorar sus logros.

El trabajo en el paciente oncológico y en el paciente Terminal requiere de el conocimiento de técnicas de psicoterapia integrativa: tanto psicoanálisis, bioenergética, Conductivo - conductual, hipnosis, racional emotiva, y dentro del humanismo: Logoterapia, Gestalt, Desarrollo Humano y Desarrollo Humano Transpersonal, entre otras.

Durante la primera etapa se ve como el paciente trabaja su sensibilización, autoestima y autoconocimiento Y como a partir de ahí logra recuperar la calidad de vida que llevaba hasta antes de la crisis generada al darse cuenta de que padecía cáncer. Y también logra abandonar el estado de ánimo depresivo con el que había llegado. En esta etapa el paciente decide trabajar su tridimensionalidad física, mental y espiritual, principalmente en las áreas física y mental.

Sin embargo al preocuparse por su propio bienestar empieza a integrar esa otra parte, la espiritual que siempre está ahí, aunque todavía no es reconocida en toda su plenitud.

Y así vemos que en la segunda etapa el paciente requiere efectuar un trabajo más profundo, que involucra las tres dimensiones, cuerpo, mente y espíritu.





El sentido no solo debe, sino también puede ser encontrado y para encontrarlo el hombre es guiado por la conciencia. En una palabra la conciencia es un “órgano del Sentido”. Podría definirse como la facultad de descubrir y localizar ese único sentido que se esconde detrás de cada situación.

Y observamos cómo es a partir de que logra contactar esa parte espiritual cuando empieza a avanzar encontrando su propio camino espiritual hacia la sanación buscada por él mismo.

El médico o terapeuta debe mostrar una tolerancia incondicional a la espiritualidad del paciente. Y será lo suficientemente paciente para esperar que se dé un desarrollo espontáneo. Tal y como sucedió en este caso.

La psicología comúnmente trabaja los trastornos depresivos pero no es capaz de traer de vuelta la alegría, el sentido existencial, el placer de vivir.

Y así observamos como se requiere mucho más que trabajo de cuerpo y mente, también se requiere el trabajo espiritual, que ayuda a comprender, que es o no lo importante, que es o no lo fundamental, en una palabra, que es lo que tiene sentido y que es lo que no lo tiene para llegar a lograr los cambios observados.

En el plano físico: aceptar la enfermedad y su evolución cualquiera que está sea, sacando todo lo mejor de ella, viviendo y disfrutando.

En el plano mental: decir SI a la vida a pesar de todo, es lo que Frankl denomina una persona sana.

En el plano espiritual: Encontrar su propio camino y seguirlo con amor.

Integrando las 3 dimensiones. Logrando la sanación cumplida, que no equivale al concepto de salud física que actualmente tenemos.

Algunas personas encuentran el sentido de vida en el estudio, la cultura y la creatividad. Otras lo descubren cuando se encuentran cara a cara con

la infelicidad o incluso la muerte o el diagnóstico de cáncer. Esas personas se hallaban en una situación límite, pero también en el umbral de una nueva vida. Si miraron directamente a los ojos del monstruo, si se enfrentaron a la situación sin rodeos, de una forma completa y sincera, si se rindieron ante ella, su visión de la vida, cambió para siempre, porque aprendieron una lección de vida.

Entre las lecciones aprendidas por este paciente en particular podemos identificar: la lección del miedo, de la culpabilidad, del enfado, del perdón, del tiempo, de la paciencia, del amor, de las relaciones, de la pérdida, de la gratitud, de la autenticidad y de la felicidad.

Podemos observar la importancia que tiene la gratitud en el proceso de este paciente. Como la palabra gracias cuando es expresión del corazón, es mágica, implica desprendimiento del yo y apertura a la realidad del otro. Este paciente inicio diciendo gracias cuando decide dar sonrisas en agradecimiento a la atención recibida.

- Gracias porque existo
- Gracias porque puedo respirar
- Gracias porque puedo verte
- Gracias porque puedo amarte
- Gracias por ti
- Gracias por todo

Aprender las lecciones de vida se parece a alcanzar la madurez, no consiste en hacer que nuestra vida sea perfecta, sino en ver la vida como es. Ahora me maravillo de las imperfecciones de la vida. Así descubrimos vidas felices y significativas. No perfectas, pero sí auténticas, porque viviremos la vida en profundidad.

