



**ASOCIACIÓN MEXICANA DE
TANATOLOGÍA A. C**

**TITULO
IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA
DEPRESIÓN DEL PACIENTE TERMINAL**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN:

**TANATOLOGIA QUE PRESENTA:
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OBTENER EL DIPLOMADO DE TANATOLOGIA**

**LA PRESENTA:
DRA. CARITINA FELIX RUIZ
DRA. GUADALUPE GUILLERMINA MARTINEZ
RODRÍGUEZ
DRA. ROSA ICELA MONTELONGO SOTO**

La Paz, B. C. S. JUNIO 2008



**ASOCIACIÓN MEXICANA DE
EDUCACIÓN CONTINUA Y A
DISTANCIA, A. C.**

DEDICATORIA

A Dios por permitirnos la existencia y la capacidad que nos dio para pensar

A nuestros padres por darnos la vida y el apoyo para convertirnos en médicos

A nuestras familias por su valiosa comprensión para la asistencia a nuestro curso de tanatología.

A nuestros compañeros que durante estos meses nos permitieron conocernos mejor, motivarnos y adquirir más conocimientos para mejorar la calidad en la consulta diaria de nuestros pacientes.

A nuestros pacientes que reforzaron los conocimientos adquiridos y dieron aportaciones para nuestra labor en el proceso de morir, así como comprender las diferentes pérdidas que todos los seres humanos pasamos durante nuestra vida.

A nuestra asesora Dra. Margarita Negrete Garibay que nos hizo más fácil el conocimiento y dio valiosas aportaciones para la presente tesina.

La Paz, BCS a 14 Julio del 2008

Dr. Felipe Martínez Arronte
Coordinador del diplomado en
Tanatología
P R E S E N T E

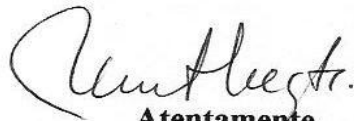
**Por medio de la presente le informo que revisé
y aprobé la tesina que presentaron:**

- **Dra. Caritina Félix Ruiz.**
- **Dra. Guadalupe G. Martínez Rodríguez.**
- **Dra. Rosa Icela Montelongo Soto.**

Integrantes de la generación 2007 - 2008

El nombre de la Tesina es:

**IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA
DEPRESIÓN DEL PACIENTE TERMINAL**



Atentamente
Dra. Margarita Negrete Garibay

INDICE

	<u>Página</u>
1. Introducción.....	1
2. Tanatología.....	2
3. Misión del tanatólogo.....	4
4. Justificación.....	6
5. Objetivos.....	8
6. Cuerpo de la obra.....	9
6.1. Historia personal.....	13
6.2. El enfermo en fase terminal y muerte.....	14
6.3. Definición de muerte terminal.....	16
6.4. Abordaje de familias con enfermos terminales.....	17
6.4.1. Necesidades de la familia.....	20
6.4.2. Los miedos de la familia con pacientes terminales.....	21
6.4.3. Dificultades de los familiares de los pacientes terminales.....	22
6.5. La depresión en el paciente terminal y en la familia.....	26
6.6. Duelo versus depresión.....	28
6.7. Seguimiento de pacientes que consultan por duelo.....	33
6.8. El duelo patológico.....	34
6.9. Cuidados paliativos.....	35
7. Conclusiones.....	40
8. Bibliografía.....	42

INTRODUCCIÓN

El paciente y la familia ocupa del apoyo tanatológico desde su diagnóstico hasta su muerte, convirtiéndose en un lazo de amor como cambiar la actitud ante la decisión de confrontar nuestra propia muerte, es cuando se otorga un verdadero apoyo tanatológico integral.

En los pacientes terminales o la familia se puede presentar la depresión y no debemos pensar que el moribundo tiene que ser un paciente deprimido, y aun cuando la depresión es una parte lógica del proceso de muerte, no se toma en cuenta como para darle un manejo terapéutico sobre todo al paciente y mucho menos a la familia, siendo muy importante ésta en el manejo integral de aquel, para ayudar a manejar las frustraciones, culpas, angustias, rabias y otras emociones dolorosas que surgen ante la muerte del paciente o de ellos mismos

Por los pacientes que son hospitalizados en múltiples ocasiones en fase terminal y los que mueren en casa, surgen la necesidad de apoyar a los familiares en el proceso de duelo que han de afrontar; conociendo sus angustias, temores, la necesidad de ser escuchados, y sobre todo cuando las expectativas de vida son nulas o han rebasado la tecnología con que se cuenta, es cuando el tanatólogo pueda dar respuestas ante ello.

TANATOLOGIA

La muerte siempre ha inquietado al hombre de varias formas ya sea religioso medico. Psicología, filosófico, etc. El ser humano al enfrentarse con su muerte, a lo desconocido, se angustia, sufre y la trata de evitar.

La muerte puede causarnos miedo, temor pero no puede causarnos duda y su aceptación es prueba del madures del ser humano. La mayoría de las personas no tiene miedo a la muerte misma sino al morir, a la enfermedad larga, a la agonía dolorosa, al deterioro físico, a la perdida de autocontrol e independendencia. El hombre experimenta el dolor más fuerte y profundo de su vida al enfrentarse con su propia muerte.

La muerte humana es un fenómeno multifacético que afecta la vida, en la actualidad no es aceptada, ni asumida como un proceso natural, se ha convertido en una problemática persona, social y familiar, es una crisis. La tanatología es la especialidad que se encarga del estudio integra e interdisciplinario de la muerte.

Tanatología (tanathos = muerte; logos = tratado, significa estudio sobre la muerte). La tanatología es también llamada la ciencia de la muerte. El termino fue acuñado en 1901 por el medico ruso Elias Metchnilkoff. La doctora Elizabeth Kübler-Ross define la tanatología moderna como una instancia de atención a los moribundos, hace sentir a los agonizantes k son miembros útiles y

valiosos de la sociedad, creando clínicas y hospices cuyo lema es ayudar a los enfermos en fase Terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas.

La tanalogia es un estudio integral e interdisciplinario, que influye en cada individuo y que busca resolver las situaciones conflictivas que existen entorno a la muerte como la eutanasia, el abandono de enfermos terminales y ancianos, el suicidio, etc.

