

302925



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO
ESCUELA DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA UNAM

6
2es.

APLICACION DE LA PSICOTERAPIA BREVE
COMO PARTE DEL TRATAMIENTO INTEGRAL
PARA INCREMENTAR LA CALIDAD DE VIDA
EN EL PACIENTE TERMINAL CON CANCER Y SIDA
(UN ESTUDIO DE CASOS)

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

REBECA HERNANDEZ MARTINEZ

DIRECTOR DE TESIS:
LIC. EDWIN SANCHEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

267453

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis padres en agradecimiento por convertir el pesimismo en optimismo,
y por la confianza depositada.
"Mil gracias por haberme dado la vida"

A mi hermano Miguel por haberme impulsado en el inicio de esta pequeña etapa,
esperando haber logrado cumplir con la misión encomendada,
misma que fue realizada con gran satisfacción.
"Gracias por siempre".

A mis sobrinos quienes siempre han estado a mi lado aún en los momentos más difíciles.

Y finalmente a quienes desde donde se encuentren,
se que comparten conmigo
la satisfacción por cubrir uno de mis objetivos.

INDICE

Introducción	1
Justificación	4

CAPITULO I

Definiciones, teorías y principios de la psicoterapia breve.

1.1 La psicoterapia breve y de emergencia más ampliamente definida.	9
1.2 Metas de la psicoterapia breve.	10
1.3 Factores de tiempo.	11
1.4 Métodos.	11
1.5 Indicaciones.	13
1.6 La teoría y los principios de la psicoterapia breve.	13
1.7 Procedimientos básicos de la psicoterapia breve.	17
1.8 Muerte, amenaza de muerte, duelo.	19

CAPITULO II

Salud y enfermedad

2.1 Concepto de salud y enfermedad.	23
-------------------------------------	----

2.2 Definición de enfermedad crónica o terminal.	28
--	----

CAPITULO III

La calidad de vida del paciente terminal.

3.1 Antecedentes históricos.	51
3.2 Delimitación del concepto calidad de vida de acuerdo con sus características	53
3.3 Definición del concepto calidad de vida	56
3.4 Tratamiento paliativo	56

CAPITULO IV

Generalidades del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

4.1 Antecedentes	59
4.2 Infección por VIH	61
4.3 Transmisión	63
4.4 Contexto psicosocial	66
4.5 Características de portadores relacionados con el SIDA	70
4.6 Aspectos psicológicos de los pacientes con SIDA	71
4.7 Métodos de prevención y control	72
4.8 Situación actual	73
4.9 El personal de salud y la infección por VIH	73

4.10 Implicaciones de los aspectos contratransferenciales en la relación equipo de salud paciente con VIH	77
4.11 Apoyo psicológico, social y familiar en la infección avanzada por el VIH	81
4.12 Pronóstico	84

CAPITULO V

Aspectos generales del cáncer

5.1 Etiología del cáncer	86
5.2 Epidemiología de las enfermedades oncológicas	87
5.3 El paciente frente a su cáncer	89
5.4 Psicoterapia con el enfermo oncológico	

91

CAPITULO VI

Metodología

6.1 Planteamiento del problema	97
6.2 Procedimiento	99

CAPITULO VII

Presentación Historias Clínicas

Caso 1	102
Caso 2	111

INTRODUCCION

Uno de los principales retos de la humanidad, desde sus orígenes hasta la actualidad lo constituye el hecho de preservar la salud y posponer la muerte, aspecto que no se ha alcanzado en su totalidad, pero si se han obtenido importantes logros, erradicando algunas de las enfermedades y controlando otras.

Hoy día se comprende bien como en una sociedad dominada por valores tecnológicos, las ocupaciones de atención de la salud en especial la medicina, pueden ser influenciadas por las formas técnicas de diagnóstico y terapia que han cobrado importancia en la historia reciente de la medicina. Este proceso podría hacer que se restara atención a actividades sociales tales como escuchar, alentar, reconocer y explicar. La aportación de las ciencias conductuales tiene por finalidad poner de relieve que la apreciación de los componentes interpersonales de la atención de la salud no se pueden adquirir del mismo modo que los profesionales de la salud aprenden un marco de conocimientos biológicos pertinentes a la atención a la salud.

Otra tarea fundamental de la atención a la salud es ofrecer seguridad y tranquilidad a quienes sufren por causa de una enfermedad terminal.

Son muchos los tratamientos médicos modernos que exigen que el paciente se entregue durante largo plazo a regímenes con frecuencia arduos.

Ante enfermedades crónicas, la atención de la salud se ha hido centrando en metas como lograr un nivel satisfactorio de funcionamiento en el paciente, dentro de las limitaciones impuestas por su trastorno. Estas metas exigen dar mayor atención a las circunstancias económicas, sociales y psicológicas.

Las interpretaciones que los pacientes dan a sus síntomas están gobernadas por conceptos e ideas de gran complejidad y variedad. Se necesita dar más atención al modo en que tales ideas influyen sobre la marcha de problemas específicos de salud.

Probablemente los pacientes prefieren hacer un relato de sus problemas en sus propios términos. Lo que en algunos casos no sucede, resultando que queden sin expresar muchas de las preocupaciones del paciente.

Por lo anterior debe quedar en claro que la investigación de la satisfacción de los pacientes podría dirigir su esfuerzo hacia la comprensión de cómo los pacientes experimentan el diagnóstico de una enfermedad letal; el impacto psicológico recibido y las repercusiones sintomáticas que debe enfrentar ya que además de tener que soportar una enfermedad grave, se halla el hecho de que está por terminar la vida del sujeto en cuestión por lo que un tratamiento psicológico apropiado podría ayudar bastante al paciente para que pueda adaptarse a la enfermedad que padece y a las implicaciones que esta conlleva, lo que podría a su vez incrementar la calidad de vida del mismo.

De lo anterior surge la idea de identificar la importancia de los factores psicológicos en el tratamiento integral del paciente terminal a través de la utilización de la psicoterapia breve con lo cual se pretende ayudar al paciente a adaptarse a su enfermedad y, por consiguiente, incrementar la calidad de vida durante el tiempo que le resta. En el presente trabajo nos centraremos principalmente en dos tipos de enfermedades terminales, el SIDA y el Cáncer por ser consideradas como enfermedades tan estigmatizadoras que provocan serios cambios en las diferentes áreas de actuación de quien las padece.

En el primer capítulo resaltaremos las principales características de la psicoterapia breve y su aplicación en el tratamiento integral del paciente terminal.

El segundo capítulo del presente trabajo, parte del concepto de salud y enfermedad, basándonos en las definiciones de algunos autores. Destacamos también a las enfermedades terminales haciendo mención de los efectos más devastadores y las exigencias más graves de las enfermedades largas y mortales. Resaltando también los factores biológicos y sociales que pueden afectar directamente al paciente a lo largo de la evolución de su enfermedad.

En el tercer capítulo esbozaremos lo referente a “la calidad de vida del paciente terminal, considerando a su vez, la aplicación del tratamiento paliativo.

En el cuarto capítulo se abordan las generalidades del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), tales como: Antecedentes, etapas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mecanismos de transmisión, contexto psicosocial, medidas de prevención y control, y la situación actual de la enfermedad.

En el quinto capítulo se explorará la etiología del cáncer y algunas generalidades respecto a su epidemiología y el impacto del diagnóstico para quien lo padece.

En el sexto y último capítulo se presentarán tres casos de pacientes que han sido diagnosticados con enfermedades terminales como; SIDA y Cáncer, de los cuales pretendemos hacer un análisis interpretativo a través de los datos reportados en las historias clínicas.

Así pues, el propósito del presente trabajo consiste en presentar la diversidad de conductas y respuestas por parte de un enfermo durante y después de recibir un diagnóstico letal. Tratando de enfocarnos hacia los cambios emocionales, mismos que pueden repercutir en el equilibrio orgánico. Considerando además la importancia del uso de la psicoterapia como parte del tratamiento integral del paciente terminal para lograr adaptarlo a la enfermedad, el tratamiento médico e incrementar la calidad de vida del mismo.

JUSTIFICACION

La muerte es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una persona. Normalmente, enfrentarse al capítulo final de la propia existencia supone profundas implicaciones psicológicas y sociales que no deben pasarse por alto si lo que se pretende es proporcionar una respuesta eficaz al sufrimiento humano. En el contexto de una enfermedad avanzada emergen intensas emociones entremezcladas y difíciles de manejar: tristeza por las múltiples pérdidas; despedidas y separaciones; temor al deterioro, al dolor físico, a la soledad, a que la vida carezca de sentido, al abandono, a lo desconocido, a la pérdida de control, a ser una carga, al rechazo. Asimismo pueden producirse sentimientos de desamparo, negación, incredulidad, cólera e indefensión.

El modo en que la persona pueda afrontar, confrontar y elaborar estas emociones va a depender de la interacción de múltiples factores, entre los que destacan: la personalidad del enfermo, las estrategias que haya utilizado previamente para hacer frente a situaciones difíciles, el tipo de recursos y soporte emocional-familiar de que disponga, la naturaleza de la enfermedad y el pronóstico que perciba, y la relación que se haya establecido entre el enfermo y el personal sanitario.

En el caso de los pacientes terminales, o en aquellos otros para los que no existe una posibilidad racional de ofrecer un incremento de cantidad de vida, la preservación de la calidad de vida se convierte en el objetivo prioritario, cuando no único. El voluntarismo (o el desconocimiento) de querer conseguir cantidad de vida donde no es posible podría parecer una actitud injustificable. Parecería erróneo tratar como curable algo que no lo es.

Por lo anterior, surge la aplicación de técnicas psicológicas al campo de la oncología, como un intento por mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer.

La rehabilitación psicosocial del enfermo con cáncer tiene como objetivo; modificar los comportamientos maladaptativos del paciente a la enfermedad, incrementando su autoestima y disminuyendo la angustia.

Los tratamientos psicooncológicos se han utilizado eficazmente en el control de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia, de la angustia y de la ansiedad producidas por el tratamiento con radioterapia, del dolor crónico y agudo, de la ansiedad y del dolor asociados a pruebas diagnósticas, y de trastornos sexuales secundarios a la enfermedad o su tratamiento, por citar algunos ejemplos. También se han utilizado eficazmente para mejorar "la calidad de vida" y la adaptación emocional del paciente, e incluso recientemente se ha sugerido que pueden prolongar la supervivencia del enfermo oncológico.

En el caso de los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) observamos que sufren múltiples tensiones psicosociales al igual que en los pacientes con cáncer, sin embargo, en los pacientes con SIDA pueden ser más graves por las siguientes razones:

1. Son más jóvenes;
2. Experimentan tensiones características de su grupo de riesgo (por ejemplo ostracismo social);
3. A menudo sufren trastornos mentales orgánicos confusión, demencia, trastornos orgánicos de la personalidad, causados por una infección del Sistema Nervioso Central por el VIH o por complicaciones de la inmunodeficiencia subyacente, tales como infecciones oportunistas y tumores.

Por lo anterior, podemos pensar que el enfermo se enfrenta no sólo a una batalla física, sino también psicológica.

.Así pues, si resulta imposible detener o incluso frenar, el avance de una enfermedad, parece lógico aceptar que la calidad de vida es más importante que su duración, de ahí que puede estar justificada la idea de que si la enfermedad es mortal, debería optarse por la calidad y no por la duración de vida, respetando a su vez, los deseos del paciente.

Y para poder llevar a cabo lo anterior podríamos utilizar la psicoterapia breve como parte del tratamiento integral del paciente terminal a fin de lograr su adaptación a los cambios producidos durante la evolución de la enfermedad y ayudarlo a exteriorizar lo concerniente al miedo que le provoca enfrentarse a lo desconocido y concientizarlo de la causa de su reacción independientemente del impacto psicológico que provoca todo diagnóstico letal.

DEFINICIONES, TEORIAS Y PRINCIPIOS DE LA PSICOTERAPIA BREVE¹

La psicoterapia es básicamente un proceso muy simple que comprende desconocimiento, aprendizaje y reaprendizaje. Nosotros somos el producto de nuestro propio pasado cognoscitivo.

La psicoterapia (esto es la psicoterapia dinámica) se ocupa de comprender el efecto que tienen las experiencias específicas de la vida sobre el organismo humano. Intenta comprender la masa perceptible acumulada que afecta la percepción contemporánea. Además trata de ayudar a desenmarañar o de alguna otra manera modificar aquellas percepciones pasadas que al haberse mal adaptado tienden a afectar los sentimientos y comportamientos actuales, y las respuestas derivadas de ellos. Las distorsiones del pasado se reestructuran por medio de la alianza del yo intacto del paciente y el papel técnico y humano del terapeuta. (Bellak y Small, 1988).

Sería inadecuado cuestionar si la psicoterapia es efectiva. Uno podría preguntarse también si el aprendizaje es efectivo. La única pregunta legítima es qué tan efectiva es una cierta forma de psicoterapia con una cierta persona bajo unas ciertas condiciones. La efectividad dependerá de los factores técnicos y personales y de las limitaciones en principio para aprender, desaprender y reaprender de experiencias tempranas, consistentemente repetitivas y traumáticamente fuertes. Como cualquier otra modalidad terapéutica potente, un método particular puede a veces ser negativamente efectivo.

La técnica psicoterapéutica plantea las proposiciones necesarias para producir óptimamente los cambios en la estructura y dinámica para la mejor adaptación. Se ha puesto poca atención sistemática en los medios para el aprendizaje óptimo y veloz por medio de las técnicas verificables predicadas sobre la teoría psicoanalítica.

Sin embargo, las psicoterapias psicoanalíticas comparadas con otros, son procesos de aprendizaje notoriamente superiores.

¹ *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, 1988

El hecho importante no es concretar cualquier clase de estructura. Rapaport usó la feliz frase de: "Las estructuras son procesos de baja tasa de cambio" que es la única forma en que las estructuras experienciales tienen sentido. La psicoterapia entonces se ocupa del cambio de aquellas estructuras que necesitan cambiar para permitirles vivir con menos maladaptaciones, menor sufrimiento subjetivo y menor riesgo para otros.

1.1 La psicoterapia breve y de emergencia más ampliamente definida.

La psicoterapia puede ser razonablemente una ciencia buena. Inherente a su práctica hay una serie de hipótesis que requieren y permiten explicaciones. Además, el mero hecho de que se especifiquen, protege en gran medida al terapeuta de dejarse llevar por motivaciones personales como presentimientos, intuiciones, bondad y una muchedumbre de determinantes inapropiadas. La práctica de la psicoterapia rápida exige en especial que el terapeuta opere partiendo de un conjunto de hechos firmemente asentados y de hipótesis bien fundamentadas. La brevedad misma del tratamiento exige el máximo orden posible en cuanto a la precisión del pensamiento y la mayor economía de la intervención. La psicoterapia breve deberá cumplir sus fines en el corto lapso que vaya de una a seis sesiones terapéuticas, cada una del tiempo acostumbrado (45-50 minutos) (Bellak y Small, 1988). Diciéndolo con precisión, la terapia rápida no es una terapia fácil. El terapeuta tiene que estar penetrantemente alerta para percibir cada comunicación significativa, mientras con rapidéz formula los comunes denominadores, llena los huecos de las partes omitidas desde su ventajosa posición de sentido no común, y casi simultáneamente tiene que decidir sobre cuál es la intervención más fructífera, que tiene que cotejar con su avalúo de las fuerzas, circunstancias de la vida real del paciente y condiciones del yo del paciente. En la psicoterapia rápida el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight, tiene que crearlo. No tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularla. Y cuando estos aspectos básicos del proceso terapéutico no se presentan, tiene que inventar alternativas. Por ello la psicoterapia breve es propiamente una especialidad para el profesional experimentado porque requiere el empleo total e inmediato de sus capacidades.

Esta es la razón por la cuál el proceso de la psicoterapia breve debe comprenderse bien para que no se vaya a emplear con serias consecuencias.

1.2 Metas de la psicoterapia breve

La psicoterapia breve es un método de tratamiento para síntomas o desadaptaciones que exigen el alivio más rápido posible por su naturaleza destructora o peligrosa o, por ejemplo en el caso de sucesos catastróficos. La meta de la psicoterapia breve se limita a quitar o a reducir un síntoma determinado; no se propone la reconstitución de la personalidad excepto en el caso de que cualquier intervención dinámica puede, y eso hasta cierto punto, automáticamente conducir a alguna forma de reestructuración. En su orientación dirigida al síntoma, la psicoterapia breve intenta mejorar la situación psicodinámica individual lo suficientemente como para permitir a la persona que continúe funcionando, permitiéndole a la "naturaleza" que continúe el proceso de curación, y en los casos en que esté indicado, aumentando la capacidad de autoapoyo del individuo suficientemente para que se habilite para continuar una psicoterapia más extensiva. El lograr la homeostasis cuando el equilibrio ha estado perturbado, aún cuando la homeostasis se haya logrado sólo por un periodo corto, le proporciona al individuo el conocimiento de que la mejoría es posible para él y además la motivación para buscar los medios y luchar para obtenerla.

Los esfuerzos dirigidos al síntoma de la psicoterapia breve son necesariamente relativos. Aún en la psicoterapia intensiva no siempre se reducen los síntomas al punto de la desaparición. Especialmente en la psicoterapia rápida, nos interesamos en grados de mejoría, con la limitada meta de conseguir por lo menos algún mejoramiento en el funcionamiento, con la meta de una dificultad subjetiva disminuida, con la meta de aumentar la fuerza hasta el punto en el que el individuo se proporcione un tratamiento más sólido como resultado de una mejoría en su capacidad para ganar más o de una mejoría en su motivación. Pero al mismo tiempo, insistiríamos en que para mucha gente una psicoterapia relativamente limitada puede ser suficiente para ayudarlos a que lleguen a un punto desde el cuál puedan continuar una mejoría autónoma; este fenómeno es bien

conocido en toda la medicina, ya sea que se continúe en los términos de Selye o en la prometedora idea de la homeopatía "vis medicatrix naturae".

1.3 Factores de tiempo.

Obviamente, en la psicoterapia breve el dolor o el peligro al que se expone al paciente requiere que la intervención sea inmediata con algún grado de alivio obtenido tan rápidamente cuanto sea posible, con gran frecuencia en la primera sesión terapéutica.

Podemos, sin embargo, considerar como terapia rápida a un período que comprenda desde una hasta seis sesiones (o a cualquier número de sesiones razonablemente limitado). Con frecuencia el período de tiempo de la psicoterapia rápida queda automáticamente establecido por el setting.

1.4 Métodos.

Tradicionalmente, el psicoanálisis emplea el método de la asociación libre para fomentar la determinación de la causalidad, para establecer la transferencia, y para fomentar el insight basado en la interpretación derivada del material producido por la asociación libre. El paciente tradicionalmente se tiende en un diván y el analista se sienta tras de él, ésta es una situación ideada para facilitar la asociación libre y para ayudar al analista a mantener alguna falta de estructura de la situación inmediata.

En la psicoterapia breve la asociación libre en cuanto tal no es un instrumento esencial excepto en los casos en los que pueda surgir como respuesta a un determinado estímulo del terapeuta, como, por ejemplo, cuando anda en pos de obtener algún material pertinente e informativo. Sin embargo la asociación libre no puede considerarse como inoperante en la psicoterapia breve. Cualquier intercambio humano que permita una respuesta relativamente libre aún cuando ésta sea a un estímulo ordenado, implica hasta cierto punto la asociación libre. Se podría considerar la operación de la asociación libre como extendida a lo largo de un continuo en la psicoterapia, con su máximo grado logrado

en el método psicoanalítico y con un grado más restringido operando en la situación de la psicoterapia breve.

En la psicoterapia breve el paciente no se tiende en un diván, sino que se sienta vis a vis al psicoterapeuta. Este procedimiento es así tanto por las metas y los métodos empleados cuanto por la limitación de tiempo.

En el psicoanálisis, la interpretación es el medio principal del analista para facilitar el insight. Esto es igualmente cierto en la psicoterapia breve. Sin embargo, la interpretación se modifica considerablemente con la práctica por las exigencias de la inmediatez de la situación. Con mucha frecuencia la interpretación se utiliza en situaciones en las que jamás se utilizaría así en el proceso psicoanalítico. Y lo que es más importante, la interpretación (es decir, la interpretación psicodinámica) en la psicoterapia breve va unida a otros tipos de intervenciones (médicas, ambientales, etc.), que en el psicoanálisis tradicional no se utilizan nunca o si acaso en muy raras ocasiones. Además el mérito de una determinada interpretación juzgada en cuanto a su capacidad para producir insight es un asunto muy relativo en la psicoterapia breve. Dado que su meta es un alivio relativo de los síntomas, la efectividad de la interpretación en cuanto a su producción de insight, se juzga similarmente de una manera relativa.

El análisis de la transferencia conflictual se considera como el aspecto curativo básico del proceso en el cual se produce dentro de la situación analítica una repetición de la relación original con los padres o con otras personas allegadas. En la psicoterapia breve la transferencia positiva se procura y se mantiene desde el principio hasta el final. No se "permite que se desarrolle" sino más bien se alienta y se extrae. Teniendo por finalidad la extirpación del síntoma o la mejoría, la psicoterapia breve presenta al terapeuta como una persona benigna, interesada, servicial y participante. La transferencia positiva se fomenta y se da por supuesta. En la medida en que es posible se evita la emergencia de la transferencia negativa y sólo se maneja en las raras ocasiones en las que, de alguna manera positiva se puede relacionar con otras manifestaciones o cuando se interpone en el camino del progreso terapéutico.

1.5 Indicaciones

Se hace hincapié en que sea la psicoterapia breve el método aplicable a elegir, especialmente en clínicas y dependencias con pacientes externos. Es verdad que la necesidad juega un papel: tiempo y personal disponible, voluntad de los pacientes, y la admonición que expresara leighton sobre que: "En el cuidado de unos pocos tenemos que tener en mente los muchos que representan un papel".