Y es exactamente esto lo que le permite al paciente vivir su vida en paz y tranquilidad, estar preparado para cuando llegue el momento de su muerte, pero al mismo tiempo poder vivir cada segundo de su vida en plenitud. En donde también podemos darnos cuenta que en la aceptación de la espiritualidad viene implícito el encuentro del hombre consigo mismo.

Desde el centro del hombre se descubre el camino al interior en donde está la puerta a la trascendencia.

Cuando el paciente encuentra varios sentidos en su vida puede descubrir y aprovechar el sentido hacia un “suprasentido” la visibilidad de un mundo para alcanzar el “ultramundo” viendo la autotranscendencia como el camino propio del hombre que se actualiza como tal, haciéndose hombre y descubriendo su último llamado al “hacia donde ser”. Llenando la necesidad imperiosa de recuperar al hombre en su unidad (al hombre perdido), se llega consecuentemente a su espiritualidad desde donde brotan las respuestas desde un corazón que clama desde lo profundo por ser reconocido y contemplado, y que no es sino el apetito del hombre por su propia alta dignidad.

RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS POR LAS MEDIDAS SANITARIAS ADOPTADAS DE LAS AUTORIDADES POR LA APARICIÓN DEL VIRUS DE INFLUENZA A(H1N1)

Por: Francisco Javier Mendoza Martín del Campo y Lorena María Sosa Mendiburu.

El pasado jueves 23 de abril el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, dio la voz de alerta tanto en el Distrito Federal como en el Estado de México, registrando un brote de influenza atípica que tenía la dimensión de epidemia.

Se determinó por primera vez en México suspender las clases en todos los niveles desde preescolar hasta universidades, evitar ir a sitios concurridos o eventos multitudinarios en el Distrito Federal y Estado de México por ser las entidades más afectadas en el número de contagio y reportar 20 muertos.

Mediante un comunicado se exhortó a la población a lavarse las manos frecuentemente, el uso de cubrebocas en sitios de aglomeración no controlada, y evitar el saludo de mano y de beso, mantenerse alejado de las personas que tengan una infección respiratoria y estar muy atento en caso de presentar algún síntoma, acudir de inmediato al médico o a la unidad de salud más cercana.

El 29 de abril el Gobierno Federal anunció la suspensión de las actividades económicas y administrativas por cinco días ante el avance de la enfermedad y contabilizar 176 muertes sospechosas, manteniéndose las actividades esenciales de abasto de alimentos, energéticos, médicos y seguridad pública.

También el Jefe de Gobierno Marcelo Ebrard decretó el cierre de cafeterías, restaurantes y bares, la cancelación de 533 conciertos, festivales y actos masivos de carácter cultural, artístico y deportivo hasta el 6 de mayo.

Los estudiantes de bachillerato y universidades regresaron a las aulas el 7 de mayo y los de educación básica hasta el lunes 11 de mayo.

Con base en las medidas adoptadas por el gobierno federal, capitalino, y de otros estados de la república se concibió en la población cambios de conducta por lo que se determinó elaborar un estudio que mida la presencia de ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en la población capitalina y del Estado de México generados por estas disposiciones.

El virus de la influenza A(H1N1) es una infección contagiosa de origen viral considerada una de las causas más importantes de infecciones de las vías respiratorias. Los síntomas son parecidos a los síntomas de la influenza o grupo estacional. Incluyen fiebre muy alta (38 y 40°), tos seca recurrente, dolor de garganta, moqueo o

secreción nasal, dolores en el cuerpo, dolor de cabeza, escalofríos, fatiga, dolor en los ojos, pérdida de apetito, problemas para respirar como falta de aliento.

Las noticias que a lo largo de los días hablaban acerca de la propagación de la influenza A(H1N1), provocaron ansiedad y preocupación de acuerdo a la American Psychological Association (APA).

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en la persona ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social o bien el laboral.

La ansiedad y sus efectos traen consigo un desgaste emocional y comportamental demasiado serio y complicado.

En México los trastornos de la ansiedad ocupan el segundo lugar entre las perturbaciones mentales, sólo después de la depresión; entre dos y siete millones pueden padecer en el país.