MISIÓN DEL TANATOLOGO

El tanatólogo tiene que comprender y entender el proceso de la muerte, de morir y del duelo. Debe estar preparado para ayudar humanamente, espiritual y profesionalmente a los sobrevivientes de la muerte, de un miembro de la familia, ya sea padre, hijo, amigo, etc. Se puede lograr cuando los sobrevivientes aceptan la muerte, la cual debe ser digna entendiéndose como: ausencia de sufrimiento (según Weismann), el contacto físico es una de las formas de apoyo mas eficaz que puede ofrecerse a aquellos que afrontan incertidumbre, temor y dolor. Se pueden dar cuidados paliativos definiéndolos según la OMS como el cuidado afectivo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a las medidas curativas, siendo su objetivo principal el control del dolor y de otros síntomas, solución de problemas sociales y espirituales. Los cuidados paliativos afirman la vida y ven el proceso de morir como algo normal.

Hasta el momento nos encontramos con poca cultura sobre la muerte, no aceptándola como algo que nos puede ocurrir como paciente o como familiar, puesto que negamos la vulnerabilidad de la vida y la limitación de nuestros esfuerzos ante la inevitable muerte, al percatarnos que la muerte le da un sentido de existencia a la vida. Si la persona no acepta el proceso de morir, sus familiares se encuentran llenos de ambivalencia y culpa, es cuando el tanatólogo debe ser capaz de orientar y dar un sentido a la existencia al guiar a los familiares al

manejo de sus propias vivencias para el apoyo del paciente terminal.

El tanatologo tiene que hacerle de mediador entre el enfermo y la familia, ayudar al enfermo Terminal a que siga siendo productivo todo el tiempo que le queda de vida y a que tenga verdadera calidad de vida entendiéndose como tal al obtener tres de los siguientes criterios:

- * El paciente se mantiene consiente y es sujeto activo de cualquier decisión medica, puede participar en la toma de dediciones para dar su consentimiento hasta casi el final de su vida.**
- * Existe en el entorno familiar las condiciones socioeconómicas para la atención al paciente en cuanto al aseo, alimentación y medicación.**
- * La familia se une en el empeño de garantizarle bienestar al paciente.**
- * La atención medica hasta el final (llenado del certificado de defunción) respetando los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y equidad.**

JUSTIFICACIÓN

Se ha observado que la familia forma un recurso muy importante en el manejo terapéutico del paciente terminal que presenta una depresión afectando la calidad de vida que ya de por sí se ve afectada por el diagnóstico, pudiendo orillar al suicidio, abandonar en forma voluntaria sus tratamientos, presentar indiferencia al medio externo o a su persona con lo que puede adelantar su muerte. La depresión es una enfermedad mas frecuente de lo que se sospecha, investiga o diagnostica, por el medico o la familia, por lo que no consultan por ella, solo somatizan por lo que los hace asiduos y demandantes de los servicios médicos y tratamientos innecesarios en ocasiones.

Lograr que se le de importancia al manejo tanatológico y por tanto al proceso de muerte donde no solo contemplamos a un solo individuo sino a todo su entorno incluida su familia para poder influir sobre una muerte digna y con ello al manejo de las emociones que influyen en el ser humano, así como en el control de los síntomas, el manejo de la comunicación y el acompañamiento creativo; en el cual el paciente pueda volcar todas aquellas cosas que habitualmente piensa y no se las expresa a nadie, como por ejemplo: el pronóstico de la enfermedad, las fantasías de la curación, cuales van a ser los síntomas que le van a sobrevenir. Se trata de resolver los asuntos pendientes porque nadie puede morir en paz sino no tiene resueltos los asuntos terrenales y se debe intentar de reparar los vínculos afectivos que pueden estar resquebrajados. Y por tanto darle la

capacidad de toma de decisiones en un momento trascendental apoyando a la familia en el momento de la muerte y como llevar su duelo. Debemos identificar las demandas del paciente y de su familia; que habitualmente son numerosas, debemos establecer las prioridades que el propio paciente dirá de acuerdo con sus deseos. Todo el proceso descrito debe realizarse siempre validando la esperanza (no lograr falsas expectativas), en ocasiones se puede validar la esperanza diciéndole al paciente y a la familia que uno lo acompañara siempre que lo necesiten.

OBJETIVOS

Objetivo General: consecuencias de la depresión en el paciente en etapa terminal.

Objetivo Específico:

- * la familia como apoyo del paciente en etapa terminal.**
- * como afecta la depresión a la familia y al paciente en etapa terminal.**
- * Impacto de la enfermedad en el paciente Terminal y la familia.**

CUERPO DE LA OBRA

Para la mayoría de las personas el nacimiento es un hecho cargado de connotaciones positivas y vivido como una gracia divina, la muerte es considerada como el peor de los castigos y como un hecho antinatural que deberíamos evitar a cualquier precio. Quizá este sentimiento tan devastador se deba al temor universal que produce la idea de la muerte y el hecho de morir.

La presencia de un paciente moribundo conmueve e inquieta a la comunidad médica que, por su formación tradicional vive la muerte de los pacientes no como un hecho natural de la vida, sino como un fracaso de la medicina. El avance tecnológico y científico que se ha desarrollado nos coloca en una posición privilegiada, a todos los que tenemos la dicha de gozar de dichos beneficios. El poder que estos avances le otorgan al médico, nos ha permitido que en ocasiones se utilice dicha tecnología de una manera desmedida e inadecuada en procurar vencer la inevitable muerte y somete al paciente a un encarnizamiento terapéutico (distanasia) que lo aleja de la posibilidad de una muerte digna. Por otro lado aparecen los defensores de la eutanasia que intentan terminar con el sufrimiento humano. Como alternativa entre estas dos posturas surgen los cuidados paliativos que no intentan prolongar de manera inútil ni acortar de manera injusta que le dista por vivir el paciente, sino tratan de acompañarlo en el proceso respetando sus deseos, mejorándole la calidad de vida y por ende

posibilitándole una muerte digna, por medio de los cuidados paliativos.

Queramos o no, nos tenemos que enfrentar al dolor, al sufrimiento de pacientes terminales y a las dudas, miedos e inquietudes de sus familiares. El enfermo debe conocer su enfermedad para poder decidir como pasar el tiempo que le queda de vida.

