



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD JURIDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TÍTULO:

El abandono familiar y su influencia en el estado emocional de los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja y la intervención del Trabajador Social durante el periodo septiembre 2016 a noviembre 2017

Tesis previa a la obtención del
Grado de Licenciada en Trabajo
Social.

AUTORA :

Karen Andrea Orellana Guerra

DIRECTORA:

Lic. Delia Jumbo C. Mgs. Sc

Loja- Ecuador

2018

CERTIFICACIÓN

Lic. Delia Jumbo C. Mgs. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE TRABAJO SOCIAL DE LA FACULTAD JURIDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y revisado en todos sus componentes el desarrollo de la Tesis titulada: **EL ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DE LA CASA DE ENFERMOS TERMINALES FUNDACIÓN LIGA DE CARIDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A NOVIEMBRE 2017** de autoría de la Srta. **Karen Andrea Orellana Guerra**, la cual cumple con los requisitos de forma y fondo exigidos por la investigación para la graduación de Licenciada en Trabajo Social de la facultad Jurídica Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja, y en cumplimiento a las disposiciones reglamentarias pertinentes, autorizo su presentación ante el organismo pertinente y sustentación pública.

Loja, 20 de Abril del 2018



.....
Lic. Delia Jumbo C. Mgs. Sc.,

DIRECTORA DE TESIS.

AUTORÍA

Yo, Karen Andrea Orellana Guerra, declaro ser autora del presente trabajo de tesis, y eximo expresamente a la Universidad Nacional De Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autora: Karen Andrea Orellana Guerra

Firma: 

Cédula: 1104028129

Fecha: Loja, abril de 2018

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACION ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Karen Andrea Orellana Guerra, declaro ser autora de la tesis titulada: **EL ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DE LA CASA DE ENFERMOS TERMINALES FUNDACIÓN LIGA DE CARIDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A NOVIEMBRE 2017**, como requisito para optar el grado de: **Licenciada en Trabajo Social**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la reproducción integral de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 20 días del mes de abril del 2018, firma la autora.

Firma: _____



Autora: Karen Andrea Orellana Guerra

Cedula: 1104028129

Dirección: Loja, San Cayetano Bajo

Correo electrónico: karenaog_19@hotmail.com

Teléfono: 2-61-10-82

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Lic. Delia Jumbo C. Mgs. Sc

Tribunal de grado: Presidenta: Lic. Matiza Espinoza Cedeño Mg. Sc

Primer vocal: Lic. Natalia Irene Zárate Castro Mg. Sc

Segundo vocal: Dr. Jorge Eduardo Aguilar Arciniegas Mg. Sc

AGRADECIMIENTO

La autora del presente trabajo expresa un agradecimiento sincero a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad Jurídica, Social y Administrativa y a la carrera de Trabajo Social, por haberme brindado la oportunidad de superarme de manera profesional y humanística.

Especial reconocimiento a la Lic. Delia Jumbo C. Mg. Sc., Directora de la tesis; por haber dedicado su tiempo y compartir sus valiosos conocimientos durante el proceso investigativo.

A la Economista. Carmen Palacio Directora de la Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja y a los pacientes y familiares, por colaborar otorgando la información requerida para el desarrollo de la presente tesis.

LA AUTORA

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante venciendo todo tipo de adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres por su apoyo, consejos comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona valores, principios, carácter, perseverancia, y coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre junto a mí, brindándome su apoyo, como también a mis sobrinos Nicolás y Martina quienes han sido y son mi motivación, inspiración y felicidad.

A mi familia en general, por su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

Karen

a. TÍTULO:

EL ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DE LA CASA DE ENFERMOS TERMINALES FUNDACIÓN LIGA DE CARIDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A NOVIEMBRE 2017

b. RESUMEN

La investigación se realizó en la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja, mediante un sondeo preliminar en la cual se determinó el abandono familiar en los enfermos terminales quienes sufren diariamente la ausencia de sus familiares en las horas de visitas afectándoles gravemente a su estado emocional, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, historias que describen la realidad de los enfermos terminales.

Este trabajo tuvo como objetivo general: contribuir con una propuesta de intervención social que permita mejorar el estado emocional en los pacientes de la casa de enfermos terminales de la Fundación Liga de Caridad de Loja mediante el involucramiento de sus familiares, el mismo que se consiguió a través de los objetivos específicos en la que se determinó, fundamentar teórica y metodológicamente las categorías de análisis referentes al abandono familiar, estado emocional e intervención del Trabajador Social en los pacientes de la casa de enfermos terminales así como investigar las causas y consecuencias que generan el abandono familiar en los pacientes. De la misma manera se diseñó una propuesta de intervención social que permitió la concientización a familiares sobre el abandono familiar, desde el enfoque del Trabajador Social.

El diseño de la investigación estará de acuerdo con la característica de la investigación de campo, documental, bibliográfica y experimental igualmente se utilizó los tipos de investigación como el exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo los cuales se utilizaron con la

aplicación del método científico. Los instrumentos que se utilizaron a través de la técnica cuantitativa como la encuesta aplicada a una muestra de 10 familiares de los pacientes; así mismo se aplicó técnica cualitativa como la observación y la entrevista estructurada dirigida a 3 enfermeras de la institución.

Los principales hallazgos obtenidos en la investigación de campo, se logró identificar los factores que inciden en el abandono familiar en las horas de visitas como: deficientes relaciones familiares, falta de comunicación, ausencia de tiempo por razones laborales, dificultad para movilizarse y falta de recursos económicos, mismos que son algunos de los agravantes para la prolongación del problema, principalmente alteraciones en su estado emocional como: soledad, tristeza, bajo apetito y depresión, las cuales conllevan a sentirse abandonados.

En conclusión este estudio demostró que es necesario implementar diversas actividades encaminadas a la convivencia familiar, con la finalidad de motivar, concienciar y sensibilizar a las familias sobre la importancia del acompañamiento familiar en las horas de visitas, para así mejorar el estado emocional del paciente.

SUMMARY

The investigation was carried out in the home of the terminally ill Loja charity league foundation, by means of a preliminary survey in which the abandonment of the family was determined in the terminally ill patients who suffer daily the absence of their relatives in the visiting hours, seriously affecting their emotional state, there are innumerable stories that exist about abandonment, stories that describe the reality of the terminally ill.

The main objective of this work was to: contribute with a proposal of social intervention that allows to improve the emotional state in the patients of the terminally ill home of the Liga de Caridad de Loja Foundation through the involvement of their relatives, the same that was achieved Through the specific objectives in which it was determined, theoretically and methodologically based the analysis categories related to family abandonment, emotional state and intervention of the social worker in the patients of the home of the terminally ill as well as to investigate the causes and consequences that generate the family abandonment in patients. In the same way a proposal of social intervention was designed that allowed the familiarization to relatives about the abandonment of the family, from the approach of the Social worker.

The research design will be in accordance with the characteristics of the field, documentary, bibliographic and experimental research, as well as the types of research such as exploratory, descriptive, correlational and explanatory, which were used with the application of the scientific method. The instruments that were used through the quantitative technique such as

the survey applied to a sample of 10 relatives of the patients; Likewise, a qualitative technique was applied, such as observation and a structured interview aimed at 3 nurses of the institution.

The main findings obtained in the field research, were able to identify the factors that affect family abandonment in visiting hours such as: poor family relationships, lack of communication, lack of time for work reasons, difficulty in moving and the lack of economic resources, which are some of the aggravating factors for the prolongation of the problem, mainly alterations in their emotional state such as: loneliness, sadness, low appetite and depression, which lead to feeling abandoned.

In conclusion, this study showed that it is necessary to implement various activities aimed at family coexistence, in order to motivate, raise awareness and sensitize families about the importance of accompaniment, in order to improve the emotional state of the patient.

c. INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un sinnúmero de problemas que afectan la sociedad y estas desencadenan en la familia alterando su estabilidad u homeostasis, provocando serios desajustes en sus relaciones familiares, haciendo que la familia se sumerja en conflictos permanentes que conllevan al abandono familiar más aun de las personas adultas mayores quienes al encontrarse en esa etapa enfermos la mayoría son excluidos o desplazados por el resto de los miembros de la familia, situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, entre otras, siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y estabilidad emocional de una familia que es uno de los factores de personalidad más relevantes, pues explica la tendencia de algunas personas a ser más vulnerables a problemas de depresión y ansiedad cuando se encuentran con situaciones estresantes y se ha relacionado con una mayor o menor satisfacción en las diversas áreas de la vida así como con la capacidad de manejar la propia vida en general.

Sin duda Loja no se encuentra exenta de esta problemática, pues existen familias que por falta de tiempo, problemas económicos y más aún el trabajo excesivo con el que se manejan a diario los obliga a buscar centros o Instituciones que cuiden a sus seres queridos.

En este caso en Loja se encuentra la Casa de enfermos terminales Fundación Liga de Caridad cuya misión, es acoger, atender y proporcionar un tratamiento adecuado y una asistencia de calidad a los enfermos

graves, especialmente aquellos que carecen de recursos económicos y que por lo tanto no pueden permanecer en los Centros de Salud, por ende, de acuerdo a la entrevista realizada a las enfermeras del centro manifiestan que los pacientes sufren deterioro en su salud, un porcentaje alto se encuentra en situación de abandono, sufren diversas alteraciones emocionales como depresión en un 31%, en cambio el 25% presenta baja autoestima mientras que el 22% muestra un bajo apetito, problemas que afectan a su salud por la falta de atención y cuidado de sus familiares incidiendo en su estado de ánimo.

Teniendo en cuenta los aspectos abordados se plantea como problema de la investigación: ¿De qué manera el abandono familiar afecta en el estado emocional de los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja y la intervención del Trabajador Social?

Para acercarnos a la posible solución de la realidad temática se planteó el tema de tesis denominado: “El abandono familiar y su influencia en el estado emocional de los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja y la intervención del Trabajador Social durante el periodo septiembre 2016 a noviembre 2017”, el mismo que tiene un enfoque cuantitativo como cualitativo. Se formuló como objetivo general contribuir con una propuesta de intervención social que permita mejorar el estado emocional en los pacientes de la casa de enfermos Terminales Fundación Liga de caridad de Loja mediante el involucramiento de sus familiares. Del objetivo general se derivaron los siguientes objetivos específicos:

Fundamentar teórica y metodológicamente las categorías de análisis referentes al abandono familiar, estado emocional e intervención del Trabajador social en los pacientes de la casa de enfermos terminales. Investigar las causas y consecuencias que generan el abandono familiar en los pacientes de la casa de enfermos terminales. Diseñar una propuesta de intervención social que permita la concientización a familiares sobre el abandono familiar, desde el enfoque del trabajador Social.

Para mejor comprensión este trabajo investigativo se encuentra estructurado por los siguientes apartados:

PRIMER APARTADO: Comprende la Revisión de Literatura como aporte teórico principal de esta investigación está encaminado a la fundamentación teórica del abandono familiar y su influencia en el estado emocional, se apunta en la definición y conceptualización científica, como en el análisis particular de las diferentes categorías que abarca el proyecto de tesis.

SEGUNDO APARTADO: Comprende los Materiales y Métodos, para lo cual se utilizaron algunos métodos que son fundamentales en la investigación, entre ellos está el Método Científico el cual se lo utilizó durante todo el proceso de la elaboración de la investigación, en la recopilación de información valedera; el Método Inductivo-Deductivo permitió validar los instrumentos y técnicas utilizadas y con ello realizar el respectivo informe con las conclusiones y recomendaciones; el Método Analítico-Sintético permitió realizar un análisis ordenado y lógico durante todo el proceso de construcción de la investigación y además ayudó en el

análisis, interpretación, discusión de resultados y datos obtenidos. Entre las Técnicas para la recolección de la información se utilizó la Observación Participativa para el reconocimiento de la institución y la estructura funcional de la Casa de Enfermos Terminales; Encuesta que permitió registrar y clasificar los datos recolectados en relación a los indicadores de las variables; Entrevista con la finalidad de obtener datos cualitativos referentes al abandono familiar y estado emocional del paciente.

TERCER APARTADO: Comprende los Discusión y Resultados de la investigación de campo, donde se encuentran los análisis cuantitativos y cualitativos de la encuesta y entrevista aplicada a los 10 pacientes de la Casa de Enfermos Terminales, mediante la elaboración de cuadros y gráficos estadísticos y su respectiva interpretación cuantitativa y el análisis cualitativo.

CUARTO APARTADO: Contiene las Conclusiones y Recomendaciones desde la discusión de los resultados en la misma que se hace la comprobación de los objetivos cumplidos a través del proceso de investigación y dando respuesta con la propuesta como solución al problema investigado, además se hace constar la bibliografía y evidencias a través de los anexos.

Finalmente, mediante esta investigación se elaboró una propuesta de intervención social, misma que les brindará la oportunidad de ayudar a mejorar la relación de la familia y el enfermo terminal en las horas de visitas y así mejorar el estado emocional de los pacientes de la casa de enfermos terminales.

d. REVISIÓN DE LITERATURA.

ASPECTOS GENERALES DE LA CASA DE ENFERMOS TERMINALES FUNDACIÓN LIGA DE CARIDAD DE LOJA

La institución casa de enfermos terminales de la Fundación Liga de Caridad de Loja, se encuentra ubicada en el barrio la Pradera al sur de la ciudad de Loja. Nace en el año 1999 cuando la Directiva la Asamblea General de Liga de Caridad, luego Funcionó en local arrendado desde el 12 de septiembre del 2000. El Municipio de Loja dio en comodato el terreno sobre el que se edificó la Casa de Enfermos terminales, con el aporte del Bando del Estado, BEDE y Plan Binacional. Contó con la colaboración de las Hermanas Siervas de Jesús, desde su Fundación hasta el año 2005.

La Fundación Liga de Caridad, constituida mediante Acuerdo Ministerial Nro. 148 del Ministerio de Bienestar Social en octubre del 2001, es una organización de Derecho Privado sin fines de lucro, con patrimonio propio, administración autónoma y personería jurídica; con capacidad legal para ejercer derechos y contraer obligaciones cuyo objetivo es acoger a pacientes graves que no pueden permanecer en los centros de salud tradicionales, ni ser atendidos por sus familiares.

Misión.

La misión de la Casa es acoger, atender y proporcionar un tratamiento adecuado y una asistencia de calidad a los enfermos graves, especialmente aquellos que carecen de recursos económicos y que por lo tanto no pueden permanecer en los Centros de Salud.

En la actualidad consta de 10 pacientes. Acoge a personas de todos los sitios y comunidades de la parte sur de la ciudad como: Pradera, Yaguarcuna, los Geranios, Pucará, entre otros.

Agentes Implicados en el Funcionamiento.

Según el Reglamento Interno de la casa de los enfermos de la Liga de Caridad de Loja cuya Presidenta Señora Fanny Aguirre (2015), resume a continuación como está conformado dicho lugar:

Residentes: Son aquellas personas que adolecen de una enfermedad terminal, carentes de recursos económicos y que son acogidas en la Casa para darles atención de calidad mientras dure su permanencia en el Centro
Familias: Son quienes guardan una relación de parentesco o amistad con las personas acogidas y que se someterán a las reglas establecidas para el funcionamiento de esta Casa.

Equipo Terapéutico: Está formado por profesionales de diversas disciplinas y que son los responsables del desarrollo, seguimiento y evaluación de los programas, proyectos y actividades que se llevan a cabo en la Casa de Enfermos Terminales, así como del acompañamiento, seguimiento y supervisión de la evolución de cada residente. **Voluntariado**

Periódico Fijo: Son personas que con un compromiso serio con la entidad y con la colaboración periódica establecida, sirven de apoyo a los profesionales que componen el Equipo Terapéutico en el desarrollo de diversos talleres ocupacionales, y de carácter espiritual para mejorar la atención de cada residente.

Voluntariado Eventual: Son aquellas personas que colaboran con la entidad de forma eventual, especialmente en períodos vacaciones, bajo la fórmula de campo de trabajo, voluntariado internacional, etc.

Alumnos en Prácticas: Se establecerán convenios con diferentes instituciones del ámbito académico, para la realización de prácticas de diversas disciplinas profesionales.

Otras personas: También pueden existir otras personas implicadas de forma puntual y/o indirecta con el funcionamiento de la Casa, como son los medios de comunicación, otros colaboradores y las visitas.

CAPÍTULO I

1. FAMILIA.

La familia es un grupo de personas unidas por el parentesco, es la organización más importante de las que puede pertenecer el hombre. En este sentido Eroles. (2001) afirma que:

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. En ella el ser humano nace, crece y se desarrolla. En su tarea socializadora, la familia cumple con la trascendente función social de preservar y transmitir los valores y las tradiciones del pueblo, sirviendo de enlace a las generaciones. (p.50)

La familia se refiere tanto a la institución social como al grupo familiar por lo tanto, la familia como institución social es un sistema de normas de guía, la interacción entre las personas que están vinculadas por la sangre, el matrimonio y por lazos amorosos. Morán, (2005) define a la “familia como grupo se refiere a los parientes que viven bajo el mismo techo o lo bastante cerca para tener un trato frecuente que los defina como una unidad familiar única” (p.46).

Por otro lado, según Arquín (2008) “la familia es considerada como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, actúa como fuente de control sobre el individuo, evaluando el comportamiento integral de sus miembros”. La familia se constituye en el instrumento o agente que contribuye con la sociedad en relación a la reproducción y de la manutención física de sus miembros. La familia transmite de generación en generación su historia, su experiencia, sus valores, sus costumbres, aspectos muy vinculados con la producción de la

salud, a escala del hogar y por ende de la familia en general. Para Acuña, Barrios, Martínez, Taborda y Vargas (2015):

La familia se define como un sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse uno a los otros; sus integrantes pueden ser consanguíneos o no, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual les permiten cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como una unidad total en constante cambio con el ambiente. (p. 18)

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido.

La familia funciona como un sistema abierto, formado por un conjunto de unidades interrelacionadas con una características que son: la globalidad, la homeostasis, estructura y dinámica propias, reglas y roles establecidos; formado por unos subsistemas, con sus fronteras o límites y con una adaptabilidad y comunicación propias, en donde cada uno de sus integrantes interactúa como un micro grupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad. Esta tiene entre sus funciones la transmisión de conocimientos, habilidades, valores y creencias, en la que el abuelo jugaba un papel fundamental. (Galán, 2010, p.17)

Al igual que los individuos pasan por un proceso desde el feto hasta el anciano, la familia pasa por una serie de etapas con unas funciones y unos problemas inherentes a cada una de éstas y que se superponen al ciclo vital individual, que se conoce como ciclo vital familiar.

Varios autores han definido distintas etapas de este ciclo, la Organización Mundial de la Salud (2015) que lo distribuye en 6 etapas: Formación, Extensión, Extensión completa, Contracción, Contracción completa y Disolución donde el anciano estaría incluido en las últimas etapas del ciclo vital familiar: de la cuarta a la sexta. Esta última etapa es la que se inicia con la muerte de uno de los cónyuges en ella es más importante el sentimiento de soledad, y el adulto mayor busca muchas veces una nueva forma de involucrarse en la familia. El principal sistema social del adulto mayor es la familia y de ella viene el apoyo que recibe, esta se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La familia del anciano debe brindar apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

La vejez es una de las etapas del ser humano poco atractiva y en algunos casos un tanto temida; esto se debe a los estereotipos que de la misma se han divulgado: que los ancianos o viejos son “gruñones”, “impacientes”, “enojones”, “lentos” y que “siempre están cansados” que “ya no son productivos”, que “sus habilidades y su salud están disminuyendo constantemente” etc. Algunos de estos son reconocidos como mitos del envejecimiento. (Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen, 2006, pp.54-55)

En realidad, el envejecimiento es considerado un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico, en el cual se hace un resumen de lo que se ha vivido hasta el momento, es un periodo en el que se debería gozar de los logros personales y contemplarse los frutos del trabajo personal, útiles para las generaciones venideras.

El adulto mayor ante la enfermedad, la pérdida de autonomía o ante la soledad, se apoya en sus hijos y familiares. Esto hace que todos los lazos familiares sufran cambios. Esta situación, a veces, es vivida por la familia con cierta impotencia e inseguridad que va acompañada de algunas dificultades: tienen que vivir bajo un mismo techo tres generaciones y a veces las viviendas no tienen espacio ni condiciones adecuadas para ello. “Por otro lado las ocupaciones laborales de los hijos impiden que los padres reciban el cuidado que a ellos les gustaría proporcionarles, la mayoría de los familiares tienen otras cargas familiares como hijos, nietos etc.” (Ríos, 2012).

Por todas estas dificultades y otras como la salud física, desorientación, fallos de memoria, las familias que tienen en su hogar una persona mayor dependiente suelen tener sentimientos dolorosos y de incompreensión frente a los cambios rápidos que se producen en su padre, madre o cualquier otro familiar, también aparecen síntomas de ansiedad y angustia, surgen dudas acerca de si no han hecho todo lo necesario para evitar la situación en la que se encuentra el familiar a su cargo, por esta razón la familia constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor y es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los ancianos que

sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los ancianos parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad.

Aparicio (2012) refiere que la familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social al adulto mayor.

Es por ello que la familia es la unidad básica de formación, en donde los hijos aprenden a desarrollarse como tal, que están básicamente determinados por los lazos de consanguinidad y afectividad el cual les hace parte de la familia. Por consiguiente se puede afirmar que la familia es el vínculo primordial de la vida, es el núcleo de la sociedad, constituida por un conjunto de personas de la misma sangre, del mismo linaje, de la misma casa. Se constituye un elemento fundamental de la persona puesto que la identidad se forma desde el seno de una familia y lo vivido en el seno de un ambiente familiar.

1.1. Tipos de familia:

Según Arias, Morales, Nouvilas & Martínez (2012). En relación a tipos de familia detalla los siguientes:

Familia nuclear: De acuerdo con el Diccionario Webster (2012), el término familia nuclear fue desarrollado en el mundo occidental para designar el

grupo de parientes conformado por los progenitores, usualmente padre, madre y sus hijos. Es aquella que está compuesta por los dos cónyuges unidos en matrimonio y sus hijos. En general, este tipo de familia continúa siendo el más habitual, principalmente en las sociedades occidentales, aunque cada vez menos personas optan por este modelo de familia. Según Valdivia (2008) “estos padres corren el peligro de caer en estilos educativos sobreprotectores” (p.5).

Familia Monoparental: Se entiende aquella familia nuclear que está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos. Aunque la crianza de un niño puede ser llevada a cabo tanto por hombres como mujeres, en esta materia, según demuestran las estadísticas, no ha habido grandes cambios y entre un 80 y un 90% de los hogares monoparentales están formados por madres e hijos. Las familias monoparentales provenientes de rupturas de pareja, aumentan el riesgo de pobreza.

Familia extensa: Además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines. Valdivia (2008) “define a la familia extensa como aquella que reúne a todos los parientes y personas con vínculos reconocidos como tales” (p.1).

La familia extensa o familia compleja es un concepto con varios significados distintos. En primer lugar, es empleado como sinónimo de familia consanguínea. En segundo lugar, en aquellas sociedades dominadas por la familia conyugal, refiere a la parentela una red de parentesco egocéntrica que se extiende más allá del grupo doméstico,

misma que está excluida de la familia conyugal. Una tercera acepción es aquella que define a la familia extendida como aquella estructura de parentesco que habita en una misma unidad doméstica (u hogar) y está conformada por parientes pertenecientes a distintas generaciones.

En las familias extendidas, la red de afines actúa como una comunidad cerrada. Este tipo de estructuras parentales puede incluir a los padres con sus hijos, los hermanos de los padres con sus hijos, los miembros de las generaciones ascendentes abuelos, tíos abuelos, bisabuelos. Además puede abarcar parientes no consanguíneos, como medios hermanos, hijos adoptivos o putativos. Todo lo anterior establece un contraste con la pequeña familia nuclear. En las culturas donde la familia extendida es la forma básica de la unidad familiar, la transición de un individuo hacia la adultez no necesariamente implica la separación de sus parientes o de sus padres. Cuando un pequeño crece, se traslada al más amplio y real ámbito de los adultos, aun cuando en circunstancias normales establezca una identidad separada del resto de su comunidad.

Familia reconstruida: Es considerada como la unión familiar que, después de una separación, divorcio, o muerte del cónyuge, se rehace con el padre o la madre que tienen a su cargo los hijos y el nuevo cónyuge (y sus hijos si los hubieren). Para Pereira (2017) Psicoterapeuta familiar y de pareja “una familia reconstituida es aquella formada por una pareja adulta en la que, al menos uno de los cónyuges, tiene un hijo de una relación anterior” (p.2).

La expectativa de que estas familias puedan reanudar su vida donde desapareció la familia primaria es poco realista y provoca frustración y decepción. Tanto los padrastros como los hijastros necesitan tiempo para adaptarse, para conocer la personalidad del otro y probarla. Lo mejor en este caso es que los padrastros madrastras traten de ocupar un sitio en la vida de los hijos que no sea igual al del progenitor biológico. Si tratan de competir con el verdadero progenitor lo más seguro es que fracasen.