Las crisis por trastornos de ansiedad afectan de dos a seis por ciento de la población entre los 20 y 40 años, aunque las mujeres lo manifiestan más que los hombres, afirmó Ricardo Urbina Méndez, profesor de la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM. En casos graves, precisó, este padecimiento desencadena limitaciones extremas, pues quienes las padecen dejan de asistir al trabajo o escuela por temor a presentar un ataque de angustia o bien desarrollan dependencia a una persona, familiar o amigo, con quien se sienten seguros.

Sus padecimientos se caracterizan por un estado de agitación, y se pueden manifestar de diversas maneras, como crisis de angustia o pánico, agorafobia o temor a lugares abiertos, estrés, trastorno obsesivo compulsivo e insomnio o mucho sueño, debido al desgaste emocional.

La depresión es una enfermedad común pero grave y en la mayor parte de quien la padece interfiere con su vida diaria y el desempeño normal. Los síntomas pueden variar según la persona, siendo los más frecuentes: sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío, desesperanza, culpa, impotencia, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos, fatiga, dificultad para concentrarse, insomnio, o dormir demasiado, comer demasiado o perder el apetito, dolores y malestares persistentes, hasta pensamientos suicidas o intentos de suicidio.

Se realizó un estudio exploratorio basado en cuestionarios de autoinforme.

En el que participaron 1166 personas que se integraron por trabajadores y sus familias de una empresa de la iniciativa privada ubicada en el Estado de México, los cuestionarios se levantaron tanto del Estado de México como del Distrito Federal.

La muestra, tomada por conveniencia quedó integrada por rango de edades: de 15 a 21 años 375 (32.2%); de 22 a 35 años 354 (30.4%); de 36 a 48 años 273 (23.4%); y de 49 a 60 años 164 (14.1%).

Para la determinar el grado de ansiedad se utilizó el cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg) y para evaluar los síntomas somáticos de ansiedad se utilizó el BAI (Beck Anxiety Inventory).

De las 1166 personas participantes 519 (45%) eran mujeres y 647 (55%) eran hombres, y por rango de edades de 15 a 21 años 294 mujeres y 81 hombres, de 22 a 35 años 104 mujeres y 250 hombres, de 36 a 48 años 83 mujeres y 190 hombres, de 49 a 60 años 38 mujeres y 126 hombres, la edad media fue de 31.92.

En los resultados obtenidos mediante la utilización del cuestionario de Goldberg o E.A.D.G. 333 (29%) de las personas que presentaron algún nivel de ansiedad de estas 194 eran mujeres (58%) y 139 hombres (42%).



Siendo el valor más alto por grupos de edades como sigue: de 15 a 21 años de edad 111 mujeres, de 22 a 35 años de edad 73 hombres, de 36 a 48 años de edad 32 mujeres y de 49 a 60 años 20 hombres, la edad promedio fue de 29.31 años de edad con una desviación estándar de 13.47 (cuadro 1).

Cuadro 1 Casos con ansiedad			
Total de casos	333		29%
Mujeres	194		58%
Hombres	139		42%
		Mujeres	Hombres
Edad 15 - 21	127	111	16
Edad 22 - 35	112	39	73
Edad 36 - 48	62	32	30
Edad 49 - 60	32	12	20

En cuanto a los casos de depresión se presentaron 322 (28%) personas quedando conformadas por 173 (54%) por mujeres y 149 (46%) por hombres y por rango de edades de 15 a 21 años de edad 106 mujeres, de 22 a 35 años de edad, 74 hombres, de 36 a 48 años de edad 26 hombres y de 49 a 60 años de edad 25 hombres, la edad media fue de 28.84 años de edad con una desviación estándar de 13.20 (cuadro 2).



Cuadro 2 Casos con Depresión			
Total de casos	322		28%
Mujeres	173		54%
Hombres	149		46%
		Mujeres	Hombres
Edad 15 - 21	130	106	24
Edad 22 - 35	110	36	74
Edad 36 - 48	45	19	26
Edad 49 - 60	37	12	25

Los síntomas psicósomáticos relacionados con la ansiedad se utilizó el BAI (Beck Anxiety Inventory).