Recordemos que el diagnóstico tiene un profundo significado emocional que continuara lo largo de todo el proceso. Y la vaciedad del moribundo así como la soledad que suele tener. Otro aspecto básico del paciente en fase terminal son sus miedos, con mucha frecuencia envuelto en diversas crisis. Si el paciente llega a superar la crisis del conocimiento de su muerte, entonces podrá entrar a un camino integrado de aceptación paz y dignidad, en caso contrario caerá en un proceso de desintegración y se vera obligado a utilizar muchos mecanismos de defensa. Las crisis que acompañan al enfermo pueden aflorar las del pasado y activar al mismo tiempo problemas de defensa, pasividad, narcisismo identidad entre otros. La muerte enfrenta a la persona con una potencial disolución de su yo y esto hace que el enfermo sufra de miedos; los cuales pueden ser:

- 1. A lo desconocido. No existe o esta leve en personas realmente místicas, en las personas que tienen verdadera fe.**
- 2. A la destrucción. Por la putrefacción del cuerpo lo que va en contra del narcisismo del propio paciente.**

- 3. A la soledad. Es un fenómeno psicológico y cultural que deshumaniza y mecaniza el proceso de morir. El aislamiento y la privación del contacto humano lleva a una fuerte depresión. Recordemos que el hombre es un ser ontológicamente social. Problemas muy comunes en las unidades de terapia intensiva y con el conocimiento en algunas de ellas de los propios pacientes que se percatan de la situación.**
- 4. De perder el cuerpo. Sentido psicológico de la pérdida del yo, si perdemos el yo perdemos todo**
- 5. De perder el autocontrol. Cada día que pase y que la enfermedad se agrava va perdiendo la independencia, parece que no tiene derecho alguno de hacer la mínima decisión sobre su vida. Es importante dejar al moribundo cualquier autoridad que pueda seguir teniendo y dejarlo que decida sobre su propia situación, para que cuando ya no pueda hacerlo pueda aceptarlo fácilmente y no sufra vergüenza por ello.**
- 6. Al dolor. Es uno de los más agudos y realistas, no es solamente miedo al dolor físico, sino miedo a estar viviendo de sufrimiento en sufrimiento y que tal situación se torne inmanejable. No debemos permitir que nuestro miedo moral (por el peligro a una adicción) impida ayudar a nuestro paciente.**
- 7. A la pérdida de identidad. Surge como el resultado del vacío de contacto humano; es necesario que el tanatólogo trate de levantar la autoestima de su paciente lo haga sentirse**

persona y no solo un numero de identificación o de diagnóstico.

- 8. De regresión del yo. Se presenta quizá la última lucha, el ego pelea constantemente contra la regresión dentro de su perdida del yo. Lo que significa que todo enfermo necesita morir con dignidad.**

Además como factores como la perdida gradual de autonomía, de independencia, de los roles que se han ido adquiriendo en la vida, de la integridad física y psicológica y de la separación de seres queridos alteran también el estado de animo del paciente.

HISTORIA PERSONAL

Sabemos que no existen enfermedades, sino enfermos y por dicho motivo debemos tener presente la historia personal de cada uno de ellos y la importancia que dicha historia haya dejado en su estructura psicológica. S reconocido que una persona con una estructura psicológica bien conformada tiene más posibilidades de enfrentarse a la muerte de una manera más adecuada que aquella que tiene una estructura psicológica más labil. Reconocer este tipo de situaciones nos ayuda saber que podemos esperar de la evolución psicológica de nuestro paciente. También hay que tener en cuenta la edad del paciente, el que sea un niño, adolescente, adulto o un anciano. Se ha destacado que los niños ante el diagnostico de una enfermedad terminal demuestra en la mayoría de las veces mas madurez que una adulto con el mismo diagnostico.

Siempre que se menciona a un paciente en estado terminal se piensa en un anciano, pero debemos recordar que no deben excluirse a los niños y aquí la situación se acentúa más en las reacciones de la familia, que suelen presentarse como: ansiedad, frustración y resentimiento, por lo que debemos valorar muy bien y ser cuidadosos cuando se brinda cualquier tipo de información que pueda llegar a ocasionar una catástrofe familiar.

EL ENFERMO EN LA FASE TERMINAL Y MUERTE

En este periodo la agonía esta cargada de dolor, de deterioro corporal, angustia mental, por lo que los pacientes tienen muchas necesidades fisiológicas y psicológicas. Sufren diferentes pérdidas muy dolorosas principalmente:

- 1. La salud, pierde la seguridad, incluyendo la esperanza ya que su futuro le es incierto, pierde su tranquilidad, estabilidad, autoestima, hasta la capacidad de decisión.**
- 2. La libertad, por la misma enfermedad pierden el movimiento, hasta de pensar, la privacidad, libertad de movimiento.**
- 3. Del cuerpo, lo pierde como aliado, en el momento que comenzó el proceso degenerativo a consecuencia de la enfermedad y es un obstáculo para autorrealización, para muchos pacientes esto reviste la mayor importancia: hasta se apenan de que alguien vea su deterioro físico.**
- 4. De la imagen propia, ante el deterioro físico aparece la perdida de principio de una depresión que puede ser muy profunda. Por la depresión el paciente también sufre perdida de afectos, ya que se negara toda relación afectiva y se llenara de rabias y de culpas.**
- 5. Perdida de la paz interior, porque ante la cercanía de la muerte el moribundo hará un auto-análisis de su vida y si no se le ayuda en todas sus pérdidas, el saldo será negativo para él. Igual le sucederá cuando aun sin llegar a la**

depresión anticipatorio empieza a enfrentar la proximidad de su propia muerte, y es probable que surjan sus propias culpas.

Las necesidades del moribundo son:

- 1. Verse bien, para su sentido de dignidad**
- 2. La necesidad de la verdad. Es necesario que siempre les digamos la verdad a nuestros enfermos, requieren conocer sobre su estado de salud, el pronóstico y muerte. El moribundo vive un real anhelo de certidumbre: los últimos días, meses, deben vivirse con toda sinceridad y honestidad y de preferencia acompañado la mayor parte por el tanatologo**

La terapia con moribundos, se dan en dos planos:

- 1. latente y**
- 2. manifiesto**

Los dos son valiosos y muy significantes. El tanatologo debe concentrar en el manifiesto para lograr una mejor aceptación y empatía.

DEFINICIÓN DE MUERTE TERMINAL

El ser portador de una enfermedad terminal implica una serie de pérdidas importantes en el paciente, lo que le ocasiona un desequilibrio en el estado emocional y se manifiesta a través de sentimientos ambivalentes y encontrados como: enojo, tristeza, desesperación y angustia, los cuales interfieren en la calidad de vida del paciente.