La psicoterapia breve es un tratamiento del cual se obtienen frecuentemente ventajas en relación con otros métodos. Si éste es el que se considera mejor, seremos capaces de desarrollarlo en los períodos esperados y probablemente proporcione un resultado más efectivo y real que en la terapia a largo plazo.

Desde el punto de vista teórico, hay mucho que decir acerca de la conveniencia de la psicoterapia breve. En tanto la investigación lo prueba, las experiencias clínicas son consistentes en demostrar que los repetidos episodios de psicoterapia breve pueden ser más beneficiosos que los procesos terapéuticos a largo plazo.

La base teórica para esto descansa en la teoría del conocimiento a aprendizaje. Si el paciente ha alcanzado algún nivel de adaptación, puede tomar lugar el conocimiento silente como lo llaman los psicólogos académicos. También es muy efectiva, de acuerdo con la teoría del aprendizaje, la dispersión del adiestramiento. En la psicoterapia breve, parece ser que un paciente se puede beneficiar de una resolución en la primera sesión, para aprender una buena cantidad antes de llegar a la siguiente y aprender más efectivamente sobre la base de la dispersión del adiestramiento.

1.6 La teoría y los principios de la psicoterapia breve.

De acuerdo con Bellak y Small, 1989, la psicoterapia definida de modo sucinto es una interacción verbal o de alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente. El énfasis se coloca en una serie de conceptos ordenados que

guíen las intervenciones del terapeuta; estos conceptos lógicamente deben estar fundamentados en una teoría de la personalidad y en proposiciones relacionadas con el diagnóstico, con la dinámica del padecimiento y con el tratamiento de las causas y/o de los efectos. Esta definición tiene como finalidad, presentar un marco de referencia para una metodología ordenada.

La psicoterapia de cualquier individuo tropieza con problemas diferentes a los problemas de cualquier otro. Los métodos de tratamiento que no estén concienzudamente sujetos a diagnósticos extensivos y a prescripciones de terapia específicamente planeadas, son inadecuados. Cualquier prescripción general de la terapia de relación, de la terapia de comunicaciones, de la terapia de trabajo, de la terapia de familia, de la terapia de grupo o del psicoanálisis de cualquier persuasión es insuficiente si no va acompañado por proposiciones específicas en cuanto al diagnóstico, la dinámica, y la terapéutica ajustada a una persona determinada.

1.6.1 La comunicación: del paciente al terapeuta.

Como en todas las interacciones humanas, el primer paso esencial es la comunicación. El paciente informa al terapeuta de sus problemas, de su historia y de su vida actual. Las comunicaciones del paciente cobran muchas formas. Pueden ser estrictamente verbales, como reportando, describiendo o con asociación libre. La comunicación también se presenta a través de las expresiones faciales y otros actos motores. El relato de sueños proporciona un nivel de comunicación en el cuál el paciente, en ese momento, no participa con conocimiento total del contenido de su comunicación. La palabra, desde luego, es el medio básico de comunicación en psicoterapia. La elección de palabras del paciente, el ritmo de su discurso, el estilo y el modo de expresarse, el énfasis o la carencia de él, todo puede comunicar al terapeuta información importante. Como veremos posteriormente, cuando el paciente tiene dificultad para verbalizar se recurrirá a medidas auxiliares para auspiciar la comunicación con el psicoterapeuta. Nos referimos a las pruebas psicológicas, a ciertas drogas y al hipnotismo.

1.6.2 El insight del terapeuta.

Mientras el paciente comunica, el terapeuta está alerta para reconocer los comunes denominadores en su patrón de conducta, al igual que los pensamientos, los sentimientos y las experiencias, en especial cuando se relacionan con sus síntomas. Los patrones de conducta y de experiencia deben definirse de una manera muy amplia. Además de estas configuraciones del comportamiento es también importante el estudio permanente del comportamiento en relación al psicoterapeuta. La labor del psicoterapeuta consiste en encontrar el común denominador en esos tres patrones generales de comportamiento y experiencia tan libremente agrupados. Los comunes denominadores contienen la explicación del modo presente de comportamiento del paciente, tanto del adaptado como del inadaptado.

1.6.3 Interpretación: comunicación del terapeuta al paciente.

El terapeuta está ya equipado para comunicar mediante la interpretación su insight al paciente. El propósito es el de dar al paciente la comprensión del terapeuta en cuanto al significado de los comunes denominadores de sus diversos patrones de conducta. Se entiende que debido a que la interpretación consiste en destacar los comunes denominadores en diferentes patrones de conducta y de sentimientos, pueden existir diferentes niveles de interpretación. También, puede ser que algunas interpretaciones se entrelacen con otras, y por ende se hará necesaria una gran cantidad de interpretaciones para reestructurar la masa pasada rastreada. Entonces, el terapeuta emplea además de la interpretación, otros tipos de intervención. Es posible que antes de que la interpretación sea apropiada, se recurra a una serie preparatoria de intervenciones verbales. Por lo tanto, antes de presentar una interpretación definitiva de algunos patrones de conducta y de sentimientos, el psicoterapeuta puede a su elección, ofrecer un cierto número de interpretaciones parciales o menores con el propósito de guiar al paciente mismo hacia el insight principal, descubierto ya por el psicoterapeuta, para preparar el campo para la comunicación del insight, o para probar en qué medida está el paciente preparado para aceptarlo.

Tal vez la atención tendría que dirigirse a una zona principal haciendo lo que podrían llamarse simplemente observaciones “en cauzantes”. En algunas ocasiones se debe proporcionar algún tipo de información adicional para que la interpretación pueda tener sentido. El terapeuta debe tener tanta conciencia de su propia forma de expresarse como la que tiene del paciente. La elección de las palabras que emplee, el ritmo al decirlas, sus modulaciones e inflexiones de voz, lo que acentúe o a lo que dé énfasis, su calor, su sarcasmo, hasta la censura en el tono, será tan claramente comprendido por el paciente como el contenido literal mismo del discurso.

1.6.4 El insight del paciente

Si todo funciona bien, el siguiente paso será el insight de parte del paciente. Definimos el insight como la percepción del paciente del patrón o configuración que siguen sus experiencias, sus sentimientos, su conducta y su forma de pensar. El máximo grado de insight se logra cuando esa comprensión intelectual y emocional se relaciona con patrones tal y como existen en la vida actual, con la transferencia, con la vida anterior, y en particular con la relación entre las motivaciones conscientes e inconscientes.

1.6.5 La elaboración

Una vez que el paciente ha entendido o aprendido a percibir algunos comunes denominadores en su comportamiento, suponemos que aplicará ese conocimiento a su vida práctica.

Tal vez ocurre un paso anterior en la elaboración; es aquél en el que el paciente extiende su insight para ver que se conduce de tal manera no sólo en la “X” sino también en la situación “Y” y después de esto procede a establecer una causalidad común.

La elaboración, por lo tanto, es un proceso en el que el paciente aplica un recién adquirido insight a una serie de situaciones para las cuáles son válidos los mismos patrones. Por lo tanto aumenta su conciencia de la conducta manifiesta y de sus causas. Esencialmente eso es un proceso de aprendizaje, a través del cuál se modifica la conducta

del paciente; mediante una reestructuración metapsicológica, se producen modificaciones terapéuticas a medida que la comprensión va fortaleciendo al yo, y la ventilación aligera la presión del impulso o produce una modificación en las presiones del superyó.

Con frecuencia la elaboración no llega a efectuar el resultado deseado, es decir, el cambio sintomático. En esos casos el terapeuta se queda con la duda de si es el insight el inexacto o de si existen otras causas para ese mismo comportamiento que aún no se han explicado. Por lo general es esto último lo que ocurre y tanto el paciente como el terapeuta se encuentran con una sobredeterminación de un síntoma específico. Entonces se repite el proceso terapéutico hasta que se elucidan y se elaboran las dos o más determinantes del patrón de conducta.

1.7 Procedimientos básicos de la psicoterapia breve.

De acuerdo con Bellak y Small, 1988, la amplitud de la gama de las diferencias individuales hace arriesgada la ordenación esquemática de cualquier interacción humana. A pesar de ello, en el proceso psicoterapéutico existen ciertos puntos básicos que pueden asentarse y que son válidos para casi todas las situaciones individuales. Dentro de cada uno de ellos se presenta una gama de variaciones muy amplia. Los puntos principales de la psicoterapia breve pueden verse como procedentes del establecimiento de sugerencias de relación y de la identificación del problema que se presenta hasta el tomar una historia, de organizar las relaciones entre el síntoma y la historia, de la selección y la aplicación de las intervenciones, de la elaboración, y finalmente de la fase final del tratamiento. Estos puntos se empalman con los tres aspectos generales de la psicoterapia: la comunicación, el insight (o cualquier otro cambio estructural), y la elaboración.

1.7.1 Organización de la psicoterapia en cinco sesiones en forma de unidad.

Al abogar por la psicoterapia en cinco sesiones, sobre todo se debe tener presente que esto no quiere decir que deba seguirse rígidamente este número (Bellak y Small, 1988).

Es importante planear el proceso terapéutico en términos de lo que uno puede esperar después de cada una de las cinco sesiones y especialmente al final de la primera, para formular algunos planes claramente definidos respecto de las áreas de intervención, el método de la misma, y la secuencia de las áreas y métodos de intervención.

La primera sesión: La historia es el estado presente del pasado. Al llegar un nuevo paciente es esencial hacer una historia exhaustiva. Pero esa historia debe estar primero relacionada con lo que lastima actualmente al paciente; esto es, la queja principal y las secundarias.

Es muy importante en la primera sesión hallar precisamente cuándo comenzaron los síntomas y comprender la situación de vida dentro de la cual surgieron y entonces precisar el porqué eligió el paciente ese día en particular para llegar a la consulta.

La segunda sesión: Comenzará con la pregunta de lo que el paciente pensó, sintió y soñó después de la primera. Esto ayuda a mantener una continuidad como parte de la técnica terapéutica.

En la tercera sesión: Se sigue el mismo proceso, cuando el paciente parece demostrar alguna mejoría. Es también el momento de trabajar sobre cualquier ansiedad de la separación inminente y diciendo que esta separación pueda posiblemente ser tan amenazante como para que las cosas empeoren otra vez.

La cuarta sesión: Frecuentemente produce un paciente que se siente peor. Trabajando con estos sentimientos, el paciente y el terapeuta pueden cubrir el material previo, la relación con el terapeuta y la ansiedad de la separación.

La quinta sesión: El nuevo material, cualquier elaboración que pueda ser hecha, la suma y la revisión de la información y el dejar al paciente con una transferencia positiva, son todos asuntos apropiados para cubrir en esta sesión. Si por alguna razón el paciente no estuviera aún bien como para dar por hecho el final, puede uno continuar con la terapia.

Cuando el terapeuta crea que el paciente ha llegado a un punto ciego, puede sugerir la idea de comenzar otra vez en tres meses.

Al final de la quinta sesión, nuevamente se le pide al paciente ponerse en contacto con el terapeuta de ahora a un mes, aunque se sienta perfectamente bien. En muchas circunstancias puede ser recomendable pedir al paciente que asista a una sesión un mes más tarde. Puede hacerse esto en el caso de que el terapeuta no esté lo suficientemente seguro de que el paciente se encuentre ya bien o si piensa que hay algún otro material que necesite ser examinado. De esta forma la terapia de cinco sesiones se cambia a una de seis.

1.8 Muerte, amenaza de muerte, duelo.

Las situaciones de vida y muerte, como la inminencia de ésta debido a una enfermedad, o el duelo resultante de la pérdida de un ser querido, producen crisis en el individuo. La elaboración de la terapia de un duelo normal es adaptativa y no de interferencia ni como adicción al duelo, a menos que resulte absolutamente necesario. Cada crisis se ve y se maneja individualmente debido a la especial constelación de factores experimentales de cada paciente. La consternación, ira o depresión, pueden ser los componentes de la crisis en algunos individuos mientras que en otros una crisis aparente puede sobrellevarse sin necesidad de intervención o ayuda profesional. Otros individuos pueden aparentar superficialmente que se adaptan muy bien a la crisis; pero interiormente están sufriendo en gran medida de agitación emocional.

Los métodos pueden ayudar al paciente a escoger el método defensivo que mejor le acomode, cualquiera que éste sea. En seguida de un diagnóstico de enfermedad incurable, también debe el médico estar preparado a cuidar del paciente y de su familia como apoyo en cualquier emergencia.

Aunque el médico esté alerta a las necesidades emocionales del paciente y su familia, a veces cree que al emitir un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento sus deberes profesionales han terminado. Durante este periodo de crisis es cuando el terapeuta puede ser llamado. Este determinará inicialmente cuál es la fuente principal de preocupación del

paciente. Si la muerte espanta al paciente, el facultativo examinará junto con él sus nociones específicas, fantasías y temores acerca de su propia muerte. El paciente podrá temer el no existir ya, o miedo de morir pero no de la muerte en sí, o tal vez esté obsesivamente preocupado con las razones de su enfermedad entre una variedad de posibilidades.

Al acrecentarse la comprensión individual de su padecimiento físico particular, también se acrecentará su mecanismo anticipatorio y su habilidad o capacidad para ajustarse al desarrollo sintomático de su enfermedad. El terapeuta debe estar preparado para discutir con el paciente, no sólo los peligros de su enfermedad sino también los diversos tratamientos médicos que puedan emplearse para combatirlos y para ver que el paciente tome una actitud participante en su programa de tratamiento hasta donde esto sea posible. Ser la víctima pasiva es a veces la carga mayor.

La intervención profesional en el caso de un individuo diagnosticado con una enfermedad letal sigue generalmente un procedimiento u otro. El primero posibilita al paciente a responder y a ajustarse a su condición, a su manera, con el auxilio del terapeuta que se esfuerza en acrecentar solamente la respuesta adaptativa. El segundo procedimiento se aplica en casos en los cuales el paciente no puede tolerar la enorme crisis de su enfermedad incurable y requiere de un apoyo terapéutico masivo. En ambos casos se permite al paciente tomar la iniciativa aunque sintiendo la presencia auxiliadora del terapeuta, quién podría ayudar a educar al paciente acerca de la naturaleza de su enfermedad y anticiparse a sus preguntas para aliviar su ansiedad o para auxiliarlo a discutir sobre la prioridad del tratamiento.

La pérdida de una persona amada es un acontecimiento devastador en la vida de un individuo. En el caso de la muerte del cónyuge, de una amistad íntima o de un miembro de la familia, el terapeuta debe evaluar el grado de daño que tal acontecimiento ha causado en la vida de los sobrevivientes. Para algunos, la muerte repentina de un ser amado es seguida de una sensación tan severa de choque que la crisis podrá durar más allá de lo normal. Los individuos que sufren la pérdida inesperada de un ser amado por

un accidente o un ataque al corazón, tal vez respondan a tal suceso con odio y amargura hacia un mundo en el cual puede ocurrir una muerte repentina en cualquier momento.

Hay ciertos artificios que pueden ser empleados por el terapeuta para ayudar al sobreviviente a aceptar su nueva relación con la realidad consecuente a la muerte de un ser amado. Cada individuo reacciona diferente al duelo y el terapeuta ayudará a que el paciente entienda que su pesadumbre es natural. Aunque en este concepto el facultativo debe ser flexible, la ausencia total de duelo puede ser dañina para el paciente ya que el dolor puede aparecer más tarde en forma sintomatológica. En consecuencia, debe animarse al paciente a expresar su dolor, no importa cuán breve o larga pueda ser la expresión. Se hará entender al paciente que ciertos síntomas de la pérdida bien pueden ser la manifestación física y mental de una depresión oculta.

El terapeuta no debe abrigar ninguna opinión preconcebida sobre qué tan bien o qué tan mal se ajustará el sobreviviente a la pérdida de su ser amado. Esto es particularmente ya que muchos individuos se adaptan mucho mejor y más rápidamente a la realidad de la muerte que otros, especialmente si su relación no era ambivalente. La situación de crisis ocasionalmente puede estimular un ajuste mejor con la realidad que el que existía antes de la confrontación con la muerte. Por lo tanto, es de importancia primordial la comprensión del sobreviviente así como del enfermo incurable, en términos de sus particulares necesidades y esperanzas, para ayudarlos a adaptarse a una pérdida repentina y en ocasiones inexplicable (Bellak y Small, 1988).

SALUD Y ENFERMEDAD

2.1 Concepto de Salud y Enfermedad.

El ser humano presenta una característica importante: es un organismo, y como tal, tiene ciertas necesidades básicas que deben satisfacerse para que pueda funcionar adecuadamente a cualquier nivel. El hombre, es entonces al igual que cualquier organismo vivo, un ser biológico susceptible de sufrir y experimentar cambios en su naturaleza orgánica. Sin embargo, más allá de su biología, el ser humano es también un ser psicológico y social que debe funcionar adecuadamente en estos aspectos para estar en armonía y gozar de salud (San Martín, 1992).

En medicina la palabra "normal" se usa comúnmente como sinónimo de salud. Lo normal se define como el promedio de lo que no se desvía de cierto valor medio. Pero en biología lo normal es algo más que un promedio: un valor normal corresponde a variaciones más o menos finas alrededor de un promedio característico. Cuando una característica estructural o funcional se desvía significativamente de lo normal en forma que produce síntomas no usuales o inconvenientes a nuestra biología, entonces la variación pasa a constituir una "anormalidad" sin que exista una frontera franca entre lo normal y lo anormal (San Martín, 1992).

Considerar la salud como un estado biológico y psicosocial estático no es realista: la noción de salud implica ideas de variación y adaptación continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y desadaptación. Tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas específicos que las distinguen y en estas condiciones ambos estados se excluyen mutuamente.

Por lo tanto, la salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. La salud no logra ser un fin en sí misma si no va acompañada de el goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano, del disfrute del bienestar, y de su contribución productiva al progreso social. Debido a la variabilidad en cuanto a la definición de la salud y la enfermedad así como el grado en que los diferentes individuos

llenen los requisitos de tales definiciones, es difícil lograr un consenso general acerca de quién está sano o enfermo.

Algunas concepciones de lo que es la salud, han sido las siguientes, comenzando por el concepto de la Organización Mundial de la Salud: "La salud es un estado de bienestar completo (físico, mental y social) y no solamente simple ausencia de enfermedad o invalidez" (San Martín, 1992).

Otros autores la conciben de la siguiente manera:

"Salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad o de invalidez" (Terris, en San Martín 1992).

"El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio" (Dubos en San Martín, 1992).

"La salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera de la cual toda otra situación es percibida como enfermedad" (Cornillot, 1978, en San Martín, 1992).

Como es posible ver las definiciones, la salud engloba aspectos subjetivos como bienestar mental y de adaptación, a la vez aspectos objetivos como capacidad de trabajo y para funcionar adecuadamente.

Desde un punto de vista biológico, se considera a la salud perfecta como un estado en que cada órgano opera con suma eficiencia y concordancia con cada uno de los otros órganos.

Desde una perspectiva psicológica, la salud perfecta es un estado en el que el hombre es capaz de enfrentar cualquier contingencia y que se considera en armonía con su medio.

Desde un punto de vista social, la salud perfecta es un estado en el que alcanza el máximo de su productividad laboral, de relación interpersonal, y el desempeño de su mejor papel como individuo.

Es difícil alcanzar la salud perfecta, pero a pesar de ello no todos son considerados como enfermos, es válido pensarse sano y calificarse como tal por el simple hecho subjetivo de "sentirse bien".

Considerando el concepto de salud en términos sociológicos y como condición social, Parsons (1965, en Garty, 1982) afirma que la salud es un requisito funcional de los sistemas sociales y toda sociedad tiene intereses creados en el mantenimiento adecuado de los niveles de la capacidad de su población a fin de asegurar el desempeño de esas labores fundamentales. Por lo tanto habrá una serie de distinciones entre los estados de los individuos que son y no son "satisfactorios" desde el punto de vista de esas normas.

El fracaso en el cumplimiento de estas normas se considera como deficiencia en la capacidad y se define como enfermedad para Persons (1965) la definición de salud es: "El estado de capacidad óptima de un individuo para el desempeño efectivo de los papeles y las labores para los que fué socializado" y la enfermedad se caracteriza por "un disturbio atribuido y generalizado de la capacidad del individuo para el desempeño normalmente esperado del papel o la labor, y que no es específico de sus compromisos con ninguna labor, papel, colectividad, norma o valor".

Bajo la influencia de Bernard y de Cannon desde el campo de la fisiología y de Freud desde el campo de la Psicología, los conceptos de salud y de enfermedad han experimentado modificaciones considerables. Hasta años recientes, salud y enfermedad han sido generalmente entendidos como procesos cualitativamente diferentes. Freud puso empeño en mostrar que entre la salud y la enfermedad mentales puede trazarse una línea continua en la que se sitúan múltiples estadios intermedios. De hecho, todos los atributos de la personalidad patológica son en cierto grado observables en todas las personas. El considerar que las diferencias entre lo normal y lo patológico son cuantitativas, ha

permitido unificar el campo de la psicología con el de la psicopatología y ha facilitado la vinculación de ambas con la medicina.

En general los pacientes presentan problemas, no enfermedades. En los pacientes hay una selección considerable de cómo se van a presentar los problemas al médico (Stimson y Webb, 1975). "Al percibir sus síntomas, el paciente trata de interpretarlos, y al explicarlos tanto a sí mismo como al médico, está definiéndolos, catalogándolos y vinculándolos causalmente con otros factores que a su juicio podrían estar relacionados" (Stimson y Webb). Según estos autores, hay un orden casi ritual que rige la forma en que los problemas se presentan en la sala de consulta; es decir, se da preferencia a los síntomas físicos, dejando para el final de la consulta expresar temores de una enfermedad grave.