Actualmente es frecuente que los trastornos de somatización y los psicósomáticos se consideren lo mismo. Sin embargo, ambos conceptos hacen referencia a la relación entre lo psíquico y lo físico desde diferentes puntos de vista: en los trastornos psicósomáticos (también llamados trastornos psicofisiológicos) existe una dolencia física real a la que factores psicológicos pueden vincularse ya sea en su aparición, mantenimiento o agravamiento, mientras que en los trastornos de somatización el diagnóstico médico no proporciona ninguna justificación de los síntomas.

En la presente investigación se evaluaron los síntomas

Psicósomáticos relacionados con la ansiedad tanto en las mujeres (n=519) arrojando como resultando final el 58% 3629 puntos y en los hombres (n=649) resultó con el 42% 2602 puntos. Se detectó en las mujeres que los síntomas que más les preocupaban eran la sensación de calor, nerviosismo, incapacidad para relajarse, miedo a que suceda lo peor y molestias digestivas o abdominales y en los hombres los síntomas que más les preocuparon fueron la sensación de calor, nerviosismo, miedo a que suceda lo peor, molestias digestivas o abdominales y la incapacidad para relajarse.

En el presente estudio de investigación se demostró la relación directa que existe entre la ansiedad, la depresión y los síntomas psicósomáticos. Se evaluó la ansiedad y la depresión partiendo de los síntomas psicósomáticos y el resultado demuestra una estrecha relación entre los mismos mostrando niveles de ansiedad de 29%, depresión de un 28% utilizando el cuestionario de Goldberg.

Con el cuestionario de Beck se midió la intensidad de los síntomas psicósomáticos obteniéndose como resultado que las mujeres fueron las que mayor intensidad presento con 3629 puntos con el 58%, y los hombres con 2602 puntos que representa el 42%.

Pero si ubicamos por segmentos de edades quedaría como se presenta a continuación; los niveles de ansiedad de 15 a 21 años de edad en mujeres, de 22 a 35 años de edad en hombres, de 36 a 48 años de edad en mujeres y de 49 a 60 años de edad en hombres.

Así mismo en los niveles de depresión del total de la muestra estuvo dado en las mujeres y por segmento de edades las comprendidas entre los 15 a 21 años de edad y en los hombres de los 22 a los 60 años de edad. Se puede afirmar que esta ansiedad y depresión entre otras variables, pueden ser factores de predicción de nuevos episodios de trastornos de somatización.

Quedo demostrado en este trabajo de investigación la relación que existe entre la ansiedad y la depresión por una parte y los síntomas psicósomáticos por la otra y pone de manifiesto la importancia de este estudio al considerar la asociación entre sí de los tres trastornos analizados, además de confirmar que los participantes con síntomas somáticos de mayor intensidad también presentaban una mayor intensidad en los síntomas de ansiedad y depresión.

No se deben subestimar las consecuencias psicológicas que generan estas epidemias ya que la excesiva sobreinformación puede provocar en algunas personas mucha preocupación de enfermarse o morir.

Según estimaciones del Sistema de Salud Mexicano en voz de su secretario José Ángel Córdoba Villalobos se espera un nuevo brote en esta temporada invernal 2009, ya que el virus de la influenza A(H1N1) llegó para estar con nosotros, llegó para quedarse.



INSTITUTO MEXICANO DE PSICOONCOLOGIA

Egresas la 4ta. Generación de Alumnos de la Maestría en Tanatología

El pasado 3 de Octubre en las instalaciones del IMPO Tlahuac se llevo a cabo la ceremonia de Egresados de la 4ta. Generación de la Maestría en Tanatología.



Los Alumnos que Egresaron son:

1. Chávez Contreras Rocío
2. Cigarroa Munguía Ramsés
3. García Mendoza Victor Manuel
4. González Gardida Velia
5. López Díaz Gabriela Caritina
6. Polo Scott María Susana
7. Rico Cárdenas Ana María
8. Rosales Ramos Clementina
9. Vega Hernández Sofía



Los padrinos de la generación fueron el Dr. José Antonio Hernández Espinosa y el Dr. Carlos Armando Escobar.

INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL SOMETIDOS A HEMODIALISIS

Por: Aymara Reyes Saborit
Universidad de Oriente, Cuba.

En todo el proceso de enfermar, influye de manera importante la familia, la cual como principal ente socializador del individuo, trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción de salud y de enfermedad. En otro orden de cosas, este grupo social cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de los individuos que lo conforman.