No existe criterios universales que formulen una definición única, la mayoría han resultado muy vagos e imprecisos. Una de las más aceptadas define al paciente terminal como aquel que cumple con los siguientes criterios:

- 1. Enfermedad avanzada, progresiva e incurable y con diagnóstico confirmado**
- 2. Falta de respuesta razonable al tratamiento específico**
- 3. Presencia de múltiples síntomas multifactoriales y cambiantes**
- 4. Gran impacto en el paciente, la familia y el equipo terapéutico**
- 5. Pronóstico de vida inferior a los 6 meses**

ABORDAJE DE FAMILIAS CON ENFERMOS TERMINALES

En este caso el paciente en etapa terminal, tiene una limitación en su periodo de existencia, lo que es indudable que este periodo de tiempo es vivido con gran intensidad por toda la familia y crea situaciones de angustia y desesperación. Es fundamental el apoyo a la familia del equipo de salud y del tanatologo en estas situaciones. Hay pacientes que desean morir en casa, es importante en esgtos casos hacer un abordaje familiar de la situación y planear una estrategia de apoyo acordes con las necesidades del paciente y de la familia. El tanatologo puede ir acompañando durante todo el proceso al paciente y la familia sin esperar a que se produzca el desenlace final y de esta forma la familia y el paciente se van preparando para abordar la nueva situación y evitar con ello el duelo patológico o que se presente una depresión comorbida. La muerte de un paciente es una de las situaciones mas difíciles que deben afrontar un medico, pero también, puede suponer una de las experiencias mas enriquecedoras y de gran intensidad emocional que hay que ayudar a resolver sobre todo en los miembros de la familia que se enfrenta a esta situación. El proceso empieza desde el momento que hay que comunicar el diagnóstico de una enfermedad terminal al paciente y a su familia. Debe hacerse de forma clara y directa, transmitida con el mínimo de ansiedad y con un lenguaje sencillo. Concertar una nueva entrevista para hablar y resolver dudas con el paciente y su familia, lo cual puede ser beneficioso para todos. Hacer el plan con ellos para poder responder a sus necesidades de

apoyo y que puedan afrontar este difícil proceso o se sientan acompañados.

A partir de la noticia de una enfermedad terminal comienza una nueva etapa para la familia y precisa realizar ciertos reajustes en su funcionamiento, procurando que con ello no dañe la salud de otro de sus miembros. Los conflictos latentes en la familia pueden aflorar ante una situación límite. El paciente puede querer dar solución a problemas o sentimientos no resueltos en su vida pasada y el medico familiar o el tanatologo pueda ayudar a resolver dichos conflictos.

A veces el tanatologo se encuentra que en la familia hay una alianza de silencio, como pude ser el caso del paciente terminal y su familia que aparte le expresan al medico que no le comunique el diagnóstico para evitarle sufrimientos mayores; y cuando el medico habla con el paciente a solas, este le dice que ya sabe que tiene cáncer y que le queda poco de vida pero que no le diga nada a su mujer para que no sufra.

En definitiva toda la familia sabe la verdad y no pueden compartirla, con el sufrimiento que ellos suponen. Es importante no caer en este juego y afrontar la situación todos juntos y poder compartir sus miedos y angustias que en estas situaciones es la forma que ayuda a resolverlos.

Es muy importante que el paciente tenga conocimiento acerca de la gravedad de su enfermedad lo que determina su adaptación psicosocial en donde la familia del paciente encuentra gran dificultad en hablar sobre su propia muerte,

por lo que es importante que el tanatologo reconozca sus propios miedos ante la propia muerte y pueda tener una escucha empatica y un comportamiento no verbal que transmista serenidad.

La negación o evitación de la enfermedad del paciente puede provocar ansiedad e impedir que la familia proporcione un apoyo psicológico adecuado.

NECESIDADES DE LA FAMILIA

- 1. De una información clara, concisa, realista y respetuosa**
- 2. De asegurarse de que se esta haciendo todo por su ser querido, que no se esta dejando morir simplemente, que se le esta procurando el mejor alivio y que se esta haciendo todo por él**
- 3. De contar con disponibilidad, comprensión y apoyo claro por el personal de salud.**
- 4. De estar todo el tiempo con el ser querido**
- 5. De intimidad y privacidad para el contacto físico y emocional.**
- 6. De participar en los cuidados del enfermo**
- 7. De reparar la relación y de llevar al mutuo perdón**
- 8. De compañía y de apoyo emocional**
- 9. De echar fuera sus emociones negativas: tristeza, rabia, temores, etc.**
- 10. De conservar la esperanza**
- 11. De apoyo espiritual**

LOS MIEDOS DE LA FAMILIA CON PACIENTES TERMINALES

- 1. A que su ser querido vaya a sufrir mucho, que su agonía sea larga y dolorosa.**
- 2. A que no vaya a recibir la atención adecuada en el momento preciso**
- 3. A hablar con el ser querido**
- 4. A que adivine su gravedad o a las manifestaciones emocionales de alguno de los familiares, por sus actitudes o por alguna frase inapropiada.**
- 5. A estar solo con el ser querido en el momento de la muerte**
- 6. A no estar presente cuando muera el paciente**

DIFICULTADES DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES TERMINALES

- 1. Para compartir el afecto con el paciente terminal**
- 2. Para actuar con naturalidad ante su enfermo**
- 3. Para aceptar la muerte del ser querido y con ello la pérdida del rol y sus funciones.**
- 4. Para cuidar del paciente, respondiendo a sus necesidades físicas y emocionales proporcionándole todo el tiempo toda la compañía que él requiere, sin descuidar su propia vida personal.**
- 5. Para repartir la responsabilidad del cuidado, ya que no todos los miembros de la familia tienen la fortaleza necesaria ni las habilidades requeridas. Los que están más capacitados sentirán más injusto de tener ellos más responsabilidades y se provocan tensiones familiares por lo mismo.**
- 6. En algunos casos para aceptar que su enfermo escogió como persona significativa a alguien ajeno a la familia**
- 7. Para continuar con sus relaciones normales**
- 8. Para despedirse de su ser querido y darle permiso de morir**

Hay una mayor adaptación psicológica en familias con mucha cohesión y menos conflictos familiares premorbidos, que las familias con menor apego. La familia puede presentar desde incertidumbre, impotencia, sentimientos de culpabilidad (por desear que ya acabe todo) o sensación de fracaso (no lo pudo proteger),

aislamiento, ira y por falta de apoyo que siente de parte del personal de salud que se centran mas en el cuidado del paciente que en las necesidades de la familia. La familia se aísla inconscientemente del paciente antes de fallecer éste, en un intento por protegerse del dolor que va a suponer su pérdida, viviendo así un duelo anticipado o bien puede que los síntomas de duelo se encuentren ausentes, inhibidos, retardados o se cornifiquen, convirtiéndose en un duelo complicado o patológico.