De acuerdo a los autores se puede denotar que la familia es el pilar fundamental de una sociedad. Los estudios nacionales muestran que los modelos de familia que han predominado en cada país o región responden a la forma como se ha ido desarrollando la historia y la cultura de cada pueblo. Independientemente de lo que signifique la familia, para la sociedad y por la época que nos toca vivir, se distinguen varios tipos de familia, los mismos que varían mucho y están en permanente proceso de cambio y transformación. Por un lado se puede encontrar familias en las que las relaciones tienen una mayor unión y otras en las que sus miembros son más independientes entre sí. Existen modelos de familia diferentes en relación a las características de las relaciones que se producen, a diferencia de otras. Los diferentes tipos de familia van a tener su particularidad pautada por su historia, sus relaciones, sus valores intergeneracionales, sus situaciones presentes y las características de sus miembros; además del contexto social y cultural en el cual vive.

1.2. Familia disfuncional del enfermo terminal

García (2007) afirma que una familia es disfuncional cuando las necesidades y demandas que se presentan en un desarrollo vital no son enfrentadas adecuadamente por ende se altera el equilibrio en estabilidad y cambio produciendo rigidez y desajustes adaptativos que se pueden prolongar por años, con gran sufrimiento para algunos miembros.

Es inevitable la declinación física en los enfermos terminales y la dependencia es uno de los temas más críticos frente a la vejez y a la familia que envejece. Afecta fuertemente la relación con los hijos y remite al planteo de la reversión de roles. Hablar de roles revertidos entre hijos y padres en la vejez lleva a confusión porque el viejo atravesó la adultez, desempeño más de un rol, de hijo y de padre.

Un viejo no puede asimilarse a la imagen de un niño, ni nunca será el hijo de su hijo, aun en su fragilidad sigue siendo el padre con su historia familiar. Cuando la enfermedad irrumpe o sobreviene la discapacidad, el conflicto adquiere un tono diferente, que se agrava se trata de una enfermedad crónica. El problema está allí y es necesario reorganizar el sistema familiar.

Por otro lado un estudio realizado por Muñoz, Espinoza, Portillo, y Rodríguez (2002, septiembre) demuestra que: “la enfermedad terminal supone una profunda crisis en el funcionamiento de la familia” (p.39). La familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ahora venía desempeñando el miembro enfermo y en esta exigencia de responsabilidades suele presentarse de forma brusca. El cuidador primario

se asigna y desarrolla una relación muy estrecha con el enfermo quedando excluido el resto de los miembros (hijos menores, cónyuge...) lo que motiva aparición de culpabilizaciones, problemas de pareja y disfunción familiar.

El enfermo también cambia de actitud con respecto a la familia y dependiendo del grado de comunicación la relación será más o menos disfuncional: disimulo y aislamiento, exigencia y cólera, abatimiento.

La enfermedad obliga a un momento de transición en la familia que lleva a adaptarse a las necesidades que impone, a la pérdida y a la muerte. En gran medida la muerte es de toda la familia y marca un antes y un después en el ciclo vital familiares. Sus posibilidades de adaptarse serán las que le ayuden a sobreponerse a estos problemas.

La familia tiene que compatibilizar su propia tarea evolutiva con el cuidado del enfermo, pudiéndose dar con frecuencia reacciones de incompatibilidades con el peligro que esto conlleva de la negación de la enfermedad o bien con la detención del momento evolutivo. Este efecto es mayor si el moribundo es Pieza clave en el funcionamiento familiar, bien por su rol previo (una madre joven por ejemplo) o bien por sus cualidades y características personales (efecto dinamizador, carácter autoritario y acaparador, etc.).

La disfuncionalidad familiar según los autores hace referencia dentro del sistema familiar existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional además se invierte la jerarquía, su estructura familiar esta lamentablemente

alterada por eso la interacción entre los miembros es deficiente y existe dificultad en el desarrollo psicosocial de cada subsistema, su adaptación y la resolución de conflictos. En una familia disfuncional no se respeta la individualidad de sus integrantes, ellos no se sienten como seres únicos prefieren conformarse de todo, los padres se creen perfectos y piensan que sus hijos son culpables de todo lo malo que sucede en el hogar. No existe comunicación dentro del sistema, no son honestos con ellos mismos ni con el resto de tal manera que cada miembro vela por sus propios intereses, tal como se puede evidenciar en la casa de los enfermos terminales donde la unión familiar no existe en la mayoría de los investigados conllevando a que los límites y reglas sean rígidos por tanto presentan dificultad para cumplir su rol existiendo una lucha constante entre todos contra todos.

1.3. Factores de riesgo de disfunción familiar del enfermo terminal.

“La familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros” (Herrera, 1997). Otros la refieren, como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. En suma, no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estarse reajustando constantemente.

Por su parte González (2000), afirma que toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. Por lo que, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional, por la presencia de problemas, sino por la utilización de

patrones de interacción recurrentes, que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación, y la resolución de conflictos. Así pues, en las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional, es de aproximadamente 77%.

De acuerdo a una investigación realizada por García (2007) se puede evidenciar que los factores de riesgo causantes de la disfunción familiar en un enfermo terminal son los siguientes:

- ✓ Historia de difusión familiar en etapas previas del ciclo vital.
- ✓ Actitudes intolerantes hacia las características propias de la enfermedad.
- ✓ Deterioro del estado funcional del enfermo.
- ✓ Dificultades en el reajuste y/o cambio de roles familiares que se impone en esta etapa.
- ✓ Insuficiencia en el sistema de apoyo familiar al enfermo (económico, instrumental y afectivo).
- ✓ Rigidez en la escala jerárquica o en la toma de decisiones de la familia.
- ✓ Dificultades en la adaptación a eventos vitales que se dan en la vejez, tales como pérdida del conyugue, jubilación, cambio de domicilio, etc.(p.16)

Como se ha mencionado anteriormente la familia es el primer entorno social que se desarrolla un individuo, es considerada el primer órgano de modelado, aprendizaje y socialización, por lo tanto, es allí donde radica la influencia que ha sido reconocida como factor condicionante en el la disfuncionalidad. Los impulsos sociales crean estímulos para que los observadores reproduzcan las acciones, debemos considerar entonces,

que muchas veces el éxito o el fracaso en aspectos de la vida de una cultura, es un proceso en el que interviene la observación y la cognición, debido a esto, si se da un modelo, éste puede transmitirse transgeneracionalmente, sin que sea preciso que cada persona adquiera habilidades o incapacidades de su propia experiencia. En este sentido, según los autores existen numerosos estudios que muestran como algunas características familiares generan mayor vulnerabilidad en sus integrantes, siendo potencialmente influyentes en la disfuncionalidad. Se debe entender entonces, que la familia posee una estructura, organización, jerarquización y patrones de interacción que condicionan el comportamiento de sus miembros.

1.4. Funciones de familia:

Según Arias, Morales, Nouvilas & Martínez (2012), la diversidad de familias presentes en la sociedades occidentales de hoy día hace replantearse si la familia tiene unas funciones estándares o si estas dependerán de cada tipología familiar. Así, por ejemplo, algunas funciones tradicionalmente atribuidas a la familia, como la reproducción, la educación formal y religiosa o la función de cuidado de ancianos y enfermos, han perdido importancia a lo largo de las últimas décadas.

Las actuales sociedades de servicios están asumiendo, cada vez más, la función de cuidado de ancianos y enfermos con iniciativas tanto públicas como privadas mediante en instituciones especializadas. Sin embargo, es indudable que la familia continua desempeñando algunas funciones básicas y, en mayor medida, comunes a todos los tipos de familias

actuales, como en caso de las funciones económicas y de apoyo o de afectividad.

Entre las funciones de la familia según la Enciclopedia de Tareas (2017) se encuentran las siguientes:

Función Biológica: Esta función está orientada a garantizar la procreación de los hijos y la satisfacción de las necesidades básicas de la familia, entre las cuales se encuentran; la vivienda, alimentación adecuada, ropa, calzado y asistencia médica. Para ayudar al cumplimiento de esta importante actividad, resulta imprescindible que la sociedad le brinde a la familia la ayuda necesaria, ya que a las personas con bajos ingresos económicos, les resulta muy difícil cumplir estos objetivos.

Función Psicológica: La función psicológica va encaminada al desarrollo de las capacidades intelectuales, afectivas y del comportamiento. Durante la vida infantil, la familia se encarga de enseñar a sus hijos e hijas el lenguaje, lo cual es básico no solo para la comunicación con los demás seres humanos, sino para lograr el aprendizaje de elementos esenciales para llevar a cabo las actividades propias.

Función Económica: Mediante la función económica, la familia establece su propia organización para producir ingresos económicos y satisfacer sus propias necesidades materiales. La posibilidad de que una familia logre prosperar económicamente, depende del esfuerzo de todos sus miembros.

Función Social: El propósito de esta función es la formación del comportamiento de los miembros de la familia. Cuando la familia es capaz

de vivir armónicamente, respeta las opiniones de sus miembros y se esfuerza porque todos vivan en paz, los niños y las niñas interiorizarán estas normas de comportamiento, las cuales son imprescindibles para poder convivir en la sociedad.

Función Educativa: La educación tiene como tarea contribuir a la formación de seres humanos cada día mejor. Debe estar al servicio de desarrollo humano de nuestra nación, para promover una mejor calidad de vida material y espiritual a través de la participación activa y democrática en la vida económica, y garantizar una justa distribución de la riqueza y de los recursos materiales. En el seno de la familia se aprenden las costumbres sociales, los valores humanos y, además, las normas morales que rigen el comportamiento social de los futuros hombre y mujeres.

En los últimos tiempos la sociedad ha cambiado vertiginosamente en muchos sentidos, especialmente, en cómo se relacionan las personas y cómo conviven entre sí. Claro está que en la familia disfuncional esto ha cambiado un poco y hoy en día se pueden apreciar en las familias muchos cambio de roles parentales. Estos roles pueden ser más o menos rígidos o pueden variar; justamente se puede decir que cuanto mayor rigidez en estos roles, pues peor pronóstico va a tener una familia, en relación a la salud de sus miembros o al equilibrio que puede haber en la misma; por lo tanto, la familia es una unidad funcional biológica, psicológica y social en la que existe una interrelación personal compleja, formada para proteger a sus miembros, amarlos, y proporcionarles a cada uno de ellos las necesidades básicas esenciales. Una familia unida también se mueve bajo

el amor incondicional y la dedicación entre ellos sin tener en cuenta las circunstancias que puedan pasar.

1.5. Familias con enfermos terminales:

La presencia de la enfermedad terminal en un miembro de la unidad familiar supone un fuerte impacto emocional para la familia, que, al igual que el enfermo, se traduce en respuestas como la negación, la ira, la depresión, la desesperanza, la ambivalencia afectiva, la pérdida. Estas respuestas no constituyen en sí un síntoma familiar sino que pueden ser necesarias para la aceptación de la enfermedad y la muerte. Solo en familias en que no se produzca una respuesta adaptativa final y queden Enganchados en una determinada respuesta emocional o ésta altere severamente los cuidados del paciente o la situación del cuidador primario consideraremos que se trata de una respuesta disfuncional, por ende, como lo señala Bruna, Reinoso y San Martín (2014):

En el hogar se puede producir la situación que el paciente por un lado sea aceptado como tal y la familia se preocupa por él, pero, la presión del medio ya sea trabajo, estudios lo apartan del adulto mayor y este va quedando abandonado, otras veces puede ser, porque, la familia no entiende el proceso que vive el adulto mayor y lo encuentra un estorbo que no quiere cooperar, en consecuencia lo apartan, lo abandonan. (p.11)

La presencia cercana de la muerte también puede ser constructiva y ayudar al crecimiento de la familia: la pérdida de un miembro de la familia es un recordatorio de la naturaleza frágil de la vida, lo que puede ocasionar una reapreciación de valores, como una consecuencia positiva de la

presencia de la enfermedad terminal para los miembros de la familia. Es por ello que la familia como sistema según González (2000), juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Esto va a depender, de si la familia es funcional ó no, y cuenta con los recursos adecuados de soporte social”.

En cambio Herrera (1997) constata que la familia como grupo social, debe cumplir funciones básicas como son: cuidado, afecto, estatus, socialización y reproducción, además de, la económica, la biológica, la educativa, la cultural, y la espiritual, siendo éstas, uno de los indicadores que se utilizan, para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

En este sentido “la familia es una parte esencial pues contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente” (Domínguez, T., Espín, A. y Bayorre, H. (2001). La enfermedad terminal separa al paciente y a su familia solo en el cuerpo de quien la sufre, pues los sueños, las emociones y la dinámica familiar se altera por igual en todos, por lo que en el manejo debe incluirse a cada uno de los miembros.

En una situación límite como la enfermedad maligna terminal, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afectada. Es función del equipo de cuidados evitar en lo posible las situaciones de

tensión en el seno de la familia y ayudar a su resolución en el caso de que dicha situación exista, pues, la enfermedad terminal altera la unidad social, los familiares y los amigos, y afloran los conflictos internos preexistentes.

1.5 La Familia y sus roles.

Vargas (2014) refiere que es importante detectar los roles que se desempeñan dentro de una familia partiendo desde ahí para abordar como está integrada la familia .Es bien sabido que no únicamente existe la familia nuclear con ambos padres e hijos, actualmente ahora podemos hablar de familias mixtas donde vive algún familiar abuelo, tío etc. En donde se ve en la actualidad que los hijos duran más tiempo en la casa, los abuelos en este caso tienen mayor posibilidad de ver más tiempo a sus nietos jugando el rol de cuidadores de ellos .retomando la necesidad de identificar que roles existen ya no solo el padre proveedor y madre que cuida a los hijos, actualmente los roles son dinámicos y flexibles, en donde ello sería benéfico para el adulto mayor con alguna enfermedad.

Podemos concluir: que la familia juega un papel determinante ante el cuidado del adulto mayor cuando padece alguna enfermedad. Sabemos que las crisis son difíciles, pero hablar de crisis en la ancianidad es mucho más difícil , sin embargo la familia tendrá que aprender a adaptarse con estos cambios , ya que el seno familiar es el mejor lugar para cuidar al anciano, siendo importante la participación de cada uno de sus miembros y los roles que tengan dentro de la familia y no dejar el cuidado a un solo miembro identificando al cuidador principal y así apoyarse entre la misma

familia, para después no decir como en el poema olvide, hace tiempo que murió la abuela o el abuelo y no hice nada por él o ella.

A consecuencia del aumento de vida hay un número mayor de ancianos en edad de ser pensionados y por lo tanto no productivos y con ingresos a veces insuficientes.

Esto explica el derrumbe psicológico del comportamiento del anciano que se observa con mucha frecuencia en los Jubilados que pierden Interés por la Vida y también por su posición económica y social. En las familias del pasado, el anciano vivía en el núcleo familiar, varias generaciones, era respetado y atendido por sus hijos y nietos., también realizaban pequeñas labores domésticas; por lo contrario, en la sociedad moderna, el anciano se encuentra aislado y marginado.

Tenemos una comparación de tipo de familias las del pasado y la moderan, con las que el anciano convive y convivía:

Familia pasada

- Núcleo familiar único, con todas las generaciones y el anciano en la cima de la pirámide.
- Asistencia a los ancianos de las familias.
- Respeto al anciano y a su experiencia.
- empleo de los ancianos en labores domésticas.

Familia moderna

- Fragmentación del núcleo familiar.

- Aislamiento de los ancianos; no son tolerados por los jóvenes (Incompatibilidad, hábitos, etc.).
- Dificultades económicas sociales y psicológicas del anciano aislado y marginado.

Este hecho contribuye a la tendencia de los hijos a formar grupos familiares autosuficientes con fragmentación del núcleo familiar y en población rural, la inclinación de tipo de vida de vida urbana; pero sobre todo son entre las incompatibilidades entre la vieja y la nueva generaciones presiones entre la vieja y la nueva generación, la incompatibilidad de caracteres y las costumbres diferentes por las que se han creado el término molesto de anciano para definir este estado. Otros factores más explican así mismo porque en la actualidad son mayores las necesidades de asistencia al anciano, no solo son médicos sino también psicológicos, sociales y económicos.

1.6 Familia como eje fundamental en la formación de valores.

Según Moreno José (2000). Detalla lo siguiente:

Tenemos que plantearnos que rol juega en todo esto la familia? La familia debería asumir el rol como unidad fundamental de la vida humana; es alrededor de ella donde giran la mayoría de los ritos de la vida: nacimiento, bautizo, primera comunión los ritos de la adolescencia el ingreso a la escuela, el matrimonio el divorcio la enfermedad y la muerte y es precisamente en ella donde el individuo moldea toda la estructura moral que regirá su conducta y su vida. La familia es referencia de vida de cada

persona en nuestra sociedad; son estructuras complejas en donde se vierten las emociones de los individuos, son filosofías de vida en donde se mantienen los vínculos afectivos, valórales y en donde se ponen más a prueba los conflictos humanos. En el seno de la familia se producen procesos básicos: la expresión de sentimientos, adecuados o inadecuados, la personalidad del individuo y patrones de conducta; todo esto se aprende en la dinámica familiar y los que así aprendan enseñarán a su vez a sus hijos, más o menos del mismo. La familia igualmente es un centro de expresión espiritual (dentro de la súper estructuración del desarrollo). Cuando su integración es positiva, dentro de ellas se generan los valores más íntimos del espíritu: amor, bondad, y toda una serie de expresiones éticas y de felicidad personal; pero al mismo tiempo si no sucede así la familia viene siendo el centro de sufrimiento y malestar más grande del hombre.

Los padres deberían enseñar el hacer, y el quehacer, para completar estos cinco conceptos básicos de la educación inicial del niño: autoridad, afectividad, saber, hacer y quehacer. Ese hacer y quehacer están asociados a los elementos de organización, disciplina, orden, innovación, descubrimiento, equilibrio; por esto los padres tienen una responsabilidad de ayudar a este nuevo ser a insertarse armoniosamente en el mundo físico y social, a que aprenda a identificar los objetos, los seres, a sí mismo a acompañarlo a la formación y desarrollo de la conciencia; a enseñarles que somos mortales, a pensar críticamente y con creatividad, a enseñarles que la vida tiene un sentido histórico: nacimiento, matrimonio, divorcio, muerte; que nuestros actos son voluntarios pero responsables, entrenarlo

en la toma de decisiones frente a distintas alternativas; que hay decisiones críticas y que otras pueden posponerse.

En este sentido Rodríguez (2013). Se refiere que: La familia está considerada como una de las fuerzas más poderosas en la educación y formación de la personalidad y de los valores como estructura compleja de esta. Es por ello la importancia de que en el seno del hogar se respire un clima emocional positivo; cargado de afecto, respeto, comunicación y tolerancia mutua. La familia es referencia de vida de cada persona en esta sociedad; son estructuras complejas en donde se vierten las emociones de los individuos, los modos de vida, en la que se mantienen los vínculos afectivos, valorables y en donde se ponen más a prueba los conflictos humanos. En el seno de la familia se producen procesos básicos: la expresión de sentimientos, adecuados o inadecuados, la personalidad del individuo y patrones de conducta; todo esto se aprende en la dinámica familiar y los que así aprendan enseñarán a su vez a sus hijos, más o menos del mismo.

La familia es el lugar ideal para forjar los valores, es una meta alcanzable y necesaria para lograr un modo de vida más humano, que posteriormente se transmitirá a la sociedad entera.

El valor nace y se desarrolla cuando cada uno de sus miembros asume con responsabilidad el papel que le ha tocado desempeñar en la familia, procurando el bienestar, desarrollo y felicidad de todos los demás.

El valor de la familia se basa en la presencia física, mental y espiritual de las personas en el hogar, con disponibilidad al diálogo y a la convivencia,

haciendo un esfuerzo por cultivar los valores en la persona misma, y así estar en condiciones de transmitirlos y enseñarlos

Entre los miembros de una familia se establecen relaciones personales que entrañan afinidad de sentimientos, de afectos e intereses que se basan en el respeto mutuo de las personas.

La familia es la comunidad donde desde la infancia se enseñan los valores y el adecuado uso de la libertad. Las relaciones personales y la estabilidad familiar son los fundamentos de la libertad, de la seguridad, de la fraternidad en el seno de la sociedad. Es por esto que en la familia se inicia a la vida social. Sin temor a equivocarnos podríamos denominar a la familia como: El refugio espiritual, donde se socializan los conocimientos, las alegrías, emociones y tristezas de los mejores y peores momentos, y la que nos aconseja o sugiere cómo debe ser nuestra actuación cuando entramos en conflicto y no sabemos o no estamos seguros de cuál es la mejor opción en el camino a seguir.

Es en la familia donde se enseñan los primeros valores; valores que serán sustento para la vida en sociedad y a lo largo de la vida de la persona. Es el verdadero núcleo formador de hombres en la sociedad contemporánea. En ella tenemos las oportunidades de vivir y formarnos en los valores y los antivalores; en la familia tenemos la oportunidad de convivir con los peligros y las oportunidades, de reflejar nuestras mayores debilidades y que con armonía nos las hagan ver y aprendamos y las superemos, como también nos pueden fortalecer. La familia es el núcleo de la sociedad que nos permite ver reflejada la sociedad misma. Las sociedades que se han distraído de este valor familiar, son sociedades que se han vuelto

individualistas y por tanto aisladas, y poco preocupadas por sus comunidades. Es referencia de vida, la familia de cada persona en esta sociedad; son estructuras complejas en donde se vierten las emociones de los individuos, son filosofías de vida en donde se mantienen los vínculos afectivos, valores y en donde se ponen más a prueba los conflictos humanos. En el seno de la familia se producen procesos básicos: la expresión de sentimientos, adecuados o inadecuados, la personalidad del individuo y patrones de conducta; todo esto se aprende en la dinámica familiar y los que así aprendan enseñarán a su vez a sus hijos, más o menos del mismo.

La vida familiar sigue siendo un valor fundamental, es algo que nos identifica y nos marca hacia un futuro. Nosotros tenemos que reflexionar sobre la trascendencia y el futuro de la familia y su impacto sobre la comunidad, qué cosas positivas y negativas puede tener la familia, todos debemos participar de forma integral en una planeación, es responsabilidad de todos, padres de familia, estudiantes, maestros.

En este sentido, cuando un miembro de la familia padece una enfermedad terminal, entra en un proceso de cambios inesperados y abrumadores entre ellos el alto impacto psicológico por la proximidad de la muerte de un ser querido con un proceso de duelo especial, que se inicia cuando aún la persona está viva. Otra es la demanda de atención y el nivel de dedicación continua que requiere dependiendo del tipo de enfermedad y de la etapa que la persona se encuentre, en general, son muy altos y difíciles de compatibilizar con las ocupaciones laborales y sociales. Por ende, la familia tiene que proporcionar afecto, es decir estabilidad emocional en los

momentos de crisis; prestar apoyo tanto físico y económico como también escuchar al paciente de esta manera facilitarán las relaciones y podrán mantener la armonía y el orden entre los miembros de la familia. La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se la instruye de una forma adecuada en el control de los síntomas, los cambios posturales y la higiene personal. Necesita de una información veraz y continuada, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones generales y la disponibilidad permanente del equipo de cuidados. La visión de la interdependencia de los miembros de la familia en salud y enfermedades basada en relaciones estrechas de amor es simple e incompleta dentro de la dinámica de las complejas relaciones del grupo familiar.

CAPTÍTULO II

2. Abandono familiar.

La familia es la unidad social, y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social. Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc. Cuando la familia incumple estas funciones se está hablando de un abandono familiar como lo define la Enciclopedia Jurídica (2014) que no es más que un “delito que comete una persona que no cumple las obligaciones propias de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar, dejando de atender las necesidades de hijos, padres y cónyuges”. El abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar, historias que describen la realidad de miles de adultos mayores. Por su parte Osorio (2007) menciona que la negligencia o abandono es el descuido que se da por parte de los familiares hacia alguno de sus miembros de la familia, además señala que existen varias formas de abandono entre ellos están:

El abandono físico: ocurre cuando las necesidades básicas (alimentación, abrigo, higiene, cuidados médicos, protección y vigilancia de las situaciones peligrosas) no son atendidos, temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el anciano.

El abandono emocional o psicológico: consiste en la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo del anciano, ausencia de contacto corporal, caricias, abrazos, besos, etc. Indiferencia frente a los estados de ánimo como alegría nostalgia, desanimo, etc. (p. 57)

El daño que produce el abandono al anciano afecta su integridad física provocando en ocasiones traumatismos irremediables y sobre todo deteriora en forma directa su dignidad, reflejada con ansiedad, miedo, nostalgia, sentimiento de inutilidad, desesperanza, mostrándose desgraciado, torpe, enfermo con poca valía, autocrítica negativamente y se encuentra deprimido la mayor parte del tiempo.

Gutiérrez (2005) menciona que es dentro del grupo familiar en donde se aprenden los valores y se transmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. Cuando tomamos a la familia con un enfoque sistémico, esta perspectiva hace necesario tener en cuenta sus características, como sistema en su totalidad, con una finalidad, formado por seres vivos, complejos en sí mismos, en el que se debe tener en cuenta que este sistema familiar es más que la suma de cada uno como individuo, que en él se genera un proceso de desarrollo, que permite su crecimiento en complejidad y en organización; que debe tomar en cuenta una perspectiva multigeneracional en el que un evento histórico o situacional afectará a los miembros del sistema familiar, en diferente grado, pero al final todos serán de cierta manera modificados por esta situación. Delgado (2012) manifiesta que:

La pérdida de amigos o de cónyuge dentro de la familia, ya sea por fallecimiento (lo más frecuente a esta edad) o por separación puede cambiar su proceso de vida, generando dependencia, depresión, dificultades económicas, estrés y cambios en las relaciones con los hijos y amigos. (p.14)

Edinberg (como se citó en Delgado 2012) plantea que existen barreras que no facilitan la vida en común de la familia. Una de estas barreras la constituyen las nociones preconcebidas acerca de los más viejos. Por ejemplo, se acostumbra decir que son rígidos, no escuchan, quieren controlar la vida de los demás, son irracionales, todo esto porque son viejos. Estas características las puede presentar una persona a cualquier edad y no se puede asegurar que todos los adultos mayores las presentan. Otras barreras que se presentan con frecuencia es la culpa; parece ser común que estos sentimientos intervengan en la forma en que las familias interaccionan, combinado con la necesidad de castigarse a sí mismo. La culpa es dolorosa y genera reacciones somáticas (sudoración, problemas con el sueño, dolores, ansiedad) conductuales (comer mucho, beber en exceso, descansar más de lo adecuado).