La relación entre el medio familiar y las enfermedades crónicas parte de un vínculo directo; para el paciente el ser diagnosticado con este tipo de patologías implica un fuerte impacto, acompañado de la transformación en su modo y estilo de vida, un aumento en la amenaza de muerte y complicaciones asociadas, por lo que se produce una mayor demanda de atención. Aquí la familia entra a jugar un papel importante como gestor y facilitador del cambio en función de mejorar la calidad de vida, se produce la reorganización familiar en la búsqueda de nuevas estrategia de afrontamiento ante la situación existente. (Reyes y Torres, 2008)

Dicho proceso de impacto, demanda, afrontamiento y reacomodo, se evidencia también en el caso de familias de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) sometidos a Hemodiálisis.

Los estudios de familia en estos pacientes son escasos, contándose con muy pocas referencias en la literatura que aborden el papel que tiene esta en el estado de salud de los pacientes con IRCT, así como la repercusión que tiene la enfermedad en la familia, situación que viene dada por la falta de visión científica y el empeño de realizar un trabajo serio que trascienda su utilidad práctica y aporte las herramientas desde lo teórico para la atención y la intervención de dichos pacientes.

La mayoría de las investigaciones referidas se realizan en las familias de pacientes pediátricos, por la mayor implicación que tiene la familia en la evolución de estos pacientes, también se destacan las evaluaciones del impacto de la diálisis ambulatoria en los miembros de la familia, así como la vinculación de la familia en el proceso de apoyo social (Wellard y Street, 1999; Kimmel P, 2001; Madden, Hastings y V'ant Hoff, 2002).

En el caso de Cuba ha sido escasa la evaluación del impacto familiar de la enfermedad renal crónica, a pesar de que la familia de estos pacientes es sometida a grandes demandas y roles característico en nuestro medio. (Reyes, 2003; Reyes y Castañeda, 2006; Reyes y Torres, 2008)
En algunas de las investigaciones desarrolladas ha sido determinado que la

familia se desempeña como la principal red de apoyo social del paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (Reyes, 2003; Valdés, 2003; Reyes y Torres, 2008)

El apoyo familiar y el cumplimiento adecuado de las funciones básicas de la familia constituyen un elemento importante en el tratamiento y en la rehabilitación del enfermo. La familia en conjunto con el equipo médico, debe buscar soluciones a las problemáticas de salud, en el seguimiento de los diferentes tipos de tratamientos y su efectividad, en las principales manifestaciones de síntomas y signos del paciente, para lo cual debe estar preparada y contar con los conocimientos y habilidades mínimas para convertirse en una aliada en el proceso terapéutico y asistencial.



Más escaso que los estudios de corte evaluativos, diagnósticos y exploratorios, son esos donde se presenten propuestas de intervención viables, pertinentes tanto para resolver las problemáticas de los pacientes renales como de sus familiares, por lo que se hace necesario el desarrollo de propuestas de intervención psicológica como resultado de la investigación en la familia y las relaciones sociales.

Como antecedentes del presente diseño de intervención familiar, se destacan las evaluaciones realizadas a la familia de los pacientes renales en los años 2003 y 2008 en el Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas de Santiago de Cuba, donde se detectó la presencia de ciertos niveles de disfuncionalidad familiar que oscilan de rangos moderados a severos, los que conjuntamente con el impacto de la enfermedad al núcleo familiar justifican la necesidad de esta propuesta.

Estudios comparativos de ambos periodos fundamentan un ligero incremento de los niveles de disfuncionalidad moderada y severa, en la medida que pasa el tiempo. (Reyes 2003; Reyes y Torres 2008)

También se subraya la presencia de insatisfacciones, quejas y malestares, que refieren tanto familiares como personal de salud, en el proceso de atención del paciente en hemodiálisis de dicho servicio, como

consecuencia de desconocimiento o dificultades en la relación y comunicación médico-paciente, médico-familiar.