Respecto a los problemas de la salud, la sociedad aplica ciertos criterios para decidir a quién le corresponde la designación de "enfermo". Por lo tanto el grado de desviación de la "salud perfecta" o de la variación en términos de promedio que se requiere para que el individuo sea considerado con "mala salud", difiere de una persona a otra y depende de quién interviene en la definición. En general, la salud es definida no sólo desde el punto de vista biológico o psicológico, sino como condición social. En consecuencia se puede considerar que la salud es una meta individual y social común a todas las sociedades.

El conocimiento y la importancia de la salud forma parte esencial del hombre mismo, y no debe olvidarse que el paso de la salud a un estado de enfermedad comienza con un período silencioso de incubación válido para todo tipo de enfermedades, período que puede ser muy corto o muy largo.

Lo anterior podemos ejemplificarlo por etapas como lo menciona San Martín (1992) de la siguiente forma:

ETAPA 1.- Cuando recién se insinúa la influencia perturbadora de la adaptación, el proceso ya está activo, pero no tenemos medios para descubrirlo.

ETAPA 2.- En la etapa preclínica, se podrá diagnosticar sólo en el caso que sea posible aplicar todas las técnicas de laboratorio de que ahora se dispone, y si la gente se preocupará de los exámenes periódicos de salud.

ETAPA 3.- Ya hay síntomas más o menos manifiestos a los que el paciente puede o no dar importancia y que el médico puede o no descubrir.

ETAPA 4.- La desadaptación provoca la reacción interna del organismo (como defensa final) en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo y aún con la vida del paciente.

Precisamente la gravedad de una enfermedad depende del grado de interferencia funcional que provoca.

Partiendo entonces de que el paso de la salud a la enfermedad puede ser tan silencioso, es deber del clínico tomar en cuenta todos los datos que el paciente da, con el simple echo de "sentirse mal".

Es deber del médico de atención primaria guiarlo desde el inicio y a lo largo de la enfermedad, mediante los pasos del razonamiento clínico y de la toma de decisiones como son:

- 1.- Investigación del síntoma mediante el estudio clínico (historia clínica y exploración física).
- 2.- Práctica de las pruebas del diagnóstico, cada una con su propia precisión y utilidad.
- 3.- Integración de los hallazgos clínicos con los resultados de las pruebas, a fin de valorar las probabilidades del diagnóstico.
- 4.- Ponderación de los riesgos y beneficios comparativos de las diferentes alternativas de acción.

5.- Determinación de las preferencias del paciente y desarrollo de un plan terapéutico.

Todo esto con el fin de llegar a un preciso diagnóstico que defina en consecuencia la etapa de la enfermedad, y el grado de esta (Harrison, Thorn, Adams, Braunwald, Iselbacher y Petersdorf, 1981).

Puntualizando, el concepto de enfermedad, se entiende como:

Un estado de desequilibrio en el funcionamiento del organismo vivo. La enfermedad no tiene sentido sino en función del hombre tomado como una unidad biológica-psicológica-social. Este proceso al entrar en desequilibrio termina por producir una perturbación de la fisiología o de la anatomía del individuo (San Martín, 1992).

2.2 Definición de enfermedad crónica o terminal.

La enfermedad crónica o terminal puede definirse como un trastorno con una característica inquebrantable: no se cura nunca. Sin embargo, sí es posible categorizarla con base en su posición en un continuo. En un polo están las enfermedades como la ceguera, sordera, artritis, epilepsia, que generalmente no conducen a una muerte prematura. En el otro están las enfermedades claramente progresivas y de pronóstico fatal, como el cáncer con metástasis, la uremia, el sida o la corea de Huntington. Y está la posición intermedia, con enfermedades como la fibrosis quística, la diabetes juvenil, las enfermedades cardiovasculares, y las enfermedades con un posible desenlace sorpresivo, como la hemofilia o el infarto.

Dos parámetros influyen enormemente sobre el curso de la enfermedad: la flexibilidad y la rigidez. Flexibilidad puede definirse como la acomodación, o sea, el fit que hace viable la existencia de cualquier sistema viviente. Por lo tanto, la estructura de un sistema se califica de flexible cuando alcanza a integrar su tendencia a la estabilidad y su tendencia al cambio, de tal manera que continúa su evolución en el ciclo vital, a pesar, inclusive, de ciertos desequilibrios. La flexibilidad posibilita la diferenciación en distintos niveles; permite la diversidad de interacciones y el cambio de opiniones, de donde emergen

soluciones nuevas y más útiles. En suma, la flexibilidad plantea la imperativa ética: actúa siempre de tal manera que se incremente el número de opciones (Von Foerster, 1984).

Rigidéz, en cambio puede definirse como el estancamiento, la incapacidad para evolucionar a etapas superiores de desarrollo. Equivale a Seguir prioritariamente la tendencia a la estabilidad, reteniendo en consecuencia, patrones repetitivos de interacción a través de generaciones (Selvini-Palazzoli, 1978). Equivale, igualmente, a interacciones recursivas que se autoperpetúan, reforzando así características estructurales que mantienen y a su vez son mantenidas, por una visión del mundo particular (Sluzki, 1983). Esta rigidéz o estancamiento, también puede aparecer como un congelamiento (Penn, 1983).

En la práctica terapéutica con familias, se distingue la familia rígida, de la familia en riesgo. La familia rígida percibe las transiciones como catastróficas, cerrándose al aprendizaje y resolviendo los problemas siempre de la misma manera, aunque ésta ya no sea la adecuada. La familia en riesgo, en cambio, acepta las transiciones propias del ciclo evolutivo, y se estanca solamente ante una crisis, generando interacciones redundantes como una solución temporal (Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolo Corigliano, 1983).

Lo esencial es poder distinguir la flexibilidad y la rigidéz en una familia, ya que la familia flexible tiene mayores posibilidades de adaptarse a una situación de enfermedad, por catastrófica que ésta sea.

También el reconocimiento de la forma como evoluciona la enfermedad influye sobre el curso de la misma. Por esta razón, se proporcionan cuatro fases de la enfermedad que están estrechamente vinculadas a la dinámica individual, a la dinámica familiar, y a la dinámica de la propia enfermedad, o sea: I) su aparición, que puede ser aguda o gradual; II) su trayectoria, que puede ser progresiva, constante o episódica; III) su desenlace, que puede ser prematuro, progresivo y de pronóstico fatal, o sorpresivo; IV) su posibilidad de incapacitar, cognoscitiva, cinética, y sensorialmente, y de acarrear pérdidas: de energía, de imagen y control corporal, de identidad personal, y de relaciones íntimas.

El deslinde de las diferentes fases en la evolución de la enfermedad, al igual que una evaluación acertada de la familia que incluya la etapa de desarrollo en la que se encuentra; su historia de enfermedades y pérdidas; sus reacciones ante las crisis; el rol del enfermo antes de la aparición de la enfermedad y el paradigma familiar relacionado con el control, conducirán a un manejo más adecuado de la enfermedad (Rolland, 1984, 1987), que es el objetivo de toda práctica terapéutica.

García de la Vega y Gómez (1981), nos dicen que la enfermedad crónica es un trastorno de salud que exige un largo período de vigilancia médica, puede existir o no invalidéz manifiesta, puede ser estable o evolutiva. La invalidéz es debida a una alteración de la eficacia biológica, fisiológica o social del individuo que le impide llevar a cabo sus actividades normales y habituales. Además favorece la invalidéz emocional, ya que los factores psicológicos en las enfermedades crónicas suelen ser más complejos comparados con las de una persona "sana".

Con el término de enfermedad terminal se hace referencia a un trastorno de larga duración que puede ser progresivo y de consecuencias graves, que requiere de un tratamiento humano e inteligente. Más de un 75% de las enfermedades de larga evolución se observan entre los 15 y 64 años de edad, esto significa que cada 4 de 5 personas habrán de padecer de una enfermedad crónica (Bravo, 1981 en Rodríguez, 1984).

La distinción entre "enfermedades agudas" y las "enfermedades crónicas" no siempre es fácil de diagnosticar, requiere de estudio decidir si el caso observado pertenece a una o a otras.

Las enfermedades agudas son aquellas que por su repentina aparición y rapidéz con que cursan no pasan de ser un paréntesis fugaz en la vida del enfermo. Suelen sucumbir ante el tratamiento específico, cuidados especiales y habiendo desaparecido la causa patógena que pudo ser peligrosa.

Las enfermedades crónicas, sin embargo son aquellas en las que el trastorno funcional permanece en el individuo que las padece y necesariamente se incorporan al vivir habitual del enfermo. ¿Donde acaba la enfermedad aguda y donde comienza ésta?

La única característica que las separa, depende de la duración y el echo de tener que contar con la enfermedad para hacer la propia vida (Lain, 1982).

Se calcula que, aproximadamente, en el mundo fallecen 50,000,000 de personas al año, y alrededor del 87% de estas defunciones se deben a enfermedades crónicas.

Durante los últimos diez años, y paralelamente al auge del movimiento en favor de los cuidados paliativos de enfermos terminales, el interés por éstos se ha ido incrementando paulatinamente. Sin embargo, no se dispone de criterios universalmente aceptados para identificar a un paciente como "terminal", con el consiguiente perjuicio que se puede derivar de tal diagnóstico equivocado.

Aunque existen algunas definiciones para este período evolutivo todas ellas resultan incompletas o inexactas, de tal manera que no existen datos clínicos o analíticos que permitan reconocer de forma taxativa y con seguridad esta fase. De esta forma, para algunos la fase terminal comenzaría cuando la muerte se siente como una realidad próxima y los médicos dirigen todo su afán exclusivamente en aliviar los síntomas renunciando a la curación.

Estas definiciones tienden a simplificar el problema pero adolecen de falta de concreción y objetividad.

Asimismo, un paciente no puede ser diagnosticado como terminal, mientras no se hayan agotado los tratamientos disponibles. La complicación irreversible final por definición no tiene posibilidad de reversibilidad o recuperación en el contexto de un enfermo terminal, aunque fuera de esta fase sea tributaria de diversas actuaciones.

El médico debe saber diagnosticar partiendo de la base de los síntomas que se le presentan o que él descubre. Debe saber en principio, todo lo relativo a las causas etiológicas, a la evolución de la enfermedad y a las terapéuticas posibles, con el fin de establecer un tratamiento eficaz.

El enfermo vive su enfermedad no solamente en su cuerpo y en su espíritu sino también dentro del conjunto social, de sus relaciones con quienes componen su mundo familiar y profesional, con sus amigos más cercanos pero también con aquellos miles de seres anónimos a los que conoce día tras día en el transcurso de su vida y cuyas miradas le transmiten una imagen poco común, a veces preocupada y ambigua. La vive también con los médicos, las enfermeras. Su enfermedad es también papeleo burocrático, gastos, productos que se tragan o se inyectan. La enfermedad es la vida social que rodea a quienes la padecen y a quienes la combaten. Para el enfermo, el diagnóstico constituye el punto culminante de la enfermedad, ya que le pone ante una situación límite. Es el momento de la ruptura con su pasado, de la reconsideración de su presente y del inicio de la incertidumbre ante el futuro. También es el momento en que se mezclan, para el enfermo, las imágenes sociales de la enfermedad y sus componentes ideológicos. De ahí que la persona más comprometida es el mismo paciente, quién padece en cuerpo y alma los efectos de la enfermedad grave. La crisis se inicia con el diagnóstico. Constituye el momento de la autoidentificación con las distintas imágenes de la enfermedad, el momento en que el porvenir del enfermo y sus proyectos se pueden destrozarse, y también el momento en que se puede volver a descubrir la vida tras una toma de conciencia provocada por la enfermedad.

Ante la sospecha confirmada o no, de la muerte inminente, las personas han de afrontar una nueva realidad. Reaccionan de maneras muy diversas a lo largo de un continuo de intensas emociones que van cambiando a través de un difícil proceso de adaptación: la primera respuesta es de shock emocional, a la que sucede una reacción de defensa basada en la negación (“no puede ser cierto”, “debe de haber algún error”).

Esta estrategia suele utilizarse cuando la realidad, supera los recursos de afrontamiento de la persona, permitiéndole evitar la angustia asociada a su situación. Progresivamente, el

enfermo puede atravesar por un estado de incomprensión, un período de intensa lucha interna, en el que la progresiva realidad de la muerte entra en conflicto con un fuerte impulso por recobrar como sea el mundo perdido. Es un momento en el que prevalecen los sentimientos de ira y en el que la indignación es una reacción comprensible.

Si no se queda anclado psicológicamente en la rabia puede atravesar una etapa de abatimiento y trizteza, generada , principalmente, por una concienciación progresiva de las pérdidas que ha de afrontar. En sus manifestaciones externas suele traducirse en llanto, comportamiento agresivo o mutismo absoluto. La transición no es suave y se tiende a oscilar entre las diversas emociones.

Si se acompaña al enfermo, se comparte su sufrimiento y se le proporcionan estrategias psicoterapéuticas adecuadas, se le podrá ayudar a pasar de una posición de rechazo a una posición de aceptación. Lo que significa acercarle progresivamente a una etapa de adaptación a la nueva realidad, en la búsqueda de su nueva identidad. El paciente que no acepta su muerte suele morir mal. Es importante saber que la mentira y la incertidumbre, desde el punto de vista psicológico, actúan como freno y paralizan la capacidad adaptativa del individuo frente a la muerte. La aceptación no debe confundirse con la resignación. Se trata de una interpretación realista de la situación a través de sus cambios, unida a la determinación de adaptarse progresivamente a los mismos.

En el fondo, no debemos tan sólo paliar el impacto emocional, aliviando la ansiedad o los sentimientos de indefensión, sino fomentar, fortalecer y recuperar la capacidad de afrontamiento, consiguiendo la progresiva y, en lo posible, serena y sucesiva adaptación a la proximidad de la muerte.

La muerte es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una persona. Normalmente, enfrentarse al capítulo final de la propia existencia supone profundas implicaciones psicológicas y sociales que el profesional sanitario no debe obviar si lo que pretende es proporcionar una respuesta eficaz al sufrimiento humano. En el contexto de una enfermedad avanzada emergen intensas emociones entremezcladas y difíciles de manejar: tristeza por las múltiples pérdidas; despedidas y separaciones; temor al deterioro,

al dolor físico, a la soledad, a que la vida carezca de sentido, al abandono, a lo desconocido, a la pérdida de control, a ser una carga, al rechazo. Asimismo pueden producirse sentimientos de desamparo, negación, incredulidad, cólera e indefensión.

El modo en que la persona pueda afrontar, confrontar y elaborar estas emociones va a depender de la interacción de múltiples factores entre los que destacan: la personalidad del enfermo; las estrategias que haya utilizado previamente para hacer frente a situaciones difíciles; el tipo de recursos y soporte emocional familiar de que disponga; la naturaleza de la enfermedad y el pronóstico que perciba, la relación que se haya establecido entre el enfermo, el personal sanitario y sus cuidadores. Se estima que aproximadamente el 53% de los pacientes se adaptan a la situación terminal, pero el proceso hasta conseguirlo suele ser largo, doloroso y difícil.

A partir de la comunicación del diagnóstico comienza un proceso de adaptación durante el cual el paciente va a requerir un apoyo emocional permanente por parte de todos los miembros del equipo sanitario si se pretende que tenga un nivel de bienestar aceptable.

La incomunicación entre el paciente y sus familiares o allegados puede ser fuente importante de problemas, así como la falta de interrelación con el entorno y la privación estimular, la cuál puede desencadenar estados intensos de soledad, aislamiento o aburrimiento.

Cuando el enfermo es, por ejemplo, un niño aquejado de una enfermedad grave, la familia adquiere un lugar preponderante en la organización del tratamiento médico, como es el caso de la insuficiencia renal terminal. Esta enfermedad se distingue del cáncer por el hecho de que puede ser dominada gracias a las técnicas sofisticadas de la diálisis y el trasplante renal.

Cuando síntomas como el dolor o las náuseas no se pueden controlar a pesar de la utilización de las medidas que normalmente son efectivas, es sensato plantearse la existencia de conflictos psicológicos subyacentes que, de alguna manera, los están intensificando o desencadenando. Otro tipo de problemas que se pueden plantear son las

respuestas psicológicas derivadas de algunos síntomas físicos, como el dolor, la anorexia, la disnea, la debilidad o la parálisis. Es fundamental identificar cómo los percibe el paciente.

Suele aceptarse la idea de que el dolor agudo se encuentra asociado a respuestas de ansiedad y el dolor crónico a la respuesta depresiva. En parte parece que puede ser cierto, si bien la severidad de la respuesta de ansiedad o de depresión quedará modulada por el significado que el paciente asigne a ese determinado dolor. No produce la misma ansiedad un dolor agudo del cual el paciente sabe que no tiene serias implicaciones para la evolución de su enfermedad y le permite mantener expectativas de mejoría.

El dolor crónico desmoraliza, impide la concentración, el descanso y perturba el sueño. Identificar la causa del dolor, clarificar el significado que tiene para el paciente y llevar a cabo el tratamiento pertinente constituyen medidas apropiadas.

Otro tipo de problemas psicológicos son los vinculados a los tratamientos, a menudo mutilantes, como las mastectomías o colostomías.

Por otra parte encontramos el efecto posterior sobre la posición social del paciente. El hecho mismo de que desde hace mucho se le llame "el paciente" es significativo. Muy probablemente se reducirá su posición en el seno familiar y social. Por si fuera poco, con los síntomas y limitaciones actuales se presentan temores sobre la calidad de lo que falta de vida. La persona que ha presenciado la caída constante o fluctuante de su salud tiene motivos de sobra para temer que sus sufrimientos empeoren o que aumente su indefensión o su incapacidad mental. Se volverá una carga y no un apoyo. La carga de la atención futura no suele verse con claridad, y mucho menos para los pacientes que a veces pueden sentirse perdidos, pasados por alto y hasta amenazados con el olvido. Otra razón obvia que perturba a los pacientes durante esta enfermedad es el hecho de que sea terminal. Si se dan cuenta de que su vida está por terminar han de sentir una pena profunda. Si no están tan seguros de su final quizá temen que no sanarán. La separación ha empezado y algunas personas o lugares no volverán a verse. Y mientras el enfermo se enfrenta a la pérdida de su existencia, la familia enfrenta el dolor. En la parte inicial de la

enfermedad mortal corren paralelas las frustraciones del paciente y de sus familiares. La familia comparte muchas de las limitaciones del paciente, sea por medio de su simpatía hacia él o de hechos limitadores. En las enfermedades terminales, todos comparten la sensación de que el tiempo se reduce. Pero a medida que la muerte se acerca, el paciente y la familia enfrentan una situación diferente de pérdida y separación.

La valoración y el tratamiento de las alteraciones psicosociales asociadas a la situación de enfermedad terminal implica diferenciar las reacciones adaptativas (los síntomas que se podrían considerar normales dentro de las respuestas emocionales de un proceso adaptativo) de las alteraciones psiquiátricas. La existencia previa de problemas psicológicos o psiquiátricos, haber padecido acontecimientos críticos (life events) recientes, la presencia de problemas sociales y económicos, así como el incremento de la debilidad física, ponen de manifiesto una mayor vulnerabilidad emocional.

Los trastornos adaptativos con estados de ánimo deprimido, ansioso o mixto (según los criterios del DSM-III-R) son los más frecuentes (hasta un 65-70 del grupo de enfermos con trastornos psicológicos). A continuación se sitúa la depresión mayor (13-15% de este grupo). Los sentimientos severos de desesperanza, inutilidad, aislamiento, ideas de culpa o de muerte y el insomnio son algunos de los síntomas que configuran este cuadro.

Antes de realizar un diagnóstico de depresión se deben evaluar los posibles factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad, ya que muchos de ellos pueden presentarse asociados a sintomatología depresiva.

La prevalencia de los trastornos mentales orgánicos como el delirio en los enfermos de cáncer (8-10%) puede incrementarse en los estadios finales. Algunos analgésicos pueden causar, en determinados casos, estados confusionales.

Los pacientes en situación terminal presentan, con cierta frecuencia, pensamientos suicidas, aunque difícilmente los expresan si no es en una relación de confianza.

Breitbart describe una serie de factores asociados a una mayor vulnerabilidad de riesgo de suicidio entre los que destacan: presencia de dolor, sufrimiento, múltiples síntomas físicos, depresión, desesperanza, delirio-desinhibición, pérdida de control, psicopatología previa y escaso soporte social.

La manía y la histeria se producen en escasas ocasiones. Cuando aparecen pueden deberse a una combinación excepcional de circunstancias en pacientes cuyo conocimiento de su terminalidad les es intolerable. La paranoia se presenta con cierta frecuencia. Puede surgir formando parte de un estado confusional, y desencadenarse por una serie de condiciones, entre las que figuran la toxicidad debida a determinadas drogas que actúan sobre el SNC, especialmente: los esteroides; las infecciones; los traumatismos craneales; los tumores cerebrales, primarios o secundarios; las enfermedades cerebrovasculares; las alteraciones cardíacas o respiratorias, y las alteraciones bioquímicas y metabólicas. Las ideas paranoides suelen fluctuar, siendo más intensas durante la noche. El tratamiento ha de dirigirse, siempre que sea posible, a las causas que las originan.

Viorst, J. (1990), dice que nuestra existencia es finita, que el yo que hemos creado a lo largo de tantos años de esfuerzo y sufrimientos ha de morir. Y que aunque vemos un apoyo en la idea, la esperanza o la certeza de que una parte de nosotros perdurará, también debemos reconocer que éste yo que respira, ama, trabaja y se conoce así mismo, será para siempre destruido.