Se hace evidente que las manifestaciones de la culpa sentida por cualquier miembro de una familia con respecto a los adultos mayores, afectará la convivencia o el proceso de interacción familiar de forma negativa. El proceso de desarrollo de todo ser humano, llamado vida, no se puede transcurrir sin cometer errores, ni se puede transcurrir pensando que todos van a comprender los actos de dicho sujeto.

Entonces todo aquello va a comenzar a generar un nivel de disfunción en el grupo primario; siendo este un sistema cerrado que existen interdependencia de los que allí habitan, aquello lo denominamos crisis generacionales con sus respectivas manifestaciones emocionales, conductuales o somáticas; todo esto va a generar culpa a corto, mediano o largo plazo; todo aquello si no es resuelto en un ambiente de confianza, respeto y seguridad.

“Dentro del aumento de la posibilidad de vida y el riesgo asociado de padecer enfermedades crónicas ha permitido que exista un gran número de personas mayores que necesitan cierto grado de ayuda para poder desenvolverse en su vida diaria” (Fernández, 1996, p.204). Aunque la mayor parte de las personas mayores viven con buenos niveles de autonomía y salud, nuestra sociedad asiste a un aumento sin precedentes de los fenómenos de dependencia, es decir, del número de personas que necesitan algún tipo de ayuda para desenvolverse en su vida diaria, ajustarse a su medio e interactuar con él.

El envejecimiento de la población y el aumento de la supervivencia de las personas mayores en las edades más avanzadas, es un fenómeno conocido como sobre-envejecimiento, el cual conlleva el incremento de la necesidad de apoyo y ayuda, especialmente de las personas que presentan una edad más avanzada. “De aquellas personas que necesitan asistencia para continuar viviendo en la comunidad, las tres cuartas partes reciben un apoyo de tipo informal, siendo la familia la que más contribuye a este cuidado” (Rodríguez, Ramos y Hernández, 2014, p.13). “Los

cuidadores informales (familiares, amigos y vecinos) proporcionan el 85% del cuidado que se presta en el domicilio” (Padilla, 1998). Por su parte Delgado (2012) detalla que:

El abandono familiar provoca muchas situaciones en los enfermos terminales, como empeorar su salud o cambios repentinos en su conducta y no tienen ya apetito. “Poco a poco, el abandono comienza a pasar factura y puede causar daños irremediables en ellos. (p.18)

Para García (2007) el abandono familiar hacia el enfermo terminal suele definirse como la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional. Los enfermos terminales suelen deprimirse mucho, no quieren comer y no quieren vivir e incluso quieren quitarse la vida. “El abandono o desplazamiento tiene consecuencias sobre las personas como ser social y problemas que afectan directamente sus emociones, salud, sentimientos, etc.” (Delgado, 2012, p.23).

Desde la posición de los autores el abandono familiar hacia los enfermos terminales es una irresponsabilidad por parte de los mismos, ya que provoca en la mayoría de los enfermos alteraciones tanto a nivel psicológico como emocional lo que conlleva a que se sientan deprimidos y muchas de las veces cometan suicidio, a través de la encuesta realizada se obtuvo como resultado que el abandono familiar en enfermos terminales es un problema que está latente en la sociedad ya que en la casa de enfermos terminales Fundación Liga de Caridad de Loja en donde se realizó los estudios se pudo corroborar de cerca que existe una deficiente

relación con la familia y una escasa comunicación ya que sus familiares no tienen tiempo debido a razones laborales y presentan dificultad para movilizarse de su residencia a Casa de los enfermos terminales afectado gravemente a los pacientes.

2.1. Causas de abandono familiar del enfermo terminal:

Una de las causas más comunes del abandono familiar según Fuentes y García (2003), “es cuando una persona con una enfermedad terminal no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece” (p.26). Situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc. Siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia.

Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados (comunicación, afectividad), el enfermo terminal se repliega o es desplazada a un "rincón" del hogar, reduciéndose su mundo social provocando en el sujeto (enfermo terminal) una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento, transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estados de ánimo.

En este mismo punto Fuentes y García (2003, p.28) describen a continuación otras de las causas del abandono familiar en enfermo terminales:

- ✓ Conciencia de muerte inminente.

- ✓ Anticipación de la pérdida.
- ✓ Frustración e indefensión según progresa la enfermedad.
- ✓ Incertidumbre sobre el futuro bienestar de la familia.
- ✓ Anticipación de la pena.
- ✓ Preocupación empática
- ✓ Incertidumbre sobre la muerte.
- ✓ Agonía.

Caballero y Remolar (como se citó en Delgado, 2012, p. 15) proporcionan catorces características familiares susceptibles de considerarse como contextos de riesgos para un adulto mayor, los cuales pueden ser afectados por algún tipo de maltrato y ser desplazados hacia el abandono, por lo cual se los presenta de forma muy esquemática, esas situaciones y/o condiciones del ámbito familiar, las cuales son:

1. Ancianos que requieren numerosos cuidados y que además exceden la capacidad familiar para asumirlos.
2. Cuidadores que expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir el papel de cuidado y muestran pérdida de control de la situación.
3. Cuidadores familiares que presentan signos de estrés (sentimientos de frustración, ira, desesperanza, baja autoestima, soledad, ansiedad...).
4. Ancianos que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar.

5. Ancianos que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (paro, conflictos de pareja, hijos problemáticos, enfermedad crónica de algún miembro).
6. Familias en las que el cuidador experimenta cambios inesperados en su estilo de vida y en sus aspiraciones o expectativas sociales, personales y laborales.
7. Cuidador con algún problema psiquiátrico.
8. Cuidador con narco-hábito, alcoholismo y/o ludopatía.
9. Cuidador con escasa red de apoyo familiar y/o social para descarga.
10. Cuidador con otras tareas de cuidado, obligaciones y responsabilidades (paterno-filiales, conyugales, laborales y domésticas).
11. Nivel pobre de relaciones entre cuidador y anciano.
12. Cuidador que se dedica en exclusiva al anciano.
13. Cuidador con antecedentes de maltrato por parte de los progenitores.
14. Familias con problemas económicos.
15. Familias con problemas en las relaciones familiares.
16. Familias con problemas de comunicación familiar.

2.2. Consecuencias de abandono familiar del enfermo terminal:

El abandono tiene consecuencias sobre las personas como ser social y problemas que afectan directamente sus emociones, salud, sentimientos, etc. Algunas de las repercusiones son gracias a las razones o circunstancias antes nombradas y descritas anteriormente.

Los conflictos al interior de la familia como lo afirma Ferradas y Freire (2016) provocan:

El quiebre de la relación, luego, al encontrarse fuera de sus hogares, las personas por falta de recursos y redes sociales de apoyo recurren a hospederías comerciales y solidarias, o bien a dormir en espacios públicos, tales como postas, parques, sitios abandonados, o la calle. (p.168)

Así mismo Ferradas y Freire (2016) señalan que el estar en esas condiciones hace difícil retomar los vínculos familiares, ya sea por los problemas no resueltos, la dificultad de contactar a las familias, la falta de recursos, o bien por la vergüenza de reconocer que están en esa situación, entre otras causas. Lo anterior lleva en la mayoría de los casos a la agudización de la pérdida de esos vínculos familiares, entendida como un distanciamiento permanente durante el tiempo, y la resignación frente a la imposibilidad de retomarlos en el corto plazo. Según Delgado (2012):

La tercera edad es afectada en un principio con enfermedades terminales, con un abandono familiar, es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen de abandono que es una persona y no un objeto que sirve para dejarlo olvidado en un centro. Los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre dentro de una familia al igual que las personas afectadas. La comunicación se interrumpe cortando toda relación e interacción entre los componentes familiares y el enfermo terminal. (p.21)

Según lo que señala el estudio de MIDEPLAN (como se citó en Gutiérrez, 2005), las consecuencias del abandono familiar en enfermo terminales se dice que:

- Aparecen trastornos afectivos: depresión, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, ideación suicida.
- Aumenta el riesgo de enfermedades crónicas.
- Se desequilibran enfermedades crónicas.
- Se afecta el nivel nutricional del enfermo.
- Se descuida la atención familiar del enfermo.
- Se afecta los Hábitos higiénicos de enfermo terminal.

La familia es y será lo más importante dentro del núcleo de la sociedad, pues se convierte en la base primordial de sus miembros más aun de los adultos mayores. Según los autores se puede evidenciar que las causas del abandono familiar de los enfermos terminales son innumerables las mismas que traen consecuencias irreparables más aún si presentan enfermedades crónicas y se encuentran sin la presencia de su familia llevando a un deterioro fatal tanto a nivel físico como emocional tal como se evidencia en la encuesta aplicada a los familiares de investigados, pues en el centro al no contar con el apoyo familiar adecuado se sienten extremadamente deprimidos, con una baja autoestima y sin apetito influyendo en sus salud.

CAPÍTULO III

3. Estado emocional:

Definir que son las emociones es complicado, dado que son fenómenos de origen multicausal. Según Bustamante (como se citó en Martínez, 2009) afirma que:

Estas se asocian a reacciones afectivas de aparición repentina, de gran intensidad, de carácter transitorio y acompañadas de cambios somáticos notorios, los cuales se presentan siempre como respuesta a una situación de emergencia o ante estímulos de carácter sorpresivo o de gran intensidad, las mismas se vinculan con las necesidades biológicas y bajo el control de las formaciones que hace que se presenten de diversas formas y cumplan funciones determinadas generando distintas consecuencias. (p.3)

Las emociones predisponen a los individuos a una respuesta organizada así lo asevera Armas (2010), pues es un estado afectivo que experimentamos, es una reacción subjetiva al ambiente acompañada de cambios orgánicos y fisiológicos, principalmente a nivel endocrino, en donde frente a una diferente emoción se produce la mayor o menor secreción de sustancias endocrinas. Se ha llegado a concluir que parte de las relaciones fisiológicas. (p.184)

Es cierto que el elemento clave en las emociones es un cambio corporal un cambio fisiológico que puede manifestarse en la frecuencia de los latidos del corazón, la sudoración el enrojecimiento o la palidez del rostro,

el temblor de las rodillas o el cosquilleo en el estómago acompañado de un fuerte sentimiento determinado, como el amor, el terror, la ira o el miedo. Da la impresión de que las emociones no tienen vinculación con la parte consciente de la mente. (Berryman, Hargreaves, Howells y Ockleford, 2000)

Contrastando los criterios de los autores se puede manifestar que el estado emocional es una reacción o un cambio corporal, acompañado de un fuerte sentimiento como el amor, el terror, la ira o el miedo, lo cual se confirmó con el trabajo de campo la información recolectada en la casa de enfermos terminales, donde se pudo apreciar que los pacientes se encuentran en un estado emocional muy negativo como deprimidos, melancólicos, enojados, estresados y cansados todo esto causado por el abandono familiar en las horas de visitas.

3.1. Clasificación del Estado emocional:

Varios teóricos han tratado de construir una clasificación de las emociones, pero en vista de las múltiples reacciones que existen la tarea ha sido complicada. Es por ello que Stith, Williams, Rose (1992) han identificado que las emociones se clasifican de acuerdo a la forma en la que influyen en el comportamiento humano. Esto es según nos acerquemos o nos alejemos de los objetos que mayor significado adquieren en el transcurso de nuestras vidas. Por lo tanto estos autores han intentado clasificar las emociones básicas que se experimentan, tomando en cuenta la intensidad con la que se expresan, se puede identificar ocho categorías básicas que son:

- **Miedo:** Anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, inseguridad y perturbación. El ser humano para hacer frente a esta emoción utiliza el mecanismo de protección.
- **Sorpresa:** Es transitoria, produce sobresalto, asombro y desconcierto. Esta emoción permite manejar situaciones nuevas.
- **Aversión:** Es la sensación de rechazo, disgusto, asco sobre algún objeto o persona, una forma de expresión es alejarse del objeto que nos produce aversión.
- **Ira:** Esta emoción suele ser de gran intensidad y se expresa con rabia, enojo, resentimiento, furia e irritabilidad. El grado más extremo de la ira puede llevar a la destrucción
- **Alegría:** Sensación de bienestar y de seguridad que produce euforia y gratificación. El ser humano busca repetir las experiencias.
- **Tristeza:** Pesimismo, pensamiento negativos. Una forma de expresión es el aislamiento.
- **Esperanza:** Se asume la posibilidad de que un hecho suceda.
- **Aceptación:** Permitir el acercamiento a un objeto o persona. (pp. 14-15)

En cambio otro autor como Corbin. (2016) ha clasificado a las emociones en 8 tipos que se detallan de la siguiente manera:

1. **Emociones primarias o básicas:** también se conocen como emociones básicas, y son las emociones que experimentamos en respuesta a un

estímulo. Para Paul Ekman (como se citó en Corbin 2016), afirmó que las emociones básicas son 6: tristeza, felicidad, sorpresa, asco, miedo e ira. Todas ellas constituyen procesos de adaptación y, en teoría, existen en todos los seres humanos, independientemente de la cultura en la que se hayan desarrollado.

2. **Emociones secundarias:** son un grupo de emociones que siguen a las anteriores. Por ejemplo, cuando experimentamos la emoción básica de miedo después podemos sentir las emociones secundarias de amenaza o enfado, dependiendo, claro está, de la situación que estemos viviendo. Las emociones secundarias son causadas por normas sociales y por normas morales.
3. **Emociones positivas:** Dependiendo del grado en que las emociones afectan al comportamiento del sujeto, éstas pueden ser o bien positiva o bien negativas. Las emociones positivas también se conocen como emociones saludables, porque afectan positivamente al bienestar del individuo que las siente. Favorecen la manera pensar, de razonar y de actuar de las personas. Por ejemplo, la alegría, la satisfacción, la gratitud no provocan una actitud positiva frente a la vida y nos hacen sentir experiencias que nos ayudan a sentirnos bien.
4. **Emociones negativas:** son opuestas a las emociones positivas, porque afectan negativamente al bienestar de las personas. También se conocen como emociones tóxicas, y suelen provocar el deseo de evitarlas o evadirlas. El miedo o la tristeza son algunos ejemplos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este tipo de emociones, en pequeñas cantidades y relativa baja intensidad, no son perjudiciales. De

hecho, forman parte del proceso de aprendizaje, ya que gracias a ellas nuestra memoria emocional nos ayuda a recordar las consecuencias que tienen ciertas conductas (o exponernos a ciertos contextos).

5. **Emociones ambiguas:** se conocen también como emociones neutras, puesto que no provocan ni emociones negativas ni positivas, ni saludables ni no saludables. Por ejemplo, la sorpresa no nos hace sentir ni bien ni mal. La existencia de estas emociones deja claro que somos animales complejos, y que nuestras experiencias presentan muchos matices.
6. **Emociones estáticas** Algunos autores también han hecho referencia a las emociones estáticas. Son aquellas que se producen gracias a distintas manifestaciones artísticas, como por ejemplo: la música o la pintura. Así, al escuchar una canción podemos sentirnos muy felices o muy tristes, pero esa sensación sería cualitativamente diferente a la felicidad o la tristeza que se experimenta ante cualquier otra experiencia, ya que se vive en un contexto artístico, mediado por símbolos y atribuciones sobre las intenciones del autor.
7. **Emociones sociales:** las emociones sociales no se refieren a las emociones culturalmente aprendidas, sino que es necesario que haya otra persona presente o de lo contrario no pueden aflorar. Por ejemplo, la venganza, la gratitud, el orgullo o la admiración, son emociones que sentimos respecto a otros individuos.
8. **Emociones instrumentales:** las emociones instrumentales son aquellas que tienen como fin u objetivo la manipulación o el propósito de lograr algo. Son complicadas de reconocer porque puede parecer que sean

naturales. Sin embargo, son emociones forzadas y esconden una intención. En ocasiones, son fruto de la auto-sugestión: someterse a ciertos contextos voluntariamente para hacer que una parte de esa emoción tiña nuestra forma de comportarnos.

3.2. Características del Estado emocional:

Anteriormente se analizó que las emociones son un factor principal de la personalidad y que un desbalance de las mismas puede provocar diversas consecuencias en el individuo es por ello que es necesario conocer las características del estado emocional.

Armas (2010) en su libro de Desarrollo emocional menciona las características principales del estado emocional que son:

- En la medida en la que las emociones responden al desarrollo evolutivo físico, motriz, cognitivo, estas ejercen una influencia en la formación y búsqueda de la identidad que se desarrolla.
- Las emociones se relacionan con elementos conductuales que le constituyen las formas de expresión extensa, como expresiones faciales acciones, gestos, proximidad distancia entre personas, comunicación verbal y no verbal. Estas formas de expresión permiten predecir el comportamiento futuro frente a experiencias similares.
- Las conductas características de los diversos estados emocionales son en general conductas emergentes, éstas que están relacionadas con las emociones pueden tener la función de transmitir o comunicar un estado emocional a otro individuo, ya sea para prevenirlo o

intimidarlo, también pueden ser reacciones de defensa involuntarias ante un enemigo o agresor real o imaginario pueden ser un proceso de búsqueda de conductas adecuadas para manejar determinadas situaciones desconocidas.

- Las emociones son expresadas en los sentimientos que suelen tener elementos fisiológicos, como la activación del sistema nervioso o sistema endocrino y el desarrollo del proceso cognitivo que influye en el comportamiento.
- Las emociones se encuentran como elementos intermedios entre los estímulos externos y las reacciones psicofisiológicas frente a éstos, por lo tanto, se les atribuye una función adaptativa de nuestro organismo a los cambios y exigencias del ambiente que nos rodea.
- La expresión de emociones se lleva a cabo a través del lenguaje verbal en el momento en el que las emociones dadas son verbalizadas, o cuando por medio del lenguaje no verbal se las expresa haciendo uso de los gestos faciales y/o corporales.

3.3. Estado emocional del enfermo terminal:

El análisis de la relación salud- enfermedad y la propia concepción de salud ha ido evolucionando en las últimas décadas hacia un enfoque mucho más integral en el que el bienestar psicológico es un componente fundamental del estado de salud que de manera particular adquiere gran relevancia en las enfermedades crónicas. Es por ello que Herbert (2000) manifiesta que:

El estado emocional en enfermos terminales hace una relación entre las reacciones del paciente ante una enfermedad terminal y la agonía no solo constituye el contexto psicológico en el cual el proceso final ocurre, sino también hay indicadores crecientes de que influye en el proceso de la muerte. Mientras que la de la sangre refleja el continuo y corriente estado de una enfermedad y de la longevidad. Pronósticos más pobres y corta supervivencia ocurre en pacientes que, típicamente, muestran una gran dependencia sobre otros, niegan la gravedad de sus estados, tienen una historia de pobres relaciones sociales, no tienen acceso, no las utilizan o apoyan durante sus enfermedades. Estos pacientes tienden a volverse más retraídos, pesimistas y depresivos según avanza su enfermedad. La supervivencia más larga está asociada a pacientes que mantienen buenas relaciones personales y sociales en el contexto de su existencia red de tales relaciones. Pueden ser asertivos sin hostilidad, preguntando y recibiendo mucho apoyo médico y emocional, pueden estar preocupados por morir. (p.276)

Después de una enfermedad terminal que dure algunos meses, muchos pacientes están cansados y abatidos por sus experiencias. Según Casassus (2006) señala que durante el último día, aparte de ver sus necesidades no satisfechas, “los pacientes podrían desear el estar solo o evitar noticias y problemas del mundo exterior. Pueden volverse menos habladores y recibir pocas visitas. La comunicación tiende a cambiar hacia la no verbal” (p.46). En términos de interacción, puede solo querer a alguien sentado a su lado en silencio, quizás sujetándole la mano. Está

claro por parte de los que desean hablar poco en sus últimas horas de vida que tienen una experiencia de distancia de la vida.

Estos criterios se inscriben en las dimensiones de la Psicología de la Salud ya que la mayoría de los autores al igual que Oblitas y Cols. (2006) consideran que:

En la atención a las personas con enfermedades crónicas no siempre se les da la prioridad necesaria a los correlatos de la enfermedad con los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología como en su evolución a lo largo del tiempo. (p.206)

Se reconoce que en los pacientes con enfermedades crónicas, es frecuente la presencia de una o más condiciones médicas que desencadenan depresión en la persona enferma. Es evidente que cuanto más severa sea la enfermedad, es más probable será que la depresión la complique. La reconocida depresión compuesta, que se refiere a cuando este estado emocional o síntoma coexiste con otra enfermedad psiquiátrica o médica, se caracteriza por una magnitud mayor del efecto depresivo y usualmente es más resistente al tratamiento.

En esta situación en que la sintomatología propiamente orgánica se presenta con una urgencia vital, la subjetivación de la misma constituye un elemento clave que se relaciona con la actitud que la persona asume ante la enfermedad y los estados afectivos, volitivos y cognitivos que se van estructurando e implicando en su manera de reaccionar ante la enfermedad. En cuanto a los estados afectivos Cárdenas, Feria, Vázquez,

Palacios, y De la Peña (2010) mencionan que existen algunos trastornos que pueden afectar a los enfermos como son:

- **La depresión:** Es el cuadro psicopatológico más frecuente en la enfermedad. entre ellas se encuentra:
 - **Depresión leve:** período de dos semanas de un estado de ánimo deprimido o irritable o una marcada disminución en el interés o placer por las actividades habituales, junto con otros signos de un trastorno del estado de ánimo.
 - **Distimia (trastorno distímico):** estado de ánimo crónico, bajo, deprimido o irritable que perdura por lo menos durante un año.
 - **Síndrome maníaco depresivo (trastorno bipolar):** por lo menos un episodio de estado de ánimo deprimido o irritable y un período de un estado de ánimo maníaco (persistentemente elevado)
- **El estado eufórico** (alegría aparentemente inmotivada): está caracterizada por un estado de ánimo especialmente alegre, con pensamiento acelerado y desinhibido, hiperactividad mímico-gesticulante, ofreciendo una representación de alegría inmotivada, de excitación motora, con tendencia a ignorar la gravedad de los trastornos. Otra alteración de la afectividad que se puede presentar son los denominados “risa y llanto espásticos”, caracterizados por accesos espontáneos de risa y llanto que no reflejan necesariamente el humor de la persona en ese momento.
- **La ansiedad:** aparece en muchas ocasiones en que las dificultades de la vida cotidiana del paciente manifiestan un empeoramiento de la

enfermedad, aunque sea leve, creando una reacción ansiosa ante el temor de una evolución incierta. (p.11)

Desde el punto de vista terapéutico, los trastornos afectivos pueden tratarse de dos formas, con mucha frecuencia asociadas: psicoterapia y tratamiento farmacológico.

Así mismo Oblitas (2010) sostiene que el estado emocional en enfermos terminales existen una serie de etapas de reacciones emocionales y psicológicas de los pacientes que se enteran de un diagnóstico de enfermedad incurable y terminal que son:

- **Rechazo o negación.** En esta etapa la persona opta por “no creer” y “desentender” de la enfermedad. Este autoengaño dará lugar a sentimientos de irritación e incluso de ansiedad. Para Muñoz et al. (2002) la negación es supone evitar la amenaza de una realidad dolorosa aferrándose a la imagen de la realidad previa. Suele ocurrir tanto en el enfermo como en la familia pero en ocasiones no de forma sincronizada y es disfuncional si se prolonga, muy frecuentemente durante toda la enfermedad, e impide el reconocimiento de la muerte. Hay que distinguirla de la falta de información y puede significar que la familia no está todavía preparada para escuchar la realidad. Se distinguen varios tipos de negación:
 - **Negación de primer orden o del diagnóstico.** Se relaciona con búsquedas de segundas opiniones, viajes, repetición de pruebas y desgaste moral del enfermo y económico de la familia.

➤ **Negación de segundo orden o disociación del diagnóstico:** negación de las implicaciones y manifestaciones de la enfermedad. Interpretación de éstas en clave de otras causas más aceptables (Ej: está débil porque le afecta mucho el calor, o porque trabaja mucho).

➤ **Negación de tercer orden o rechazo del deterioro:** negación del declinar físico. Podríamos incluir un tipo de negación muy frecuente en las cuidadoras principales: la negación del momento de la muerte. Tiene unas implicaciones enormes a la hora de la elaboración posterior del duelo ya que impide la despedida y marca el recuerdo posterior.