Para dar respuesta a dicha demanda nos proponemos como objetivos:

- Implementar una estrategia de intervención psicológica para promover, en los familiares de los pacientes con IRCT del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas de Santiago de Cuba, el desarrollo de conocimientos, habilidades, cooperación y capacidad de apoyo para viabilizar la rehabilitación del paciente, así como amortiguar las consecuencias y el impacto que produce en la familia tener un miembro con una enfermedad renal.
- Incidir en la adecuación del funcionamiento familiar, la comunicación, el apoyo social, las relaciones con el personal de salud y el estrés como consecuencia de su rol de cuidador.
- Brindar información científicamente fundamentada sobre la enfermedad.
- Aumentar la colaboración de la familia en el proceso terapéutico del paciente.
- Amortiguar el impacto de la enfermedad en su funcionamiento familiar.
- Promover en la familia la capacidad de brindar apoyo social efectivo y adecuado a dichos pacientes.
- Ser parte de un diagnóstico familiar previo donde se tuvo en cuenta aspectos estructurales y funcionales de la organización familiar, así como de una evaluación post-intervención donde se determinará el cumplimiento de los objetivos previstos con técnicas en su mayoría de corte cualitativo.

La propuesta tiene prevista el trabajar en dos direcciones fundamentales:

El empleo del dispositivo grupal para trabajar con las familias con un objetivo esencialmente educativo, empleando técnicas reflexivo-vivenciales y la dinámica de grupos.

El empleo de la Consejería, aplicada de manera individual con el familiar que lo solicite, y cuyo objetivo es esencialmente de orientación y de manejo de las diferencias y particularidades según el caso.

Esta investigación está en fase de ejecución y se inserta dentro de una Estrategia Global de Rehabilitación Psicológica que incluye el trabajo con el paciente, el personal de salud y la familia, en este informe sólo se presenta el diseño de la intervención familiar dirigido a los cuidadores, enfocándose en el objetivo de trabajo de cada una de ellas, así como la guía de consejería a aplicar.

Guía de Intervención Grupal en la Familia

Sesión 1: ¿Qué hacemos aquí?

Objetivo: Explorar necesidades, intereses, preocupaciones de la familia de los pacientes escogidos en función de garantizar la adecuación de la intervención propuesta a la realidad del grupo de intervención y viabilizar indirectamente la rehabilitación del paciente.



Presentar la propuesta a desarrollar en los grupos familiares y complementar el diagnóstico del funcionamiento familiar.

Sesión 2: ¿Qué puedo hacer para que mi familiar esté todo lo bien que puede estar?

Objetivo: Indagar sobre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad del paciente y brindar información sobre las particularidades médicas y psicológicas que posibiliten una mejor atención y cuidado al familiar con IRCT.

Sesión 3: ¿Mi familia cómo es?

Objetivo: Reflexionar sobre las características de las familias que la hacen más resilientes o vulnerables ante la presencia de un miembro enfermo, la importancia de un adecuado funcionamiento familiar para el bienestar de los pacientes, así como brindar estrategias que potencien el buen funcionamiento familiar.

Sesión 4: ¿Por qué es importante la Comunicación?

Objetivo: Valorar el papel de la comunicación en las relaciones interpersonales que se establecen con el paciente renal en el seno familiar, promover formas asertivas de comunicación.

Sesión 5: ¿Cómo manejar los conflictos y las emociones negativas?

Objetivo: Brindar recursos para manejar las emociones negativas y los conflictos que aparecen durante el proceso de cuidado del paciente renal crónico con el fin de adecuar el apoyo social y psicológico que le brinda el familiar.

Sesión 6: ¿Cómo potenciar la independencia de mi familiar?

Objetivo: Reflexionar sobre las formas de relación que establecen los familiares con el paciente, proponer vías para potenciar la independencia, la responsabilidad en salud y el activismo en estos pacientes.

Sesión 7: ¿Cómo nos relacionamos con el personal de salud?

Objetivo: Explorar la relación que establece la familia o el cuidador primario con los médicos y el personal de salud, potenciar estrategias para garantizar el máximo de colaboración.

Sesión 8: ¿Cómo lidiar con la sobrecarga y el estrés en el cuidador primario?

Objetivo: Brindar información básica sobre el estrés como consecuencia del rol de cuidador, promover el desarrollo de acciones para disminuir la sobrecarga y el estrés de acuerdo a las condiciones particulares de cada familia.

Sesión 9: Cierre

Objetivo: Concluir las sesiones y evaluar los resultados de la intervención en los familiares.