Y que, así vivamos, o no, con las imágenes de la continuidad o de la inmortalidad, también tendremos que vivir con un sentido de la transitoriedad, conscientes de que podemos amar apasionadamente pero no tenemos el poder de hacer que nuestro objeto de amor (o nosotros mismos) perdure. Que los poetas han hablado de la brevedad de la existencia durante siglos y que sus exquisitas imágenes nos dicen que todo es vanidad, que sólo disponemos de una hora para andar por la escena, que los días de vino y rosas desaparecen velozmente y que debemos morir. Que también nos han brindado el testimonio (con muchas voces y tonos emotivos) de los moribundos cuando dicen adiós.

La mayoría de las personas experimentan temor cuando comprenden que van a morir, aunque diferentes personas lo manejan de manera distinta pero ¿quién puede estar exento de temor a la muerte?.

Ortiz Q.F. (1988), habla de tres temores asociados a la idea de muerte, a la posibilidad de morir, además, al acto de morir se asocia, con frecuencia, el dolor, el sufrimiento psíquico y en ocasiones la posibilidad de tener una muerte poco digna. Pero aún cuando cada una de estas ideas es suficiente por sí sola para sobrecoger la consciencia y el solo imaginar a las tres unidas asusta a la imaginación, existe sin embargo un miedo mayor: el de morir solo y abandonado. Varios estudios han revelado que lo más importante para el moribundo es sentirse acompañado, en su viaje final, por la persona de aquellos con quienes compartió la vida. El calor humano vivifica al que se muere y la soledad acentúa el dolor de despedirse de la vida.

Weisman, A.D. (1980), indica las diversas etapas por las que puede pasar un moribundo:

1. Es la de apuro existencial, en ésta etapa el fenómeno enfrenta la realidad de la vulnerabilidad humana y la idea de la muerte inminente; en éste período el doliente y sus familiares se sienten sobrepasados por las circunstancias y muestran síntomas evidentes de torpeza intelectual.

2. Esta fase se caracteriza por el "acomodo" psicológico que sigue al trauma inicial; en ésta el enfermo y sus familiares tienden a adaptarse a la realidad en que se encuentran, y se entabla una lucha contra la invalidéz y la enfermedad: es entonces cuando puede desarrollarse una negación de la realidad.

3. En ésta aparece el "deterioro" conforme la enfermedad avanza y la muerte se convierte en algo tangible: es aquí, también, cuando el médico puede ayudar en los diferentes aspectos psíquicos y físicos.

4. Esta es el estadio terminal, la respuesta al tratamiento es mínima o nula; el enfermo y sus familiares se dan cuenta de que el tiempo que queda es poco y actúan en respuesta a ésta circunstancia, de acuerdo con su estructura de carácter.

También Kübler, R.E. (1969), después de estudiar a varios cientos de moribundos, describe las etapas por las que se pasa al enfrentar un diagnóstico de muerte, las cuáles, no son características omnipresentes en todo ser humano, además de que pueden aparecer y reaparecer en diferentes momentos en una misma persona y que cualquiera de éstas puede estar ausente:

1. Fase de negación y aislamiento: La negación o por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes; no sólo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Esto no significa, sin embargo, que el mismo paciente, más adelante, no esté dispuesto, e incluso contento y aliviado al sentarse a charlar con alguien de su muerte inminente este diálogo deberá tener lugar cuando él (no el oyente) esté dispuesto a afrontarlo. Además, ha de terminar cuando el paciente no puede seguir afrontando los hechos y vuelva a su anterior negación, no importa cuando tenga lugar éste diálogo.

Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por la aceptación parcial. Es mucho más tarde cuando el paciente usa el aislamiento más que la negación, entonces puede hablar de su salud y su enfermedad, su mortalidad y su inmortalidad como si fueran hermanas gemelas que pudieran existir una al lado de la otra, con lo que afronta la muerte pero todavía conserva la esperanza.

Esta fase suele ser tan severa que tanto el enfermo como sus familiares no recuerdan los planteamientos importantes que, en relación con su enfermedad, se les dicen. En estas condiciones, el enfermo puede presentar regresiones infantiles, rechazo a confrontar la realidad y en ocasiones sentirse agobiado por la soledad y el desencanto.

2. Fase de ira: Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. En contraste con la fase de negación; esta fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar, la familia que les visita es recibida con poco entusiasmo, con lo que el encuentro se convierte en algo violento. Luego responden con dolor y lágrimas, culpabilidad o vergüenza, o eluden futuras visitas, lo cuál sólo sirve para aumentar la incomodidad y el disgusto del paciente.

Este paciente hace todo lo posible para que no se le olvide. Alzará la voz, pedirá cosas, se quejará y pedirá que se le atienda. Esta fase está marcada por la ira; rabia por la impotencia y la desesperanza y cuando se enfrenta lo inevitable de la muerte. La cólera casi siempre está presente tanto en el enfermo como en los seres queridos.

3. Fase de pacto: Esta es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves períodos de tiempo. En realidad el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio " a la buena conducta", además fija un plazo de "vencimiento" impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá más si se le concede este aplazamiento.

La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en el despacho de un sacerdote. Psicológicamente, las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta.

En última instancia, el enfermo trata de establecer un convenio por el cuál pueda prolongar su vida o pasar unos días sin sentir dolor, sin malestar. Esta etapa constituye un intento comprensible de establecer algún control sobre la vida y el cuerpo en aquellas personas que están abrumadas por la enfermedad y que se perciben impotentes frente a su propio destino.

4. Fase de depresión: cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones,

cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo "al mal tiempo buena cara". Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. Esta puede tener múltiples expresiones: las mutilaciones, las pérdidas funcionales, el debilitamiento en la aceptación de su propia imagen en el aspecto estético y a un nivel profundamente interno con gran desaliento no haciéndose esperar el estrechamiento del campo de los intereses, la disminución notable de su espíritu combativo y la presencia de una profunda depresión. Así mismo, otras pérdidas, si bien circunstanciales, ambientales y un tanto secundarias, pero no por ello menos empobrecedoras, como el confinamiento en instituciones con limitaciones existenciales, cargas económicas, que muchas veces llevan a nuevas pérdidas ahora en sus valores materiales personales. Todo el que trata con pacientes conoce muy bien todas estas razones de depresión. Lo que a menudo tendemos a olvidar, sin embargo, es el dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo. Si tuviera que señalar una diferencia entre estas dos clases de depresión, diría que la primera es una depresión reactiva, y la segunda una depresión preparatoria. La primera es de naturaleza distinta, y se debería tratar de una forma diferente de la segunda.

El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa, pérdidas inminentes.

Este segundo tipo de depresión es generalmente silenciosa, a diferencia de la primera, durante la cual el paciente tiene mucho que compartir y necesita muchas comunicaciones verbales y a menudo intervenciones activas por parte de miembros de varias profesiones. El dolor preparatorio no necesita palabras, o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cuello, o sencillamente, sentándose al lado de la cama, en silencio. Estos son los momentos en los que el paciente puede pedir una oración, cuando empieza a ocuparse más de lo que le espera atrás. Son unos momentos en los que la excesiva intervención de visitantes que traten de animarle dificultará su preparación psicológica en vez de aumentarla.

5. Fase de aceptación: Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina o inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. Además sentirá necesidad de dormir o dormir a menudo y en breves intervalos, lo cuál es diferente de la necesidad de dormir en épocas de depresión. Este no es un sueño evasivo o un período de descanso para aliviar el dolor, las molestias o la desazón. Es una necesidad cada vez mayor de aumentar las horas de sueño muy similar a la del niño recién nacido pero a la inversa. No es un abandono resignado y desesperanzado, una sensación de "para que sirve" o de "ya no puedo seguir luchando", aunque también oímos afirmaciones como éstas. (Indican el principio del fin de la lucha, pero no son síntomas de aceptación).

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del descanso final antes del largo viaje, como dijo un paciente. En esos momentos, generalmente, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente. Cuando el paciente terminal ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye. Desea que lo dejen solo o por lo menos que no le agiten con noticias y problemas del mundo exterior. A menudo no desea visitas, y si las hay, el paciente ya no tiene ganas de hablar. A menudo pide que se limite el número de gente y prefiere las visitas cortas. Ese es el momento en que se ha de desconectar la televisión. Entonces nuestras comunicaciones se vuelven más mudas que orales. El paciente puede hacer un simple gesto para invitarnos a que nos sentemos un rato. Puede limitarse a cogernos la mano y pedirnos que nos estemos ahí sentados en silencio. Estos momentos de silencio pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido para las personas que no se sienten incómodas en presencia de una persona en fase terminal. Podemos escuchar juntos el canto de un pájaro al otro lado de la ventana. Nuestra presencia sólo es para confirmar que vamos a estar disponibles hasta el final. Podemos hacerle saber simplemente que nos parece muy bien no decir nada cuando ya hay quien se

ocupa de las cosas importantes y sólo es cuestión de esperar a que pueda cerrar los ojos para siempre. Esto puede tranquilizarle y hacerle sentir que no está solo. Cuando ya no hay conversación, una presión de la mano, una mirada, un recostarse en la almohada pueden decir más que muchas ruidosas palabras.

Una visita a última hora de la tarde puede prestarse mejor a este tipo de encuentros, porque es el final del día, tanto para el visitante como para el paciente. Es cuando el servicio del hospital no interrumpe, cuando la enfermera no entra a tomar la temperatura y la mujer de la limpieza no está fregando el suelo: ese pequeño momento privado que puede completar el día después de la ronda del médico, cuando no hay nadie para interrumpir. Es poco tiempo, pero es reconfortante para el paciente saber que no le olvidan cuando no se puede hacer nada más por él. También es agradable para el visitante, porque le muestra que la muerte no es cosa espantosa y horrible que tantos quieren esquivar.

Finalmente, Thomas, L.V. (1991), dice: La tanatología tiene fines prácticos, principalmente la urgencia de desmistificar la muerte y de aprender a vivir con ella, lo cual implica que muy pronto deberá educarse a los niños en este sentido; la necesidad de luchar para que todos los hombres, sin distinción de raza o de origen, puedan no solo vivir decorosamente sino también morir con dignidad; la firme denuncia de todas las empresas mortales que engendra la sociedad moderna.

La muerte es a la vez horrible y fascinante; por lo tanto, no puede dejar a nadie indiferente. Horrible porque separa para siempre a los que se aman; porque el chantaje de la muerte es el instrumento privilegiado de todos los poderes; porque hace que nuestros cuerpos terminen por desintegrarse en una podredumbre innoble. Fascinante porque renueva a los vivos e inspira casi todas nuestras reflexiones y nuestras obras de arte, al tiempo que su estudio constituye un camino real para capturar el espíritu de nuestra época y los recursos insospechados de nuestra imaginación. Puede decirse con verdad que amar la vida y no amar la muerte significa no amar realmente la vida.

A medida que la muerte se aproxima, los pacientes se debilitan progresivamente y a menudo, aunque no siempre, permanecen en cama. Tienden a dormir más y más durante

el día. Al final pueden encontrarse en estado semi-inconsciente e incapacitados para hablar. Sin embargo, es probable que la mayoría de las personas continúen escuchando y comprendiendo cuando menos algo de lo que está sucediendo, a pesar de su incapacidad para darse a entender. Esto puede generar un comportamiento de inquietud e intranquilidad, ya que el paciente naturalmente tiene miedo, pero es incapaz de expresar su temor. Más adelante el paciente puede estar tan debilitado que no pueda expulsar las secreciones bronquiales, que después hacen ruido conforme respira. No obstante se pone en duda que el paciente está consciente de ello, esto les causa mucha aflicción a los parientes y amigos.

No existe razón alguna para asumir que el dolor del paciente disminuye a medida que la muerte se aproxima. De hecho, con la creciente inmovilidad y rigidez, es posible que la incomodidad aumente. Sin embargo, a medida que el paciente pueda quejarse menos del dolor, su incomodidad deberá ser inferida de la expresión de su cara o de sus intentos por moverse en la cama. Los analgésicos deberán continuar administrándose por la vía que resulte más práctica.

El curso de una enfermedad terminal, rara vez va implacablemente cuesta abajo. Con mayor frecuencia, el estado funcional del paciente manifiesta periodos de estabilidad entre fases de deterioro. Los pacientes pueden ser auxiliados por una diestra rehabilitación para mantener su independencia tanto tiempo como sea posible. La causa del deterioro del estado funcional de un paciente puede ser obvia, como un hueso roto o un inadecuado control del dolor, pero deben existir varias razones psicológicas sutiles que no le permiten al paciente hacer todo lo que podría. Cada situación es única, y depende de la personalidad propia del paciente y de sus relaciones familiares preexistentes. El paciente puede adoptar el papel de inválido mucho antes de lo necesario como medio para obtener atención y tranquilidad que, de otra forma, no tendría. La familia puede aceptar esto debido a su propia ansiedad y sentimientos de culpa. Se puede encontrar ante una concepción falsa, como que la muerte está más próxima de lo que en realidad sucederá.

Esto puede surgir de los recuerdos de una enfermedad o de una muerte previa en la familia.

El temor de fallecer solo, o intentar negar la realidad de la situación creyendo que el apoyo médico impedirá que la muerte ocurra, puede hacer que el paciente se adhiera a la seguridad del hospital cuando físicamente es capaz de estar en su casa. A menudo es necesario trabajar con toda la familia para que todos los miembros que la integran confíen en las habilidades del paciente y en la ayuda que será provista durante la fase terminal de la enfermedad.

Los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales conforman el núcleo del equipo multidisciplinario necesario para la rehabilitación. Lo mejor es que entre todos conformen un itinerario realista dentro del cual puedan alcanzar, con el paciente, ciertas pautas de funcionamiento. Sin embargo, también es importante que lleguen a un acuerdo sobre las estrategias alternativas que se emplearán si la salud del paciente se deteriora y las metas originales no pueden alcanzarse. Esto tiene como finalidad que el paciente no se sienta culpable de haber fallado al estar viviendo conforme a las expectativas de los demás.

Por ser el hombre una unidad psicofísica, al enfermar se resiente todo él. La enfermedad no sólo afecta al cuerpo, sino a la persona en su totalidad; en cierto modo enferma todo el hombre. Por ello, en la atención del ser humano enfermo no debe nunca perderse de vista esta perspectiva. No basta tratar de curar el órgano o la función lesionada, sino que hay que tratar al hombre como tal. Y el hombre enfermo es un ser necesitado de ayudas de muy diverso tipo a causa de una diversidad de sus necesidades: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (de carácter ético y religioso). Su situación reclama lo que hoy se llama atención integral para poder restablecerse o para asumir sanamente su enfermedad para luchar contra la muerte o para aceptarla y vivirla con dignidad cuando llega.

Esta atención integral significa que el enfermo terminal debe ser atendido en su totalidad, en su ser de persona humana que sufre deterioro físico y psicológico. Tratar como persona o tratar humanamente al enfermo significa sencillamente tener en cuenta lo que es: un ser humano, que no deja de serlo por el hecho de enfermar. Asimismo, dado que no existe una posibilidad racional de ofrecer un incremento de cantidad de vida, la preservación de la calidad de vida se convierte en el objetivo prioritario, cuando no único.

Naturalmente la repentina aparición de cualquier afección, o bien la evolución de una enfermedad prolongada, provoca reacciones no sólo de índole biológico, sino también psicológicas como lo mencionamos anteriormente, así pues esto da como consecuencia, cambios importantes en su personalidad. Cada enfermo adopta una visión particular de su propia enfermedad y esto depende fundamentalmente de la estructura de su personalidad (Brener, 1976).

Puesto que el enfermo sufre alteraciones orgánicas, es claro ver que se siente amenazado por sus síntomas, al grado de que sus áreas de ajuste personal se encuentren perturbadas de un grado menor a otro mayor. (Brener, 1976). Una enfermedad crónica o invalidante, desencadena o intensifica los aspectos psicológicos de quién la padece. Los ajustes psicológicos o las defensas de la situación de enfermedad se usan para llevar al mínimo los efectos desagradables y colaterales de la enfermedad (Brener, 1976).

Como ya se mencionó, el enfermo adquiere una manera específica e individual de comportarse y, de acuerdo con Téllez (1983) responde a los problemas en función de:

1. Su personalidad previa.
2. Su imagen corporal.
3. Su experiencia en enfermedades pasadas.
4. Su conocimiento y concepto sobre la enfermedad actual.
5. Su idea sobre el comportamiento de su familia con respecto a él.
6. Su idea sobre la actitud del médico y los otros miembros del equipo sanitario.

Por otra parte la enfermedad moviliza los mecanismos de defensa cuya misión es el mantenimiento de un equilibrio satisfactorio, de una homeostasis psicológica que permite al yo funcionar lo más adecuadamente posible. Schneider (1974), explica:

La movilización de los mecanismos de defensa en la enfermedad tienen como fin:

- a) Luchar contra la angustia que desencadenó la amenaza ligada con la enfermedad.

b) Y establecer un nuevo modo de relación del hombre enfermo con el mundo y consigo mismo.

Para lidiar con la angustia que le provoca la enfermedad crónica, el paciente tiene que armar su personalidad de todos los recursos posibles para poder ajustarse.

Algunos de los mecanismos de defensa que el autor menciona que se presentan en el paciente crónico como reacción a la enfermedad son: la regresión, la formación reactiva, y la negación y funcionan de la siguiente forma:

Regresión.- El paciente abandona sus actividades y deja que se ocupen de él (la enfermera-madre).

En ocasiones la regresión se manifiesta por la formación reactiva en el movimiento regresivo, significando que el paciente deje su pasividad-dependencia, defendiéndose y volcándose agresivo.

Otros enfermos pueden hacer la regresión desde el punto de vista oral y exigen su alimento mostrando descontento o solicitando más.

Formación reactiva.- El enfermo nunca está satisfecho de los cuidados que le brindan. Se vuelve claramente agresivo y desagradable, de esta manera pone una distancia a la angustia de su enfermedad.

Negación. En realidad es un mecanismo psicológico que se observa casi siempre en muchas afecciones.

No acepta la evidencia de las informaciones que se le pueden dar, y simplemente pasa alto la gravedad de su enfermedad, ayudándose a soportar mejor la angustia y los cuidados que ésta implica.

Aislamiento.- El aislamiento se intercala entre el reconocimiento de la enfermedad y los sentimientos que ésta entraña, que están reprimidos y cuya expresión ha dejado de ser posible, por la angustia que provoca.

Se pueden dar diversos mecanismos de defensa y manifestaciones, y es claro que el enfermo reaccionará a su enfermedad con alguno(s) de ellos y dependiendo de su estructura de personalidad, pudiendo establecer que cuando los mecanismos fallan, se observa la aparición de verdaderas patologías.

Cabe señalar que el paciente crónico o terminal hallándose limitado por su enfermedad presenta un cambio en su personalidad, el cual generalmente no es estudiado y atendido. El impacto de una enfermedad crónica que sufre el paciente, así como una hospitalización prolongada por un proceso orgánico alterado, requiere de más atención en los factores psicológicos que se ven asociados.

Las situaciones de vida y muerte, como la inminencia de ésta debido a una enfermedad, o el duelo resultante de la pérdida de un ser querido, producen crisis en el individuo. Algunos sociólogos tienden a ver este tipo de agresiones a la vida del individuo como productores naturales de desorganización y crisis. Sin embargo, la profesión psicoterapéutica no considera tales ataques como automática y patológicamente desorganizados. La elaboración de la terapia de un duelo normal es adaptativa y no de interferencia ni como adición al duelo, a menos que resulte absolutamente necesario. Cada crisis se ve y se maneja individualmente debido a la especial constelación de factores experimentales de cada paciente. La consternación, ira o depresión pueden ser los componentes de la crisis en algunos individuos mientras que en otros una crisis aparente puede sobrellevarse sin necesidad de intervención o ayuda profesional. En la década de los 50's los médicos, por rutina, evitaban crear y en consecuencia tener que tratar una crisis en sus pacientes, informándole a un amigo o a un familiar en vez de al mismo paciente, que estaba irremediamente enfermo. Esta técnica rara vez fué exitosa: simplemente transfería la crisis del paciente a la familia o amigos y no eliminaba la oportunidad de que el paciente fuera informado indirectamente.

Hoy los médicos están mucho más conscientes de la relación entre la medicina, la psicoterapia y el enfermo incurable. Ahora saben que hay formas de informar al paciente sobre su verdadera condición para que no sufra descompensación. Las crisis psicológicas inherentes a las enfermedades mortales, pueden ser auxiliadas y a veces resueltas por medio de las técnicas terapéuticas. Los médicos pueden ayudar al paciente a elegir el método defensivo que mejor le acomode, cualquiera que éste sea. En seguida de un diagnóstico de enfermedad incurable, también debe el médico estar preparado a cuidar del paciente y de su familia como apoyo en cualquier emergencia

En años recientes se han originado algunas dificultades al considerar las definiciones médica y legal de la muerte. Los problemas han surgido en relación con las decisiones médicas y éticas que contemplan la alternativa de que los aparatos que mantienen con vida a un paciente sean o no desconectados cuando ha ocurrido "muerte cerebral" por ejemplo.

Problemas éticos como éste incluyen el tema de la eutanasia: permitir que la gente muera cuando sienta que ya ha vivido más allá del tiempo necesario. No obstante que el suicidio en sí ya no es considerado un acto ilegal para la persona que lo lleva a cabo, todavía es ilegal prestar ayuda o provocar que se cometa.

Parece ser que la confidencialidad de la relación médico/paciente termina cuando éste último muere y que por tanto, el occiso no tiene los mismos derechos de confidencialidad al contemplarse la naturaleza de cualquier enfermedad o padecimiento del que haya sufrido antes de morir. Esto, en ocasiones como en los casos con SIDA, puede hacer sufrir a los parientes y amigos, aunque el derecho del público a saberlo puede ser importante para algunos propósitos. En todos estos asuntos la ley no siempre es clara pero tampoco puede permanecer al margen de los cambios en la ciencia médica. Sin embargo, para tomar cualquier decisión, debe considerarse tanto la postura legal como el punto de vista médico.

LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TERMINAL

¿Qué entendemos por calidad de vida?

Para poder dar respuesta a esta cuestión, nos parece pertinente remontarnos a los antecedentes históricos del concepto, su inclusión dentro de las ciencias de la salud y por último, delimitaremos dicho concepto, analizando sus características y componentes. De esta forma estaremos en condiciones de definir, más comprensiblemente, qué entendemos por calidad de vida.

3.1 Antecedentes históricos.

Al terminar la Primera Guerra Mundial se produjo una gran cantidad de acontecimientos muy importantes en la historia de los países occidentales. Estos acontecimientos fueron de varios tipos; económicos, sociológicos, políticos, y, sanitarios, entre otros.

Todos ellos estaban profundamente interrelacionados, y la aparición de uno obligó a la aparición de los otros porque todos eran aspectos de una misma realidad indivisible. De hecho, incluso los movimientos filosóficos las expresiones artísticas que se desarrollaron en esta época no fueron más que la misma inevitable expresión de todos los desgarros culturales que estaba sufriendo el siglo.

En el aspecto económico aparece una nueva forma de organización conocida como neocapitalismo.

Desde el punto de vista social se produjeron intensos cambios: a la anterior sociedad industrial de producción sucede una nueva sociedad, llamada sociedad de consumo.

En tercer lugar aparece un nuevo estilo político y una nueva organización del estado que recibe el nombre de Estado de Bienestar, que asegura la cobertura gratuita de una serie de demandas sociales básicas: pensiones, sanidad, vivienda, enseñanza, etc., lo cuál

permite que los ciudadanos puedan prescindir del ahorro, que antes debían acumular para cubrir estas necesidades, y ahora se gasta instantáneamente en consumo.

Por último se produce una auténtica revolución médica: La salud pasa a ser uno de los objetivos fundamentales de la nueva sociedad y es perseguida como un bien de consumo más. La salud pasa de ser un requisito de la producción (las personas sanas como elementos productivos: se está bien para producir) a ser un bien de consumo (se trabaja para estar bien). Y este consumo no es entendido como algo que se ofrece a las personas enfermas, sino como una larga serie interminable de objetivos sanitarios progresivos que se ofrecen incluso a las personas sanas. En este momento la salud llega a ser definida por la OMS no sólo como una mera ausencia de enfermedad, sino como un estado de perfecto bienestar físico, mental y social. No obstante, se puede pensar que la salud así entendida, es prácticamente inalcanzable puesto que, no es un estado al que se puede llegar, sino un horizonte de esperanza, siempre alejado al que debe atenderse. De esta forma llega a medicalizarse la vida entera. El binomio salud-enfermedad cobra dimensiones que rebasan las instancias sanitarias y se instala en el binomio lo bueno-lo malo. Por fin, es bueno todo lo que incrementa la salud y el bienestar, y malo todo lo contrario.

En la década de los sesenta quiebra este modelo. Las tradicionales leyes del mercado de la oferta y la demanda tienen en sanidad unas características peculiares porque el consumo médico es prácticamente insaciable, ya que queda regido por unas reglas distintas de las que gobiernan otros aspectos de la economía: El exceso de la oferta no satura la demanda, sino que, por el contrario, la estimula e incrementa. No sólo fueron razones económicas las que llevaron a la crisis a aquel modelo. Como siempre, las causas fueron múltiples e interrelacionadas. Simultáneamente a estos acontecimientos económicos, estaba ocurriendo un cambio llamativo en la situación sanitaria: las enfermedades de curso agudo, fundamentalmente de etiología infecciosa, habían sido desplazadas paulatinamente por enfermedades crónicas, tales como las afecciones cardíacas, la hipertensión, el cáncer, la diabetes, la arterioesclerosis, etc. En estas circunstancias, los indicadores sanitarios antiguos de mortalidad y morbilidad, que eran muy útiles para establecer la efectividad de los tratamientos en los antiguos procesos agudos infecciosos, dejaron de ser apropiados para reflejar la efectividad de los

tratamientos en estas afecciones crónicas, puesto que la posibilidad de curación era sumamente remota. Surge así un criterio más apropiado para valorar la eficacia de las medidas sanitarias en la actualidad, que es el "Concepto de calidad de vida". Puesto que la morbilidad y la mortalidad, es decir, los indicadores de cáncer de vida, por ejemplo, no resultan útiles en las actuales circunstancias, se recurrió al concepto de "calidad de vida": Si los pacientes no viven más, al menos deben vivir mejor. De esta forma, los dirigentes políticos sanitarios de los países desarrollados tienen un indicador que se ajusta mejor a la expresión de los avances que se consiguen durante su mandato en el campo de la sanidad.

Es necesario aclarar que el concepto de calidad de vida no fué creado expresamente en el campo de la sanidad, sino que fué tomado del campo socio-laboral, donde venía funcionando como un indicador de rendimiento: Allí donde no se podía producir más se podía producir mejor, surgiendo entonces el concepto de calidad del producto. De esta manera el concepto de calidad de vida pasa al campo sanitario sin perder del todo las características de relación costo-beneficio con que inicialmente apareció en el campo sociolaboral. Aunque el concepto calidad de vida fué introducido en sanidad a través de la gestión, cuando, posteriormente el clínico se acercó a este concepto, le dió un matiz nuevo, aunque sin pasar por alto lo que en esencia el concepto posee de una manera irrenunciable: el ser el cociente de una relación costo-beneficio. En el caso de los gestores, esta relación es claramente económica, mientras que en la mentalidad clínica la calidad de vida está más en relación con la oportunidad de una indicación terapéutica, sólo está indicando un tratamiento si el beneficio que se persigue justifica los costos tóxicos. De esta manera, la visión gestora y la visión del clínico sobre calidad de vida no se contraponen, aunque tampoco se identifican: son visiones complementarias. Y así es como ha quedado instalado en el lenguaje de cada día, un término unívoco que puede ser utilizado para justificar, o rechazar, una inversión (gestores) o un tratamiento (clínicos).

3.2 Delimitación del concepto calidad de vida de acuerdo con sus características.

Calidad de vida significa muy diferentes cosas para muy diferentes personas, es un término vago que se utiliza con criterios distintos en situaciones muy diversas.

Básicamente calidad de vida se confunde con dos conceptos: con felicidad o con confort. Pero hay que tener en cuenta que felicidad es un concepto subjetivo, mientras que confort es más objetivo.

El concepto de calidad de vida es en parte subjetivo, pero no es admisible que lo sea del todo, ya que, de ser así, renunciaríamos a la posibilidad de su discernimiento científico y de su cuantificación, porque entonces dependería exclusivamente de la escala de valores personales y del mundo de los significados de cada uno. Es decir: calidad de vida se confundiría con cantidad de vida. Además; admitir la subjetividad de este concepto, nos llevaría a que fuera tan variable y singular como cada persona. Por otro lado, es fácil poner de manifiesto un componente objetivo: sin embargo, tampoco podemos admitir que todo sea objetivo, porque esa constatación fría, medida objetivamente, de unos parámetros que hemos perfilado como el ideal, es decir, ese cielo externo, ajeno, puede ser realmente percibido por el propio paciente como no lo mejor deseable. Es bien conocida la diferente percepción y valoración que de la enfermedad tienen el propio paciente y su médico o la familia.

Así pues, podemos concluir que, en la calidad de vida participan dos elementos muy importantes: uno subjetivo y variable, más en relación con la sensación de felicidad, y con el concepto de cantidad de vida, donde lo principal es lo personal, y otro, objetivo, invariable, observable, medible, cuantificable, más en relación con unos parámetros externos relacionados con lo que podríamos llamar confort, y en el que, necesaria e inevitablemente, nos tenemos que apoyar para estudiar científicamente el concepto de calidad de vida, en el que lo principal no es lo personal, sino lo individual, en tanto participado por lo que todos los seres humanos tienen en común.

Ahora bien; ¿calidad de vida es un concepto simple o complejo?

Está claro que calidad de vida no es un concepto simple, sino que está integrado por una serie de componentes que constituyen lo que se llama calidad de vida (religioso, espiritual, psicológico, cultural, afectivo, social, económico, laboral y físico). Así tenemos que, los cinco primeros componentes son de difícil valoración, toda vez que corresponden al

campo de la metafísica o están gobernados por el campo de la conducta: los tres siguientes presentan una clara relación con el mundo de la sociología, de la comunicación y de las relaciones; mientras que el último componente, el puramente físico, es el de más fácil acceso, valoración e interpretación. También es el más próximo a nosotros.

La identificación exclusiva de calidad de vida con alguno de estos componentes sólo se produce circunstancialmente y de una manera cambiante. En un momento determinado lo más importante es el dolor, mientras que en la misma persona y en el curso de poco tiempo, puede ser un desafecto, o la amargura de la constatación de una vida estéril. Por ello debemos considerar el concepto calidad de vida como un proceso dinámico. Sólo excepcionalmente calidad de vida se identifica con uno solo de sus componentes.

Debido a que el concepto en sí no es reducible, no solo a uno de los componentes antes expuestos sino ni siquiera a un componente con el que podamos resumir a todos ellos la metodología de su evaluación es compleja. No obstante lo anterior, valorar la calidad de vida significa básicamente valorar:

1. El estado de actividad física del paciente, incluyendo tiempo de actividad/reposo y el grado de cumplimiento de sus obligaciones domésticas, sociales y profesionales.
2. El estado psicológico del paciente, con especial referencia a la ansiedad/depresión.
3. La capacidad del paciente para mantener relaciones afectivas interpersonales en los diferentes ámbitos: conyugal, familiar y social.
4. El propio juicio de sí mismo.

Desde el punto de vista clínico, existen dos circunstancias externas objetivables que pueden influir en mayor grado en la dinámica de la calidad de vida de los pacientes: calidad de vida se modifica espontáneamente por la propia evolución de la enfermedad o por la acción del médico. De ahí que calidad de vida no es sólo un concepto conocible y medible, sino también pronosticable e influenciabile (en sentido positivo o negativo).

3.3 Definición del concepto calidad de vida.

Calidad de vida es el ámbito que permite el desarrollo de todas las aspiraciones racionales de una persona. En esta definición nos encontramos con tres elementos definitorios claves:

El primero. Las aspiraciones de una persona hacen referencia a algo subjetivo, difícilmente valorable.

El segundo. El adjetivo racional, sin embargo, matiza mucho esas aspiraciones y las hace converger hacia la objetividad de lo posible.

El tercero. El ámbito que permite el desarrollo hace una clara alusión a las circunstancias que están en nuestra mano modificar para que aquellas aspiraciones sean posibles en su grado máximo. y es ahí donde fundamentalmente podemos actuar.

De lo anterior podemos definir calidad de vida como la adaptación que tiene el individuo a su enfermedad y a los diferentes cambios que esta provoca en el área social, familiar y laboral.

3.4 Tratamiento paliativo.

De acuerdo con la OMS, Ginebra, 1990, el tratamiento paliativo consiste en la atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo.

Es sumamente importante el control del dolor y de los demás síntomas, como también de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El tratamiento paliativo tiene por objeto facilitar al paciente y a su familia la mejor calidad de vida posible. Muchos otros aspectos del tratamiento paliativo son aplicables también en las fases más tempranas de la enfermedad, en combinación con el tratamiento médico, previamente establecido para enfermedades como el SIDA o el cáncer.

Con el tratamiento paliativo se espera:

- Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal.
- Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga.
- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

GENERALIDADES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

4.1 Antecedentes.

El SIDA es un conjunto de signos y síntomas provocados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual ataca directamente al sistema inmunológico del cuerpo y destruye las defensas naturales, por lo que la persona puede contraer un gran número de infecciones y cánceres.

El primer informe acerca del SIDA provino del Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, ubicado en Atlanta, Georgia, el cual es el organismo de salud pública responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades raras o nuevas. El Dr. A. Gottlieb fué el encargado de describir en 1981, los casos de 5 homosexuales jóvenes que se presentaron con una infección pulmonar rara: Neumonía por *Pneumocystis Carinii* (NPC), un protozooario que parasita los pulmones y dificulta mucho la respiración; anteriormente, esta infección oportunista se asocia casi de manera exclusiva con pacientes cuyo sistema inmunológico estaba muy deteriorado, como resultado de una enfermedad grave o farmacoterapia (Hernández, 1991).

Se han reportado más de 500,000 casos en los estados unidos desde 1981 y alrededor de 900,000 norteamericanos pueden estar infectados por el virus del HIV. La epidemia crece rápidamente en poblaciones minoritarias y es la principal causa de muerte entre hombres afronorteamericanos. Según los Centers for Disease Control and prevention (Centros de Control de Enfermedades y de Prevención) de los Estados Unidos, la incidencia del SIDA es 6 veces mayor en afro-norteamericanos y 3 veces mayor entre hispanos que entre blancos.

Por razones obvias, esta enfermedad recibió nombres como: inmunodeficiencia relacionada con homosexuales, enfermedad consuntiva, Gay-Related-Inmuno-Deficiency (GRID), "Gay Síndrome", entre otras. Hasta que el CDC propuso que se le llamara SIDA, con base en que el principal problema era un estado de inmunodeficiencia provocado por

un factor hereditario (o sea adquirido) capaz de provocar cuadros infecciosos y tumorales secundarios, propuesta que fué aprobada por la OMS (Hernández, 1991), (López Z.).

En un principio se pensó que el SIDA podría deberse al efecto tóxico de ciertas drogas estimulantes (poppers) utilizadas por los homosexuales, o la acción de algún factor presente en el esperma. Sin embargo no fué sino hasta 1983 cuando el Dr. Robert C. Gallo, del Instituto Nacional de Cancerología de los Estados Unidos, en la sesión del Grupo de Trabajo sobre SIDA (Cold Spring Harbor), señaló que podía deberse a un agente infeccioso relacionado con los HTLV recientemente descubiertos por él. Basó su hipótesis en la información que hasta ese momento se tenía; la causa del SIDA era un agente infeccioso que podía ser transmitido por la sangre, debido a que podía pasar a través de filtrados de sangre, el Dr. Gallo dedujo que se trataba de un agente filtrable. Pensó que el sitio de ataque de dicho virus debía ser una variedad de glóbulos blancos conocidos como linfocitos T cooperadores, ya que su número se encontraba notablemente reducido en los pacientes con SIDA. Como los únicos agentes infecciosos capaces de atacar a esas células eran los retrovirus HTLV, el Dr. Gallo afirmó que el virus del SIDA debía estar emparentado con éstos (López M. López Z., 1990).

4.1.1 Los virus.

En los confines del mundo microscópico, donde se encuentran los límites entre lo vivo y lo inanimado, existen unas estructuras conocidas como virus. Son más pequeños que las bacterias y aún cuando tienen la información para multiplicarse carecen de los medios para ello, por esto, deben hacerlo en el interior de las células, con lo cual provocan diversas enfermedades infecciosas, inmunológicas, degenerativas y tumorales.

Acton define a los virus "como los microorganismos más pequeños que se conocen y productores de muchas enfermedades, son parásitos intracelulares que contienen únicamente un tipo de ácido nucléico (DNA o RNA) y utilizan el aparato genético de la célula huésped para multiplicarse, invaden la célula alterando su funcionamiento y obligándola a producir más partículas virales". (Sepúlveda A. 1989).

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus, cuya característica fundamental es convertir su RNA en DNA, proceso conocido como transcripción reversa, de donde viene el nombre de retrovirus.

4.2 Infección por VIH.

4.2.1 Historia natural de la enfermedad.

Este término se refiere al curso que un proceso patológico sigue a lo largo del tiempo sin que intervenga ninguna medida preventiva o curativa y que, de acuerdo a la interacción del agente, huésped y medio ambiente, puede curarse o provocar invalidéz o muerte.

Para implementar medidas preventivas de una enfermedad, es necesario conocer los factores y las características que lo determinan: agente, huésped y medio ambiente, así como el desarrollo natural de la enfermedad (Hernández, 1975).

Según la clasificación del Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) las cuatro etapas por las que atraviesa el SIDA son:

Primera etapa.- Llamada también período inicial. El momento en que el VIH penetra al organismo no es detectable por cuadro clínico, ni por estudio de laboratorio, tampoco es posible detectar el momento en que la infección ocurrirá.

Entre el 10 y 15% de los pacientes que adquieren la infección presentan síntomas algunas semanas después. Al conjunto de éstos síntomas se les denomina infección aguda por VIH y se caracteriza por crecimiento de los ganglios en diversas partes del cuerpo, malestar general, fiebre y dolor de cabeza, en algunas ocasiones pueden desarrollarse; artritis y exantema.

Segunda etapa.- Período de infección asintomática. Independientemente de que hayan presentado un cuadro de infección aguda o no, todos los pacientes infectados por VIH pasan por una etapa en la cual no tienen ninguna manifestación clínica y en ellos la

infección es detectable únicamente mediante pruebas serológicas, a esta etapa se le llama ventana inmunológica.

Este período libre de síntomas es reflejo de dos situaciones.

1) Una vez que el virus circula en la sangre, identifica a las células que poseen en su membrana la molécula CD4 (linfocitos T cooperadores, algunos monocitos macrófagos, así como células gliales del SNC) y se adhiere a ellas, penetra en las mismas y duplica la cadena de información genética. El virus puede permanecer latente, sin replicarse y sin ejercer un efecto destructivo sobre la célula, hasta que ésta sea activada por el sistema inmunológico como respuesta a otro estímulo antigénico (producido por una nueva infección).

2) Cuando el virus inicia su replicación, termina por destruir a la célula que lo ha alojado, lo cual resulta en la liberación hacia la sangre de muchas partículas virales nuevas, que a su vez, identificarán y penetrarán en células que les sean afines con el fin de replicarse nuevamente. Este período es lento, de tal modo que debe transcurrir un tiempo prolongado antes de que exista un deterioro del sistema inmunológico lo suficientemente grave como para manifestarse clínicamente.

El hecho de que un paciente seropositivo al VIH se encuentre asintomático, no quiere decir que no pueda transmitir el virus a otras personas o que no esté sufriendo un deterioro en su sistema inmunológico.

Tercera etapa.- Linfadenopatía generalizada persistente. El término linfadenopatía se refiere a la enfermedad en los ganglios linfáticos, que habitualmente se manifiesta por crecimiento, dolor y cambios en la consistencia de los mismos al tacto. Estos ganglios son parte importante del sistema inmunológico y se ven afectados por un número considerable de enfermedades, tanto de carácter autoinmune como infecciosas o tumorales.

Para poder dar un diagnóstico de SIDA se requiere:

- 1) Que el paciente tenga una prueba de anticuerpos contra VIH positiva.
- 2) Que presente crecimiento ganglionar (con ganglios mayores a 1cm.) en por lo menos, dos regiones anatómicas (exceptuando ingles), de ahí el término generalizada, y que persista durante más de un mes.

Cuarta etapa.- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es probable que todos los pacientes infectados por VIH desarrollen SIDA como parte final del proceso evolutivo que esta infección implica. Después de un período previo, asintomático (o con síntomas mínimos), el equilibrio entre las subpoblaciones de linfocitos se pierde, y el sistema inmunológico no puede contener la aparición de infecciones por gérmenes oportunistas, y/o el desarrollo de tumores malignos. Al mismo tiempo, aparecen manifestaciones clínicas de daño directo, extenso e irreversible, producido por el VIH en algunos tejidos, particularmente del SNC.

Algunas manifestaciones clínicas pueden ser tan específicas, que su presencia sugiere fuertemente el diagnóstico de SIDA, por ejemplo: el Sarcoma de Kaposí, la infección de *Cándida* en el esófago, o la presencia de neumonía por *pneumocystis carinii* en pacientes en los que no hay otra explicación posible para la inmunodeficiencia.

El SIDA puede iniciarse con diarrea crónica, pérdida de peso y fiebre prolongada, manifestaciones que generalmente se presentan de manera simultánea. En otras ocasiones el enfermo se puede presentar con fiebre prolongada e infección por *cándida* en boca y esófago. Con frecuencia se presenta como un cuadro de fiebre de origen desconocido, producido casi siempre por una infección generalizada (tuberculosis, histoplasmosis, criptococosis, salmonelosis, entre otras). Otra situación es la de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, producida por lo general, por *pneumocystis carinii* u otros agentes.

4.3 Transmisión.

El HIV puede infectar a cualquiera que practique conductas de riesgo tales como:

- Compartir agujas o jeringas

- Tener contacto sexual con una persona infectada o con alguien cuya situación sea desconocida con respecto al HIV.

El tener otra enfermedad de transmisión sexual, por ejemplo sífilis, herpes, clamidia o gonorrea hace más susceptible a una persona a contraer la infección por HIV durante el contacto sexual con un compañero (a) infectado.

4.3.1 Vía Sexual.

El contagio por vía sexual se dá durante las relaciones sexuales (coito anal, vaginal, sexo oral) con una persona infectada, ya que se tiene un considerable intercambio de fluidos potencialmente infectantes, como es el semen, los fluidos vaginales, el líquido preeyaculatorio y en algunos casos contacto directo con sangre.

La transmisión del virus se presenta independientemente del tipo de relación que se tenga, ésta puede ser homosexual, bisexual o heterosexual. El riesgo de contagio aumenta de acuerdo al número de parejas que se tengan y el número de coitos con una o varias parejas infectadas, sin embargo, puede darse el caso de ser contagiado en un solo contacto sexual. También el riesgo de contagio depende del tipo de práctica que se lleva a cabo; se sabe que las penetraciones de tipo anal son más riesgosas, porque se daña la mucosa que recubre el recto, provocando laceraciones en éste y en el pene de quien penetra, de tal forma que las secreciones sexuales pueden quedar en contacto con las partes lesionadas, permitiendo la entrada del virus. En el coito vaginal las condiciones son menos propicias para el contagio, debido a que la mucosa de la vagina es más densa a fin de facilitar la penetración; no obstante, el riesgo aumenta durante la menstruación, porque hay mayor acceso al torrente sanguíneo de la mujer y más posibilidades de contacto del hombre con la sangre (Martínez A. Romero Y. 1991).