Debemos tomar en cuenta factores de duelo complicado: como la falta de apoyo psicosocial, una relación ambivalente con la familia, la presencia de una historia psiquiátrica premorbida, crisis múltiples durante el curso de la vida y una muerte repentina.

El tanatologo tiene que hacerla de mediador entre la familia y los distintos especialistas que han podido atender al paciente cuando es hospitalizado además de analizar o planificar el tratamiento que desea se realice, sobre todo si el beneficio riesgo no representa un balance positivo y mejor opta por llevar una mejor calidad de vida, aunque esto suponga se acorte en algo el tiempo de vida. Esta y otras de cisiones con un componente ético importante la debe tomar el propio paciente contando con la opinión de sus familiares. En los casos en que el paciente no pueda decidir, la situación ideal seria que hubiese escrito previamente la voluntad sobre su propia vida o que lo haya comunicado a alguno de sus familiares. En cualquier caso el medico y tanatologo han de ayudar al paciente y a la familiar a tomar la decisión que crean mas conveniente.

Cuando el paciente fallece, dar la noticia a la familia es una situación difícil, que hay que abordar con delicadeza y mostrar su preocupación por ellos. Si se hace así ayudara a resolver un adecuado proceso del duelo. En el correcto abordaje del duelo de la familia del paciente que fallece, el tanatologo que le ha atendido tiene un papel muy decisivo. Esto es especialmente importante sobre todo si es mujer, en cuyo caso el riesgo de presentar un duelo patológico es mayor. Es especialmente importante indagar en los dolientes si han tenido experiencias de duelo mal resueltos o puedan hablar de cómo han vivido esos duelos. Como dice Bowen el duelo se expande como una ola a través de todo el sistema familiar.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. En la manera en que la familia cumple o deja de cumplir eficazmente sus funciones se habla de una familia funcional o disfuncional.

La familia debe satisfacer las necesidades reciprocas y complementarias de sus miembros, permitir y estimular la individualidad a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes, mantener la unión y solidaridad en la familia. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La familia debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse ante una enfermedad terminal. De no

cumplirse se dará una familia disfuncional, en la cual la comunicación afectiva es la primera en verse afectada generalmente en un ambiente hostil y destructivo o de desinterés por el paciente terminal

Podemos identificar a las familias de alto riesgo, valorando sus factores asociados como: personalidad de cada individuo, longevidad, enfermedad terminal, disfunciones familiares, estrés del cuidador, problemas económicos, falta de apoyo familiar, deterioro funcional, abuso de drogas o alcohol y la historia previa de violencia familiar.

El duelo es mas intenso en los familias resentidas, hostiles y afligidas, que en las familias funcionales donde resuelven sus conflictos. Las familias disfuncionales pueden ser identificadas y pueden ser tratadas preventivamente para evitar un duelo patológico o la depresión.

LA DEPRESION EN EL PACIENTE TERMINAL O LA FAMILIA

Los trastornos de ansiedad, del estado de animo son frecuentes en los pacientes terminales, en un estudio (Minogawa, et. al. 1996) se observó que el 7.5% presento trastornos de adaptación y el 3.2% depresiones.

Los síntomas de depresión pueden tener una causa orgánica o funcional en pacientes terminales, es frecuente que ambas influyan en el paciente acentuando el ánimo depresivo. Comúnmente la depresión no se diagnostica con la frecuencia con la que generalmente ocurre en estos pacientes. Desgraciadamente aun se considera “normal” que alguien que se esta muriendo este deprimido. Sin embargo sabemos que la muerte en si misma no siempre es motivo de depresión y que solo una pequeña parte de los pacientes con enfermedad terminal cumplen con los criterios para el diagnostico de una depresión mayor.

El diagnostico de depresión mayor en la población terminal es complicado, dado que los síntomas pueden estar causados por el avance de la enfermedad o por los tratamientos administrados.

Para diagnosticar una depresión debemos centrarnos en los síntomas psicológicos, la presencia de síntomas de impotencia y de culpabilidad, la ausencia de esperanza, el deseo de morir, y la presencia de ideación suicida así como los sentimientos de inutilidad son buenos indicadores de

depresión, así como la presencia continuidad y severidad de los síntomas.

El deseo de morir del paciente terminal (Chachinov, et. al., 1995) se observó que el 8.5% de estos reconocieron un deseo persistente y serio de morir asociado a dolor físico, ausencia de apoyo familiar y mas significativamente a depresión. Los investigadores concluyen que la depresión puede reducirse con el paso del tiempo y solo en algunos casos se utilizan antidepresivos aunque el periodo de tiempo de vida sea muy breve.

DUELO VERSUS DEPRESIÓN

Tanto la depresión como el duelo pueden manifestarse con tristeza, llanto y tensión expresada en forma de retardo o agitación psicomotriz. También son comunes a ambas condiciones la pérdida de apetito y peso, el insomnio, la pérdida de interés sexual y el abandono de las actividades externas. Sin embargo, conforme pasa el tiempo, la persona que sufre un duelo va experimentando un cambio en su ánimo, que evoluciona desde la tristeza hacia la normalidad y encuentra cada vez más satisfacción en las experiencias vitales. La autoinculpación suele centrarse en lo que se hizo o dejó de hacer a la persona fallecida, mientras que los autor-reproches de las personas deprimidas suelen expresar que se sienten mal, carentes de sentido y malvados. La conducta normal de la persona que experimenta el duelo suele despertar instintivamente sentimientos de simpatía, apoyo y consuelo en los otros, y ella misma demuestra algún tipo de respuesta y agradecimiento hacia ellos. En contraste, las quejas y los lamentos de las personas deprimidas pueden irritar y aburrir a las personas que las oye. En el caso de un duelo normal, las respuestas son consideradas apropiadas y normales tanto por la persona que lo vive como por los que la rodean; en la depresión, este tipo de respuestas inmediatamente hacen saltar la sospecha de que hay algo raro en lo que está pasando.

Las personas que han sufrido cuadros depresivos con anterioridad tienen una mayor tendencia a volver a experimentar depresión, en

lugar del duelo normal, cuando se produce una pérdida importante; de ahí que la historia clínica de la persona de duelo pueda ayudar a juzgar sus reacciones. Las personas deprimidas hacen más intentos de suicidio que las personas en duelo, quienes, salvo en extraordinarias circunstancias – por ejemplo, dependencia física del fallecido en personas de edad- no desean realmente morir, aunque aseguren que la vida se les hace insostenible. Sentimientos marcados de inutilidad, deterioro funcional extenso y retardo psicomotor sugieren más un trastorno depresivo serio que un duelo no complicado. Los síntomas psicóticos francos, tales como alucinaciones e ilusiones, más que componentes de un duelo normal, pueden ser síntomas de un trastorno mental más grave.