Guía General Sesiones de Consejería (Tomado de Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

1. Identificar edad, situación familiar y características de la enfermedad.
2. Identificar preocupaciones, situaciones de mayor temor u necesidades, del modo más específico posible. Facilitar expresión emocional.
3. Ayudar a jerarquizar lo que se ha identificado, empatizando con sus emociones y los valores subyacentes a lo expresado.
4. Identificar recursos y capacidades, ya sean internos o externos.
5. Proporcionar información. Identificar lo que el cuidador sabe, lo que quiere saber y lo que ha entendido en torno a lo que le preocupa.
6. Abordar las preocupaciones, una vez jerarquizadas, combinándolas con los recursos y las capacidades de que dispone la persona, en primer lugar, y con otros que podamos sugerir. Escuchar lo que dice el cuidador... y lo que no dice.
7. Clarificar, conjuntamente, las distintas opciones evaluando pros y contras.
8. Ayudar en la toma de decisiones desde la congruencia con los propios valores y recursos del paciente.
9. Resumir y planificar el futuro.



En conclusión, la intervención en la familia de pacientes crónicos, de manera particular, los que padecen de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, resulta necesaria y útil para potenciar el papel de la familia en el rol de cuidador, abordando temáticas que son de su interés y que permiten que la familia, la cual se integra espontáneamente al proceso de asistir y cuidar a su miembro aquejado de esta afección, cuente con amplias capacidades y habilidades para brindar apoyo social adecuado y participe de manera activa en el proceso de rehabilitación del paciente.

La propuesta realizada se encuentra actualmente siendo valorada por jueces expertos y en vías de realizar su aplicación piloto para valorar su factibilidad, eficacia, eficiencia e impacto para su posterior generalización.

El Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, S.C.

Te ofrece: Terapia individual, familiar, de pareja, para niños, adolescentes y adultos.

Uno de los tipos de psicoterapia que se brinda esta basado en la Psicoterapia Gestalt la cual no separa las necesidades Físicas de las necesidades Psíquicas, sino que las integra en necesidades orgánicas, buscando que el paciente se responsabilice de su bienestar.

También se otorga psicoterapia Ericksoniana la cual se utiliza para ayudar al paciente a reencontrar y/o descubrir sus recursos y por lo tanto promover su crecimiento ya que se centra en la solución y no en el problema, con lo cual consigue minimizar el dolor. Dentro de este proceso se trabaja con la mente inconsciente, el paciente se da cuenta de los cambios una vez que estos se realizan, esto facilita su proceso para que se realice de manera eficiente y con el menor dolor posible conforme al ritmo, estilo y necesidades del paciente.



Así mismo se proporciona la psicoterapia de Expresión Emotiva e Imaginería, tomando en cuenta que el ser humano es un organismo que esta constituido por partes: Física, Psíquica, Social y Espiritual; trabajando con la imaginería, símbolos, respiración, energía, etc. para que el paciente vuelva al equilibrio en estas cuatro áreas.

Lontananzas

A los que de ir ...
la vida de lado a lado se pasan.
Imponiéndose regresos,
que los alejan de casa.
Dibujando, con su ausencia,
que desde lejos nos cala,
los paisajes de otras gentes
que les recuerdan amadas,
niños y sus sonrisas,
calles ... en fin, nostalgia.
Y la carta que escribieron,
en otro lugar sellada,
no tardara en llegar,
antes que ellos a casa.

“Cuando termine de ir
no será por que haga falta,
que mi andar lo necesita,
más que nada la andanza,
el itinerario de un tren,
la distancia en estos mapas.
Y esta carta que te escribo,
en otro lugar sellada;
mañana estará en tus manos
y antes que yo en tu almohada”.