Con lo que respecta a la práctica buco-genital, puede considerarse peligrosa, sólo cuando se tengan lesiones en la boca y encías, y en los genitales de la persona que es estimulada.

4.3.2 Vía Sanguínea.

Este tipo de contagio ocurre principalmente al transfundir sangre contaminada con VIH; puede ser sangre completa o componentes celulares de la sangre, plasma y algunos factores de coagulación, sin embargo, otros productos preparados a partir de sangre como inmunoglobulinas albúminas, fracciones protéicas del plasma y vacunas como la hepatitis tipo B, no transmiten la infección, aún cuando la sangre usada para su obtención estuviera contaminada. Esta diferencia se debe a que en este segundo grupo hay pasos en la preparación de los productos, que inactivan al virus en caso de que estuviera presente (Hernández 1991, López M. López Z., 1990).

También existe riesgo cuando se emplean instrumentos no desechables o mal esterilizados y cuando se comparten agujas contaminadas, como es el caso de los drogadictos intravenosos, cuando se inyectan diferentes personas con la misma aguja; al contrario de las inyecciones accidentales donde el riesgo es muy bajo (0.5%) porque la cantidad de virus es muy escasa y ocurre una sola vez (Valdespino, 1990).

Con la finalidad de erradicar contagios por este medio, quedó prohibida la comercialización de sangre y sus derivados y se estableció como obligatorio practicar pruebas serológicas en todas las donaciones de sangre.

4.3.3 Vía Perinatal.

El contagio por esta vía ocurre cuando una mujer está infectada por el VIH y se embaraza, o si ya está embarazada y se infecta, puede transmitir el virus a su hijo durante el embarazo, al momento del parto o durante el período de amamantamiento, a través de la leche.

En México, el 32.9% de las mujeres infectadas, ha adquirido el VIH por alguna transfusión de sangre, el 65.8% por contacto sexual con hombre infectado y el resto aún se desconoce la causa del contagio (Boletín SIDA/ETS, 1994, Mayo, año 8, No. 5 p. 2657).

Existe una probabilidad entre 40 y 70% de que una madre con el virus contagie a su bebé, ya que es muy factible que el VIH llegue al niño a través de la placenta.

Cuando la transmisión se lleva a cabo en etapas muy tempranas del embarazo puede perderse el producto (aborto espontáneo), si el embarazo llega a su término, el bebé puede padecer algunas alteraciones desde su nacimiento o tener una apariencia normal, pero alrededor de los siete o doce meses, la enfermedad se desarrolla, manifestándose de diferentes maneras (Uribe, 1988).

4.4 Contexto Psicosocial.

El SIDA ha generado múltiples problemas en todos los ámbitos de nuestra sociedad, en los aspectos psicológicos, sociales, morales, legales y económicos; problemas que deberían ser abordados de una manera integral.

4.4.1 Aspecto psicológico.

El miedo al contagio, la ignorancia y estigmatizaciones, el rechazo a los enfermos y las formas de enfrentar la enfermedad, repercuten directamente en el área psicológica. Requiriéndose un manejo adecuado, por medio de asesorías o psicoterapias, según se requiera, a personas con prácticas de riesgo, infectados, familiares, personal de salud y al público en general (Sepúlveda, 1989).

Siendo el objetivo principal del psicólogo el tratar de alcanzar un nivel de vida óptima para el enfermo; esto se logra a través de propiciar un ambiente libre de tensiones, por medio de asesorías a los familiares, amigos (con autorización del paciente) y al propio enfermo. "Una persona infectada por VIH necesita saber que tiene amigos y que puede confiar en ellos. También la comunicación táctil, pues para el infectado es necesario recibir un abrazo o un apretón de manos, y no por ello signifique riesgo de infección" (Domínguez, 1989).

También es reconfortante para el individuo que se le escuche y se le ayude en el momento en que lo solicite, procurando respetar sus espacios de descanso o recreación; es decir, no exagerando atenciones.

Si pese al apoyo de familiares y amigos, el paciente se deprime demasiado, se recomienda la ayuda especializada, que puede ser por medio de psicoterapias de grupo, de pareja y familiares.

La terapia grupal es la más adecuada para los pacientes infectados por VIH; estas reuniones les ofrecen seguridad y apoyo para discutir temas de interés mutuo y para intercambiar información. También les dá la oportunidad de ver ejemplos y métodos que los pacientes utilizan para vivir con la enfermedad, además de que el convivir en grupo es un factor que reduce el aislamiento.

4.4.2 Aspecto Social.

En el transcurso de la historia, han aparecido enfermedades las cuales provocan actitudes de rechazo y estigmatización hacia las personas que las padecen, tal es el caso de la lepra, la peste y las enfermedades venéreas.

En la actualidad, el SIDA por ser una enfermedad incurable, difícil de controlar, contagiosa y hasta la fecha, imposible de detener o extinguir, ha generado temor, incertidumbre y ansiedad, lo que provoca a su vez, el poner en marcha algunos mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables a través de exacerbación de estigmas y prejuicios ya existentes. En este caso la búsqueda encontró a los homosexuales, adjudicando en ellos los estigmas de la nueva enfermedad (Martínez A. Romero Y. 1991, Sepúlveda 1989).

Pero que significado tiene el concepto de prejuicio asociado al SIDA; éste puede ser definido como: "Una aversión o actitud hostil, una creencia sobregeneralizada (por tanto errónea) hacia una determinada persona perteneciente a un grupo" (Allport, tomado de López M., 1990).

Se asocia prejuiciosamente que todo homosexual es en potencia portador de VIH y que toda persona infectada por este virus es sospechosa de homosexualidad. El peligro de esta actitud es la marginación que la sociedad pretende imponer a los enfermos como una medida equivocada para controlar la enfermedad, haciendo caso omiso de las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el sentido de que estigmas a africanos, personas de color, homosexuales, bisexuales, drogadictos y hemofílicos; ya que cualquier individuo puede ser portador o receptor del VIH; además de que no hay ninguna razón sanitaria para imponer restricciones en materia de vivienda, empleo y educación a las personas infectadas por este virus (CONASIDA, 1990, p.p. 57-58).

4.4.3 Aspecto Moral.

Todo individuo se encuentra inmerso en un medio ambiente social, en una sociedad históricamente determinada por patrones socioculturales, en la que se conciben los diferentes fenómenos de una manera muy particular. En algunas sociedades, incluyendo la nuestra, el fenómeno de la sexualidad es concebido como íntimo y que no puede ser tratado abiertamente, hecho que el SIDA ha modificado, porque ha contribuido a hacer públicos aspectos tradicionalmente privados, como las relaciones homo, bi y heterosexuales; con la consecuente respuesta de algunos grupos moralistas que opinan que los mensajes en torno a la infección por VIH que se difunden a través de los medios masivos de comunicación, aprueban implícitamente el sexo casual, el sexo con más de una pareja, la homosexualidad y la bisexualidad; estos grupos hacen una fuerte crítica a estos mensajes y piden se modifiquen.

Otros grupos en cambio, aseveran que los mensajes rayan en la timidez, que son demasiado vagos y en consecuencia, poco eficaces.

En ambas posturas, existe la creencia de que la otra contribuye a difundir la epidemia.

Esta polémica resulta importante porque, las concepciones que parten de una perspectiva moral, obstaculizan el éxito de las campañas educativas, al inhibir, condenándolo, el uso masivo del condón o el censurar la difusión de mensajes educativos

más claros y abiertos. Se trata de una controversia entre lo eficaz y lo aceptable, pero se sabe, que nunca se pondrán de acuerdo, pues ello depende de los patrones culturales en que se vive.

4.4.4 Aspecto Jurídico.

En esta área se han presentado numerosas exigencias, en referencia a la implementación de nuevas leyes que resuelvan los problemas generados por la infección por VIH.

Como primera medida el 26 de Mayo de 1986, se acordó la obligatoriedad de investigar serológicamente al donador para evitar la transmisión de enfermedades por la sangre.

Y el 27 de Mayo de 1987, se prohibió la comercialización de la sangre, utilización como única fuente de obtención, la donación voluntaria y gratuita.

Asimismo, teniendo en cuenta las características y síntomas de la infección por VIH, se considera prudente establecer que el acto concreto intencional de contagio con VIH causante del SIDA por medio de relaciones sexuales, debe tenerse como delito que atenta contra la vida e integridad corporal (Martínez, 1990).

También se han presentado otros problemas que requieren de una legislación más precisa, tal es el caso de los despidos a trabajadores por el hecho de ser seropositivos; así como los conflictos generados por la negativa de algunos hospitales y clínicas a prestar sus servicios a personas infectadas por VIH.

Tomando en cuenta todas estas características y el acelerado incremento de casos de SIDA, surge la necesidad de considerar esta infección dentro de la Constitución de la República (Martínez, 1990).

4.4.5 Aspecto Económico.

En medio de una profunda crisis económica, aparece la infección por VIH, reclamando recursos que podrían ocuparse para un mayor desarrollo; causando graves repercusiones económicas por las muertes prematuras de personas en edad productiva.

La mayor parte de los costos de atención médica y de prevención son solventados por las instituciones públicas del Sector Salud. En prevención están considerados los subprogramas de control de enfermedades transmisibles, detección oportuna de éstas y capacitación de la población (Hernán, 1975).

Con lo que respecta al ámbito curativo, el presupuesto destinado a la hospitalización, se ve seriamente afectado por la infección por VIH.

Asimismo, los costos en educación sexual, atención médica y psicológica dirigida específicamente a seropositivos y personas con prácticas de alto riesgo, inciden considerablemente en el gasto público.

De ahí surge la necesidad de una reestructuración financiera, de la organización y prestación de los servicios de salud, por parte del gobierno, para enfrentar adecuadamente la infección por VIH, sin desatender otras prioridades.

4.5 Características de portadores relacionados con el SIDA.

1. Ansiedad por la idea de presentar en el futuro el cuadro clínico del SIDA.
2. Depresión por la percepción de lo inevitable de la infección, el desarrollo del síndrome completo o ambos.
3. Obsesión patológica sobre la enfermedad con evitaciones y búsqueda de síntomas.
4. Culpa de ser homosexual y resurrección de las culpas pasadas.

5. Alteración social, familiar, laboral y stress.

4.6 Aspectos psicológicos de los pacientes con SIDA.

1. Choque por el diagnóstico y afrontar la posible muerte.
2. Sentimiento de impotencia para cambiar las circunstancias y la consiguiente frustración y enojo.
3. Disminución de las funciones físicas por delimitación de la salud.
4. Ansiedad sobre las reacciones de otros con el consiguiente aislamiento y pérdida de apoyo social.
5. Disminución de las funciones del razonamiento por ansiedad, depresión, preocupaciones obsesivas y posible deterioro intelectual.
6. Menor función sexual, pérdida de la libido y disfunción erectil.
7. Temor de infectar a otros, en particular a seres queridos o haberse contagiado de ellos.
8. Preocupación sobre el ser querido y cómo puede afrontarlo.
9. Temor a ser abandonado y morir solo.
10. Miedo a morir con dolor y molestias.
11. Perturbación social, casera y laboral.

4.7 Medidas de prevención y control.

El Prevenir y controlar la infección por VIH se ha convertido en un verdadero desafío para la salud pública, ya que no existen medidas fundamentadas científicamente, ni para la prevención, ni para el tratamiento. La estrategia para su control, se basa, principalmente, en la modificación de hábitos profundamente arraigados en los individuos, como son los sexuales y la drogadicción.

En el control sanitario se presenta la dificultad, de que como enfermedad, la infección por VIH, tiene un largo periodo asintomático, de ahí la necesidad de dar especial importancia a la vigilancia epidemiológica encaminada a la detección y seguimiento de sujetos seropositivos y enfermos.

Las estrategias de lucha están dirigidas a la población en general, el objetivo es la modificación de prácticas riesgosas y el control de los productos relacionados con la transmisión del VIH. En relación a los grupos con prácticas de alto riesgo se pretende detectarlos para darles orientación y educación. Para el logro de estas medidas fué constituido el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), que desarrolla un programa nacional de planeación, información, control, integración de fundamentos científicos y programas, coordinación entre Federación, Estados e Instituciones de los sectores: público, social y privado, además de normatividad de programas, a fin de coordinar todos los esfuerzos en la lucha contra la infección por VIH (Boletín CONASIDA, año 2, No. 7, julio 1988, p. 414).

A nivel internacional se consideran dos estrategias de prevención adicionales: la detección de los contactos de los seropositivos y el reforzamiento de los contenidos educativos referentes al VIH en los programas contra la drogadicción.

En México, dada la dificultad del tema y la idiosincracia de nuestra sociedad, se diseñó un programa de comunicación social por aproximaciones sucesivas. Ya se conocen algunos de los mensajes gráficos, radiales y televisivos de una serie que irá tocando los temas en forma progresiva (Ramírez, 1989).

Es conveniente que la información sea clara y objetiva para, por una parte, lograr un impacto educativo, y por otra, evitar una alarma generalizada; con el propósito de prevenir el aumento en el número de casos de la infección por VIH.

4.8 Situación actual.

A nivel mundial han sido notificados a la OMS, 985,119 casos de SIDA (Weekly Epidemiological Record, No. 26 OMS).

En Europa 37 países reportaron 115,668 casos de SIDA (esto hasta el 30 de junio de 1994). Aquellos con mayor frecuencia de casos son; Francia, España e Italia.

En Africa los países más afectados son; Uganda (43,875), Tanzania (38,719), Malawi (31,857) entre otros.

En América, los países con mayor número de casos son: Estados Unidos de America (411,907), Brasil (49,312) y Canadá (9,511).

En México, hasta el 1o. de enero de 1997, se han reportado alrededor de 29,972 casos de los cuales 25,272 corresponden al sexo masculino, la tasa de incidencia en mujeres es de 3,895 casos y 795 en niños menores de 15 años (información proporcionada por CONASIDA).

4.9 El personal de salud y la infección por VIH.

La población en general, así como el equipo de salud, experimentan ante la infección por VIH temor al contagio, este temor está generado por aspectos reales y aspectos subjetivos. Como seres humanos siempre se asume una postura ante un problema o situación y se presentan actitudes ante este, que van desde el rechazo, agresión, indiferencia, hasta la sobreprotección. Estas actitudes pueden identificarse y controlarse de una mejor manera, dependiendo de la preparación con que se cuente. Por tal motivo, es importante que el personal de salud que atiende a pacientes infectados por VIH, como son: médicos,

enfermeras, laboratoristas, trabajadores sociales y psicólogos; posean un grado académico, conocimientos actualizados sobre VIH/SIDA, habilidades en el manejo de los materiales utilizados, aptitudes para poder desempeñar satisfactoriamente sus labores.

4.9.1 Requisitos académicos de los diferentes profesionales de la salud, que trabajan con pacientes infectados por VIH.

4.9.1.1 Médico.

El médico debe contar con el grado de Médico Cirujano; habilidades y conocimientos básicos sobre la existencia de instituciones que atienden a individuos infectados por VIH, de técnicas educativas, y de enfermedades asociadas a prácticas de riesgo.

Las aptitudes necesarias son manejar la técnica de entrevista médico-paciente, tener facilidad para hablar en público. En cuanto a sus actitudes, tener un amplio criterio para manejar información confidencial y aceptar trabajar con población que tenga prácticas de riesgo (Sande M. Paul A., 1994).

4.9.1.2 Enfermeros.

Los enfermeros requieren de un grado académico de Auxiliar de Enfermería o Enfermería General. Habilidad para la extracción de sangre, saber las técnicas de laboratorio de detección de este virus y las técnicas de desinfección y esterilización del material de laboratorio. Además tener un amplio criterio para manejar información confidencial, aceptando, además, trabajar una población con prácticas de riesgo (CONASIDA, 1996).

4.9.1.3 Laboratoristas.

El laboratorista debe contar con un grado académico de Técnico Laboratorista o ser pasante de la licenciatura en Medicina o Química, conocimientos de técnicas de laboratorio de detección de la infección por este virus, técnica de centrifugación y separación de suero,

desinfección y esterilización, almacenamiento del material biológico, manejo de material y equipo de laboratorio, procesamiento del material de desecho, y aceptar trabajar con material potencialmente infectado.

4.9.1.4 Psicólogos.

La psicología se integra a los servicios de salud, aportando la comprensión, el análisis y manejo de la conducta del individuo y de los grupos (pareja, familia, grupo social y sociedad) en relación a la infección por VIH, a través de sus diferentes áreas como son; la educativa, industrial, experimental, ambiental, social, y, por último el área que se considera de mayor importancia dentro de una institución u hospital; es la clínica, ya que juega un papel fundamental en los grupos con prácticas de riesgo, infectadas y/o enfermos y sus familiares.

El psicólogo clínico debe facilitar al infectado la comprensión de su persona a través del análisis de sus conductas, mismo que se permita llevar a cabo los cambios necesarios dentro de ella. Pero de manera inmediata, se avoca a auxiliarlo en el manejo de la angustia por medio de la terapia breve y de emergencia y lo canaliza a terapia grupal o individual.

A las personas con síntomas manifiestos además del apoyo, se les ayuda a enfrentar los cambios físicos (en su apariencia) y sociales (en sus relaciones) que empiezan a presentar, las pérdidas (de amistades, pareja o trabajo) que ya ha sufrido, y la pérdida final y definitiva, "la muerte".

Este mismo proceso de descubrimiento, comprensión y manejo, debe proporcionarse también para parejas y familiares, quienes deben entender y trabajar lo que está sucediendo, no sólo al enfermo sino básicamente a ellos mismos. Y esta comprensión, debe trabajarla también el psicólogo clínico con el personal de salud, con los compañeros, amigos, en fin con todas aquellas personas que se relacionan con un afectado directamente por la enfermedad para que entendiéndose y entendiéndolo puedan trabajar al respecto, además, debe evitar que repercutan en su actividad profesional, sus estados de ánimo derivados de problemas personales y abstenerse de intervenir en los casos en que los

mismos puedan afectar su objetividad; asimismo, respetar sin discriminación, las ideas políticas y religiosas y la vida privada, independientemente de la nacionalidad, sexo, edad, posición social o cualquier otra característica personal de sus pacientes. Así como guardar el secreto profesional del diagnóstico de datos (Sociedad Mexicana de Psicología, 1987).

En relación al perfil idóneo del psicólogo, éste debe contar con la licenciatura o posgrado en Psicología Clínica; habilidades y conocimientos básicos sobre los cuadros nosológicos, manejar entrevistas clínicas y psicodinamia. Las aptitudes necesarias son aplicar e interpretar pruebas psicométricas, manejar las técnicas de intervención en crisis y contar con una actitud de aceptación y respeto absoluto hacia los enfermos.

4.9.1.5 Trabajadores sociales.

El trabajador social debe contar con la licenciatura en trabajo social, las aptitudes necesarias son tener capacidad para detectar en una breve entrevista el tipo de servicio que solicita la población, además, un amplio criterio para manejar información confidencial. En cuanto a las actitudes, es importante manifestar aceptación e interés hacia el solicitante, crear un ambiente libre de valoraciones y tensiones, comprensión de la situación, por la que atraviesa el individuo y escuchar activamente sus peticiones (Apodaca 1986, Kisnerman 1981, citados en Martínez A., Y., 1991).

4.9.2 Probabilidades de contagio en el Equipo de Salud al atender a personas infectadas por VIH.

El personal de salud al estar en contacto con pacientes infectados por VIH, corre el riesgo de contagiarse por este virus al tener un accidente con una aguja o algún otro instrumento contaminado.

La posibilidad de contagio depende del tipo de actividad que desarrolle cada profesional, en este sentido el personal que labora en los centros de hemodiálisis, terapia intensiva, servicio de urgencias, toma de muestras, servicios de patología y quirófanos,

están más expuestos al contagio, ya que tienen un mayor contacto con sangre y sus derivados (CONASIDA, 1989).

De acuerdo con varios estudios, el riesgo de adquirir el VIH, por el pinchazo de aguja hipodérmica o por cortarse con un bisturí u otro instrumento contaminado con sangre de un paciente infectado, es inferior al 1 %, sin embargo, los individuos infectados que se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad tienden a ser más contagiosos, por lo que el riesgo aumenta (Boletín mensual SIDA). Este último punto es muy importante, ya que también, de acuerdo a la etapa de la enfermedad en que se encuentre el paciente, requerirá de distintos servicios; los que se encuentran en las primeras etapas (asintomáticos, con linfadenopatía, con complejo relacionado al SIDA), por lo general reciben tratamiento a nivel de consulta externa, no siendo así con los pacientes en la última etapa que necesitan frecuentemente servicios hospitalarios y asistencia en su hogar; y como ya se mencionó, en los hospitales el personal se encuentra en riesgo de contagio.

4.10 Implicaciones de los aspectos contratransferenciales en la relación equipo de salud-paciente con VIH/SIDA.

Algunos autores, entre los que destacan Sandler, Sullivan, González Núñez y el mismo Freud, sostienen que los procesos de transferencia se presentan en todo tipo de relación interpersonal, permitiendo explicar la presencia de estos procesos en la relación equipo de salud-paciente con VIH/SIDA. No obstante se hace necesario aclarar que esta relación posee cualidades muy particulares, ya que está determinada por diversos factores, que serán abordados precisamente en función de la diada transferencia-contratransferencia.