La negación es un sentimiento impulsado por los valores culturales actuales en nuestra sociedad: apartar de la realidad lo feo, lo triste, lo desagradable. La negación puede expresarse de distintas maneras según cada caso:

- ✓ **Racionalización:** uso de argumentos para justificar que no ocurre nada grave.
- ✓ **Desplazamiento:** explicaciones alternativas a la realidad (el tratamiento es para prevenirle que no le aparezca cáncer).
- ✓ **Eufemismo:** uso de expresiones verbales consideradas menos amenazantes (bulto en el pecho).
- ✓ **Minimización:** restar gravedad a la enfermedad (Se lo han cogido muy a tiempo).
- ✓ **Autoinculpación:** atribuciones internas que permiten percibir control sobre la enfermedad: Con esta alimentación que le doy se me va a recuperar). (p.197)

- **Negociación.** En esta etapa el paciente acepta la enfermedad terminal y con ello la muerte, “a cambio” de la realización de algunos objetivos personales o familiares a la resolución de algunos asuntos “pendientes. Es decir, no se perciben como culpables, sino comprometidos con la recuperación del paciente, por lo que este les hace promesas para alcanzar metas terapéuticas de supervivencia o desarrollo personal. Se abandona cualquier conducta autodestructiva y empieza a comprometerse con la recuperación.
- **Depresión y angustia.** Es muy común que las personas con enfermedades terminales experimenten un penoso periodo de depresión o de ansiedad intensa, o ambas, antes de lograr la aceptación y resignación necesaria.
- **Aceptación y resignación.** Reconocimiento de la enfermedad y situación de dolor y limitaciones que conlleva, sin buscar culpables, ni adoptar una situación de derrota, sino sumir una actitud responsable y lucha y supervivencia. A esta fase se alcanza tras realizar un balance de la pérdida y dar nuevos significados a la situación que se vive. (Oblitas, 2010, p.72)

García (2012) afirma que la salud psicológica se ve afectada, la percepción de la realidad cambia no es la misma que los demás perciben ya que las emociones en el enfermo terminal también sufren un cambio en el proceso del olvido, transformándose en personas sensibles y que se ven afectadas por cualquier tipo de situación y/o problemas que hacen que caigan en cuadros depresivos que en consecuencia afectan su salud, su percepción

de los estímulos y sensaciones. La conducta se transforma su sensibilidad crece y todo a su alrededor le molesta, ruidos, cosas en general.

La soledad que afecta al enfermo terminal se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una molestia. Anímicamente decaen siendo vulnerables a cualquier cosa que los pudiese afectar.

En esta dirección predomina el estudio de aspectos como la preparación psicológica del paciente para la disminución de los estados emocionales negativos que acompañan a la enfermedad (la ansiedad, la depresión, la ira, la hostilidad, entre otros); el manejo efectivo de las variables de apoyo psicosocial; el desarrollo de autoeficacia, autoestima y asertividad, y un sinnúmero de variables psicológicas que se ven afectadas en la situación de enfermedad y que retroalimentan negativamente el estado de salud del paciente.

El impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación más rápida, con la

finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita. De ahí la importancia de la psicología aplicada, que se encarga de la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo crónico, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida.

3.4. Inteligencia emocional.

Según Bisquerra (2000), “la inteligencia emocional consistía en la habilidad de manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones” (p.144).

A lo largo del tiempo, estos autores han ido reformulando este concepto en sucesivas aportaciones (Mayer, Salovey y Caruso, 2000) por lo que la definen de la siguiente manera:

La inteligencia emocional incluye la habilidad de percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual. (p. 43)

Mayer, Salovey y Caruso (2000) conciben la inteligencia emocional como un modelo de cuatro ramas interrelacionadas:

- Percepción emocional: las emociones son percibidas y expresadas.

- Integración emocional: Las emociones sentidas entran en el sistema cognitivo como señales que influyen la cognición (integración emoción cognición).
- Comprensión emocional: Existen señales emocionales que se dan en las relaciones interpersonales y que son comprendidas, lo cual tiene implicaciones para la misma relación.
- Regulación emocional (emotional management): Los pensamientos promueven el crecimiento emocional, intelectual y personal.

Pero a pesar de la importancia de estos autores en la aparición del término inteligencia emocional va a ser Goleman, investigador y periodista del New York Times, con la publicación de su libro *Inteligencia Emocional* (1995) que se convertirá en bestseller mundial, quien llevó el tema al centro de la atención de todo el mundo. Goleman nos ofrece la siguiente definición de la inteligencia emocional:

El término inteligencia emocional se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos. Se trata de un término que engloba habilidades muy distintas aunque complementarias a la inteligencia académica, la capacidad exclusivamente cognitiva medida por el cociente intelectual...” (Goleman. 1998, p.17).

La inteligencia emocional nos permite tomar conciencia de nuestras emociones, comprender los sentimientos de los demás, tolerar las presiones y frustraciones que soportamos ya sea en el trabajo o en la familia, acentuar nuestra capacidad de trabajar en equipo y adoptar una actitud empática y social, que nos brindará mayores posibilidades de desarrollo personal.

CAPITULO IV

4. Trabajo social.

El Trabajador Social es un profesional de la acción social que se ocupa de fomentar el bienestar del ser humano, la prevención y atención de dificultades y/o carencias sociales de las personas, familias, grupos y del medio social en el que viven. Para Anaya (2007):

El trabajador social es un profesionista que investiga problemas sociales los jerarquiza para planear actividades que logren cambios sociales favorables y darles atención mediata e inmediata según sea la problemática social. Los trabajadores sociales pueden ser buscadores de la verdad, ya que se enfrentan a un sin numero de problemas sociales, económicos, físicos, mentales, siendo el arte de ayudar a nuestros semejante ayudarse así mismo.

El trabajador social debe participar en actividades de investigación social y en el desarrollo de políticas social dando a conocer las necesidades de la población y haciendo críticas sobre los medios para afrontarla deberá desarrollar una función constructiva en la actuación de sus intervenciones sociales. (p.11)

4.1. Función de trabajador social:

El Trabajo Social, tiene su fundamento en ideales humanitarios .Su actuación profesión al busca el bienestar ,desarrollo y protección de los derechos sociales de las personas ,promoviendo los derechos humanos en su accionar , y desarrollando procesos de intervención en los diversos

ámbitos de la sociedad, considerándola vinculación que posee la persona con su medio, promoviendo el desarrollo familiar, grupal y comunitario como ejes de intervención, desarrolla un proceso de intervención en los diversos sistemas sociales, en su interrelación. Su orígenes el mismo que las Ciencias Sociales.

Las funciones del Trabajador Social (Según F.I.T.S) consisten en:

1. Orientar a las personas para desarrollar las capacidades que les permitan resolver sus problemas sociales, individuales y/o colectivos.
2. Promover la facultad de auto determinación, adaptación y desarrollo de las personas.
3. Promover y actuar por el establecimiento de servicios y políticas sociales justas o de alternativas para los recursos socio económico existente.
4. Facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socio económicos.
5. Conocer, gestionar y promocionar los recursos existentes entre sus potenciales usuarios y los profesionales de otras ramas de las ciencias que pueden estar en contacto con sus potenciales usuarios.

4.2 Trabajo social con el enfermo terminal.

Esto significa que el Trabajador Social frente a las problemáticas del enfermo terminal y el abandono familiar tiene mucha importancia como lo manifiesta Paucar (2012) porque: “es quien propicia un ambiente favorable

que contribuya a fortalecer y mejorar el estado emocional del enfermo terminal frente al abandono de su familia” (p.86).

El Trabajo Social se define según la Organización de las Naciones Unidas (como se citó de Acevedo, 2003) como: “la profesión que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la autonomía del pueblo, para incrementar el bienestar”. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno.

Según Martínez (2003), se refiere al Trabajo Social como una actividad de ayuda técnica y organizada, ejercida con personas, grupos y comunidades, con el fin de procurar su más plena realización y mejor funcionamiento social con mayor bienestar mediante la activación de recursos internos y externos, principalmente los ofrecidos por los servicios sociales y las instituciones de bienestar social.

El Trabajo Social en sus distintas expresiones se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan las disfunciones. Por ello como lo explica Cazzaniga (2007) los y las profesionales en Trabajo Social, se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. El Trabajo Social es un sistema integrado y dinámico de valores, teoría y práctica interrelacionados.

Por otro lado Quezada & Rodríguez (2008) los y las trabajadoras sociales que laboran en una Clínica de Cuidados Paliativos deben poseer conocimientos y destrezas para intervenir de manera óptima con personas en estado terminal. Las definiciones culturales y las construcciones sociales variantes de la enfermedad terminal, así como las actitudes socioculturales acerca de esta temática, son elementos que deben considerarse como contexto inmediato para el planeamiento de las intervenciones y tratamiento social con individuos y sus familias.

El conocimiento esencial incluye una lista de recursos psico-sociales y médicos que brinden al paciente y su familia facilidades como mecanismos de autoayuda, grupos de apoyo, hospicios, programas de nutrición, seguro social, para brindar así una mejor calidad de vida a estas personas. Las y los profesionales en Trabajo Social deben saber motivar y apoyar a las personas con enfermedad terminal y sus familias, ya que desde el inicio de la intervención deben manejar niveles altos de angustia, estrés y confusión de la personas.

Es necesario que el o la profesional realicen esfuerzos por desarrollar capacidades que estimulen la confianza necesaria en sí mismos y en los equipos de trabajo involucrados para poder explicar tanto al paciente como a otras personas el manejo apropiado y certero de la situación, orientada a la necesidad de cambiar prácticas en sus estilos de vida para el cuidado del o la paciente y preparar el eventual desenlace de la mejor manera posible.

Desde el posicionamiento de los autores, el trabajador social frente a los enfermos terminales en la problemática del abandono familiar, es quien

actúa en beneficios a ellos y su familia. El trabajo social familiar, se entiende como unidad de trabajo a la familia y el paciente terminal con sus relaciones familiares, considerando el contexto en la cual está inserta. A través de este se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, los de la familia y de las redes sociales.

4.3 Objetivos del Trabajador Social con el enfermo terminal:

Los objetivos de Trabajador social con enfermos terminales como lo indica Quezada & Rodríguez (2008) son los siguientes:

- Promover el bienestar y la dignidad de la persona, así como la autonomía de los pacientes y su familia.
- Conocer las dimensiones de la realidad socio sanitario, personal y familiar, estableciendo prioridades para poder plantearnos una estrategia de intervención.
- Conseguir la máxima calidad de vida al enfermo, familia y cuidador principal a través de dar respuesta a las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales que conlleva la situación de Enfermedad Terminal.
- Prevenir los miedos y angustias tanto del paciente como de la familia mediante la información y comunicación adecuada. Para lograr estos objetivos nos servimos de teorías, funciones, modelos e instrumentos que tendremos en cuenta para la realización de la intervención.

4.4 Función de trabajador social con el enfermo terminal:

Las funciones del Trabajador Social según Majos (2000, p.232) son las siguientes:

- Trabajar en atención directa a los enfermos terminales ante sus demandas de necesidades sociales, aplicando los recursos adecuados y existentes, promoviendo otros, ofreciendo el recurso técnico/profesional del Trabajador Social.
- Trabajo con las personas que presentan problemas o dificultades de integración social, o sea, dentro del ámbito familiar, hogares, clubes y residencias.
- Animador e intermediario social promocionando y proporcionando la posibilidad de ejercicio social, detectar necesidades de atención especializada en los enfermos terminales.

Por otro lado para Carvajal (2010) las funciones que el Trabajador Social debe ejecutar para analizar y evaluar los problemas de las personas se describen a continuación:

- La naturaleza y el fundamento del problema.
- Las causas que lo han desarrollado.
- Los fenómenos que están interfiriendo en su resolución.
- Los aspectos más tratables para llegar a producir cambios.
- Los recursos internos y externos disponibles para ayudar a resolver el problema. (p. 85)

En la tarea de llevar a cabo esta evaluación, el trabajador social permitirá que se le faciliten aquellos datos que el enfermo o los familiares consideran

que deben tener, al mismo tiempo que se utilizara sus habilidades para seleccionar aquello que considere más relevante para la resolución de los problemas y la cobertura de necesidades.

Las informaciones facilitaran por el equipo terapéutico y la observación son otra de las técnicas que utilizara el profesional.

El análisis de los problemas permite al trabajador social, juntamente con los usuarios y el equipo asistencial, identificar los elementos necesarios para hacer frente a la situación del momento. Algunos aspectos a tener en cuenta son:

- La identificación de las necesidades tienen que ser consensuadas (familia y equipo).
- Las necesidades pueden ser de tipo práctico, organizativo y emocional.
- El trabajador social pactara con el paciente o la familia, además con el equipo asistencial, la forma más adecuada de cubrir cada una de las necesidades, de acuerdo con los recursos disponibles y la disposición o capacidad del enfermo o la familia para intervenir en el proceso.

Las funciones del trabajador social con el enfermo terminal en el problema de abandono familiar según Aguirre (2015) señala que:

- Valorar el riesgo psico-socio familiar. (Importante en el momento de la valoración tener en cuenta la capacidad de resiliencia del paciente y familia, para determinar la intervención, esta se realizaría constatando mediante la observación y la obtención de datos sobre la situación del enfermo, la familia y red de apoyo).

- Asesorar y gestionar los recursos básicos disponibles. (Ayudas económicas, ayuda a domicilio, tele asistencia, centros de día, de noche, residencias, programas de acompañamiento, de respiro familiar, aplicación de la ley de dependencia...).
- Mediar entre la familia, paciente, equipo terapéutico e institución, buscando las soluciones más apropiadas, estableciendo una relación de ayuda honesta. (Conflictos de comunicación entre el paciente y los profesionales, mala práctica profesional...) con el objetivo de restablecer la comunicación y conseguir atender las necesidades de las partes implicadas.
- Apoyar, acompañar y comprender la situación de sufrimiento ante esta situación límite, incrementando la dimensión ética y los valores humanos.
- Orientación al enfermo y familia de los recursos socio sanitarios y gestión del más adecuado en cada momento del proceso de la enfermedad. Ejemplo la elección del cuidador pudiendo ser de la familia o de la red de apoyo.
- Coordinar el trabajo con otros servicios socios sanitarios y optimizar el uso de los recursos disponibles. Procedimientos de actuación común (compartir guías y protocolos de actuación).
- Enseñar a voluntarios y auxiliares para favorecer la calidad de vida del enfermo terminal y su familia.
- Realizar buenas prácticas en el ámbito socio sanitario desde el enfoque multidisciplinar.
- Evaluar el proceso de cambio, del paciente terminal en el transcurso de la enfermedad, mediante el seguimiento de los casos.

Todas estas funciones se realizarán eficazmente elaborando un plan de actuación multidisciplinar, adecuado a cada caso, con la planificación de cuidados individuales necesarios, afrontando la etapa final de la vida. Teniendo en cuenta este cambio de perspectiva de la intervención social, ésta, irá orientada a la mejora de la calidad de vida y el estado emocional del enfermo, familia y cuidador principal en el medio en que estos se encuentran y en consonancia con las necesidades y demandas expresadas, siempre que no vayan en contra de los intereses del paciente, abordando el proceso de la muerte dentro del respeto a los valores y creencias de cada persona.

De acuerdo a lo manifestado con los autores los objetivos y las funciones del Trabajador Social con los enfermos terminales es apoyar, informar y orientar tanto a los pacientes y a sus familiares todo lo relacionado con el estado de salud, van dirigidas a movilizar los recursos formales e informales del entorno con la finalidad de dar una respuesta de calidad a las necesidades y demandas planteadas

La labor, vocacional del trabajador social es, buscar ayuda, acompañar y proteger a los enfermos terminales. Para el desarrollo de las funciones y objetivos del trabajo social con enfermos terminales se realizarán eficazmente la elaboración de un plan de actuación multidisciplinar, adecuado a cada caso, con la planificación de cuidados individuales necesarios, afrontando la etapa final de la vida. Teniendo en cuenta este cambio de perspectiva de la intervención social, ésta, irá orientada a mejorar la calidad de vida y el estado emocional de los enfermos terminales y su familia.

e. MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente estudio consistió en: El abandono familiar y su influencia en el estado emocional de los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja y la intervención del Trabajador Social durante el periodo Septiembre 2016 a Noviembre 2017. La tesis se desarrolló de forma estructurada y sistemática, durante los meses de marzo a julio del 2017.

Tipo de investigación: Fue **descriptiva** porque permitió especificar rasgos importantes del abandono familiar y el estado emocional de los investigados. **De corte transversal**, porque el estudio del fenómeno se lo realizó en un momento temporal concreto, de manera que la variable de respuesta o variable dependiente se mide en un único momento temporal, en tiempo y espacio.

Descripción de los métodos y técnicas empleadas.

En el desarrollo de esta investigación, en correspondencia con los objetivos planteados, se emplearon diferentes métodos y procedimientos de investigación, de manera combinada para obtener mejores resultados. Los métodos teóricos utilizados fueron:

- **Método Científico:** es el procedimiento ordenado y sistemático en el que se determinó todas las características de los sucesos estudiados, estuvo presente durante todo el proceso de la investigación desde la selección del escenario “Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja”, el planteamiento del problema, elaboración de objetivos, la

estructuración de la revisión literaria con los elementos conceptuales para llegar a las conclusiones y recomendaciones.

- **Método deductivo - inductivo:** los mismos que permitieron establecer un principio general del estudio sobre el abandono familiar que afecta en el estado emocional del paciente; particularizar los hechos y fenómenos que resultaron de la investigación mediante un proceso de análisis con la aplicación de los siguientes pasos: comparación, abstracción y síntesis de la generalización desde el momento mismo del abordaje de la presente temática, en el desarrollo de las actividades planificadas, además de la aplicación de instrumentos para la recolección de la información; ayudaron a la construcción de los instrumentos para la recolección de la información, para dar sustento al trabajo de investigación y poder realizar el respectivo informe con las conclusiones dando un previo análisis de la información recolectada, permitió a la vez la construcción de las respectivas recomendaciones partiendo del conocimiento general a lo particular del problema.

La técnica a aplicar es la **observación** participante y como herramienta se hará uso del cuaderno de campo, utilizada para familiarizarse con la realidad a través de la participación activa con los involucrados.

- **Método analítico:** Para desarrollar este método fue necesario establecer los elementos que se tomarán en cuenta, y estudiarlos de manera separada; esto permitió al investigador la comprensión total de las variables del objeto de estudio, variable independiente (Abandono familiar a los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales.) y la variable dependiente (Estado emocional) para la selección de alternativas de

solución en la disminución del problema a través del enfoque de trabajo social.

La herramienta que se utilizó, fue la **encuesta** que se aplicó a los familiares de los pacientes, permitiendo registrar y clasificar los datos recolectados en relación a los indicadores de las variables que fueron parte de la investigación y la **entrevista estructurada** dirigida a las enfermeras del centro con la finalidad de obtener datos referentes al abandono familiar y estado emocional del paciente para corroborar datos obtenidos y poder contrastar lo empírico con lo científico.

- **Método Sintético:** es un proceso de razonamiento que tuvo la finalidad de reconstruir un todo, a partir de los elementos distinguidos por el análisis; en un breve resumen, lo que permitió la comprensión del problema objeto de estudio donde se logró conocer los aspectos y relaciones de la totalidad en cuanto al abandono familiar y como este influye en el estado emocional del paciente, para ello se realizó la interpretación de datos obtenidos en la encuesta y entrevista aplicada y se finalizó con la representación y análisis de datos logrados.

La modalidad de investigación que se empleó fue la bibliográfica-documental para recabar información relevante de fuentes primarias, secundarias y terciarias permitiendo percatarse de la relación existente entre las variables independiente (Abandono familiar) y la dependiente (Estado emocional); identificadas en el problema objeto de estudio y el plan de análisis de interpretación de resultados que permitirá verificar la relación de los objetivos planteados para así generar las respectivas

conclusiones y recomendaciones las mismas que están ligadas a lo que se investigó.

Técnicas e Instrumentos.

Las técnicas e Instrumentos seleccionados contribuyeron a la recolección de información para fundamentar el problema objeto de estudio y dar respuesta a los objetivos planteados al inicio del mismo. Como Instrumento se utilizó la **encuesta (anexo 1)**: esta técnica sirvió para la obtención de un diagnóstico de los problemas derivados del objeto de estudio. Se la utilizó en el método analítico y sintético, permitió registrar y clasificar los datos recolectados en relación a los indicadores de las variables que son parte de la investigación, constó de 10 preguntas dirigidas a los familiares de los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales y como técnicas se utilizaron las siguientes:

- **Observación participante:** la técnica de la observación participante consiste en ver hechos y fenómenos que se desean conocer, cuando se utiliza con un objetivo determinado, misma que requiere ser programada y controlada sistemáticamente, para lo cual debe seguir los principios básicos de confiabilidad y validez.

Dentro de la investigación la observación directa se la empleó en el método deductivo – inductivo, sirvió para el reconocimiento de la institución y la estructura funcional de la Casa de Enfermos Terminales.

- **Entrevista (anexo 2):** En el método analítico y sintético; consiste en una conversación interpersonal entre dos o más personas que tiene como finalidad obtener información cualitativa de manera oral; con objetivo determinado. Es por ello que se realizó la entrevista estructurada que fue

dirigida a las enfermeras del centro con la finalidad de obtener datos referentes al abandono familiar y estado emocional del paciente desde la perspectiva profesional para corroborar datos obtenidos y contraste de los mismos.

Población:

El universo objeto de estudio cuenta con un total de 10 pacientes razón por la cual se trabajó con 10 familiares representantes de cada uno de los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad De Loja.

Muestra:

- Se utilizó la muestra probabilística a través del muestreo regulado siendo 10 familiares de los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad De Loja para obtener información relevante.

f. RESULTADOS.

Encuesta aplicada a los familiares de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja.

1. ¿Qué opina usted en relación al abandono de pacientes con enfermedades terminales?

Por considerarse una pregunta de tipo abierta no se elabora cuadro estadístico, por lo que a continuación se detalla los criterios vertidos por los encuestados:

- Irresponsabilidad del familiar.
- Acción totalmente inaudita ya que luego de que nuestros familiares han dado todo por nosotros, en retribución a ello los abandonamos.
- Está mal que los abandonen ya que ellos son su familia y necesitan de su apoyo siempre.
- Las personas tiene derecho a ser cuidados hasta su último día de su vida; es por ello que los familiares deben o tienen la responsabilidad de cuidarlos.
- Afecta su salud agravando la enfermedad y los entristece al no recibir visitas.
- Problemática latente que afecta a quienes dejan abandonados a sus familiares en centros y no los llegan a visitar jamás.
- Es malo porque los pueden tener en sus casas y los vienen a dejar en centros en donde ellos se sienten solos tristes sin ánimos de nada.
- Esta mal que los dejen abandonados que los vengam a visitar siempre a sus familiares y no los dejen solos porque ellos necesitan el apoyo de su familia.

- Falta de valores, porque después de todo son familiares que han aportado en la vida de todos.
- No se debería dar porque son seres humanos que requieren ser acompañados toda la vida.

Análisis Cualitativo:

Para García (2007) el abandono familiar hacia el enfermo terminal suele definirse como la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional.

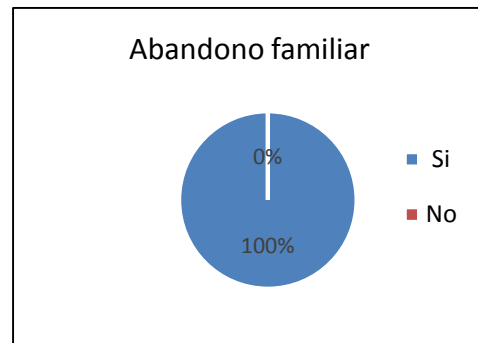
En resultados obtenidos se puede constatar que el abandono familiar de los pacientes de la casa de enfermos terminales de la Fundación Liga de Caridad de Loja de acuerdo a criterios emitidos por los encuestados, es considerado como un problema social latente que afecta al estado emocional y de salud de los pacientes, al sentirse abandonado por parte de sus familiares quienes tiene el derecho de cuidarlos hasta su último día de su vida; es por ello que los familiares deben o tienen la responsabilidad de cuidarlos. A esto se suma la soledad que sienten al no recibir visitas frecuentes por parte de su familia denotando en ellos tristeza y sin ánimo de hacer nada. Por lo que es necesario que la familia adopte una actitud frente a esta realidad que atraviesa el adulto mayor y se dé cuenta que como seres humanos necesitan del apoyo incondicional de ellos en esta su última etapa de vida.

2. ¿Considera usted que el abandono familiar influye en el estado emocional del paciente?

Tabla 1

Abandono familiar	f	%
Si	10	100%
No	0	0
Total:	10	100%

Gráfica 1



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja, año 2017.

Responsable: Karen Andrea Orellana Guerra.

Interpretación Cuantitativa:

Los resultados obtenidos refleja que el 100% de la población investigada determina que el abandono familiar si influye en el estado emocional, ya que provoca en la mayoría de los enfermos alteraciones tanto a nivel psicológico como emocional, al sentirse abandonados por sus familiares genera en ellos soledad, tristeza, falta de cariño y afecto, lo que provoca que se depriman constantemente y se agrave su enfermedad terminal provocando así el deterioro inmediato.

Análisis Cualitativo:

En este sentido Delgado (2012) sustenta que “el abandono o desplazamiento tiene consecuencias sobre las personas como ser social y problemas que afectan directamente sus emociones, salud, sentimientos, etc” (p.23). En cuanto a los estados afectivos Cárdenas, Feria, Vázquez, Palacios, y De la Peña (2010) mencionan que existen algunos trastornos

que pueden afectar a los enfermos como es la depresión leve que es un período de dos semanas de un estado de ánimo deprimido o irritable o una marcada disminución en el interés o placer por las actividades habituales, junto con otros signos de un trastorno del estado de ánimo.