Las reacciones depresivas que ocurren después de una muerte repentina como en el suicidio suelen ser de mayor intensidad y con un deterioro funcional más importante y que debe tratarse como una depresión mayor.

La tasa de depresión en pacientes con enfermedad médica coexistentes regularmente varía entre el 25 a 50%. El diagnóstico requiere diferenciar los síntomas de la enfermedad médica, de los síntomas de depresión comorbida. Los estudios demuestran que menos de la mitad de los pacientes deprimidos con una enfermedad médica coexistente son diagnosticados y solo el 30% recibe tratamiento adecuado.

La sociedad mexicana de medicina familiar, engloba algunos síntomas de la depresión como desinterés, baja autoestima, pesimismo, trastornos del sueño, ideas suicidas, etc. Si no es manejada adecuadamente se presenta un deterioro significativo de las funciones físicas, sociales, cognitivas y conductuales, con un grado variable de incapacidad y dependencia familiar lo que puede condicionar abandono del paciente terminal.

De las enfermedades terminales, el cáncer es un padecimiento crónico-degenerativo que por su evolución agresiva puede acabar con la vida del huésped y que requiere de tratamiento violentos que, desencadenan una serie de reacciones psicológicas, psiquiátricas, sociales, económicas, sexuales, culturales, espirituales y religiosas, por lo que es necesario la participación del tanatólogo que permita y promueva la relación entre el médico, el paciente y la familia.

El paciente y la familia, ante un diagnóstico terminal, cruzan por un proceso psicológico de afrontamiento y duelo, uno de ellos planteado por la doctora Kubler Ross en 1969, donde menciona cinco fases:

- * Negación: consiste en ignorar el suceso doloroso o incluso afirmar que no es real. Es un mecanismo de defensa primaria. Al ignorar el evento desarrolla su vida como si nada estuviera sucediendo. Esta etapa trae consigo angustia y aislamiento. Angustia a los desconocido, al futuro incierto y al**

aislamiento pues considera que nadie podrá entender lo que esta viviendo.

- * Depresión: se manifiesta a través de sentimientos de tristeza, decepción, desamparo y soledad. Es una etapa de mucha tristeza, se tiene al llanto, es importante llorar, pues es una forma positiva de externar el dolor.**
- * Cólera: Sentimiento de enojo por la impotencia que se experimenta, al enfrentar el sufrimiento, generalmente dirigido hacia una persona querida, involucrada sentimentalmente, también se manifiesta contra el equipo medico muy comúnmente o contra Dios. En esta etapa es importante entender al paciente y a las personas involucradas, hacerles entender que lo les esta sucediendo y de esa manera evitar conflictos. Es característica de esta etapa el enojo, odio y envidia hacia otros.**
- * Reajuste o regateo: Se pretende intercambia algún bien presente o futuro por la salud que se ha perdido. Es el ofrecimiento de actitudes y sacrificios a cambio de la perdida. Lo que se va a negociar, son sentimientos de culpa, manifiestos u ocultos. Se promete dejar de ser algo, a cambio de salud y hacer sacrificios para recuperarla.**
- * Aceptación: Es la capacidad de construir una nueva vida a pesar de las pérdidas y adoptando una actitud activa ante ellas, dándole un sentido positivo al sufrimiento.**

Haciendo especial énfasis al mencionar que no tienen orden de presentación e incluso se pueden presentar en forma conjunta o similar. El proceso de morir para Reyes Zubiría refiere que en el mexicano vive fuertes emociones en su proceso de muerte. Estas son diferentes a las que sufre el sajón, al menos de alguna manera. Simplemente considera dos factores: el sentido de familiar que tiene el mexicano, muy distinto al modelo americano; y su religiosidad. Y si estos dos factores distinguen al pueblo de México en su modo de vivir, deben diferenciarlo también en su manera de morir. Sin embargo refiere que el mexicano y quizás otras culturas latinoamericanas viven un proceso de morir, marcado mas por un juego de emociones entremezcladas, pero que estarán presentes siempre. Tanto en el enfermo como en la familia; emociones en las que el tanatologo deberá poner especial interés si en verdad quiere ayudar a sus pacientes, estas son: angustia, frustración (en nuestra cultura implicaría mas tristeza que rabia), culpabilidad, depresión y aceptación (la cual debe ser un compromiso activo lo que influye notablemente en la población mexicana por su aspecto religioso)

SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE CONSULTAN POR DUELO.

En el trabajo de Gamon M y col (1999) cuyo objetivo fue el seguimiento y evolución de los pacientes que consultan en relación con un duelo en un servicio de salud mental, observan el peso de determinadas circunstancias como la muerte imprevista, la convivencia con el difunto, las pérdidas acumuladas previas, el vínculo problemático con el fallecido (ambivalente, odio, simbiótico-dependiente, etc.) y el parentesco (con una mayor detención del curso biográfico en el duelo por hijos). La clínica que predomina era depresiva seguida de sintomatología ansiosa, y en una proporción menor de casos, somatizaciones, abuso de sustancias e intentos de suicidio. El 44.4% de personas con síntomas depresivos consideraba ver rehecho su vida sólo en parte frente el 95.8% del resto de las patologías que consideraban haberla rehecho completamente; los investigadores concluyen que en la evolución a largo plazo (2 años) de una consulta por duelo es mayoritaria la remisión de síntomas asociados. Asimismo, influyen negativamente en este proceso variable como la calidad del vínculo y el hecho de que el fallecido sea un hijo y positivamente factores como el apoyo social y la psicoterapia.

EL DUELO PATOLÓGICO

Algunas personas sufren un duelo y periodo de lutos anormales. El duelo patológico puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o retraso en la aparición del duelo hasta un duelo excesivamente intenso y prolongado que suele asociarse a intenciones suicidas o síntomas abiertamente psicóticos. El mayor riesgo de sufrir un duelo de características patológicas lo tienen aquellas personas que sufren una pérdida repentina o que se produce en condiciones horribles, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables (reales o imaginarios) de la muerte, los que arrastran historias de pérdidas traumáticas y los que tienen una intensa relación de ambivalencia o dependencia con la persona fallecida.

Se identificó una alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas particularmente a enfermedad depresiva mayor en los deudos del difunto de pacientes que murieron en la unidad de terapia intensiva.