Los aspectos contratransferenciales manifestados en la relación equipo de salud-paciente son los siguientes:

1. El temor
2. La ansiedad
3. La angustia
4. La personalidad del terapeuta

5. La transferencia del paciente

El SIDA por ser una enfermedad incurable, difícil de controlar y contagiosa, ha despertado mucho temor, tanto en la población en general como en los profesionales de la salud, tal y como hace referencia López (1992), en un estudio sobre la actitud del médico hacia el paciente infectado por VIH, realizado en el Centro de Información sobre SIDA, en el que se encontró que la actitud presentada era favorable, no obstante se observaron conductas no adecuadas y que pueden estar reflejando temor al contagio como serán: atender a los pacientes con la puerta abierta o de pie, recibirlos y despedirlos desde el escritorio, evitar tener contacto con objetos tocados por los pacientes y el no tener contacto físico con ellos. Dicho temor podría ser injustificable, ya que el personal tiene conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH.

Devereux sostiene que la ansiedad puede suscitarse si el observador simpatiza con el modo de vida del observado el cual se conduce en una forma vetada por nuestra sociedad. Esta ansiedad implica probablemente sentimientos sociales de culpa. Si partimos del hecho de que prejuiciosamente se piensa que los portadores de VIH son personas con una vida sexual desordenada, con varias parejas sexuales o que son homosexuales, y el profesional de salud simpatiza con alguna de estas cuestiones, entonces se presentará en él ansiedad, producida por sentimientos de culpa.

Así mismo, nos dice que, en un nivel más subjetivo, también suscita ansiedad el material que:

a) Amenaza la vulnerabilidad básica de todo ser humano (peligro de muerte, de perder un miembro, amenazas de castración, etc.).

El simple hecho de estar frente a una persona con SIDA, sabiendo que le queda poco tiempo de vida, nos enfrenta ante la posibilidad de que podemos llegar a contraer esta enfermedad y nos hace pensar en nuestra propia muerte, produciéndose así, ansiedades y angustias que, a su vez, remueven otros conflictos.

b) Reanima angustias idiosincrásicas relacionadas con experiencias pasadas.

Por ejemplo, si efectivamente se está atendiendo a un paciente con múltiples parejas sexuales como sería el caso de una prostituta y se reprueba la prostitución, además de haber tenido alguna experiencia desagradable relacionada con esta, es muy viable que se presente ansiedad por la cantidad de conflictos que se están removiendo. Si no se posee un adecuado manejo de la contratransferencia y una clara convicción de que se tiene que atender a los pacientes de la mejor manera posible aunque no se coincida con sus ideas o prácticas se corre el riesgo de proporcionarles un trato inadecuado.

c) Amenaza minar defensas o sublimaciones importantes.

Si el profesional que atiende al enfermo de SIDA o seropositivo, tiene conflictos, en alguna área y ciertas características del paciente se relacionan con ésta, la reacción de ansiedad no se hace esperar. Puede tratarse de problemas en relación a la muerte, conflictos en el área sexual o tendencias homosexuales, entre otros.

d) Exacerba problemas del momento.

Por ejemplo, puede causarle demasiada ansiedad al médico, psicólogo, enfermera, etc., atender a algún enfermo de SIDA, si en ese momento tiene la preocupación por haber tenido una relación sexual que considere riesgosa. Entonces desplazará la ansiedad o angustia que le causa esa situación, y creará que existe riesgo de atender al paciente.

Otro aspecto contratransferencial muy importante es la personalidad del terapeuta, porque como poseedor de una historia, cultura, educación, complejos y un aparato psíquico, responde de una manera particular ante cualquier situación.

Así el profesional de salud, de acuerdo con su personalidad va a adoptar una postura con respecto a su paciente; si el paciente presenta alguna característica o comportamiento con el cual se está en desacuerdo, como por ejemplo la homosexualidad, la bisexualidad o

la promiscuidad, la relación terapéutica se verá afectada y a su vez se pueden producir reacciones de evitación, rechazo o incluso agresión.

Freud (Devereux, 1977), nos dice "nuestro narcisismo de las pequeñas diferencias" nos induce a interpretar las creencias y prácticas extrañas como críticas a las nuestras, y eso nos hace reaccionar negativamente a ellas.

Otra razón por la que la personalidad del científico o terapeuta es importante es porque explica la deformación del material atribuible a su falta de objetividad, determinada intrapsíquicamente, tal y como lo confirma Fenichel (1973), "incluso las personas afectadas por perturbaciones leves pierden parte de su función de prueba por la realidad ahí donde entran excesivamente en juego la ansiedad y las tentaciones inconscientes".

El conocimiento que tenga el profesional de sus conflictos, necesidades y en general sobre su personalidad va a repercutir en el trato que dé a su paciente.

Ahora, con respecto a la transferencia y sus efectos en el terapeuta, se puede decir que en el enfermo de SIDA se presenta como una dependencia involuntaria respecto al profesional de salud, que se halla en posición de autoridad, porque el individuo se siente indefenso, desamparado frente a su enfermedad y ante su propia muerte y tiene la necesidad de un guía que sienta fuerte, poderoso, capaz de resolver su problema.

Sabemos que ante toda enfermedad el yo se debilita creando una situación regresiva, por lo tanto dependiente y el paciente se torna sumamente demandante (pide ayuda y alguna solución). Y lógicamente el terapeuta reaccionará ante tales demandas, ya que sólo puede brindarle algunas alternativas para aminorar su padecimiento, pero no puede proporcionarle una solución, ya que no existe cura posible para esta enfermedad. De esta forma el profesional presentará sentimientos de impotencia, ansiedad, angustia, incomodidad y rabia.

De lo anterior se deduce que; la presencia en la relación equipo de salud-paciente con VIH/SIDA, de alguno de los fenómenos contratransferenciales expuestos anteriormente,

se traduce en un rechazo o evitación hacia el paciente; pero en realidad lo que probablemente se está rechazando es todo el material inconsciente no elaborado y que es removido por la presencia de esta situación.

4.11 Apoyo psicológico, social y familiar en la infección avanzada por el VIH.

Alteraciones psicológicas, que derivarán en síntomas específicos, aparecen en menor grado en todos los pacientes con infección por el VIH y en todas las fases de la infección. Los momentos más críticos, desde el punto de vista psicológico son el momento del diagnóstico de la infección por VIH (especialmente en aquellas personas que no estaban concientizadas con un riesgo de infección elevado), el momento en que el médico establece la indicación de iniciar el tratamiento antiretroviral (frecuentemente el paciente lo vive con el sentimiento de que la evolución empieza a ser desfavorable), el momento en que aparece la primera complicación seria, vital o con secuelas, con frecuencia asociada a una necesidad de hospitalización (el enfermo toma conciencia real de la gravedad de una enfermedad que hasta ese momento era teórica y había interferido escasamente con el desarrollo de una actividad normal), el periodo en que se establece el estadio de enfermedad terminal (el paciente está consciente de su incurabilidad y de un pronóstico ominoso a corto plazo, sus demandas se dirigen fundamentalmente a obtener un bienestar y evitar los sufrimientos innecesarios) y, por último, el momento del fallecimiento. Además, también es importante psicológicamente, desde la perspectiva de la familia, el período que sigue al fallecimiento. El buen manejo de las alteraciones psicológicas asociadas a los momentos críticos dependerá de la relación humana que se establezca entre el terapeuta y el paciente, o el familiar. La empatía es la mejor de las terapias.

Las alteraciones psicológicas son más frecuentes, intensas, duraderas y difíciles de controlar en las fases de enfermedad avanzada. Un buen control de estas puede beneficiar al paciente con infección VIH avanzada más que cualquier terapia o profilaxis antiinfecciosa. En casos leves los médicos, enfermeras, amigos o familiares no especializados pueden intervenir en el control de las alteraciones psicológicas del paciente. En otros casos se requerirá la dirección de un psicólogo o psiquiatra.

Las alteraciones psicológicas en los pacientes con infección VIH son difíciles de sistematizar. Existen muchas circunstancias que las provocan o modulan, como la personalidad previa del paciente, su nivel cultural, la estructura y características del entorno del paciente y los hábitos de riesgo para la infección VIH (no obstante intentamos listar algunos de los aspectos psicológicos que se han observado en los pacientes con SIDA de acuerdo con los datos proporcionados por CONASIDA, los cuales mencionamos en páginas anteriores a este apartado).

Así pues, el paciente adicto a drogas presenta una personalidad con poca capacidad para aceptar cualquier frustración por mínima que sea. En ocasiones una mala adaptación al programa de seguimiento revela un interés manipulador o una actitud inconformista y desafiante, lo que provoca un rechazo por parte del entorno, incluyendo a las personas responsables de la atención sanitaria. El control de la adicción activa, cuando existe, debe ser prioritario en cualquier paciente con infección VIH. En aquéllos con infección avanzada lo único que varía es la metodología para este control. En estos pacientes puede no estar indicado un programa de deshabituación basado en actividades físicas, sesiones o terapia ocupacional intensivas. Programas alternativos, como el programa de mantenimiento con metadona, son más realistas y en definitiva más útiles.

Los varones homosexuales pueden tener problema para reconocer su hábito sexual, e incluso cuando lo superan las personas de su entorno, frecuentemente son incapaces de aceptar su condición. En ello radican muchos de los problemas de relación de estos pacientes cuando en situación de infección VIH avanzada se hace patente su inclinación sexual.

En los pacientes hemofílicos convergen las alteraciones psicológicas asociadas a una enfermedad crónica que limita ciertas actividades (la hemofilia), las asociadas a una enfermedad incurable de mal pronóstico (la infección por VIH) y las derivadas del sentimiento de "víctimas inocentes" respecto a las personas infectadas pertenecientes a los otros grupos clásicos de mayor riesgo. Este sentimiento se ve favorecido por el carácter de enfermedad socialmente rechazada de la infección por el VIH.

Es importante descubrir los sentimientos del paciente con infección VIH y que no siempre exteriorizan. Son frecuentes los sentimientos de miedo, incluso pánico, ansiedad, cólera, negación de la enfermedad, culpabilidad, vergüenza, lástima de sí mismo, desesperación, soledad, pena, expectativa de muerte anticipada, etc. El sentimiento de rechazo no siempre se limita a su círculo de relación. Es frecuente que el paciente con infección VIH se sienta también rechazado por los profesionales sanitarios. Desgraciadamente a menudo, este sentimiento expresa una realidad derivada de temores de contagio (como se mencionó anteriormente) o prejuicios sobre la personalidad del enfermo.

La autoestima del paciente, en una edad de la vida en que generalmente es alta, se ve mermada por los sentimientos de pérdida. El paciente con infección VIH avanzada es consciente de que ha perdido o va a perder su capacidad de relación (sentimiento de abandono), su identidad (pérdida del status en el trabajo o en la familia), el control de su vida (el virus es quien la controla), su capacidad sexual (cambios de conducta, disminución de la libido), su imagen física (desnutrición, estigmatización por el sarcoma de kaposi), sus hijos (muerte por infección vertical, contraindicación para tenerlos o incapacidad para tutelar los que tienen) y, en definitiva, su independencia.

Por lo anterior, es fácil observar en estos pacientes, síntomas relativos a ansiedad, depresión, cuadros psicósomáticos, alteración del sueño y del apetito.

Algunos síntomas psicósomáticos, como la diarrea, la anorexia, la pérdida de peso, la cefalea, el dolor torácico o abdominal, plantean un difícil diagnóstico diferencial con síntomas somáticos similares secundarios a las complicaciones orgánicas de la infección por el VIH.

La ansiedad y la depresión mejoran con técnicas de relajación, terapia de grupo, psicoterapia, y, cuando es preciso, con ansiolíticos o antidepresivos. La comprensión de las personas del círculo de relación del paciente y de los profesionales sanitarios es el mejor antídoto para gran parte de los desequilibrios emocionales de los pacientes con infección

VIH avanzada. En ocasiones el control de síntomas psíquicos precisa modificar un ambiente hostil para el paciente.

El apoyo de los servicios sociales de la administración pública complementado por las ayudas de las organizaciones no gubernativas debe cubrir las necesidades primarias de los pacientes con infección VIH con escasos recursos o con limitaciones físicas y dar respuesta a problemas específicos de integración como, la soledad y el rechazo social (CONASIDA, 1995).

4.12 Pronóstico.

Si bien, el tiempo de vida para el paciente con SIDA es muy limitado, podemos pensar que aún existe mucho que ofrecer en relación con la calidad de la misma.

Los pacientes deben saber a dónde y a quién recurrir. En todo momento, los deseos deben ser explorados y respetados. Tal vez deberíamos permitir que el paciente analice sus propias necesidades, aunque nos enfrentamos al reto de "atender" cuando "curar" no es la opción.

ASPECTOS GENERALES DEL CANCER

5.1 Etiología del cáncer.

Las causas del cáncer continúan siendo desconocidas; hoy por hoy los especialistas se mueven prácticamente en el campo de la especulación científica, a pesar de las incesantes investigaciones que se han realizado en este ámbito. Se ignora si es una alteración local de los tejidos que luego se generaliza o es, por el contrario, una enfermedad general en que, por ciertos fallos del mecanismo central del control de crecimiento, algunas células se escapan para siempre de la regulación global. Es decir, cuando se habla de cáncer, debe tomarse en cuenta que éste se encuentra constituido por una familia de células que derivan de una célula única inicial.

El primer estadio en el desarrollo del cáncer es un cambio anormal en una de las células del cuerpo. Esta alteración celular no puede ser detectada clínicamente, ya que existen síntomas visibles.

Cuando el acumulamiento de células se va haciendo mayor, se produce en la piel una inflamación que es la primera evidencia de que hay cáncer. Sobre los factores cancerígenos Levenson (1980), mencionó que son aquéllos que suelen irritar lo suficiente como para producir cáncer.

Los cancerígenos pueden ser químicos (como la nicotina), físicos (como los rayos "X") o emocionales (como el stress).

La Asociación Americana de Salud en sus investigaciones encontró que más de un millón de jóvenes en edad escolar podrían morir de cáncer de pulmón antes de llegar a la edad de 70 años. Suttom argumenta que es de suma importancia vivir en una atmósfera clara y limpia, ya que si se vive en una zona industrializada con un alto grado de contaminación atmosférica, se corre el riesgo de adquirir cáncer de pulmón (aunque en la actualidad no es necesario encontrarse en una zona industrializada para enfrentarnos a un alto grado de contaminación atmosférica).

De acuerdo con Levenson (1983), los investigadores del cáncer han asignado poca importancia a los factores psicológicos, es decir; los complejos aspectos biológicos del cáncer no se han relacionado con los aspectos psicológicos.

Psicológicamente el cáncer puede ser considerado como la representación psicósomática rudimentaria y esencial de la separación externa de las fuerzas positivas y negativas de nuestra existencia. Alexander y Dunbar del Instituto Psicoanalítico de Chicago (1950) decían que los conflictos inconscientes sin resolver son los responsables de diversos trastornos orgánicos, entre estos se encuentra el cáncer.

A través de los estudios realizados en la escuela psicoanalítica sobre la medicina psicósomática, se ha podido demostrar que los trastornos orgánicos mantienen una gran relación con los aspectos psicológicos. Kehren en 1922 y Mohr en 1925 decían que los trastornos hormonales podían influir en la aparición de un carcinoma y que estos trastornos hormonales podían producirse por trastornos emocionales. Evans (1926) en su libro "Estudio Psicológico del Cáncer", realizó una investigación con 100 pacientes con diversos tipos de cáncer y encontró que el cáncer típico ha perdido una parte importante de sus relaciones emocionales previamente al desarrollo de la neoplasia. Edwing (1931), en su libro "Oncology", destaca la influencia del estado psíquico en la eclosión de un cáncer, en su evolución y en el resultado de algunas terapéuticas. Peller (1952) en su libro "cáncer en hombres", menciona que las personas que han perdido a su cónyuge, están más propensos a contraer cáncer.

En este estudio Peller separó todos los elementos genéticos, clase social y edad, por lo que sólo queda el estado psíquico. Ferrati y Rizo (1953) rechazan la idea de que las implicaciones de tipo sexual como el cáncer de útero y el cáncer de mama, tengan implicaciones psicológicas.

5.2 Epidemiología de las enfermedades oncológicas.

La epidemiología es la ciencia que se encarga de estudiar las particularidades de la difusión y causa de enfermedades en grandes grupos de individuos de la comunidad

humana. La epidemiología de las enfermedades oncológicas se empezó a desarrollar como un apartado independiente de la oncología, a mediados del siglo XX, cuando ya existían una gran cantidad de hechos que indicaban irregularidad en la morbilidad de la oncología en diferentes regiones geográficas. Los estudios epidemiológicos nos permiten conocer por ejemplo; que el cáncer es una enfermedad debida en gran parte a factores ambientales y no genéticos.

En la época actual son centenares los carcinógenos que, como su nombre lo indica, en el curso de una existencia pueden transformar algún tipo específico de células que toman características de malignidad por su aspecto morfológico, agresividad o multiplicación celular y que se podrían ver atenuados ante comportamiento inmunológico de cada individuo.

El cáncer de pulmón, uno de los más mortíferos que existen, en 1930 no era muy conocido en el mundo, actualmente no ha dejado de incrementar en hombres y mujeres (Muir, 1981).

Cada año mueren en el mundo por cáncer de pulmón, alrededor de 500 mil personas al mes y se atribuye al tabaco entre 80 y 85% de este tipo de cáncer.

Blanc, (1982), Wisburger (1982), Doll y Peto; señalaron que al menos un 80% de las causas del cáncer son ambientales.

Por lo anterior, podemos pensar que:

1. En su mayoría los cánceres son evitables.

En la medida en que los factores ambientales son identificados, disminuirá su incidencia Epstein y Swartz se encuentran en desacuerdo con la opinión anterior, puesto que para ellos el cáncer no debe atribuirse sólo a los estilos de vida que son posiblemente causados por la interrelación del tabaco y la dieta alimenticia, con la estimulación carcinógena procedente del ámbito laboral y de la contaminación ambiental producida por la misma.

5.3 El paciente frente a su cáncer.

El anuncio de un diagnóstico de cáncer produce hondas repercusiones en el enfermo, pero también en el médico, cuyo papel se ve cuestionado, y quien se enfrenta con nuevas exigencias ante las cuales puede reaccionar de distintos modos; huyendo o estableciendo un pacto de confianza. Entonces se operan profundos cambios en las relaciones familiares del enfermo, creando nuevas responsabilidades, nuevas interacciones y nuevos papeles entre los miembros del grupo familiar, que deben adaptarse a los cambios producidos por la enfermedad.

Aunque la imagen social del cáncer constituye en las respuestas de los enfermos y de quienes componen su entorno inmediato un aspecto significativo que conviene tener en cuenta, no debemos por esto olvidar el proceso de socialización en cuanto a los modos de reaccionar ante la enfermedad y la muerte en cada familia, así como las experiencias vividas y transmitidas en el entorno social inmediato, que también condicionan el modo de reaccionar ante la enfermedad.

Partimos de la idea de que el diagnóstico no constituye un momento sino un proceso que incluye una serie de fases, compuestas de crisis y de remisiones de la enfermedad, que ocasionan distintos problemas con los que hay que enfrentarse a raíz de las distintas fases de la enfermedad. Podemos pensar que la experiencia del cáncer evoluciona al mismo tiempo que la enfermedad en sí misma.

La duración de la fase que precede al diagnóstico, podrá oscilar entre algunas semanas y varios meses, en función de una serie de variables sociodemográficas (nivel de instrucción, clase social, edad, etc.) y una serie de variables psicológicas, asociadas con el miedo a la enfermedad. Este temor a veces se manifiesta bajo la forma de mecanismos de defensa que utilizan la negación como una protección ante la ansiedad que supone el riesgo potencial de haber contraído la enfermedad.

El momento de tensión más intenso se produce indiscutiblemente cuando se le comunica el diagnóstico al paciente, y éste se identifica con su papel de enfermo, pudiendo

aceptar o rechazar esta realidad. El diagnóstico es un factor que genera conflicto y ansiedad: "conflicto" en el sentido de una contradicción en la unidad de las conductas, y "ansiedad", como actitudes producidas por el fracaso de las conductas defensivas. A menudo, ante la aparición de enfermedades graves, reales o imaginarias, se producen en el individuo situaciones de conflicto o de frustración, y se ve aparecer una cierta desestructuración de la personalidad. La intensidad de esta desestructuración puede variar: si es débil, puede actuar como señal de alarma; por el contrario, cuando llega a un máximo, podría dar lugar a varios procesos patológicos, que a su vez podrían desencadenar la enfermedad o agravarla. Esta tensión varía en intensidad y evoluciona durante el transcurso de las distintas etapas del diagnóstico. De tal manera que, el grado de tensión no es el mismo cuando se detectan los primeros síntomas, en el momento de la confirmación de la enfermedad, de la curación o de la remisión, de la reincidencia algunos años después, o con ocasión de un control rutinario.

La legitimación del diagnóstico trae emparejada la confirmación de la sospecha, y con ella dos conceptos fundamentales: por una parte, la "certidumbre de la muerte" y la consciencia de un límite temporal, y por otra, la "incertidumbre" en cuanto al modo de desarrollo del proceso. Estas ideas casi siempre presentes constituyen un considerable elemento de desestructuración.