Se evidencio que los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales se ven afectados emocionalmente, al sentirse abandonados por sus familiares generando en ellos soledad, tristeza, falta de cariño y afecto de los mismos provocando en ellos depresión constante llegando agravar su enfermedad terminal acelerando así el deterioro de inmediato.

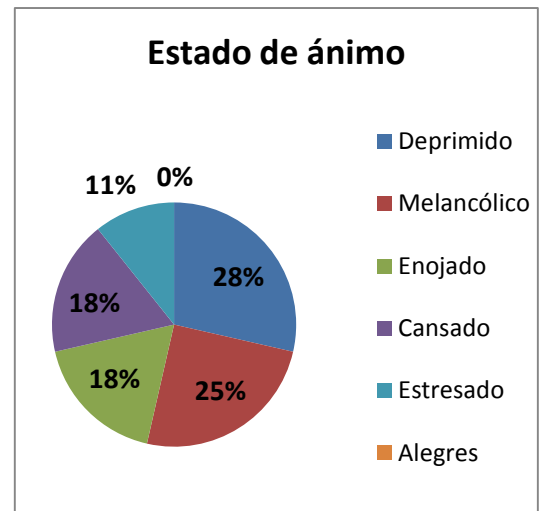
3. MARQUE CON UNA X

¿Cómo observa el estado de ánimo que presentan los pacientes internos en la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja?

Tabla 2

Estado de ánimo	f	%
Deprimido	8	28%
Melancólico	7	25%
Enojado	5	18%
Cansado	5	18%
Estresado	3	11%
Alegres	0	0%
Total:		100%

Gráfica 2



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja, año 2017.

Responsable: Karen Andrea Orellana Guerra.

Interpretación Cuantitativa:

Por otro lado Stith, et al. (1992) han identificado que las emociones se clasifican de acuerdo a la forma en la que influyen en el comportamiento humano, estas son: “miedo, sorpresa, aversión, ira alegría tristeza, esperanza y aceptación” (pp. 14-15).

De los resultados obtenidos en la encuesta dirigida a los familiares se pudo constatar que el estado de ánimo de los pacientes es negativo ya que el 28% se encuentra deprimido, el 25% melancólico, el 12% enojado, el 12% cansado, el 11% estresado, y finalmente ninguno de ellos (0%) se encuentra alegre.

Análisis Cualitativo:

Modernamente, se ha definido en términos científicos y objetivos lo que es estado emocional. Es por ello que Según Bustamante (como se citó en Martínez, 2009) afirma que:

Estas se asocian a reacciones afectivas de aparición repentina, de gran intensidad, de carácter transitorio y acompañadas de cambios somáticos notorios como lo señala los cuales se presentan siempre como respuesta a una situación de emergencia o ante estímulos de carácter sorpresivo o de gran intensidad, las mismas se vinculan con las necesidades biológicas y bajo el control de las formaciones los que hace que se presenten de diversas formas y cumplan funciones determinadas generando distintas consecuencias. (p.3)

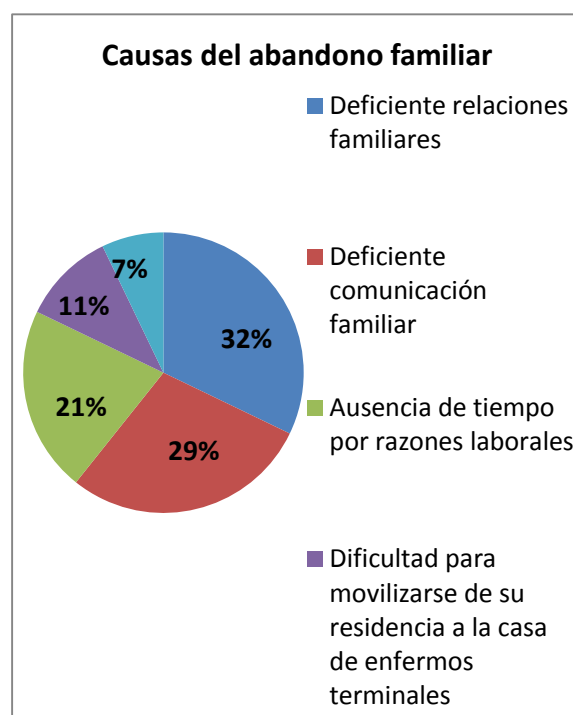
Por lo tanto y haciendo referencia a Bustamante el estado emocional es un cambio afectivo que experimentamos, es una reacción subjetiva al ambiente acompañada de cambios orgánicos y fisiológicos como respuesta a una situación de emergencia o ante estímulos de carácter sorpresivo o de gran intensidad en este caso el abandono que están sufriendo los pacientes de la casa hogar, genera distintas consecuencias en su estado ánimo perjudicando su salud.

4. ¿A qué causas atribuye usted el abandono familiar a pacientes con enfermedades terminales?

Tabla 3

Causas del abandono familiar	f	%
Deficiente relaciones familiares	9	32%
Deficiente comunicación familiar	8	29%
Ausencia de tiempo por razones laborales	6	21%
Dificultad para movilizarse de su residencia a la casa de enfermos terminales	3	11%
Económicos	2	7%
Total:		100%

Gráfica 3



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja, año 2017.

Responsable: Karen Andrea Orellana Guerra.

Interpretación Cuantitativa:

De los datos obtenidos se puede identificar que las causas del abandono familiar son las siguientes: con un 32% las deficientes relaciones familiares, existe un 29% con deficiente comunicación familiar, así mismo un 21% con ausencia de tiempo por razones laborales, continuamente el 11% se le dificulta movilizarse de su residencia a la casa de enfermos terminales, y finalmente el 7% que son por razones económicas.

Análisis Cualitativo:

Una de las causas más comunes del abandono familiar según Fuentes y García (2003), "es cuando una persona con una enfermedad terminal no es

productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece” (p.26).

Como lo señala Bruna, Reinoso y San Martín (2014):

En el hogar se puede producir la situación que el paciente por un lado sea aceptado como tal y la familia se preocupa por él, pero, la presión del medio ya sea trabajo, estudios lo apartan del enfermo terminal y este queda abandonado, otras veces puede ser, porque, la familia no entiende el proceso que vive el adulto mayor y lo encuentra un estorbo que no quiere cooperar, en consecuencia lo apartan, lo abandonan. (p.11)

Contrastando con los autores se puede evidenciar que la mala relación familiar y la escasa comunicación son causantes primordiales para el abandono familiar, y se convierta en un factor de riesgo para el enfermo terminal, sumando a esto la ausencia de tiempo por razones laborales, que impide a las miembros de la familia estén pendiente y puedan cuidar de ellos.

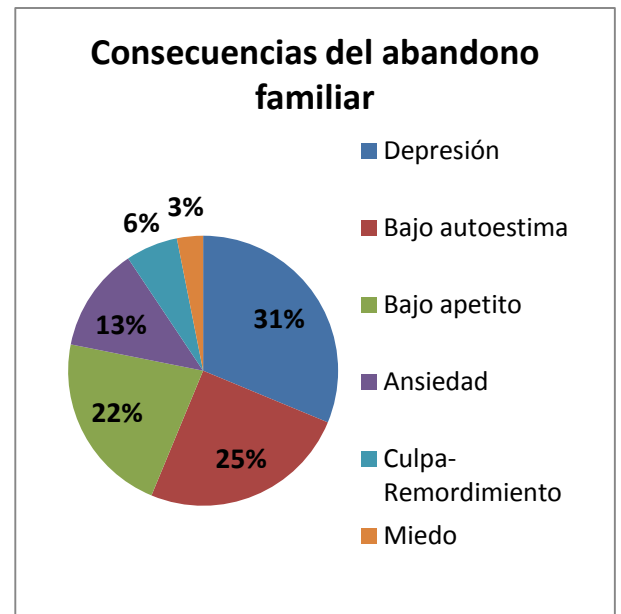
5. MARQUE CON UNA X

¿Qué consecuencias genera el abandono familiar en los pacientes de la casa de enfermos terminales?

Tabla 4

Consecuencias del abandono familiar	f	%
Depresión	10	31%
Bajo autoestima	8	25%
Bajo apetito	7	22%
Ansiedad	4	13%
Culpa-Remordimiento	2	6%
Miedo	1	3%
Total:		100%

Gráfica 4



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja, año 2017.

Responsable: Karen Andrea Orellana Guerra.

Interpretación Cuantitativa:

De los resultados obtenidos se puede constatar que las consecuencias del abandono según los investigados son las siguientes: con un 31% depresión, 25% bajo autoestima, 22% bajo apetito, 13% ansiedad, un 6% culpa y remordimiento, mientras que sólo el 3% presenta miedo.

Análisis Cualitativo:

Dentro de este apartado Delgado (2012) detalla que:

El abandono familiar provoca muchas situaciones en los enfermos terminales, como empeorar su salud o cambios repentinos en su conducta y

no tienen ya apetito. “Poco a poco, el abandono comienza a pasar factura y puede causar daños irremediables en ellos. (p.18)

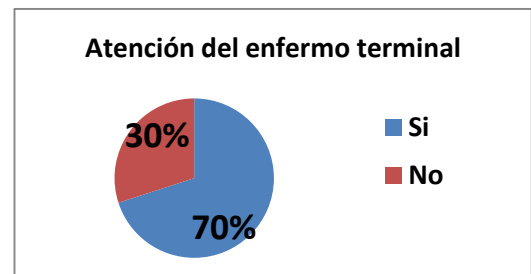
Comparando los resultados obtenidos con Delgado se puede demostrar que la familia es importante en todos los ámbitos del ser humano, pues un desbalance como es el abandono familiar puede acarrear consecuencias en el estado de ánimo de los pacientes provocando depresión, bajo apetito baja autoestima, ya que el paciente no va a sentirse valioso en lo profundo de sí mismo, por tanto no se va a sentir digno de ser amado por los demás; entre otras consecuencias se localizó la ansiedad, culpa- remordimiento y miedo, las cuales hacen sentir al paciente en un estado de olvido.

6. ¿Cree Ud. que su paciente se encuentra bien atendido en la casa de enfermos terminales?

Tabla 5

Atención del enfermo terminal	f	%
Si	7	70%
No	3	30%
Total:	10	100%

Gráfica 5



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja, año 2017.

Responsable: Karen Andrea Orellana Guerra.

Interpretación Cuantitativa:

De la encuesta aplicada a los investigados el 70% de los familiares respondieron que si se encuentran bien atendidos mientras que el 30% de ellos manifestaron lo contrario.

Análisis Cualitativo:

Según Martínez (2003), se refiere al Trabajo Social como una actividad de ayuda técnica y organizada, ejercida con personas, grupos y comunidades, con el fin de procurar su más plena realización y mejor funcionamiento social con mayor bienestar mediante la activación de recursos internos y externos, principalmente los ofrecidos por los servicios sociales y las instituciones de bienestar social.

Verificando con lo expuesto por Martínez las Instituciones tienen la obligación de contar con un trabajador social quien debe estar presto a brindar ayuda de calidad y calidez a los pacientes internos, pues de ellos

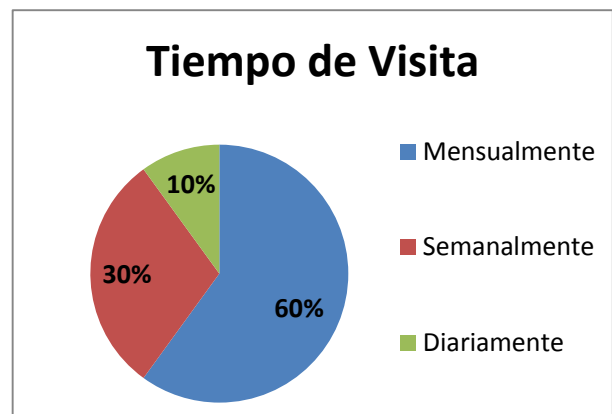
dependen el bienestar de los mismos. Los familiares de los pacientes internos sienten que se encuentran bien cuidados, ya que en estos centros se le practica los cuidados que ellos necesitan puesto que existe personal capacitado para tratar cada una de sus enfermedades y que no pueden brindar en sus hogares, existen familiares que consideran que no se encuentran bien atendidos por razones que los ven tristes sin saber que el problema principal de su tristeza es por el abandono causado por su familia.

7. ¿Cada que tiempo visita a su paciente?

Tabla 6

<i>Tiempo de Visita</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Mensualmente	6	60%
Semanalmente	3	30%
Diariamente	1	10%
Total:		100%

Gráfica 6



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja, año 2017.

Responsable: Karen Andrea Orellana Guerra.

Interpretación Cuantitativa:

De los antecedentes obtenidos los familiares a sus pacientes se evidenció que el 60% los visitan mensualmente, el 30% lo hace semanalmente y por último el 10% lo realiza diariamente.

Análisis Cualitativo:

Ferradas y Freire (2016) afirman que:

Las condiciones hace difícil retomar los vínculos familiares, ya sea por los problemas no resueltos, la dificultad de contactar a las familias, la falta de recursos, o bien por la vergüenza de reconocer que están en esa situación, entre otras causas. Lo anterior lleva en la mayoría de los casos a la agudización de la pérdida de esos vínculos familiares, entendida como un distanciamiento permanente durante el tiempo, y la resignación frente a la imposibilidad de retomarlos en el corto plazo.

Una vez realizada la encuesta y comparando con lo que menciona el autor se puede deducir que la visita de los familiares hacia los pacientes no es muy concurrida ya que la mayoría de los familiares lo hacen mensualmente, esto conlleva aún cambio en su estado de ánimo provocando depresión y bajo autoestima influyendo negativamente en la pérdida de los vínculos familiares y exista un distanciamiento permanente durante el tiempo.

8. ¿De qué manera usted apoya a su paciente en su enfermedad terminal?

- Apoyo económico.
- Apoyo emocional.
- Moralmente con todos los medicamentos.
- Trayendo lo necesario a mi familiar

Análisis Cualitativo:

La OMS (2015) manifiesta que el principal sistema social del adulto mayor es la familia y de ella viene el apoyo que recibe, esta se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La familia del anciano debe brindar apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

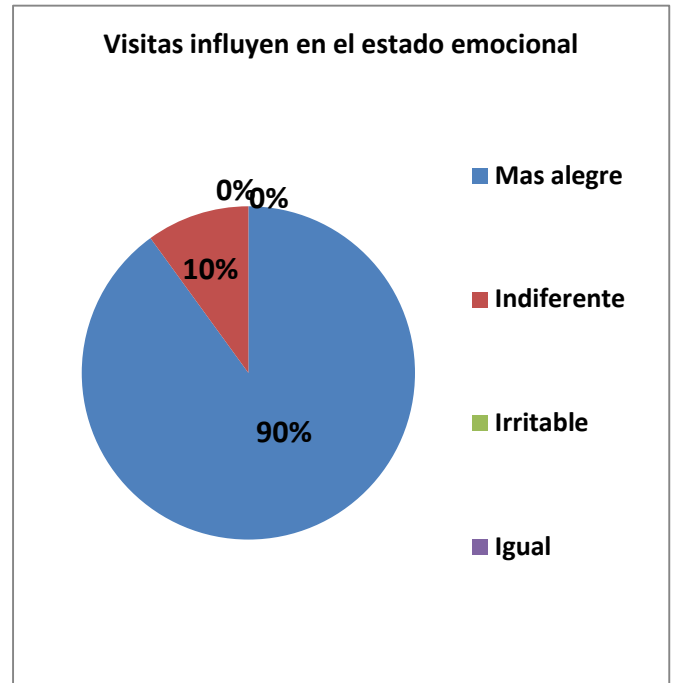
En este sentido con los datos obtenidos se identificó el tipo apoyo que reciben los pacientes por parte de sus familiares en cuanto a la enfermedades que acontecen, se encontró dos clases la primera que se refiere a lo económico; comprando los medicamentos, artículos de aseo y pañales lo necesario solicitado por los enfermeros del centro según lo requiera su enfermedad; segundo el apoyo emocional; dándole cariño en los momentos que se acude a visitarlos, ya que por cuestiones de trabajo y de movilización se dificulta el asistir continuamente a las vistas; además como familia es importante la capacitación que debe existir de manera continua para conocer pautas que les permita ayudar al paciente enfermo.

9. ¿Considera Ud. que los enfermos terminales al recibir visitas de su familia o Amigos su estado emocional se mostraría?

Tabla 7

Visitas influyen en el estado emocional	f	%
Más alegre	9	90%
Indiferente	1	10%
Irritable	0	0%
Igual	0	0%
Total:		100%

Gráfica 7



*Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja, año 2017.
Responsable: Karen Andrea Orellana Guerra.*

Interpretación Cuantitativa:

Según la encuesta realizada el 90% de los investigados manifiesta que se sienten alegres al recibir la visita por parte de la familia o amigos, mientras que sólo el 10% se muestran indiferentes, y por ultimo ninguno se irrita o le da igual.

Análisis Cualitativo:

Aparicio (2012) señala que la familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer

sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social al adulto mayor.

Las visitas de amigos o familiares son favorables para el paciente le permite mejorar su estado emocional se muestra más alegre, lo que hace mejorar su autoestima ya que la familia como lo señala Aparicio es lo más importante sobre todo en las relaciones socio afectivas, dándole así fuerzas para continuar con la lucha de sus enfermedades, al recibir las visitas de estos el paciente se sienten seguros, confiados, y protegidos por los suyos.

Resultados de la entrevista aplicada a las enfermeras de la Casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja.

1. ¿Indique cuáles son las razones por las que ingresan los pacientes a la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad?

- ✓ Por su familiares porque no pueden cuidar de ellos por lo que trabajan.
- ✓ Por las enfermedades que cada uno de ellos padecen.
- ✓ Algunos son trasferidos de otros centros o de hospitales.

Análisis Cualitativo:

Dentro de este tema Ríos (2012) afirma que: “las ocupaciones laborales de los hijos impiden que los padres reciban el cuidado que a ellos les gustaría proporcionarles, la mayoría de los familiares tienen otras cargas familiares como hijos, nietos etc”

Con los datos obtenidos y ratificando con lo que Ríos menciona, claramente se identifica que las razones por las que son ingresados los pacientes a la casa de enfermos terminales son: porque los familiares no pueden cuidarlos debido al trabajo u otras ocupaciones, por las enfermedades que padecen, haciendo necesario el cuidado por parte de profesionales especializados y adecuados en las que de una u otro manera la familia es informada sobre los horarios de visita y el acompañamiento que debe dar a su familiar interno.

2. ¿Cómo califica usted el acompañamiento de la familia hacia los enfermos terminales?

- ✓ El acompañamiento que presta la familia es malo.
- ✓ La familia no visita nunca a sus pacientes en la casa de enfermos terminales en las horas de visitas ni en los fines de semana y lo calificó como regular.

Análisis Cualitativo:

Gómez (2002) señala que la familia es una parte esencial pues contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente

El acompañamiento familiar hacia los enfermos, las profesionales revelan y coinciden que las familias no están pendientes de la evolución de los internos, lo que significa que en los horarios de visita y los fines de semana la mayoría de familiares no se acercan a observar ni a informarse sobre el estado de salud; ya que el paciente al estar a la expectativa y pendientes de que lleguen por ellos y al ver la negativa afluencia de sus familiares, provoca de cierto modo un desajuste emocional por el abandono lo que causa que ellos se sientan desanimados y sin ganas de vivir.

3. De manera general ¿Cómo es el estado de ánimo que presentan los pacientes en la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja?

- ✓ El estado de ánimo que presentan los pacientes es de mucha tristeza y de irritabilidad y más en las horas de visitas.
- ✓ Su estado de ánimo es melancólico y triste se nota en su rostro.
- ✓ Muchas de las veces los observo estresados sin ánimos de nada

Análisis Cualitativo:

García (2012) afirma que la salud psicológica se ve afectada, la percepción de la realidad cambia no es la misma que los demás perciben ya que las emociones en el enfermo terminal también sufren un cambio en el proceso del olvido, transformándose en personas sensibles y que se ven afectadas por cualquier tipo de situación y/o problemas que hacen que caigan en cuadros depresivos que en consecuencia afectan su salud, su percepción de los estímulos y sensaciones. La conducta se transforma su sensibilidad crece y todo a su alrededor le molesta, ruidos, cosas en general.

Según las enfermeras manifestaron que el estado de ánimo de los pacientes es negativo, la mayoría se encuentra en un estado de melancolía, de tristeza y por último irritabilidad, lo cual es perjudicial para el paciente ya que aumenta el estrés; la depresión es un factor que pueden favorecer la precipitación de una enfermedad y agravarla ya que cuando está estresado o extremadamente triste, se vuelve vulnerables a cualquier tipo de enfermedad afectando la salud.

4. ¿En qué circunstancia consideran al enfermo terminal de ánimo negativo?

- ✓ Cuando los pacientes no reciben ninguna visita por parte de sus allegados.
- ✓ Cuando tienen recuerdos de su familiares.
- ✓ Cuando saben que es hora de visitas y nadie llega por ellos.

Análisis Cualitativo:

Bruna Reinoso y San Martín (2014) señalan que:

La presencia de la enfermedad terminal en un miembro de la unidad familiar supone un fuerte impacto emocional para la familia, que, al igual que el enfermo, se traduce en respuestas como la negación, la ira, la depresión, la desesperanza, la ambivalencia afectiva, la pérdida.

Por otro lado Paucar (2012, p.86) manifiesta que la familia “es quien propicia un ambiente favorable que contribuya a fortalecer y mejorar el estado emocional del enfermo terminal frente al abandono de su familia”.

Las enfermeras del centro consideran al enfermo terminal de ánimos negativos es cuando los pacientes no reciben ninguna visita de sus familiares ni amigos, ellos tienen la esperanza de recibir algunos de sus allegados y al no verlos se puede apreciar en sus rostros la falta de compañía, y es justamente que en los horarios de visitas, recuerdan a sus familiares muchas remembranzas lo que les ocasiona que algunos pacientes presenten ira, negatividad o depresión por consiguiente no tengan ánimos de nada.

5. ¿Cómo describe el estado de ánimo que presentan los pacientes internos en la casa de enfermos terminales liga de caridad de Loja debido a la ausencia de sus familiares?

- ✓ Se encuentran tristes, solos ya que no sienten la presencia de sus familiares.
- ✓ Tristes sin ánimos de conversar con los demás y muchas de las veces lloran.
- ✓ Inquietos, tristes impacientes porque no ven a su familia que los llegan a visitar.

Análisis Cualitativo:

García (2012) manifiesta que la soledad que afecta al enfermo terminal se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una molestia. Anímicamente decaen siendo vulnerables a cualquier cosa que los pudiese afectar.

Los pacientes de la casa de enfermos terminales debido a la ausencia de sus familiares presentan un estado de ánimo de tristeza que puede llegar a una depresión crónica conllevando a que el paciente se sienta sumamente solo y pueda llegar a cometer actos suicidas consecuencia del abandono donde los únicos culpables son sus familiares. Por otro lado en cuanto a su salud se va deteriorándose poco a poco empiezan a perder fuerza y vigor, no tienen ánimos de conversar entre ellos, ya que están solos sin apoyo de sus seres amados en las horas de visitas, y en mucha de las veces se los ha observado con lágrimas en sus ojos; también se ha podido apreciar que se sienten inquietos, es decir, que están a la expectativa de que lleguen sus

familiares para compartir un momento a meno con sus seres queridos y al ver la negativa de esto, ellos simplemente optan por aferrarse a que han sido abandonados.

6. ¿Cree Ud. que a través de una intervención social la relación familia- paciente mejoraría ayudando al estado emocional del usuario?

- ✓ Si ayudaría dándoles charlas que motiven a la familia.
- ✓ Así se haría reaccionar a la familia sobre el abandono y lo que en ellos causa esto.
- ✓ Se hará reaccionar a la familia de lo solos que se sienten los pacientes sin recibir ninguna visita.

Análisis Cualitativo:

Las funciones del trabajador social con el enfermo terminal en el problema de abandono familiar según Aguirre (2015) señala que debe:

- Valorar el riesgo psico-socio familiar. (Importante en el momento de la valoración tener en cuenta la capacidad de resiliencia del paciente y familia, para determinar la intervención, esta se realizaría constatando mediante la observación y la obtención de datos sobre la situación del enfermo, la familia y red de apoyo).
- Asesorar y gestionar los recursos básicos disponibles. (Ayudas económicas, ayuda a domicilio, tele asistencia, centros de día, de noche, residencias, programas de acompañamiento, de respiro familiar, aplicación de la ley de dependencia...).
- Mediar entre la familia, paciente, equipo terapéutico e institución, buscando las soluciones más apropiadas, estableciendo una relación de ayuda honesta. (Conflictos de comunicación entre el paciente y los

profesionales, mala práctica profesional...) con el objetivo de restablecer la comunicación y conseguir atender las necesidades de las partes implicadas.

Con la intervención social la familia-paciente se pretende mejorar la relación, creando conciencia a los familiares la importancia del acompañamiento, este es un factor fundamental para mantener su estado de ánimo estable en los últimos días de vida y así poder evitar que el paciente durante su permanencia se llegue a sentir abandonado, evitando con ello las consecuencias que traen consigo que son la depresión, el bajo apetito, aislamiento, estrés y tristeza; que al evitar esta problemática se podría mantener felices y estables a los pacientes.

7. ¿Cree Ud. que el abandono familiar influye en el estado emocional del enfermo terminal?