Los autores evaluaron la asociación entre las personas con una pérdida y la percepción de la muerte. Donde encuentran que la percepción de la muerte es más violenta si se asocia con enfermedad depresiva mayor. La percepción de la falta de preparación por la muerte fue asociada con duelo complicado.

CUIDADOS PALIATIVOS

Los tres puntos filosóficos en los que se basa el cuidado paliativo son la aceptación de cada moribundo tiene derecho a ser cuidado por personas sapientes, cariñosas y sensibles; que el alivio del dolor y sufrimiento son posibles y que lo importante no es el lugar sino el concepto. Con lo anterior se cumplen los 5 derechos por el consejo europeo para la persona agonizante: el derecho a la libertad, el derecho a la dignidad e integridad personal, el derecho a estar completamente informado, el derecho a recibir el cuidado apropiado y el derecho a no sufrir.

El morir es un hospital representa, en muchas ocasiones, morir sin dignidad, ya que el paciente es tratado como un objeto y no como una persona, sin derecho a opinar sobre su hospitalización. La toma de decisiones sobre su tratamiento e incluso sobre su muerte, olvidando los médicos y la familia que tiene sentimientos, deseos, opiniones, y lo mas importante de todo, que tiene derecho a ser oído. Los familiares, por su parte, sin apoyo físico o humano para estar cerca del moribundo, con un duelo deshumanizado.

Las enfermedades neoplásicas, cardiovasculares y procesos degenerativos predominan en estos tiempos además se esta asistiendo a un envejecimiento procesito de la población en el mundo. Por lo anterior los cuidados paliativos han experimentado un auge, por lo que la OMS ha tomado la iniciativa de difundir los cuidados paliativos a nivel mundial.

La medicina paliativa tiene como fin que los pacientes se encuentren libre de dolor, consientes y con los síntomas bajo control, de tal modo que puedan permanecer en su hogar o en un lugar lo mas parecido posible, rodeado de la gente querida. Siendo los cuidados paliativos el modelo actual de la forma en la que debe ser tratados los moribundos

Para los pacientes terminales los objetivos del cuidado paliativo son: aliviar el sufrimiento, optimizar la calidad de vida y recibir asistencia humanizada en el momento de la muerte. Estos objetivos pueden darse en el hospicio, hospital y la casa. Es necesario aproximarse al concepto sufrimiento; para Cassell “Es una amenaza a la integridad de la persona causada por múltiples factores”, para Saunders “Es el dolor total” que involucra aspectos físicos, psicológicos, emocionales, existenciales y sociales y para Chadman y Gavrin el sufrimiento involucra la percepción de una amenaza al si mismo físico o psicosocial, tiene cualidades afectivas negativas además de un sentimiento de desesperanza o perdida. Mas que un diagnostico es un fenómeno de la existencia humana conciente; la intensidad de esta experiencia es variable y determinada por el numero y los factores que disminuyen la calidad de vida y los procesos de evaluación y percepción. Cada uno de estos factores es susceptible de intervención terapéutica.

El cuidado paliativo es el cuidado activo y compasivo que se da al enfermo terminal para controlar los síntoma físicos, psicológicos, sociales y

espirituales. Provee cuidados continuos al paciente y la familia antes y después de la muerte llevado en el lugar mas apropiado. El objetivo final es el confort y la dignidad del enfermo.

Los cuidados paliativos se originaron en Inglaterra en la década de 1960, con el nombre de hospice dicha idea filosófica abarca los siguientes puntos:

- 1. Preocupación por el paciente y su familia como unidad de asistencia, cuando nos enfrentamos con un paciente que se haya próximo a la muerte siempre debemos tener presente que nuestro objeto de asistencia no es solo el paciente sino la familia cada uno compone el 50% de la unidad de asistencia. Recordemos que, en muchas ocasiones, son las familias las que mas inconveniente tienen para afrontar la situación y también es función del tanatologo acompañarlos en ese duro trance, nunca debemos olvidar que detrás de un paciente con enfermedad terminal existe lo que, en repetidas ocasiones Bild ha llamado una familia muriente.**
- 2. Tratamiento por un equipo clínico especializado. Los médicos hemos sido formados para curar o prolongar la supervivencia de los pacientes, pero lamentablemente la mayoría ha recibido muy poca información de que hacer cuando la curación ya no es posible. En muchas ocasiones los cuidados paliativos plantean**

estrategias terapéuticas que no coinciden con las tradicionales.

- 3. Experiencia en el manejo de los síntomas comunes de los pacientes. Es necesario saber controlar los síntomas comunes especialmente el dolor en todos sus aspectos, las náuseas, diarrea, anorexia, etc.**
- 4. Equipo interdisciplinario. Es absolutamente necesario el trabajo en equipo dado que, de otra manera se expone al profesional a un estrés laboral que acaba por comprometer su salud y se traduce también en una atención deficiente para el enfermo y su familia**
- 5. Programa de asistencia domiciliaria. La mayoría de las personas desean pasar sus últimos días de su vida en sus casas, en su propia cama, rodeados de su familia, cerca de sus afectos y en contacto con sus objetos personales.**
- 6. Asistencia después de la pérdida. Debemos apoyar y acompañar a esa familia desolada que luego del fallecimiento del familiar debe continuar con su vida de la mejor manera posible. Cuando más se trabaje con la familia en los que se ha denominado el duelo anticipatorio mayores posibilidades habrá de que los deudos puedan realizar con posterioridad a la muerte de familiar un duelo adecuado.**
- 7. Enseñanza en todos los aspectos del cuidado terminal. Tengamos en cuenta que no solo debemos aprender aquellos cuidados referidos a los médicos, sino también los que tienen que**

ver con los cuidados de enfermería y los aspectos psicológicos y espirituales.

8. Empleo inteligente de espacio disponible. En ocasiones una sugerencia en cuanto al uso del espacio puede ser fundamental para la participación e integración en el paciente con el resto de los convivientes.
9. Búsqueda de un sentido. El sufrimiento puede verse reducido en forma significativa en la medida en que el paciente logre encontrar un sentido a la enfermedad. Es ese el momento en el que el paciente entiende el porque de tanto sufrimiento y de que le toque a él sufrirlo. Cuando ese sentido no se encuentra la enfermedad es vivida con sentimiento de enojo, frustración e impotencia. Muchos pacientes logran encontrarle sentido a través de la religión, otros en cambio lo logran pensando en la trascendencia, y otros lamentablemente no lo encuentran nunca.

CONCLUSIONES

Por lo tanto el ser humano desde el nacimiento se tiene que enfrentar a situaciones que pueden considerarse adversas como la muerte propia o de un ser querido para lo cual no estamos preparados como personas y mucho menos como médicos por lo que sentimos la necesidad de una educación acerca de la muerte para que la confrontemos y logremos aceptarla.