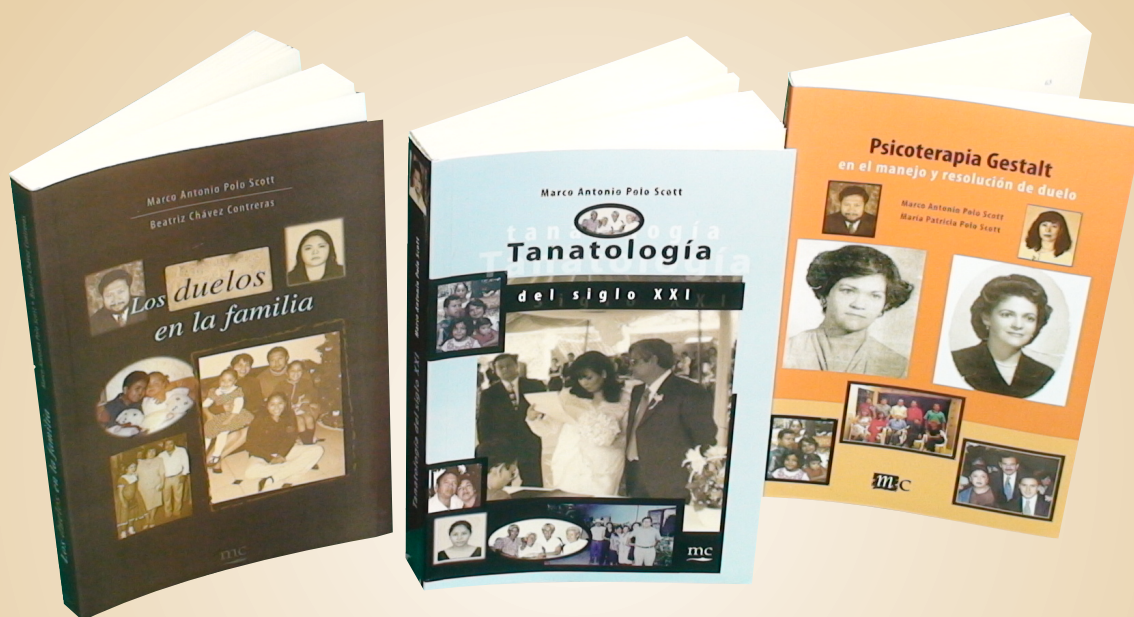
“Si he de volver un día,
que sea hacia lontananza,
que barlovento me lleve
a tierras al sur marcadas,
que estos mapas me cobijen
y esta brújula-añoranza
ya no guiara destinos,
sólo guiará pisadas,
con mi cadáver maltrecho,
con mi esperanza en mortaja”.

José Manuel López Estrada



Centro de Tanatología y Terapia de Duelo S.C.

TITULOS INDISPENSABLES ACERCA DE TANATOLOGIA, GESTALT Y DUELO



Talleres

Aprendiendo a Perdonar.....	5 de Diciembre
Cerrando Ciclos.....	14 de Diciembre
Cerrando Heridas.....	14 de Noviembre
Reencontrando mi Niño Interior.....	7 de Diciembre
Duelo por muerte o separación de un ser Querido.....	30 de Noviembre

Av. Wilfrido Massieu No. 340 - 2º. Piso Col. Lindavista
Del. Gustavo A. Madero, México, D.F. C.P. 07300
Tels.: (01 55) 57 52 78 60 * 51 19 59 50
www.centrodetanatologia.com

Licenciatura en: **PSICOPEDAGOGIA**

Avalada por la S.E.P. (RVOE 20081591 - 16 de junio de 2008)

Dirigida: A todos los interesados con Nivel Medio Superior.



Duración: 3 años

Inscripción: \$ 1,350.00

Mensualidad: \$ 1,350.00

Inicio:

Plantel Montevideo:

- Martes 26 de enero de 2010
De: 8:00 a 14:00 hrs. ó
De: 15:00 a 21:00 hrs.
- Sábado 30 de enero de 2010
De: 8:00 a 14:00 hrs.

Plantel Tláhuac:

- Lunes 25 de enero de 2010
(De Lunes a Viernes)
De: 8:00 a 13:00 hrs.
- Jueves 28 de enero de 2010
De: 15:00 a 21:00 hrs.
- Sábado 30 de enero del 2010
De: 8:00 a 14:00 hrs.

INSCRIPCIONES ABIERTAS:

57 52 78 60 - 51 19 41 06 - 25 94 49 02

Plantel Montevideo: Av. Montevideo No.635, Col. San Bartolo Atepehuacan, Del. Gustavo A. Madero, México ,D.F.

Plantel Tláhuac: Av. Acueducto No. 32, 1er. piso, Col. Zacatenco Tlaltenco, Del. Tláhuac, México, D.F.