- ✓ Si porque cuando no son visitados ellos se llegan a sentir solos y se empiezan a desesperar porque no ven a su familia.
- ✓ Si porque se encuentran solos tristes e olvidados.
- ✓ Al momento de no ver a su familia en las visitas ellos se acaban emocionalmente.

Análisis Cualitativo:

“El abandono o desplazamiento tiene consecuencias sobre las personas como ser social y problemas que afectan directamente sus emociones, salud, sentimientos, etc.” (Delgado, 2012, p.23).

El abandono familiar influye en el estado emocional del enfermo terminal, es el factor principal para que el paciente se sienta abandonado, al sentirse olvidado trae consigo varias consecuencias como son: bajo apetito, aislamiento, tristeza, depresión, estrés lo que provoca la aceleración de sus enfermedades por las cuales padecen los pacientes y en caso extremos hasta la muerte; por ello es una falta de responsabilidad parental y social, que ocasiona un descuido ante las necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los familiares.

g. DISCUSIÓN.

La familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, y donde se profundizan los lazos de solidaridad. El desarrollo social y la llamada modernidad, han traído aparejado nuevas concepciones de estructura y relaciones familiares al tiempo que se han producido drásticos cambios sociopolíticos y económicos a escala mundial, que han generado afectaciones bastante universales en la estabilidad, dinámica y funcionamiento de la familia.

A través de los resultados obtenidos y luego del análisis e interpretación se puede manifestar que:

Mediante la presente investigación, se logró el objetivo principal que es contribuir con una propuesta de intervención social que permita mejorar el estado emocional en los pacientes de la casa de enfermos Terminales Fundación Liga de caridad de Loja mediante el involucramiento de sus familiares.

Este se evidencio gracias a la intervención directa dentro del entorno investigado, recolectando información a través de la encuesta aplicada a los 10 familiares de los pacientes y la entrevista estructurada realizada a las enfermeras de la “casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja”, para determinar la influencia que tiene el abandono familiar en el diario vivir de los enfermos terminales.

Una de las causas más importantes para que se genere el abandono familiar en los pacientes son las deficientes relaciones familiares, así mismo la falta de comunicación, ya que en muchos de los casos no hay un contacto constante entre la familia y el paciente.

Se determinó factores igualmente negativos como; la ausencia de tiempo por razones laborales, dificultad para movilizarse y la falta de recursos económicos mismos que son algunos de los agravantes para la prolongación del problema.

Las consecuencias que genera el abandono familiar en los pacientes, son principalmente la depresión, el bajo apetito y la baja autoestima, mismos que están derivados por las escasas visitas que realizan sus familiares, sintiéndose menos valiosos, y por tanto desmerecidos de ser amados por los demás; entre otras consecuencias se determinó la ansiedad, culpa, remordimiento y por último miedo, las cuales hacen sentir al paciente en un estado de olvido.

La investigación comprobó que el abandono familiar les afecta directamente al estado emocional a los enfermos terminales, ya que necesitan de amor, cariño, afecto y compañía de sus seres queridos en las horas de visita, por lo tanto es necesario la intervención profesional del Trabajador Social para que logre una concienciación de los familiares a través de la propuesta de intervención social misma que ayudara a mejorar el estado emocional de los pacientes de la casa de enfermos terminales fundación Liga de caridad de Loja.

h. CONCLUSIONES.

Una vez analizados los resultados más destacados del abandono familiar y su influencia en el estado emocional de los pacientes, a continuación se presentan las conclusiones de acuerdo a los objetivos, por lo tanto se concluye:

- ⌘ La institución no cuenta con un Trabajador Social que forme parte del equipo multidisciplinario, siendo su rol fundamental intervenir con grupos vulnerables, mismo que está enfocado a la búsqueda de posibles soluciones a los problemas que se encuentran inmersos la familia y los enfermos terminales.
- ⌘ Las causas del abandono familiar en la mayoría de los investigados son las deficientes relaciones familiares, falta de comunicación y la ausencia de tiempo por razones laborales que complica la situación y no permite que los familiares visiten frecuentemente a los pacientes.
- ⌘ Que existe un alto porcentaje de abandono familiar de los investigados, este es un problema latente en los pacientes de la casa de enfermos terminales Fundación Liga de caridad de Loja, debido a las escasas visitas que realizan los familiares con el enfermo terminal influyendo en el estado emocional de los paciente provocando depresión, melancolía, estrés y soledad, mismos que son un obstáculo para que gocen de una buena salud mental.
- ⌘ Los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja se encuentran bien atendidos ya que en este centro que

reciben los cuidados que lo requieren cada uno de ellos por su estado de salud pues cuentan con personal altamente capacitados.

∅ Que la propuesta de intervención social, cumple con los objetivos para los que fue creada; es asequible y con un vocabulario adecuado, encontrándose satisfacción en los pacientes al permitir sensibilizar e involucrar a la familia sobre el abandono familiar y su influencia en el estado emocional.

i. RECOMENDACIONES.

- ∅ A la Directora de la Institución implementar un profesional de Trabajo Social y trabajar con el equipo multidisciplinario y con las redes de apoyo, programando y ejecutando más intervenciones que mejoren actitudes y tanto en pacientes como familiares y de esta manera crear ambientes sanos y acogedores en los centros.
- ∅ A los profesionales de la Institución seguir aplicando cuestionarios, instrumentos de diagnóstico que permitan identificar las necesidades de los pacientes; planificar en base a diagnósticos reales e intervenir desde la Casa de los enfermos terminales y de esta manera se involucren, por un bien común de la institución y la comunidad en general
- ∅ A la familia que haga conciencia del daño que causa al enfermo terminal negándole la oportunidad de compartir con sus seres queridos en su última etapa de vida, para lo cual debe ampliar el número de visitas o llevarlo los fines de semana a casa con la finalidad de brindarle bienestar y por ende mejorar el estado emocional.
- ∅ La alternativa aplicada es susceptible a cambios por lo cual se recomienda a la Directora y equipo multidisciplinario de la Casa de enfermos Terminales de la Fundación Liga de Caridad de Loja, continuar dando talleres para reforzar el trabajo realizado, teniendo la potestad de cambiar o mejorar algo en la metodología de aplicación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD JURIDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TÍTULO:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIAL



AUTORA :

Karen Andrea Orellana Guerra

DIRECTORA:

Lic. Delia Jumbo C. Mgs. Sc

Loja – Ecuador

2018

CUADRO DE INVOLUCRADOS

Título

Acompañamiento familiar en las horas de visita, conllevan mejorar la calidad de vida del paciente enfermo terminal.

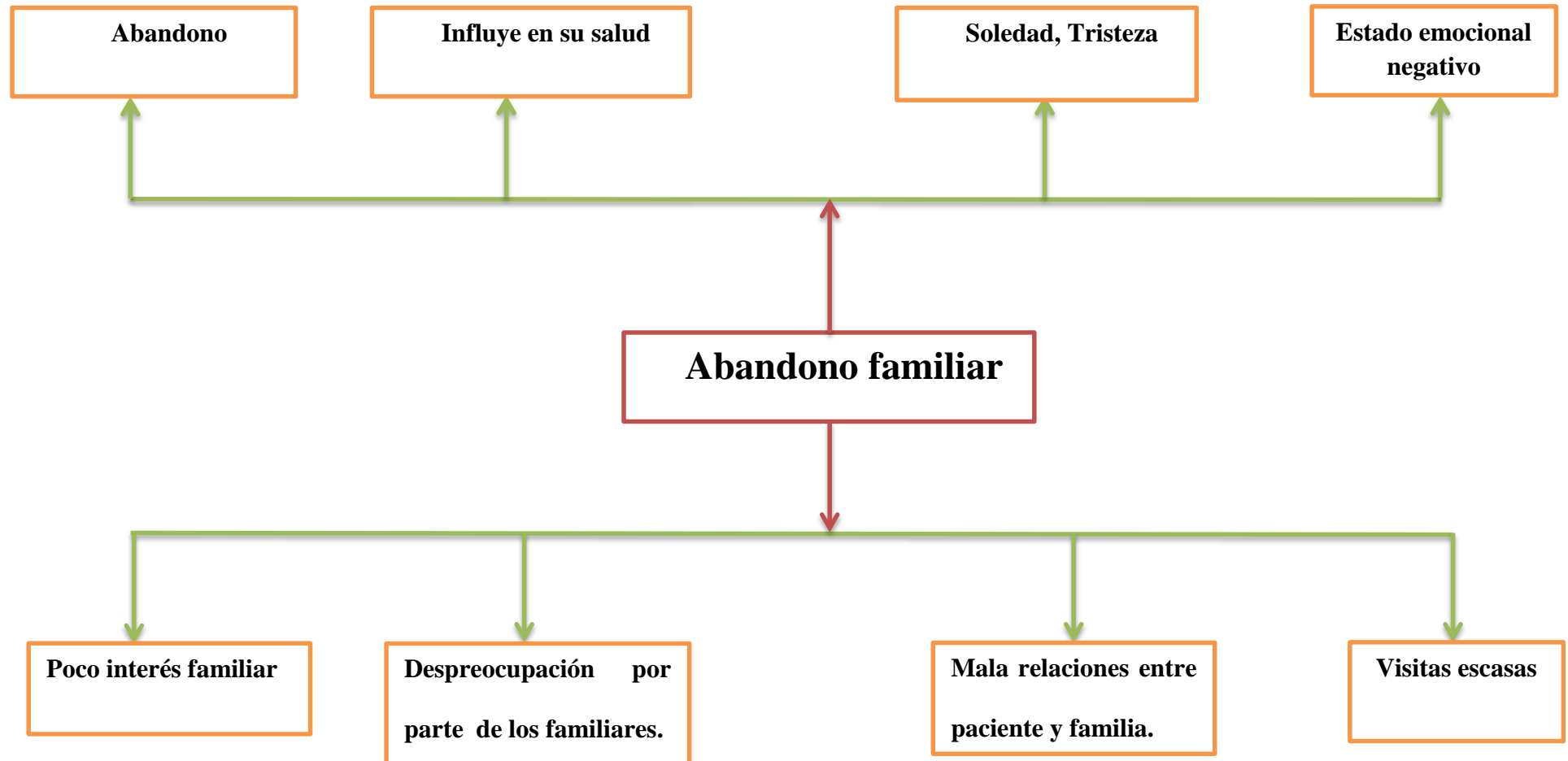
Grupo Meta: Familiares de los pacientes enfermos terminales

<p>Universo: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja.</p> <p>Población:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Familiares de los pacientes: 10 ✓ Enfermeras:3

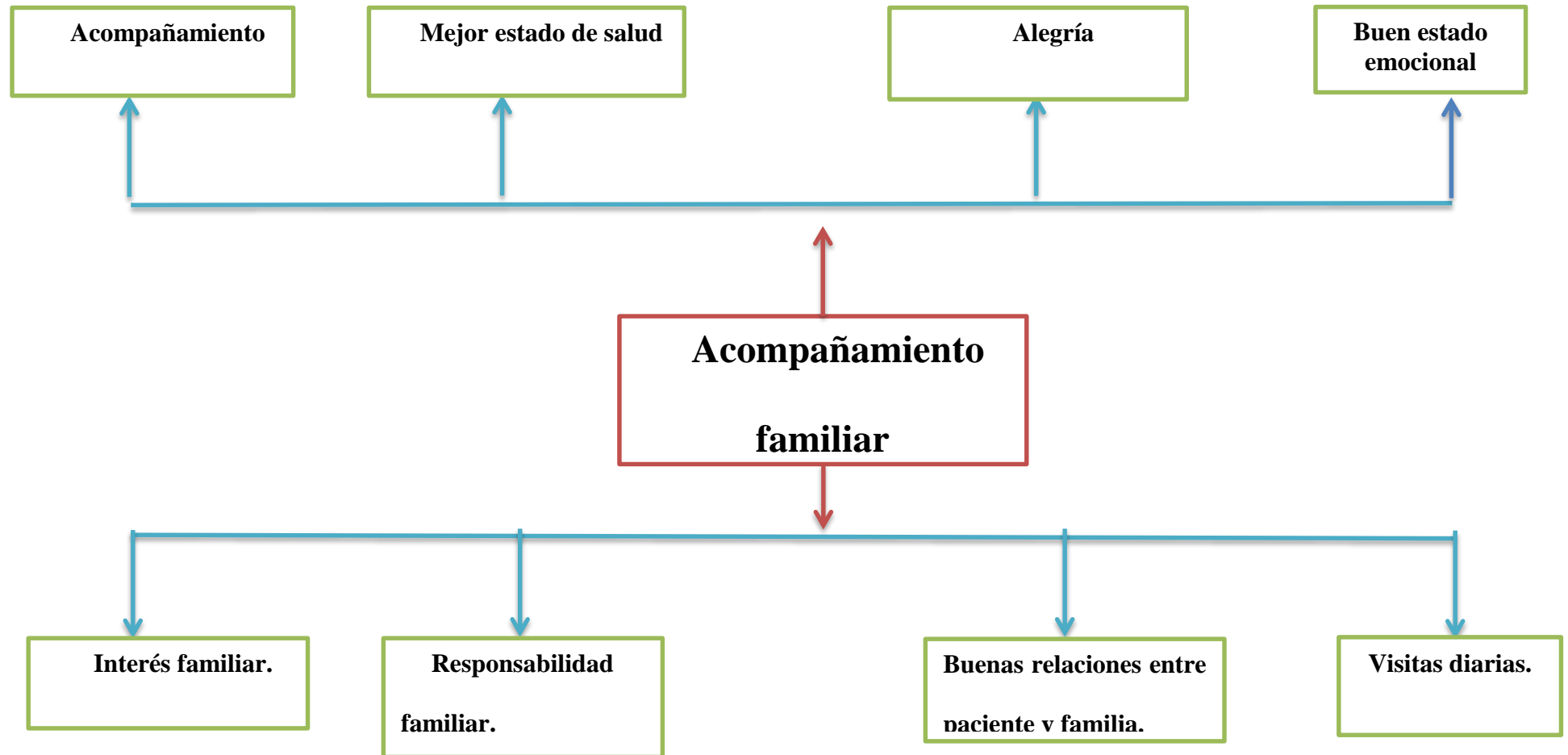
Universo	Grupos	Interés	Problemas	Conflictos
<p>Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Población</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Familiares de los pacientes: 10 ✓ Enfermeras:3 <hr/> <p style="text-align: center;">Muestra</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Familiares de los pacientes: 10 • Enfermera:3 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares de los pacientes • Enfermeras 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la relación paciente familia. • Visitas constantes de los familiares • Mejorar la comunicación de la familia y el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poco interés familiar en las horas de las vistas. ✓ Despreocupación sobre el estado de salud de su paciente. ✓ Malas relaciones paciente-familia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo estado emocional de los pacientes provocando en ellos depresión, tristeza y soledad. ▪ Aceleración de la enfermedad. ▪ Abandono familiar

ANTECEDENTES	CONTEXTO INTERNO
Observación	<p>La casa de enfermos terminales fundada para dirigir la acción humanitaria en beneficio de los más necesitados creando una casa-albergue para enfermos en la etapa terminal, que no pueden ser atendidos por sus familiares, ni alojados en los centros de salud tradicionales.</p> <p>Se encuentra ubicada en el barrio la Pradera al sur de la ciudad de Loja, cuenta con una infraestructura adecuada para la atención de los pacientes, constando este de 20 habitaciones con un baño por cada cuarto, un ascensor, residencia, sala de espera, farmacia y capilla.</p> <p>En la actualidad consta de 10 pacientes. Acoge a personas de todos los sitios y comunidades de la parte sur de la ciudad.</p>
Entrevista	<p>La entrevista fue realizada a las enfermeras de la institución con la finalidad de obtener datos referentes al abandono familiar y estado emocional del paciente con la finalidad de realizar un contraste con los datos obtenido en la encuesta aplicada a los familiares.</p>
Encuesta	<p>La encuesta fue aplicada a 10 familiares de los pacientes con la finalidad de recoger información para determinar las causas y consecuencias del abandono familiares y el cómo afecta en el estado emocional de los pacientes.</p>
Pre-diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermo terminales con estado emocional negativo. • Abandono familiar.

Árbol de Problemas:



Árbol de Objetivos:



MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

Proyecto: Fortalecimiento del acompañamiento familiar en las horas de vistas al paciente enfermo terminal.

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuesto o riesgo
<p>Fin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concientizar a los familiares en cuanto al abandono familiar hacia los pacientes terminales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la relación familiar con los pacientes terminales para lograr un buen estado emocional en ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Fotografía 	<p>Que no exista apoyo de las autoridades de la casa para que se dé las charlas.</p>
<p>Propósito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización a los familiares acerca del estado emocional de los pacientes terminales. • Motivar para que exista responsabilidad familiar • Impulsar para que los familiares asuman sus responsabilidades con los pacientes terminales 	<ul style="list-style-type: none"> • Al finalizar la charla a los familiares concientizados sobre lo referente al abandono familiar y el estado emocional de los pacientes terminales. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Registro de asistencias. ⊗ Fotografías. 	<p>Desinterés por parte de los familiares.</p>
<p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiares conscientes acerca del daño que provoca el abandono familiar en sus pacientes y como este afecta en su estado emocional • Reducir el abandono familiar en las horas de visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al terminar la charla la familia concientizada y motivada sobre el abandono y el estado emocional del paciente terminal. • Disminución del abandono familiar en las horas de visitas a los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Fotografías. 	<p>Falta de asistencia de los familiares.</p>

Actividades:

- Realizar programas encaminados a la convivencia familiar, con la finalidad de motivar, concienciar y sensibilizar a las familias sobre la importancia del acompañamiento, para así mejorar el estado emocional del paciente.
- Charlas a los familiares sobre el abandono, acompañamiento familiar con sus pacientes.

- El 100% de la familia sea conscientes del daño que causa el abandono de los pacientes en su estado de salud

- Fotografía.
- Registro de asistencia.

No apoyo de la institución para que se dé la charla y talleres.

PROPUESTA

Fortalecimiento del acompañamiento familiar en las horas de visitas”

TÍTULO:

Acompañamiento familiar en las horas de visita, conllevan mejorar la calidad de vida del paciente enfermo terminal.

• POBLACIÓN OBJETIVO:

La presente propuesta beneficiara directamente a los pacientes de la casa de enfermos terminales Liga de Caridad de Loja, y a sus familiares.

PROBLEMÁTICA:

La casa de enfermos terminales Fundación Liga de Caridad de Loja, que se encuentra ubicada en el barrio la Pradera al sur de la ciudad de Loja. Nace en el año 1999 cuando la Directiva la Asamblea General de Liga de Caridad, luego Funcionó en local arrendado desde el 12 de septiembre del 2000. El Municipio de Loja dio en comodato el terreno sobre el que se edificó la Casa de Enfermos Terminales, con el aporte del Banco del Estado, BEDE y Plan Binacional. Contó con la colaboración de las Hermanas Siervas de Jesús, desde su Fundación hasta el año 2005.

La Fundación Liga de Caridad, constituida mediante Acuerdo Ministerial Nro. 148 del Ministerio de Bienestar Social en octubre del 2001, es una organización de Derecho Privado sin fines de lucro, con patrimonio propio, administración autónoma y personería jurídica; con capacidad legal para ejercer derechos y contraer obligaciones.

La Casa de Enfermos Terminales Liga de Caridad tiene como objetivo principal buscar ayudar a quien lo necesite y compartir con el prójimo, el don y privilegio de ser misericordiosos, y el bienestar de los pacientes que se encuentran en etapa terminal.

Sin embargo cuando no existe este involucramiento de los familiares de los pacientes en las actividades y necesidades básicas de los mismos afecta directamente su estado emocional dando como resultado; un bajo apetito, soledad, decaimiento, tristeza, aceleración de la enfermedad entre otros.

Por lo antes mencionado y considerando al abandono familiar en enfermos terminales como un problema latente en la sociedad que genera consecuencias de diversa índole se ha considerado investigarlo.

Por lo cual se pretende efectuar una incidencia desde el accionar del trabajador social para prevenir esta problemática que afecta a los pacientes terminales y así mejorar su estado de ánimo y el acompañamiento de las familias en las horas de visitas.

OBJETIVOS

SUPERIOR.

- Concientizar a los familiares en cuanto al abandono familiar hacia los pacientes terminales.

INMEDIATOS:

- Sensibilización a los familiares acerca del estado emocional de los pacientes terminales.
- Motivar para que exista responsabilidad familiar con los pacientes terminales.
- Impulsar que los familiares asuman sus responsabilidades con los pacientes terminales

ACTIVIDADES

- Elaboración del plan de intervención
- Organización del grupo para la ejecución de las charlas y conferencias.
- Autogestión del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) con el equipo multidisciplinario para que se facilite llevar a cabo charlas y conferencias.
- Ejecución de las charlas y conferencias sobre el abandono familiar y cómo afecta en el estado emocional de los pacientes enfermos terminales, apoyo y sensibilización para los pacientes enfermos

terminales, familiares y enfermeros de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad Loja.

- Elaboración del informe de acuerdo a los resultados obtenidos de las charlas y conferencias.
- Planteamiento de propuesta hacia la institución sobre la continuidad de las capacitaciones de sensibilización e información.

RESULTADOS ESPERADOS

- Concientizar a los familiares acerca del abandono familiar y este cómo influye en su estado emocional.
- Que los familiares realicen visitas a su pacientes tres veces a la semana.
- Que la familia realice una adecuada visita a su paciente terminal.
- Mejorar el estado emocional y la relación de la familia y el paciente.

PRESUPUESTO

CONCEPTO	COSTO
Material de escritorio	50\$
Apoyo logístico	80\$
Impresión del plan de intervención	30\$
Refrigerios	60\$
Movilización	30\$
Total	250\$

DESARROLLO

Capacitación	Objetivos	Actividades	Contenido
Acompañamiento familiar en las horas de visita, conllevan mejorar la calidad de vida del paciente enfermo terminal.	<p>SUPERIOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concientizar a los familiares en cuenta al abandono familiar hacia los pacientes terminales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan de intervención ➤ Organización del grupo para la ejecución de las charlas y conferencias ➤ Ejecución de las charlas y conferencias sobre el abandono familiar y cómo afecta en el estado emocional de los pacientes enfermos terminales, apoyo y sensibilización para los pacientes enfermos terminales, familiares y enfermeros de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad Loja. ➤ Elaboración del informe de acuerdo a los resultados obtenidos de las charlas y conferencias. ➤ Planteamiento de propuesta hacia la institución sobre 	<ul style="list-style-type: none"> • Saludo y bienvenida • Presentación • Abordaje de las temáticas planteadas • Proyección de video referente a la temática abordada • Criterios por parte de los asistentes • Despedida
	<p>INMEDIATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización a los familiares acerca del estado emocional de los pacientes terminales. • Motivar para que exista responsabilidad familiar con los pacientes terminales. • Impulsar para que los familiares asuman sus responsabilidades con los pacientes terminales. 		

		la continuidad de las capacitaciones de sensibilización e información.	
Evaluación	Resultados Esperados	Presupuesto	Recursos
Rescate de opiniones y criterios respecto a la temática de la capacitación brindada	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares capacitados y sensibilizados de las causas y consecuencias del abandono familiar a los pacientes enfermos terminales • Mejoramiento de las relaciones familia paciente en las horas de visita. • Disminuir el índice de abandono familiar a los pacientes enfermos terminales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de escritorio 50\$ • Apoyo logístico 80\$ • Impresión del plan de intervención 30\$ • Refrigerios 60\$ • Movilización 30\$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Talento humano • Recursos materiales

ACTIVIDADES

Fortalecimiento del acompañamiento familiar.

- **Ejecución:** Autogestión del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) con el equipo multidisciplinario para que se facilite llevar a cabo charlas y conferencias como:
- Charlas de sensibilización para los familiares de los pacientes enfermos terminales

- Conferencia sobre las causas y cómo afecta en el estado emocional de los pacientes enfermos terminales.
- Charla de como apoyar y sensibilizar a los familiares de los pacientes enfermos terminales para que acompañen a sus pacientes en horas de visita.

METODOLOGÍA

Capacitaciones participativas (Ejecución de las charlas y conferencias sobre el abandono familiar y cómo afecta en el estado emocional de los pacientes enfermos terminales, apoyo y sensibilización para los pacientes enfermos terminales, familiares y enfermeros de la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad Loja.)

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Equipo multidisciplinario
- Familiares y enfermeros de la casa de enfermos terminales
Fundación Liga de Caridad de Loja



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**ABANDONO FAMILIAR, SENCIBILIZATE Y MEJORA EL
ESTADO EMOCIONAL DE LOS ENFERMOS TERMINALES.**

PRESENTACIÓN

Los familiares de los pacientes necesitan lograr obtener un conocimiento más profundo acerca del abandono y el estado emocional de los enfermos terminales, este conocimiento será útil y parte de la vida diaria, por ello se llevará a cabo una charla denominada, **“ABANDONO FAMILIAR SENCIBILIZATE Y MEJORA EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ENFERMOS TERMINALES.”** la cual permitirá la integración familiar, el mejoramiento de estilo de vida del paciente contribuyendo así a mejorar el estado anímico de estos.

**PROGRAMA DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DE LOS
PACIENTES PARA LOGRAR LA SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL
ABANDONO DE LOS ENFERMOS TERMINALES Y MEJORAR SU
ESTADO EMOCIONAL.**

Familiares de los pacientes enfermos terminales.