Es indudable que el ser humano es un ente social y requiere del apoyo familiar principalmente, y mas en nuestra sociedad, con todos los valores culturales, sociales y religiosos que nos llevan a una esperanza de una muerte digna.

El trabajo del equipo multidisciplinario se fortalece con la participación del tanatologo que maneja desde que se da el diagnostico hasta terminar el duelo de los familiares y debe diferenciar la depresión de un duelo normal para evitar mayores complicaciones que puedan llevar a afectar todavía mas el sistema familiar. Debe de identificando además, los mecanismo de defensa, la personalidad del paciente terminal, el tipo de sistema familiar, los roles y vínculos de sus diferentes miembros y las redes de apoyo con que este cuenta.

Es fundamental la función del tanatologo en el equipo multidisciplinario para evitar el estrés de los mismos, debido a que frecuentemente se encariñan con los pacientes llegando estos a resentir la muerte del paciente.

Hemos visto que la depresión se presenta hasta en un 50% en el duelo y que solo el 30% son tratados adecuadamente lo que lleva a problemas mas graves y en algunos casos hasta trastornos psiquiátricos mas severos tanto en el paciente como en la familia. Debemos dar más cultura sobre la muerte ya que aun es deficiente a pesar de que todos los días nos enfrentamos a ella tanto en la consulta como en la propia familia.

Actualmente en México hay una carencia casi total de tanatologos que se dediquen a dar esa ayuda tan especial que requiere tanto el enfermo teminal como sus familias, que al enfrentarse con una enfermedad terminal, se siente desesperados, con una enorme angustia. Se debe de ayudar a la familia para que comprenda el proceso de este sufrimiento, que se de cuenta de que el duelo tiene un curso progresivo y al final se podrá seguir viviendo y experimentando la alegría de vivir.

La finalidad del tanatologo es ayudar al enfermo al bien morir, a morir con dignidad, a aceptar la muerte como una culminación de vida, como algo trascendental y aprovechar al máximo el tiempo de vida que le queda sin darse por vencido y que todavía al final de la vida le queda mucho por hacer por el y por su familia. También es ayudar al hombre en su derecho primario y fundamental: que es morir con dignidad, plena aceptación y total paz.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Robinson Adolfo, Terrazas Sergio, Durante Eduardo y Rubinstein Esteban. El paciente con enfermedad terminal. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. Ed. Panamericana, 1ª edición 2001.**
2. **M. C. Fuertes, M. U. Maya. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas**
3. **Ortega Vargas C, Rosas Ruiz P, Ferreira Guerrero MS y Vega Hernández S. Una escala de valoración taneatológica para la atención del paciente cardiópata. Vol 14 num. 3septiembre-Diciembre 2006. Pág. 105-109**
4. **Die Trill María. Aspectos psicológicos en el trato del paciente oncológico en fase terminal y su familia. Universidad psico-oncológica. Hospital universitario Gregorio Marañón. Madrid.**
5. **Georgina Farfan Salasar, Manuel Uribe Marquez, Alberto Javier Gutierrez Castillo, Jaime Barrera Párraga y cols. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. 2000 Libro 2.**
6. **Kaplan H., Sadock B., Grebb J. Sinopsis de psiquiatría. Séptima edición. Editorial Panamericana. 1997.**
7. **L. Alfonso Reyes Zubiría. Persona y Espiritualidad, curso fundamental de Tanatología #1.**

8. **L. Alfonso Reyes Zubiría. Depresión y Angustia, cursos fundamental de Taatologia #2.**
9. **L. Alfonso Reyes Zubiría. Acercamiento Tanatologicos al Enfermo Terminal y a su Familia, curso fundamental de Tanatologia #3.**
10. **L. Alfonso Reyes Zubiría. Suicidio, curso fundamental de Tanatologia #4.**
11. **Bayes R. Cuidados Paleativos, jan 1993, Vol. xlv, numero Ext. 19 – 21.**
12. **Margarita Negrete Garibay. Esta sensibilizado el personal de salud del HGZ + MF “01, de la Paz BCS, para apoyo a pacientes hospitalizados con una enfermedad terminal o en fase terminal y a sus familiares. Diciembre 2005. [Tesis].**
13. **Caritina Felix Ruiz. El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. 2004. [Tesis].**
14. **Salvador Alvarado Aguilar. Psicooncología en México (perspectivas históricas). Gamo Vol. 3 Núm. 3, Jul – Sep 2004.**
15. **Luis Gómez Velásquez. Luis Néstor Gómez Espinosa. El medico y el enfermo terminal. Acta Ortopédica mexicana 2002.**
16. **Miguel A. Lugones Bottel y Tania Yamilé Quintana Riverón. Consideraciones sobre el diagnostico y la atención al paciente en estado terminal. Revista cubana Junio 1995.**
17. **Kissane, David, Bloch, Sydney, MD, PHD y cols. The Melbourne Family Grief study, II : Psychosocial Morbidity and griet in bereaved**

- families. *America Journal of Psychiatry*. 153 (5) : 659 – 666, May 1996.
18. Brend, David, Perper, Joshua y cols. Berevement or depression? The impact of the lost of a friend to suicide. *Journal of the America academic of child & Adolescent psychiatry*, 32 (6): 1189 – 1197, Novembre 1993.
 19. Siegel, Mark, MD, Fccp y cols. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Critical care Medicine*. 36 (6) : 1722 – 1728, June 2008.
 20. Dulce V. Romero, I. Filomena Perez Perez y Aleida Robison Delgadp. Características de los pacientes terminales y su atención domiciliaria por parte de un equipo básico de salud. *Rev. Cubana Med Gen Inter* 2007; 23(3).
 21. Tiberio Álvarez Echeverri. El cuidado paliativo en casa al paciente Terminal. *Med UNAM*.
 22. M.C. Fuentes, M.U. Maya. Atención a la familia: La atención familiar en situaciones concretas. Sumario. *AnalisgcfnA-Varra*. España.
 23. Carolina Ortega Vargas, Patricia Roas Ruiz, Miriam Sonia Ferreira Guerrero, Sofía Vegas Hernández. Una escala de valoración tanatologica para la atención del paciente cardiópata. *Revista Mexicana de enfermeria cardiologica*. Vol 14 num. 3. Septiembre – Diciembre 2006 pp. 105- 109.

24. Teresita Tinajero Fontan. ¿Que es la tanatologia. Instituto Mexicano de la tanatologia.