**“ABANDONO FAMILIAR SENCIBILIZATE Y MEJORA EL ESTADO
EMOCIONAL DE LOS ENFERMOS TERMINALES.”**

Proporcionar conocimientos relevantes sobre: abandono al enfermo terminal, causas y consecuencias, fomentando el respeto y la paciencia por el enfermo y su estado emocional.

En charlas que le posibiliten la integración familiar y el mejoramiento del estilo de vida.

Desarrollo del Programa

Lugar: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de

Loja

Fecha: (adaptable)

Se llevará acabo cada primer sábado del mes.

Objetivos	Actividades	Responsables	Recursos	Costos
<p>Concientizar a los familiares de los enfermos terminales sobre el abandono, permitiéndole s mejorar el estado emocional del paciente.</p>	<p>TEMA: “Abandono familiar sensibilízate y mejora el estado emocional de los enfermos terminales.”</p>	<p>Autogestión a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) Equipo multidisciplinario</p>	<p>RECURSOS MATERIALES Proyector Material didáctico Hojas volantes Fotografías Computadoras Gigantografía</p>	<p>10\$ 5\$ 2\$ 5\$ --- 10\$</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de la charla. • Elaboración de la agenda para expositores. • Ejecución de la charla. • Dinámica titulada amor con “A” • Opinión de los participantes • Evaluación de la actividad. 		<p>TALENTO HUMANOS Expositor (Trabajador/a Social) Familiares de los pacientes enfermos terminales.</p>	<p>----- 32\$</p>

Cronograma Operativo.

Actividad	Tiempo	Responsables
<ul style="list-style-type: none"> • Concentración del grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • 7:50-8:00 	Expositor
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la charla 		Autogestión del
<ul style="list-style-type: none"> • Comentario de los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • 8:00-11:00 	Ministerio de Inclusión
<p>Finalización y evaluación de la charla (“Abandono familiar sensibilízate y mejora el estado emocional de los enfermos terminales.”)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 11:00-11:30 	Económica y Social
	<ul style="list-style-type: none"> • 11:30-12:00 	(MIES) (Trabajador/a
		Social)



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO FAMILIAR Y
CÓMO AFECTA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS
PACIENTES, SENCIBILIZATE Y MEJORA EL ESTADO
EMOCIONAL DE LOS ENFERMOS TERMINALES II**

PRESENTACIÓN

El abandono familiar es una falta de responsabilidad parental y social, que ocasiona una omisión ante las necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los familiares, cuidadores o el estado, el abandono familiar hacia el enfermo terminal suele definirse como: la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el cognitivo y conductual. Los enfermos terminales suelen deprimirse mucho, no quieren comer e incluso quieren quitarse la vida. Por lo que es indispensable que quienes integran la casa de enfermos terminales Liga de Caridad de Loja, aborden temáticas sobre causas y consecuencias del abandono y cómo afecta el estado emocional del pacientes, con las familias, para una excelente captación e interpretación de los mismos y así mejore las relación familia-paciente. Por ello se llevará a cabo una conferencia denominada, **“CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO FAMILIAR Y CÓMO AFECTA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES, SENCIBILIZATE Y MEJORA EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ENFERMOS TERMINALES II”** la cual permitirá la integración familiar, el mejoramiento de estilo de vida y de la constancia de las visitas para brindarle apoyo a quien padece una enfermedad terminal.

**PROGRAMA DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DE LOS
PACIENTES PARA LOGRAR LA SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL
ABANDONO DE LOS ENFERMOS TERMINALES Y MEJORAR SU
ESTADO EMOCIONAL.**

Familiares de los pacientes enfermos terminales

**“CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO FAMILIAR Y
CÓMO AFECTA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES,
SENSIBILIZATE Y MEJORA EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS
ENFERMOS TERMINALES II”**

Proporcionar conocimientos relevantes sobre: causas y consecuencias del abandono familiar y cómo afecta en el estado emocional de los pacientes, fomentando la tolerancia, el respeto y el acompañamiento con el paciente.

A través de conferencias que les posibiliten la integración familiar, el mejoramiento del estilo de vida y del estado emocional.

Desarrollo del Programa

Lugar: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja

Fecha: (adaptable)

Se llevará acabo cada primer sábado del mes.

Objetivos	Actividades	Responsables	Recursos	Costos
TEMA:			RECURSOS	
Capacitar a los familiares sobre las causas y consecuencias del abandono de los pacientes familiares y como afecta en el estado emocional de los pacientes de la casa de enfermos terminales fundación Liga de Caridad de Loja.	Causas y consecuencias del abandono familiar y cómo afecta en el estado emocional de los pacientes, sensibilízate y mejora el estado emocional de los enfermos terminales ii. <ul style="list-style-type: none"> • Planificación de la conferencia. Elaboración de la agenda para expositores. • Ejecución de la conferencia. Dinámica del barco. • Criterio de los participantes • Evaluación de la actividad. 	Autogestión a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) Trabajador Social, Psicólogo	MATERIALES	
			Proyector	10\$
			Material didáctico	5\$
			Hojas volantes	4\$
			Fotografías	10\$
			Computadoras	--
				--
			TALENTO HUMANOS	
			Familiares de los pacientes de la casa de enfermos terminales fundación Liga de Caridad de Loja.	----
				29\$

Cronograma Operativo.

Actividad	Tiempo	Responsables
• Concentración del grupo	• 7:50-8:00	Autogestión del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). multidisciplinario(Trabajador/a Social, Psicólogo)
• Inicio de la conferencia	• 8:00-11:00	
• Criterio de los participantes	• 11:00-11:30	
Finalización y evaluación de la conferencia (“Causas y consecuencias del abandono familiar y cómo afecta en el estado emocional de los pacientes, sensibilízate y mejora el estado emocional de los enfermos terminales ii.”)	• 11:30-12:00	



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**SENSIBILIZACIÓN Y APOYO SOBRE ABANDONO Y EL
ACOMPañAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS PARA MEJORAR
EL ESTADO DE EMOCIONAL DEL PACIENTE.**

PRESENTACIÓN

Es necesario lograr una concienciación e influencia sobre un grupo de personas para que perciban el valor o la importancia de algo y con esto obtener el apoyo y soporte del entorno con los afectados, por ello se cree indispensable lograr una sensibilización con los miembros de la institución de la casa de enfermos terminales fundación Liga de Caridad de Loja a las familias de los pacientes para que permita llegar a estos trascendentalmente y esto se vea reflejado en el apoyo y comprensión para con sus familiares, por ello se llevará a cabo una conferencia denominada, “**SENSIBILIZACIÓN Y APOYO SOBRE ABANDONO Y EL ACOMPañAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS PARA MEJORAR EL ESTADO DE EMOCIONAL DEL PACIENTE.**” la cual permitirá la integración familiar, el mejoramiento de estilo de vida y de la constancia de las visitas para brindarle apoyo a quien padece una enfermedad terminal.

**PROGRAMA DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DE LOS
PACIENTES PARA LOGRAR LA SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL
ABANDONO DE LOS ENFERMOS TERMINALES Y MEJORAR SU
ESTADO EMOCIONAL.**

Familiares de los pacientes enfermos terminales

**“SENSIBILIZACIÓN Y APOYO SOBRE ABANDONO Y EL
ACOMPañAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS PARA MEJORAR EL
ESTADO DE EMOCIONAL DEL PACIENTE.”**

Proporcionar una sensibilización y apoyo a los familiares de la casa de enfermos terminales fundación Liga de Caridad Loja y los enfermeros encargados de su cuidado, fomentando la tolerancia el respeto y el acompañamiento para mejorar el estado emocional del paciente.

A través de charlas que les posibiliten la integración familiar.

Desarrollo del Programa

Lugar: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja

Fecha: (adaptable)

Se llevará acabo cada primer sábado del mes.

Objetivo	Actividades	Responsables	Recursos	Costos
	TEMA:		RECURSOS	
		Autogestión a	MATERIALES	
	Sensibilización	través del	Proyector	10\$
	y apoyo sobre	Ministerio de	Material didáctico	5\$
	abandono y el	Inclusión	Hojas volantes	10\$
Sensibilizar y	acompañamie	Económica y	Fotografías	10\$
apoyar a los	nto en los	Social (MIES)	Computadoras	----
familiares	últimos días	Trabajador		
sobre el	para mejorar el	Social, Psicólogo	TALENTO	
abandono	estado de		HUMANOS	
familiar y	emocional del		Expositor (MIES)	
como afecta	paciente.		(Psicólogo/a y	-----
en el estado	• Planificación		Trabajador/a	35\$
emocional de	de la		Social)	
los pacientes	conferencia.		Familiares de los	
de la casa de	• Elaboración		pacientes de la	
enfermos	de la agenda		casa de enfermos	
terminales	para		terminales	
fundación	expositores.		fundación Liga de	
Liga de	• Ejecución de		Caridad de Loja.	
Caridad de	la			
Loja.	conferencia.			
	• Dinámica ¡tu			
	vales!			
	• Criterio de			
	los			
	participantes			
	• Evaluación			
	de la			
	actividad.			

Cronograma Operativo.

Actividad	Tiempo	Responsables
<ul style="list-style-type: none">• Concentración del grupo• Inicio de la conferencia• Criterio de los participantes	<ul style="list-style-type: none">• 7:50-8:00• 8:00-11:00• 11:00-11:30• 11:30-12:00	Expositor Autogestión a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) (Psicólogo/a y Trabajador/a Social)
Finalización y evaluación de la conferencia ("Sensibilización y apoyo sobre abandono y el acompañamiento en los últimos días para mejorar el estado de emocional del paciente.")		Equipo multidisciplinario



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**DRAMATIZACIÓN SOBRE ABANDONO FAMILIAR Y
TÉCNICAS PARA MEJORAR EL ESTADO DE EMOCIONAL DEL
PACIENTE.**

PRESENTACIÓN

La familia es la base fundamental de la sociedad, por ende es significativo y muy relevante contar con el apoyo de los mismos para con los afectados, es por ellos que es de suma importancia que con los miembros de la institución de la casa de enfermos terminales fundación Liga de Caridad de Loja lograr una sensibilización a las familias de los pacientes a través de técnicas que permita llegar a estos cambios y esto se vea reflejado en el apoyo y comprensión para con sus familiares, por ello se llevará a cabo una Dramatización denominada, **“DRAMATIZACIÓN SOBRE ABANDONO FAMILIAR Y TÉCNICAS PARA MEJORAR EL ESTADO DE EMOCIONAL DEL PACIENTE”** lo que permitirá la integración familiar, el mejoramiento de estilo de vida y de la constancia de las visitas para brindarle apoyo a quien padece una enfermedad terminal.

**PROGRAMA DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DE LOS
PACIENTES PARA LOGRAR LA SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL
ABANDONO DE LOS ENFERMOS TERMINALES Y MEJORAR SU
ESTADO EMOCIONAL.**

Familiares de los pacientes enfermos terminales

**“DRAMATIZACIÓN SOBRE ABANDONO FAMILIAR Y TÉCNICAS
PARA MEJORAR EL ESTADO DE EMOCIONAL DEL PACIENTE.”**

Procurar una sensibilización a los familiares de la casa de enfermos terminales fundación Liga de Caridad Loja y los enfermeros encargados de su cuidado, fomentando técnicas asertivas a través de una Dramatización que les posibiliten la integración familiar y que permitan mejorar el estado emocional del paciente.

Desarrollo del Programa

Lugar: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja

Fecha: (adaptable)

Se llevará acabo cada primer sábado del mes.

Objetivo	Actividades	Responsables	Recursos	Costos
	TEMA:		RECURSOS	
		Autogestión a	MATERIALES	
	Dramatización	través del	Proyector	10\$
	sobre abandono y	Ministerio de	Material	15\$
	técnicas para	Inclusión	didáctico	20\$
Sensibilizar	mejorar el estado	Económica y	Hojas volantes	5\$
sobre el	de emocional del	Social (MIES)	Fotografías	--
abandono	paciente.	Trabajador	Computadoras	--
familiar y	• Planificación de	Social, Psicólogo	Trípticos	15\$
como afecta	la dramatización		Gigantografía	20\$
en el estado	• Elaboración de		TALENTO	
emocional	la agenda para		HUMANOS	
de los	actores			-----
pacientes	(familiares)		Responsable	85\$
de la casa	• Ejecución de la		(Psicólogo/a y	
de enfermos	dramatización.		Trabajador/a	
terminales	• Criterio de los		Social)	
fundación	participantes			
Liga de	• Evaluación de la		Familiares de	
Caridad de	actividad.		los pacientes	
Loja.	• Entrega de		de la casa de	
	trípticos sobre el		enfermos	
	tema expuesto.		terminales	
			fundación Liga	
			de Caridad de	
			Loja.	

Cronograma Operativo.

Actividad	Tiempo	Responsables
<ul style="list-style-type: none">• Concentración del grupo	<ul style="list-style-type: none">• 7:50-8:00	Autogestión del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) Trabajador Social, Psicólogo Equipo multidisciplinario
<ul style="list-style-type: none">• Inicio de la Dramatización	<ul style="list-style-type: none">• 8:00-11:00	
<ul style="list-style-type: none">• Criterio de los participantes	<ul style="list-style-type: none">• 11:00-11:30	
<ul style="list-style-type: none">• Criterio de los participantes	<ul style="list-style-type: none">• 11:30-12:00	
Finalización y evaluación de la dramatización ("Dramatización sobre abandono y técnicas para mejorar el estado de emocional del paciente.")		

j. BIBLIOGRAFÍA.

Acevedo, J. (2003). Reflexiones acerca del Trabajo Social en las cárceles.

Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Acuña, I., Barrios Y., Martínez N., Taborda, E. & Vargas, G. (2015).

Percepción de la Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores de los

Centros de Vida de la Ciudad de Cartagena. (Tesis de pregrado).

Universidad de Cartagena. Cartagena Colombia.

Aguirre, F. (2015). Reglamento Interno de la Casa de Enfermos Terminales

de la Liga de Caridad de Loja Recuperado de

<http://www.ligadecaridad.org/sites/default/files/files/reglamento-interno-2015.pdf>

Anaya, B. (2007). *“El que hacer profesional e integración del Trabajador*

Social dentro del Partido Revolucionario Institucional en el Estado de

Hidalgo. (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de

Hidalgo. Pachuca de Soto, México.

Aparicio, D. (2012). Importancia De La Familia en la Vejez. Recuperado de

<http://www.vejezyvida.com/importancia-de-la-familia-en-la-vejez/>

Arias, A., Morales, J., Nouvilas, E. y Martínez, J. (2012). *Psicología Social*

Aplicada. Madrid. España. Médica Panamericana. S .A.

Armas, R. (2010). *Desarrollo emocional.* Universidad Politécnica Salesiana.

Ecuador: Universitarias Abya – Yala..

- Arquín, N. (2008). *Trabajo Social Estado y Sociedad. Trabajo social y las prácticas societarias*. Buenos aires. Argentina. Espacio.
- Berryman, J., Hargreaves, D., Howells, K. y Ockleford, E. (2000). *La Psicología y tú. Una introducción informal*. Barcelona, España: Paidós Ibérica. S. A.
- Bisquerra Alzina, R. (2000). *Educación Emocional y Bienestar*. Barcelona, España: Editorial Praxis.
- Bruna, M., Reinoso, Z. y San Martín, R. (2014): *El Abandono una Problemática en el Adulto Mayor*. Santiago de Chile, Chile.
- Cárdenas, E., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
- Carvajal, A. (2010). *Desarrollo y cultura. Elementos para la Reflexión y la acción. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano*. Cali, Colombia: Universidad del Valle.
- Cazzaniga, S. (2007). *Hilos y Nudos: la formación, la intervención y lo político en el trabajo social*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Casassus, J. (2006). *La educación del ser emocional*. Monterrey, México. Ediciones Castillo.

Corbín, J. (2016). *Los 8 tipos de emociones (clasificación y descripción)*.

Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.

Delgado, J. (2012). *“Abandono Familiar y Conductas Sociales en Adultos*

Mayores; Centro del Buen Vivir MIES FEDHU-2012”. (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil. Guayaquil. Ecuador.

Diccionario Webster. (2012). *Tipos de familia*. Recuperado de

<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21897/capitulo2.pdf>

Domínguez, T., Espín, A. y Bayorre, H. (2001). *Caracterización De Las*

Relaciones Familiares Del Anciano. Rev. Cubana Med Gen Integr.

Recuperado de <Http://Scielo.Sld.Cu/Pdf/Mgi/V17n5/Mgi02501.Pdf>.

Enciclopedia de tareas (2017). *Funciones de la familia*. Recuperado de

<http://www.encyclopediadetareas.net/2010/07/funciones-de-la-familia.html>

el 26 de diciembre del 2017.

Enciclopedia Jurídica. (2014). *Abandono familiar*. Recuperado de

<http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/abandono->

[defamilia/abandono-de-familia.htm](http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/abandono-defamilia/abandono-de-familia.htm)

Eroles, C. (2001). *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e*

interdisciplinario de la intervención profesional. Buenos Aires,

Argentina: Espacio.

Fernández, R. (1996): *“Psicología del envejecimiento: Lección Inaugural del*

Curso Académico 1996-1997”. Madrid, España: Universidad

Autónoma de Madrid.

- Ferradas M. y Freire, C. (15 de septiembre de 2016). Calidad de vida y bienestar en la vejez. *Pirámide*. Vol. 3, No. 2, 142-144. DOI: 10.17979/reipe.2016.3.2.1866.
- Fuentes, M. y García, A. (enero – abril de 2003). Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. *Revista la Quebrada*. Vol.2. N°1. pp. 25-29
- Galán, E. (2010). *Funcionalidad en Familias con Adolescentes Escolarizados en Paipa. avances en Enfermería*). Recuperado de http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_8.pdf
- García, J. (2012). *La educación emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje Educación*. San Pedro, Montes de Oca, Costa Rica. Educación.
- García, R. (2007). *Frecuencia de Disfunción Familiar en Pacientes con Hipertensión Arterial Descompensada* (Tesis de pregrado). Universidad de Colima, Colima, México.
- Goleman, D. (1998). *La inteligencia emocional en la empresa*. Barcelona, España: Vergara.
- González, B. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana*; 16(5):508-512.
- Google (2018). *Datos del Mapa. Barrio la Pradera*. Recuperado de <https://www.google.com/maps/place/Calle+Romerillos,+Loja/@-4.0143369,->

79.2010376,17z/data=!4m5!3m4!1s0x91cb381e13bd3093:0x67e7d6
bf8dbb0dd1!8m2!3d-4.0153483!4d-79.1989562

Gutiérrez, R. (28 de junio de 2005). *Abandono de la tercera edad en la familia. Universidad del Mar. Escuela de Trabajo Social. Analisis Psicosocial Del Sujeto Social.* Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos25/abandono-tercera-edad/abandono-tercera-edad.shtml#ixzz534YIU7x>

Herbert, M. (2000). *Psicología en el Trabajo Social.* Madrid, España: Pirámide.

Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana*; 13(6):591-595.

Liga de la Caridad (1939). *Datos del Centro.* Recuperado de <http://www.ligadecaridad.org/node/32>

Majos, A. (2000). *Manual de Prácticas de Trabajo Social en la Tercera Edad.* Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Martínez, C. (2009). *Consideraciones obre inteligencia emocional.* La Habana, Cuba: Editorial Científico técnico.

Martínez, M. (2003) " *Objetivos y funciones de la capacitación*". Recuperado de <http://nolycarrillo.jimdocom/unidad-1/objetivos-y-funciones-de-la-capacitaci%C3%B3n/>.

Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. (2000). Emotional Intelligence. Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa* (21),7-43.

Morán, Roberto. (2005). *La Familia ante problemas emocionales*. San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

Muñoz, F., Espinoza, J. Portillo, J. y Rodríguez, J. (septiembre de 2002). La familia en la enfermedad terminal. *Medicina de Familia*. Vol. 3. N°3.

Oblitas, G. y Cols. L.A. (2006) *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas*. ISBN: 978-958-97836-7-2. Editorial: PSICOM Editores.

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, México: Artgraph.

Osorio, G. (2007). *Abandono del adulto mayor en la Casa de la Tercera Edad dependiente del Sistema IDF Hidalgo*. (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca de Soto, México.

Organizacion Mundial de la Salud. (Julio de 2015). *Ciclo vital familiar*. Recuperado de <http://www.who.int: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>.

Padilla, D. (1998). *“Psicología en adultos mayores abandonados”*. VIII Región, Chile: Universidad de Concepción.

- Paucar, L. (2012). *El Abandono Familiar y su Incidencia en el Estado Emocional del Adulto Mayor* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Pereira, R. (2017). *Familias Reconstituidas*. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/pag02_03%20(1).pdf
- Pérez, C. (2012). *Psicología social*. Estado México, Mexico: Red Tercer Milenio S.C.
- Quezada, M. y Rodríguez, L. (2008). *Desarrollo y post desarrollo: Modelos y alternativas.*, Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Cali, Colombia: Universidad del Valle.
- Ríos, G. (2012). *Vejez. Rol Del Adulto Mayor En La Sociedad Y Familia*. Recuperado de <http://suite101.net/article/vejez-rol-del-adulto-mayor-en-la-sociedad-y-familia-a32745>.
- Rodríguez, P., Ramos, A. y Hernández, M. (2014). *Modelo de Atención y Centrada en la Persona. Teoría en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid, España: Grupo Anaya, S. A.
- Stith, S., Williams, M. y Rose, K. (1992). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer. S. A.
- Valdivia, C. (2010). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*. Universidad de Deusto. Vol. 1, pp. 15-22.

Zavala, M., Vidal, D., Castro, M. Quiroga, P. y Klassen, G. (2006).
Funcionamiento Social Del Adulto Mayor. Ciencia Y Enfermería XII
(2): 53-62, pp. 54 –55. Recuperado de
[Http://Www.Scielo.Cl/Pdf/Cienf/V12n2/Art07.Pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/V12n2/Art07.pdf)

k. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TEMA:

EL ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA
EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS
PACIENTES DE LA CASA DE ENFERMOS
TERMINALES FUNDACIÓN LIGA DE
CARIDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL
TRABAJADOR SOCIAL DURANTE EL
PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A NOVIEMBRE
2017

PROYECTO DE TESIS
PREVIO A OPTAR EL GRADO
DE LICENCIADA EN TRABAJO
SOCIAL

AUTORA

Karen Andrea Orellana Guerra

LOJA – ECUADOR

2017

a. TEMA

EL ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DE LA CASA DE ENFERMOS TERMINALES FUNDACIÓN LIGA DE CARIDAD DE LOJA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A NOVIEMBRE 2017.

b. PROBLEMÁTICA

La familia es el lugar ideal para forjar los valores, es una meta alcanzable y necesaria para lograr un modo de vida más humano, que posteriormente se transmitirá a la sociedad entera. El valor nace y se desarrolla cuando cada uno de sus miembros asume con responsabilidad el papel que le ha tocado desempeñar en la familia, procurando el bienestar, desarrollo y felicidad de todos los demás.

Es así que “La familia es considerada como una parte integral de la atención al paciente y es esencial tenerlo en cuenta para poderle ayudar adecuadamente”. (Pozo, 2014, p.65)

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015 Julio) señala que: A nivel mundial anualmente 40 millones de enfermos terminales son abandonados los cuales representan el 78 % de ellos viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano, estos necesitan de cuidados paliativos y familiares, ya que conforme van envejeciendo o empeorando en su salud traen consigo enfermedades de las cuales la familia no puede hacerse cargo de su cuidado.

Estadística y Censos (INEC) (2011 el 27 de Agosto) según los resultados se evidencian que: Existen más de 1'229.089 enfermos terminales y abandonados (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 90 años de edad.

La ciudad Loja frente a este hecho, no está exenta de este problema ya que previo diagnóstico realizado en la casa de enfermos terminales Fundación Liga de Caridad de Loja, se pudo percibir que dicha institución presta cuidados para el bienestar de las personas de la tercera edad las mismas que han sido abandonadas por los familiares y olvidadas al mismo tiempo e ignoradas por la sociedad, continuamente se realizó una previa encuesta en el centro casa de enfermos terminales Fundación Liga De Caridad De Loja, en la que existen 10 pacientes con enfermedades terminales que necesitan de cuidados paliativos y apoyo familiar, donde sus familias han optado por internarlos ya que su cuidado requiere de personas profesionales, según los encuestados, 7 de ellos que representan al 70% han sido olvidados al ser internados en este centro; en este sentido se debe tomar en cuenta que las familias no están concientizadas, ni preparadas para enfrentar estas problemáticas olvidando las consecuencias que genera el abandono familiar en el estado emocional del enfermo terminal.

Por otro lado estudios realizados en Ecuador por el Instituto Nacional de El abandono familiar en la casa de enfermos terminales Fundación liga de caridad de Loja es visible, como lo determina la directora del centro y enfermeras del sector mediante la entrevista; todo esto también se corrobora con la investigación de sondeo realizada a familiares a través de una encuesta que se les aplicó, donde se enfatiza que el acompañamiento familiar en proceso de recuperación del paciente es deficiente lo que representa el 70%, a esto se suma la limitada practica

de valores familiares, y despreocupación por parte de los familiares con un 20%.

En relación al periodo de visitas a los pacientes, el 40% de los investigados responden que por motivos de vivir lejos de la ciudad se les dificulta trasladarse al centro, mientras que el 60% restante manifiesta que los visitan ocasionalmente.

Los motivos de internamiento de los pacientes es por diferentes tipos de enfermedad que presentan como son: cáncer con un 40%, diabetes en un 30%, alzhéimer con un 20% y solo el 10% han sido internados por la enfermedad de Párkinson.

Es notorio que no existe un involucramiento de la familia frente a esta realidad que viven los pacientes de este centro, cuya acción es humanitaria en beneficio de los más necesitados que no pueden ser atendidos por sus familiares ni alojados en los centros de salud tradicionales.

Por lo antes mencionado y considerando al abandono familiar en enfermos terminales como un problema latente en la sociedad que genera consecuencias de diversa índole se ha considerado investigar el siguiente problema. **¿De qué manera el abandono familiar afecta en el estado emocional de los pacientes de la Casa De Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad La Ciudad De Loja y la intervención del trabajador social?**

c. JUSTIFICACIÓN

El abandono familiar es caracterizado como un problema social que está afectando a grupos vulnerables de la tercera edad ya que al no existir esta preocupación por parte de la familia influye directamente a su estado de ánimo por lo que se considera importante fortalecer los nexos familiares y conexión con instituciones, mejorando la relación de este sector de atención prioritaria, creando vínculos entre paciente y familia como resultado de la responsabilidad compartida.

La “Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de caridad De Loja” es una institución que se dedica a rescatar, promover y difundir los valores morales de la sociedad ofreciendo el cuidado de las personas con enfermedades terminales, pero la falta de compromiso familiar afecta indirectamente en las labores que esta presta, considerando a la familia como eje esencial en la etapa última del paciente; es por esto que se cree necesario la intervención profesional para crear conciencia crítica de la afectación que provoca el abandono familiar, mejorando la situación emocional del paciente.

El presente proyecto se justifica académicamente de conformidad a lo dispuesto en el Reglamento de Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, en el nivel de formación profesional, como requisito para optar el grado de licenciada en Trabajo Social.

El proyecto beneficiará a los pacientes de la “Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de caridad De Loja” ya que permitirá conocer

la razones del abandono familiar a los enfermos terminales, y mediante la intervención profesional poder aportar con estrategias factibles para la solución y mejorar las relaciones entre paciente y familia.

El presente estudio desde el punto de vista personal permitirá como futura profesional, en Trabajo Social, lograr experiencia investigativa y práctica en esta importante área de intervención con enfermos terminales que carecen de todo tipo de afecto y comprensión por parte de sus familiares al ser abandonados, por otro lado se planteara una propuesta de acción que permitirá dar solución a la problemática.

Finalmente es factible realizar la presente investigación ya que se cuenta con el apoyo de la institución y familiares con los recursos económicos necesarios para el desarrollo de la misma y tiene pertinencia por encontrarse dentro del quehacer profesional del trabajador social y por ser un problema social latente en nuestra sociedad.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Contribuir con una propuesta de intervención social que permita mejorar el estado emocional en los pacientes de la casa de enfermos Terminales Fundación Liga de caridad de Loja mediante el involucramiento de sus familiares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fundamentar teórica y metodológicamente las categorías de análisis referentes al abandono familiar, estado emocional e intervención del Trabajador social en los pacientes de la casa de enfermos terminales.
- Investigar las causas y consecuencias que generan el abandono familiar en los pacientes de la casa de enfermos terminales.
- Diseñar una propuesta de intervención social que permita la concientización a familiares sobre el abandono familiar, desde el enfoque del trabajador Social.

e. MARCO TEÓRICO.

CAPITULO I

Abandono Familiar

Delito en que incurre el padre, tutor o marido que sin causa justificada deja de prestar a su familia la asistencia tanto material como moral a que está obligado. A todo esto Gutiérrez (2005) expone lo siguiente:

El abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar. Ya que es evidente como la familia descuida de sus adultos mayores no presentándoles los cuidados y atención que estos requieren y en los peores de las cosas estos son abandonados en casas asistenciales deslindando cualquier vínculo que pueden mantener entre estas y su única preocupación es estar al día con las precisiones y los gastos extras que ellos generan. Historias que describen la realidad de miles de adultos mayores.

Es por esto de la elección del tema a describir, la importancia que se le debe atribuir al abandono, situación que todos como personas sufrimos en alguna etapa de nuestras vidas, pero ante la mirada de la sociedad no es mucho lo que se hace para remediar esto, educando a la sociedad para evitar este hecho.

Debemos que la población mundial crece día a día y que un gran porcentaje de este rendimiento será atribuido por la tercera edad, siendo

esto último, objeto de la aplicación de leyes y políticas sociales a favor de la tercera edad.

Desde el punto de vista personal creo que toda intervención que se realice tanto en los niños, mujeres y adultos en general, es importante y es materia de estudio para profesionales a futuro, no obstante no es mucho lo que se hace para conocer este tipo de situaciones o para evitar esto.

Es importante ondear en temas de esta índole, ya que todos llegaremos a esta etapa de la vida o alguien cercano a nosotros cómo un familiar, amigo o como ser social.

Tenemos como futuros profesionales, saber identificar las carencias visibles en la gestión laboral existente en nuestros días. Tengo la sensación que es relevante dar la importancia que se debe a lo nuevo y a lo antiguo en conjunto en pos de una construcción social horizontal sin desmedro de ninguna etapa de la vida (niñez, adultez, vejez, etc.). La familia necesita mantener y cuidar la historia que se encuentra en la vida y los recuerdos de la tercera edad, en lo personal mi familia perdió esa instancia y es triste el ya no poder recuperar u oír de los labios de mi abuela como ejemplo.

En un grupo familiar hay distintas etapas en donde se clasifica o se encasilla cada miembro de la familia como por ejemplo etapa infantil, adultez y vejez o en otras palabras la tercera edad. El o los miembros que se encuentran o han llegado a esta etapa, en la mayoría de os casa son

excluidos o desplazados por el resto o mayoría de los miembros de la familia.

Existiendo una ruptura en los planos afectivos, de comunicación, interacción como ser social, dentro de un grupo familiar social.

La familia como grupo social tiene cambios y es mutable a la época que se vive, en donde se da más importancia a lo personal que a las relaciones que existen dentro de los componentes sociales. S/p

Tipos de Abandono familiar

Los tipos de abandonos existentes en enfermos terminales Según (Pérez, 2010, s/p) son los siguientes.

- No te visitan.
- No te llaman.
- No se preocupan por tus necesidades.
- Te ignoran.
- Muestras amor, y no te lo devuelven.
- No agradecen tus atenciones.
- Te dejan hablando solo.
- No te prestan atención cuando estas contando lo que te preocupa o duele.

CAPITULO II

Estado emocional

El estado de ánimo es un estado emocional que permanece durante un período relativamente largo. Cada vez que experimentamos un suceso inesperado, se activa una emoción. Las emociones y estados de ánimo son predisposiciones para la acción.

A todo esto Guerrero (s/f) afirma lo siguiente:

Las emociones se experimentan en una forma muy personal de la que generalmente no somos conscientes, pero que se manifiesta en la expresión del rostro, la postura corporal y en estados mentales específicos. Las emociones influyen en nuestro estado de ánimo, en la motivación e incluso en nuestro carácter y conducta. Además provocan reacciones fisiológicas por estar relacionadas con hormonas como el cortisol y la noradrenalina, y con neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, que alteran el apetito, el sueño y la capacidad de concentración.

Algunos expertos en emociones, como el suizo Klaus Scherer, de la Universidad de Ginebra, o el ya fallecido Richard Lazarus, de la Universidad de California en Berkeley, propusieron que un factor importante en las emociones es la cognición —es decir, las habilidades y procesos mentales relacionados con el conocimiento, como atención, memoria, juicio, razonamiento y toma de decisiones—, que nos permite interpretar los acontecimientos de manera consciente o inconsciente y decidir cómo reaccionar. No obstante otros investigadores, como el

neurocientífico Antonio Damasio, de la Universidad del Sur de California, piensan que las respuestas del cuerpo son más importantes que cualquier interpretación de las emociones, un punto de vista que es polémico. Su principal argumento es que los cambios en el cuerpo que acompañan a las emociones pueden alterar la experiencia. Por ejemplo, en un experimento reciente científicos alemanes y canadienses encabezados por Johannes Michalak de la Universidad de Hildesheim encontraron que así como el estado de ánimo afecta nuestra posición al caminar, también la forma de movernos influye en nuestro ánimo. Los investigadores mostraron a los 39 participantes en el experimento una lista de palabras positivas y negativas. Después los pusieron en caminadoras con un medidor que se movía a un lado u otro dependiendo de si el estilo de caminar era “alegre” o “depresivo”. Los participantes no sabían esto del medidor y se les pidió que caminaran de modo tal que el medidor se moviera a la izquierda o a la derecha. Al finalizar el ejercicio tuvieron que escribir las palabras que recordaban de la lista. Quienes caminaron “depresivamente” recordaban muchas más palabras negativas que los otros.

Hay otros modelos que consideran que las emociones y la cognición son procesos interdependientes y que cada uno puede producir efectos en el otro. Lo que está cada vez más claro es que hay una comunicación directa y bidireccional entre el cerebro y el resto del organismo. Por ejemplo, el miedo provoca una aceleración del ritmo cardíaco y de la respiración, nos hace sudar y mantiene nuestros músculos en tensión.

Se ha identificado una correspondencia entre las emociones y la actividad de diversas partes del cerebro. Desde el siglo pasado, las investigaciones señalaron la participación en las emociones de un grupo de estructuras del centro del cerebro que en conjunto forman el sistema límbico. Entre otras están la amígdala, central en la aparición de emociones como el miedo y la ira, el hipotálamo, que modula la expresión fisiológica de la emoción produciendo sustancias llamadas neurohormonas, y el giro cingulado y el hipocampo; este último es una estructura muy vulnerable al estrés crónico e importante para la formación de recuerdos. En estudios recientes sobre las emociones y el cerebro se ha encontrado que en éstas también participan otras estructuras y regiones cerebrales.

Según Rodríguez (2012) afirma que:

Las emociones son reacciones repentinas que no se controlan, ya que, varían dependiendo la situación y pueden ser aprendidas y repetidas, son variables, incontrolables e incuantificables”. La frase de Horace Walpole, “La vida es una comedia para quienes piensan y una tragedia para quienes sienten”, hace alusión a las emociones cuando no son controladas y originan problemas, conflictos, malos entendidos, a la parte agresiva del ser humano”. Se generan de forma espontánea y brusca, pueden llevar a los sujetos a cometer homicidio, así como generar una depresión hasta motivar al suicidio, o realizar un acto impulsivo como gastar todo su dinero o efectuar actos sin límite. Actuar de forma ilógica, se produce usualmente cuando existen situaciones de estrés donde surgen conflictos entre los individuos al tener diferentes percepciones,

creando una situación que afecta las relaciones interpersonales en los campos laboral, escolar y familiar. Es precisamente, por las dificultades que conllevan los conflictos en los ámbitos sociales, que le interesa a la psicología social; el papel de la imitación cotidiana de los sentimientos. (pp.31-32)

CAPITULO III

Intervención del trabajador social.

El Trabajador Social es un/a profesional de la acción social que se ocupa de fomentar el bienestar del ser humano, la prevención y atención de dificultades y/o carencias sociales de las personas, familias, grupos y del medio social en el que viven.

Esto significa que el Trabajador Social frente a las problemáticas del Adulto Mayor tiene mucha importancia ya que son quienes recogen las demandas de estas personas para luego hacer un estudio de la situación y establecer así un plan de intervención para mejorar la situación de los adultos mayores, en este caso propiciar un ambiente favorable que contribuya a fortalecer y mejorar el estado emocional del adulto mayor frente al abandono de su familia.

El Trabajador Social utiliza la aplicación de la teoría social y los métodos de investigación para estudiar y mejorar la vida de las personas de la tercera edad; sean estas en grupo o de manera individual; tienen relación directa con el adulto mayor para brindar apoyo a estas personas en su

vida cotidiana, incluida la crisis médica, vivienda, familia y desafíos, incluye las personas con discapacidad. Este trabajo duro y proactivo hacen la vida un poco más fácil para los que luchan, realidad por la cual todo ser humano tiene que pasar, es por ello que es indispensable el aceptar que algún día llegaremos a un estado de vejez, y lo difícil está en aprender a convivir con ello, es así que es ahora el tiempo de dar lo mejor a quienes se encuentran a nuestro lado, especialmente a las personas de la tercera edad, ya que de esta manera se fomentará el cuidado y protección hacia este grupo vulnerable que está siendo alejado de sus familias. No se deben sentir ajenos a esta situación ya que el abandono al adulto mayor está arraigada en la sociedad y debemos eliminarla para que no se propague. (Paucar, 2012, p.86)

f. METODOLOGÍA.

El diseño de la investigación estará de acuerdo con las características de la investigación de campo, documental, bibliográfica y experimental igualmente se utilizarán los tipos de investigación en los que se basará el proyecto será el explorativo, descriptivo, correlacional y explicativo los cuales se utilizarán con la aplicación del método científico.

Métodos

La presente investigación se basará en el método científico útil para admitir los conocimientos logrados durante todo el proceso de forma organizada y sistemática.

Método Científico.

El método científico es el procedimiento ordenado y sistemático que determinará todas las características de los sucesos estudiados, estará presente durante todo el proceso de la investigación desde la selección del escenario, el planteamiento del problema, elaboración de objetivos, la estructuración del marco teórico con los elementos conceptuales para llegar a las conclusiones y recomendaciones.

Método Inductivo.

El método inductivo va de lo general a lo particular, a través de este método se presentarán conceptos, principios, definiciones, leyes previamente establecidas como principio general.

Permitirá tener un primer contacto e inmersión en el campo en donde se realizara la investigación considerando así mismo un nivel exploratorio en torno a la Casa de Enfermos Terminales.

La técnica a aplicar es la observación participante y como herramienta se hará uso del cuaderno de campo, utilizada para familiarizarse con la realidad a través de la participación activa con los involucrados se utilizara

Método Deductivo.

El deductivo va de lo particular a lo general. Este método se utilizara en el momento de establecer un principio general del estudio y análisis de los hechos y fenómenos que resultaran del proyecto.

Para la aplicación de este método se seguirá los pasos de observación, comparación, abstracción y generalización desde el momento mismo del abordamiento de la presente temática, en el desarrollo de las actividades planificadas, además de la aplicación de instrumentos para la recolección de la información.

Método analítico.

Para desarrollar este método es necesario establecer los elementos que se tomarán en cuenta, y estudiarlos de manera separada; lo cual permitirá al investigador la comprensión total de las variables del objeto de estudio (Abandono familiar y estado emocional) para la selección de alternativas de solución en la disminución del problema a través del enfoque de trabajo social.

La herramienta que se utilizara será encuesta que se aplicará a los familiares de los pacientes permitiendo registrar y clasificar los datos recolectados en relación a los indicadores de las variables que son parte de la investigación que se realizará a los familiares de los pacientes de la institución y la entrevista estructurada dirigida a las enfermeras del centro con la finalidad de obtener datos referentes al abandono familiar y estado emocional del paciente.

Método Sintético.

Es un proceso de razonamiento que tiende a reconstruir un todo, a partir de los elementos distinguidos por el análisis; se trata en consecuencia de hacer una explosión metódica y breve, en resumen. En otras palabras debemos decir que la síntesis es un procedimiento mental que tiene como meta la comprensión cabal de la esencia de lo que ya conocemos en todas sus partes y particularidades.

Permitirá avanzar en el conocimiento implica llegar a comprender la esencia del mismo, conocer sus aspectos y relaciones básicas en una perspectiva de totalidad en cuanto al abandono familiar y el estado emocional.

La modalidad de investigación que se empleara será la bibliográfica-documental para recabar información relevante de fuentes primarias, secundarias y terciarias permitiendo percatarse de la relación existente entre las variables independiente (Abandono familiar) y la dependiente (Estado emocional); identificadas en el problema objeto de estudio y el plan de análisis de interpretación de resultados que permitirá verificar la

relación de los objetivos planteados para así generar las respectivas conclusiones y recomendaciones las mismas que tienen que estar ligadas a lo que se está investigando.

Técnicas.

En la presente investigación se hará uso de técnicas como la observación participante, la encuesta y la entrevista que permitirá la recolección de información para fundamentar el problema objeto de estudio.

Observación participante.

La técnica de la observación participante consiste en ver hechos y fenómenos que se desean conocer, cuando se utiliza con un objetivo determinado, misma que requiere ser programada y controlada sistemáticamente, para lo cual debe seguir los principios básicos de confiabilidad y validez.

Dentro de la investigación la observación directa servirá para el reconocimiento de la institución y la estructura funcional de la Casa de Enfermos Terminales.

Encuesta.

Es una técnica que sirve para la obtención de un diagnóstico de los problemas derivados del objeto de estudio.

Permitirá registrar y clasificar los datos recolectados en relación a los indicadores de las variables que son parte de la investigación que se realizará a los familiares de los pacientes de la institución.

Entrevista.

La técnica de la entrevista estructurada consiste en una conversación interpersonal que tiene como finalidad obtener información cualitativa de manera oral; la cual consiste en una conversación entre dos o más personas con un objetivo determinado. Es por ello que se realizara la entrevista con las enfermeras del centro con la finalidad de obtener datos referentes al abandono familiar y estado emocional.

Población y Muestra

El universo objeto de estudio cuenta con un total de 10 pacientes razón por la cual se trabajara con 10 familiares representantes de cada uno de los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad De Loja.

Muestra:

Se utilizara la muestra probabilística a través del muestreo regulado siendo 10 familiares de los pacientes de la Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad De Loja para obtener información relevante.

h. Presupuesto y financiamiento

La elaboración y desarrollo de la presente investigación contara con la utilización de recursos materiales y económicos, mismos que en su totalidad serán financiados por la autora.

Recursos materiales

Para el presente trabajo se utilizara el siguiente material:

- Internet
- Impresiones
- Copias
- Computador
- Transporte
- Materiales de Escritorio
- Cámara fotográfica
- Proyector o infocus
- Anillado
- Empastado
- CD

Recursos Económicos.

Los valores monetarios necesarios se estiman en setecientos treinta y siete dólares americanos y diez centavos, para el desarrollo de la investigación los mismos que se detallan a continuación:

RECURSOS ECONOMICOS

ITE	DETALLES	UNID	VALOR	VALOR
MS		AD	UNITARIO	TOTAL
1	- Internet	10/m	22.00	220
2	- Impresiones	800	0.15	120
3	- Copias	1.700	0.02	34.00
4	- Transporte	-	0.30	30.00
5	- Materiales de Escritorio	-	0.50	35.00
6	- Materiales audiovisuales	4/h	10.00	40.00
7	- Anillado	3	2.00	6.00
8	- Empastado	5	15.00	75.00
9	- CD	5	1.00	5.00
SUBTOTAL				567
Imprevistos			30%	170.10
TOTAL				737.10

i. BIBLIOGRAFÍA

Angeles, P. M. (17 de mayo de 2010). *Violencia y abandono intrafamiliar*.

Recuperado el 19 de enero de 2017

Armentia, E. M. (2014). *la importancia de la familia en la atencion de enfermos terminales*. Recuperado el 12 de diciembre de 2016

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (27 de agosto de 2011).

Recuperado el 25 de noviembre de 2016, de <http://www.inec.gob.ec>:

http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es

Mothelet, V. G. (s.f.). Cerebro y emociones: ¿podemos elegir qué sentir? *revista de divulgacion de la ciencia de la UNAM*, 196.

Organizacion Mundial de la Salud. (Julio de 2015). Recuperado el 24 de noviembre de 2016, de <http://www.who.int>:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>

Paucar, L. (2012). *El abandono familiar y su incidencia en el estado emocional del adulto mayor*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Pérez, C. R. (2012). *Psicología social*. estado mexico, Mexico: RED TERCER
MILENIO S.C.

R., G. G. (28 de junio de 2005). *ANALISIS PSICOSOCIAL DEL SUJETO
SOCIAL*. Recuperado el 24 de enero de 2017

Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA. Facultad Jurídica Social Y Administrativa CARRERA TRABAJO SOCIAL.

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DE LA CASA HOGAR DE ENFERMOS TERMINALES LIGA DE CARIDAD DE LOJA.

La presente encuesta tiene como finalidad conocer de qué manera influye el abandono familiar en los pacientes de la casa hogar de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja, para establecer una propuesta de intervención social que permita mejorar el estado emocional en el enfermo terminal. Se sugiere contestar con la más absoluta sinceridad las preguntas planteadas.

- 1) **¿Qué opina usted en relación al abandono de pacientes con enfermedades terminales?**

.....
.....
.....
.....
.....

- 2) **¿Considera usted que su ausencia influye en el estado emocional del paciente?**

Si () No ()

Porqué.....

.....
.....
.....
.....

3) MARQUE CON UNA X

¿Cómo observa el estado de ánimo que presentan los pacientes internos en la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja?

- Alegres ()
- Deprimido ()
- Melancólico ()
- Estresado ()
- Enojado ()
- Cansado ()

4) ¿A qué causas atribuye usted el abandono familiar a pacientes con enfermedades terminales?

- Deficiente relaciones familiares ()
- Deficiente comunicación familiar ()
- Ausencia de tiempo por razones laborales ()
- Dificultad para movilizarse de su residencia a la casa de enfermos terminales ()
- Económicos ()
- Otros.....

5) MARQUE CON UNA X

¿Qué consecuencias genera el abandono familiar en los pacientes de la casa de enfermos terminales?

- Miedo ()
- Bajo apetito ()
- Ansiedad ()
- Depresión ()
- Culpa-Remordimiento ()
- Bajo autoestima ()

6) ¿Cree Ud. que su paciente se encuentra bien atendido en la casa de enfermos terminales?

Si () No ()

Porqué.....
.....
.....
.....

7) ¿Cada que tiempo visita a su paciente?

- Diariamente ()
- Semanalmente ()
- Mensualmente ()

8) ¿De qué manera usted apoya a su paciente en su enfermedad terminal?

.....

.....

.....

.....

9) ¿Considera Ud. que los enfermos terminales al recibir visitas de su familia o Amigos su estado emocional se muestra?

- Más alegre ()
- Indiferente ()
- Irritable ()
- Igual ()
- Otros.....

.....

.....

10) ¿Considera usted que las condiciones de cuidado de su paciente mejoraron en beneficio de este al ser ingresado a la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja?

Si () No ()

Porqué.....

.....

.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA. Facultad Jurídica Social Y Administrativa CARRERA TRABAJO SOCIAL.

ENTREVISTA DIRIGIDA AL EQUIPO OPERATIVO QUE DA ASISTENCIA EN LA CASA HOGAR DE ENFERMOS TERMINALES LIGA DE CARIDAD DE LOJA.

Estimado Sr (a) díguese a responder la presente entrevista la misma que tiene como finalidad conocer de qué manera incide el abandono familiar en el estado emocional del enfermo terminal para establecer una propuesta de intervención social encaminada al estado emocional en el enfermo terminal.

1) ¿Indique cuáles son las razones por las que ingresan los pacientes a la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad?

- Por sus familiares (...)
Por enfermedad (...)
Son transferidos de otros centros (...)

2) ¿Cómo califica usted el acompañamiento de la familia hacia los enfermos terminales?

- Bueno (...)
Malo (...)
Regular (...)

3) De manera general ¿Cómo es el estado de ánimo que presentan los pacientes en la casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja?

- Tristeza (...)
Irritabilidad (...)
Alegoría (...)
Melancolía (...)

4) ¿En qué circunstancia consideran al enfermo terminal de ánimo negativo?

- Cuando no recibe ninguna visita (...)
Cuando tienen problemas entre ellos (...)
Cuando recuerdan a su familia (...)

5) ¿Cómo describe el estado de ánimo que presentan los pacientes internos en la casa de enfermos terminales liga de caridad de Loja debido a la ausencia de sus familiares?

.....

.....

.....

.....

.....

6) ¿Cree Ud. que a través de una intervención social la relación familia-paciente mejoraría ayudando al estado emocional del paciente?

Si (...) No (...)

Porqué.....

.....

.....

7) ¿Cree Ud. que el abandono familiar influye en el estado emocional del enfermo terminal?

Si (...) No (...)

Porqué.....

.....

.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 3

MEMORIA FOTOGRÁFICA



Casa de Enfermos
Terminales Fundación
Liga de Caridad de
Loja.

Autorización: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja

Responsable: Investigadora

Entrevista realizada a
los familiares de los
pacientes.



Autorización: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja

Responsable: Investigadora



Entrevista realizada a los enfermeras de las casas de enfermos terminales.

Autorización: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja

Responsable: Investigadora

Casa de enfermos terminales fundación liga de caridad de Loja sala de espera a las visitas.



Autorización: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja

Responsable: Investigadora



A la espera de los familiares

Autorización: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja

Responsable: Investigadora

Hora de visitas



Autorización: Casa de Enfermos Terminales Fundación Liga de Caridad de Loja

Responsable: Investigadora

ÍNDICE

CARATULA	i
CERTIFICACION	ii
AUTORIA	iii
CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
a. TITULO	1
b. RESUMEN	2
SUMMARY	3
c. INTRODUCCIÓN	6
d. REVISIÓN DE LITERATURA	10
e. MATERIALES Y MÉTODOS	75
f. RESULTADOS	80
g. DISCUSIÓN	106
h. CONCLUSIONES	108
i. RECOMENDACIONES	110
j. BIBLIOGRAFÍA	140
k. ANEXOS	148
INDICE	182