La certidumbre de que la vida tiene un límite y al mismo tiempo la imposibilidad de conocer su duración precisa, son factores que producen un elevadísimo nivel de ansiedad. La necesidad de saber se une a la de decidir y planificar el tiempo restante, lo que permite conservar parte de la autonomía que se está perdiendo. Se borran los contornos y la claridad de los roles, y se instala una sensación de caos en la estructura personal y familiar, lo que provoca una crisis. Generalmente, los cambios relacionados con la toma de consciencia de una enfermedad grave son abruptos, repentinos, y su rapidez e intensidad dificultan su asimilación progresiva. Para Freud, que analiza el concepto de "crisis", ésta es la consecuencia de un cambio inesperado que altera el desarrollo normal, provocando un estado de desequilibrio y de incertidumbre. Supone un impacto acumulativo que, más allá de un determinado umbral, crea un estado de ruptura. La situación se caracteriza por contradicciones, tensiones y desacuerdos que llevan al individuo a dudar en cuanto a la

línea de conducta que debe adoptar, puesto que las normas habituales quedan en suspenso, e incluso se ven desfazadas.

Este es el momento de mayor stress psicológico, posteriormente se presenta ahora el miedo a la mutilación y a los cambios corporales, al dolor y a los sufrimientos, asociando las imágenes sociales vigentes y a casos conocidos, valora el tiempo con el que aún puede contar y mantiene viva la esperanza. Después se enfrentará a los efectos reales de la enfermedad como los resultados de los tratamientos aplicados (cirugía, quimioterapia, radiología). Surge una nueva consciencia del tiempo, la vida es más intensa a cada instante, el hecho parece aceptarse, no obstante la búsqueda de ayuda para poder elaborar el cambio.

5.4 Psicoterapia con el enfermo oncológico.

La creciente aplicación de técnicas psicológicas al campo de la oncología en los últimos años ha surgido de intentos por mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer, cuya supervivencia es ahora mayor, y por promocionar su adaptación emocional a una enfermedad que afecta a todas las esferas de su funcionamiento. En general, los objetivos de estas técnicas son aumentar la moral, la autoestima, y la capacidad del enfermo de afrontar el cáncer, disminuyendo a su vez, su angustia.

Los tratamientos psicooncológicos se han utilizado eficazmente en el control de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia; de la angustia y de la ansiedad producidas por el tratamiento con radioterapia, del dolor crónico y agudo, de la ansiedad y del dolor asociados a pruebas diagnósticas, y de trastornos sexuales secundarios a la enfermedad o su tratamiento.

La psicoterapia con el enfermo oncológico debe centrarse principalmente en la enfermedad y sus implicaciones, explorándose únicamente aquellos aspectos de la vida pasada y presente del paciente que afecten su adaptación al cáncer. Generalmente se emplean psicoterapias de apoyo breves, orientadas a solucionar crisis, en las que se facilita la expresión de sentimientos y temores acerca de la enfermedad y sus consecuencias, y que

permiten explorar, aclarar e interpretar temas psicodinàmicos que son relevantes en la situaci3n inmediata.

La eficacia terapèutica està determinada, en gran parte, por la sensaci3n de continuidad que la psicoterapia le proporciona al paciente durante el curso de la enfermedad. La flexibilidad es otro factor necesario en la psicoterapia con el enfermo oncol3gico. Limitaciones impuestas por el càncer mismo y por sus tratamientos, interfieren con un r3gimen estricto de horarios y sesiones de psicoterapia. Es necesario en muchas ocasiones, sustituir una sesi3n por una llamada telef3nica o una visita a la casa del enfermo si este se encontrara demasiado debilitado como para acudir a la sesi3n de terapia.

Frecuentemente, experiencias negativas pasadas impiden una adaptaci3n adecuada a la enfermedad. Sourkes, sugiere obtener una historia detallada de las pèrdidas que ha sufrido el paciente. Recuerdos de muertes u otras pèrdidas previas al diagn3stico pueden activarse al recibir el diagn3stico de una enfermedad que pone en peligro la vida del individuo.

Generalmente los individuos reaccionan ante la enfermedad de maneras similares a como han reaccionado a crisis previas en su vida. De ahì la importancia de obtener no s3lo una historia detallada de los conflictos y acontecimientos mäs significativos de la vida del paciente, sino tambièn de su resoluci3n. Es importante, asì mismo, evaluar los mecanismos de defensa del paciente. Ya que, las defensas psicol3gicas son el vehìculo a travès del cual se logra afrontar la enfermedad de un modo adaptativo.

Debido a que el càncer afecta no s3lo al enfermo sino a toda su familia, la psicoterapia es en muchas ocasiones mäs efìcáz si se incluye la participaci3n de la familia en una o varias sesiones. En caso de identificarse algùn problema psicol3gico o psiquiàtrico en alguno de los familiares del paciente, que estè interfiriendo con el bienestar psicol3gico de èste, ha de ofrecerse un tratamiento individual dirigido a aliviar los sntomas del familiar.

Multiples investigaciones han demostrado la eficacia de la psicoterapia en el enfermo con càncer. Copone y Cols. Estudiaron a un grupo de 97 mujeres recientemente

diagnosticadas con cánceres ginecológicos. La mitad del grupo recibió psicoterapia individual. Evaluaciones realizadas doce meses después de finalizar el tratamiento psicológico, indicaron que las mujeres que lo habían recibido, exhibieron mejoría más significativa en su autoestima que las mujeres del grupo control. Así mismo, un mayor número de mujeres del grupo de tratamiento habían reanudado relaciones sexuales y responsabilidades laborales doce meses después de finalizar la psicoterapia.

De lo anterior podemos concluir que la aplicación de técnicas psicoterapéuticas al campo de la oncología tiene enormes beneficios para el paciente, ya que alivian los síntomas que resultan del cáncer y su tratamiento, favoreciendo así una adaptación adecuada a la enfermedad y facilitando la administración del tratamiento requerido.

Por ello y dada su eficacia, estas técnicas podrían ser presentadas como coadyuvantes al tratamiento oncológico, sobre todo en pacientes que presentan un alto índice de riesgo para desarrollar reacciones psicológicas o psiquiátricas durante el curso de la enfermedad.

METODOLOGIA

Tipo: Investigación Clínica.

Diseño: Estudio de Casos.

En estudios etiológicos, cuyo objetivo final es obtener información que lleve a prevenir la enfermedad, es apropiado incluir como casos a personas diagnosticadas recientemente de la enfermedad de interés. En cambio cuando el objetivo no es la prevención de la enfermedad sino más bien de la mortalidad o de alguna otra consecuencia adversa de la enfermedad, es apropiado elegir como casos a personas que la han desarrollado o que fallecieron por esa causa. Esto es lo que se conoce como "estudio de casos" *.

Además, esos casos deben definirse de acuerdo con el período en que fallecieron o se inició la enfermedad, al margen de la fecha inicial del diagnóstico.

Por lo general en la práctica será necesario realizar una revisión cuidadosa de las historias clínicas para decidir si un sujeto determinado cumple los criterios exigidos por el estudio para ser un "caso". Por ejemplo, si el estudio identifica a una mujer que ha fallecido con diagnóstico de cáncer cervical, no sería aconsejable confiar exclusivamente en un certificado de defunción para juzgar si efectivamente murió de cáncer cervical. Si el estudio incluye o se restringe a casos de cáncer avanzado que están vivos, es necesario desarrollar criterios y aplicarlos a las historias clínicas individuales de los pacientes para distinguir los sujetos elegidos (aquéllos que probablemente fallezcan a consecuencia del cáncer) de los no elegidos.

Siempre que se pueda, las experiencias previas de casos y controles deben indagarse revisando sus historias clínicas y no por medio de entrevistas únicamente. Es probable que las historias permitan hacer un recuento más completo y preciso del tratamiento a que ha sido sometida una persona, que con las entrevistas. También facilitan una evaluación más

sensible para determinar si realmente fué un estudio de casos. Para enfermedades que muy probablemente tengan un desenlace mortal, el uso de historias clínicas proporciona información importante para el grupo de casos de personas que murieron de la enfermedad.”

* Este artículo se publicó en inglés en *Epidemiologic Reviews*. 1994, con el título “Use of case-control studies in outbreak investigations”. Sus autores: Diane M. Dwyer, Howard Strickler, Richard A. Goodman y Haroutune K. Armenian.

** Revista. Boletín de la oficina sanitaria panamericana vol. 121 No. 4 octubre 1996, Washington E.U.A.

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No hay duda del profundo impacto psicológico que el diagnóstico de una enfermedad terminal tiene sobre quien la padece y su familia. El problema no es solamente tener "Cáncer o SIDA" sino el significado que la persona adjudica a la enfermedad: Dolor, mutilación, hospitalización, etc.

En este caso, el papel del psicólogo debe ser el de proporcionar ayuda al paciente terminal, a través de la psicoterapia breve modificando los comportamientos mal adaptativos de la enfermedad. De ahí que el objetivo principal radica en el hecho de aumentar la autoestima y la capacidad del enfermo para afrontar la situación por la que atraviesa a la vez que disminuye la angustia.

La psicoterapia con el paciente terminal debe centrarse principalmente en la enfermedad y sus implicaciones, explorándose únicamente aquéllos aspectos de la vida pasada y presente del paciente que afecten su adaptación a la situación actual.

Es decir, se emplean psicoterapias de apoyo breves, orientadas a solucionar crisis, en las que se facilita la expresión de sentimientos y temores acerca de la enfermedad y sus consecuencias, y permiten explorar, aclarar e interpretar psicodinámicos que son relevantes en la situación inmediata.

Ahora bien, la eficacia terapéutica estaría determinada en gran parte, por la sensación de continuidad que la psicoterapia le proporciona al paciente durante el curso de la enfermedad. Sin embargo, es la propia enfermedad quién de alguna manera limita el tratamiento terapéutico en lo referente a sesiones y horarios.

En general, podemos pensar que la atención a la salud debe dirigirse a todas las áreas del paciente, debido a la influencia que existe entre el estado emocional y el equilibrio orgánico. El grado en que el sujeto pueda enfrentarse a su situación actual, dependerá de sus recursos físicos, psicológicos y económicos. Aunque la forma que adopte la respuesta varíe considerablemente de un individuo a otro, se le podrá ayudar mediante la aplicación

de técnicas psicoterapéuticas, las cuales podrían facilitar la administración y adherencia a los tratamientos médicos que el paciente requiera.

No obstante nos enfrentamos a 3 problemas básicos entre los muchos que obstaculizan la aplicación de psicoterapia breve como parte del tratamiento integral del paciente terminal:

1. Atender a un número cada vez mayor de personas
2. Atender mejor y con mayor eficacia.
3. Atender a más con menos costo.

Por otra parte, sabemos que, es de suma importancia proporcionar apoyo y esperanza cuando existe una enfermedad de la que sabemos que su desenlace será fatal. Así, una vez más es crucial la idea de que el paciente se enfrenta a una muerte cierta y reiteramos; "Si la enfermedad es mortal, por regla debería ser optar por la calidad de vida y no por la duración de la misma, atendiendo los deseos del paciente". De lo anterior podríamos pensar en detener todo tipo de tratamiento o en desconectar algún aparato de sostenimiento si el enfermo lo pidiera, pero entonces, nos enfrentaríamos al problema de la Eutanasia Pasiva.

En esos casos podría pensarse que no es la actuación del médico lo que causa la muerte, sino la enfermedad que sufre el paciente. La mortalidad de una acción no debería ser juzgada sólo por su efecto material. También debería valorarse su intención, al interrumpir el tratamiento no es precipitar la muerte sino evitar sufrimientos innecesarios.

Entonces, si lo que pretendemos es incrementar la calidad de vida del paciente terminal atendiendo el impacto psicológico que le provoca un diagnóstico de SIDA o Cáncer ¿Lograría adaptarse a su enfermedad a través de la aplicación de la psicoterapia breve como parte integral del tratamiento requerido por su enfermedad y, con ello, incrementar la calidad de vida al comprender el significado que la enfermedad tiene para sí mismo?.

6.2 PROCEDIMIENTO

6.2.1 Sujetos y escenario:

La muestra empleada en la presente investigación contó con 3 casos entre los cuales encontramos dos pacientes con diagnóstico de SIDA y uno con cáncer todos fueron remitidos a terapia por el médico de base con el propósito de ayudarlos a adaptarse a su enfermedad y al tratamiento médico requerido. El tratamiento médico recibido consistía en chequeo general, pruebas de laboratorio, de gabinete y administración del medicamento que específicamente se estuviera utilizando para su tipo de enfermedad.

6.2.2 Selección y tipo de muestra:

Intencional, no probabilística. Se eligió la muestra con cierta intención, en este caso los sujetos fueron seleccionados en base a las historias clínicas que cumplieran con las características requeridas dentro de la investigación, en este caso, padecer enfermedades tales como SIDA y Cáncer y haber sido remitidos a terapia. Además fueron quienes nos reportaban mayor cantidad de datos, mismo que nos permitirían realizar un análisis interpretativo de cada uno de ellos, mediante la elaboración de la historia clínica.

La ventaja del empleo de estas muestras es que son útiles y económicas (Downte, N.M. Heath R. W. Métodos estadísticos aplicados, Edit. Harla, Mex., 1973).

Una vez recopilados los datos el siguiente paso fué realizar los formatos para la elaboración de las historias clínicas y así poder detallar cada una de las áreas entre las cuales encontramos los siguientes puntos:

1. Problema actual o motivo de consulta.
2. Antecedentes familiares.
3. Antecedentes personales.

4. Pautas de ajuste a la vida adulta.
5. Exámen de la condición física orgánica.
6. Antecedentes de la enfermedad,
7. Actitud del paciente hacia su enfermedad.
8. Tratamiento Psicoterapéutico.

Finalmente se realizó un análisis interpretativo respecto al impacto psicológico sufrido por cada uno de los pacientes al recibir un diagnóstico de SIDA y Cáncer, y, el efecto que provocan los cambios que conlleva la propia enfermedad en sus diferentes areas y como a su vez, es modificada por tanto, la estructura de la personalidad en cada uno de ellos.

Consideramos además aspectos de su vida pasada que pudieron influir en su reacción al enfrentarse a una situación de crisis. Y, asimismo, la influencia del uso de la psicoterapia como parte del tratamiento integral para lograr o no adaptarse a la enfermedad, su sintomatología y tratamiento. Y observar, asimismo si existe un incremento en cuanto a la calidad de vida del paciente.

CASO 1

HISTORIA CLINICA

1. FICHA DE IDENTIDAD

Nombre: Luis F.
Edad: 30 Años.
Estado Civil: Soltero.

2. PROBLEMA ACTUAL O MOTIVO DE CONSULTA.

El paciente refiere como motivo de consulta el sentir la necesidad de ayuda para poder sobrevivir después de darse cuenta que padece "lo que suele conocerse como una enfermedad terminal", puesto que desde el momento en que fué diagnosticado con SIDA decidió que no aceptaría el desenlace de dicho diagnóstico.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES.

PADRE.- Fué un abogado exitoso el cuál muestra una conducta cruel hacia el paciente quién es golpeado continuamente con la hebilla del cinturón o con el cable de luz y le decía "no te quejes porque a mí me educaron así".

Cuando el paciente contaba con 19 años de edad, su padre muere y él se sintió feliz, aunque a veces presentaba sentimientos de culpa, por lo que en ocasiones parecía como si su papá estuviera dentro de él y se autocastigaba golpeándose contra la pared, por lo que empieza a consumir drogas posiblemente como un intento para compensar sus frustraciones.

MADRE.- 10 Años menor que el padre, se casó de 16 años de edad. De ella, reconoce que era la mejor madre pero la odia porque es una mujer fría, que nunca lo defendió del padre, se mostraba distante, sádica y humillante ante él y en cambio el hermano mayor es

“el consentido”. No obstante, tanto él como el resto de sus hermanos desean la muerte de la madre debido a que no quiere darles la herencia que les dejó su padre.

HERMANOS.- El paciente comenta que casi todos son profesionistas, y uno con maestría, con el que se lleva es con el mayor (el consentido de la mamá), a quién admira tanto como a su hermana menor (22 años). A ella porque se fué de la casa y vive en unión libre con su novio. Cree que sus hermanas son las mejores porque casi no convivieron con su padre aunque piensa que de todos la más feliz es la penúltima porque tiene hemiplejía y lo único que hace es cuidar a sus perros.

4. ANTECEDENTES PERSONALES .

Recibía golpizas por parte del padre, las cuales incrementaron hasta 60. de primaria.

Después de la muerte de su padre el paciente se convierte en consumidor habitual de hachís y, ocasionalmente de LSD, cocaína y heroína por vía nasal. Y se había administrado drogas intravenosas en 4 ó 5 ocasiones.

5. PAUTAS DE AJUSTE A LA VIDA ADULTA.

Ajustes escolares.- Después de la muerte del padre mejoraron sus calificaciones.

Ajustes laborales.- Ha tenido 5 trabajos. Del último de ellos fué despedido cuando empezó a manifestar los primeros síntomas de la enfermedad que padece (SIDA).

Ajustes sociales.- Cuenta con pocos amigos.

En ocasiones acudía a reuniones organizadas por sus compañeros de trabajo, pero sentía incomodidad por presentar dificultad para relacionarse con los demás

Ajustes sexuales.- No ha tenido tiempo para mantener una “relación de noviazgo”.

6. EXAMEN DE LA CONDICION FISICA ORGANICA.

6.1 Antecedentes de la enfermedad.

El paciente empezó a presentar en enero de 1996 sensación de taponamiento y dolor en oído izquierdo, que atribuyó a la exposición al frío. Pocos días después, aparecieron molestias en el ojo izquierdo, con visión borrosa diplopía ocasional. Al mismo tiempo se presentó inestabilidad e inseguridad en la marcha. Consultó con un otorrinolaringólogo que le prescribió m-prednisona (40mg. intramuscular/día, durante 6 días). Con este tratamiento mejoraron desde el principio la inestabilidad y la opresión en el oído. Al tercer día del tratamiento con corticoides, se despertó durante la noche con cefalea holocraneal intensa y pulsátil, que no se acompañó de vómitos, ni de otros síntomas, y cedió en unas 2 hrs. Al día siguiente, se encontraba con "sensación gripal" y fiebre. Al octavo día del proceso, 2 días después de finalizado el tratamiento corticoideo, reapareció una cefalea progresivamente más intensa que se mantuvo durante 2 días. Acudió a un servicio de urgencias y se le indicó tratamiento con analgésicos y antidepresivos. Una semana más tarde persistía la cefalea. Pudo constatarse también que había sufrido una hepatitis (HBsAg) en 1992 y uretritis por tricomonas en 1994. El paciente era consumidor habitual de hachís y ocasionalmente, de LSD, cocaína y heroína por vía nasal, y administración de drogas intravenosas en 4 ó 5 ocasiones.

6.2 Diagnóstico.

SIDA.

6.3 Tratamiento, evolución.

A la vista de los resultados del estudio microbiológico, es patente que el paciente presenta una toxoplasmosis cerebral y ocular en relación con su síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) el cual probablemente desarrolló por la administración de drogas intravenosas con jeringas previamente utilizadas por algunos de sus compañeros.

Se inició tratamiento con pirimetamina (50 mg/12hrs.) y sulfadiazina (1,500 mg/6 hrs.), junto con azidotimidina. El paciente se encontraba asintomático a los 10 meses de evolución.

7. ACTITUD DEL PACIENTE HACIA SU ENFERMEDAD.

Cuando se me diagnosticó por primera vez, necesitaba información y rápido, pero simplemente no había nada disponible a mi alcance. Estaba "desamparado".

Como me encontraba completamente ignorante pensé que moriría en el transcurso de semanas y recordé a mi padre en su agonía. Creo que es un castigo por sentirme alegre cuando falleció, entonces sentí un choque y desorientación. Despierto agitado por las mañanas, tengo problemas para dormir y perdí el apetito. Diez meses después yo seguía sin presentar ningún síntoma. Hoy, pienso que moriré sólo, cada vez me siento peor, y, a cada instante recuerdo a mi padre, en que tal vez en donde se encuentra sigue castigándome, por ser el único que se revelara a sus imposiciones. Las molestias son más frecuentes, sobre todo durante la noche, creo que cuando más triste me encuentro el dolor es mayor. Y es que "aún no lo puedo creer".

8. TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO.

Paciente de sexo masculino, 30 años de edad, con inteligencia promedio. No ha completado la educación media superior, su vocabulario se observa sumamente limitado. Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, su percepción es adecuada, presenta memoria a corto y a largo plazo.

Fué remitido a terapia bajo prescripción médica. La decisión de tratarlo dentro de los límites de la psicoterapia breve fué dictada a juicio del terapeuta, teniendo como objetivo principal, el posibilitar al paciente a responder y a ajustarse a su condición, a su manera, pero siempre tratando de incrementar la respuesta adaptativa.

La causa de su padecimiento es la administración de drogas por vía intravenosa utilizando jeringas previamente utilizadas por algunos de sus amigos.

El tratamiento será programado en una serie de cinco sesiones.

Primera sesión:

El paciente expone su problema de pensamientos suicidas puesto que padece SIDA. Dice que siente la necesidad de ayuda para poder sobrevivir después de darse cuenta que padece lo que se conoce como una enfermedad terminal y desde el momento en que fué diagnosticado con ésta enfermedad decidió que no aceptaría el desenlace de dicho diagnóstico, sobre todo porque desconoce los síntomas que presentará y teme tanto al dolor que prefiere no llevar a cabo el tratamiento médico para no alargar más el dolor que siempre ha tenido, incluso antes de que se volviera farmacodependiente.

En ese momento recuerda la relación con su padre, argumentando que aunque era catalogado como un abogado exitoso, no se explica porque podía defender a tanta gente y en cambio con él mostraba una conducta cruel; recibía golpizas y utilizaba la hebilla del cinturón o el cable de la luz. Siempre se mostraba lo suficientemente cruel para con él. El paciente comenta que afortunadamente cuando contaba con 19 años de edad, su padre

murió (el paciente no quiso hablar acerca de la causa de la muerte de su padre), y él se sintió feliz, pero que en ocasiones se sentía con remordimiento y a veces hasta con temor porque sentía que su padre se encontraba dentro de él para castigarlo y hacia que se golpeará contra la pared y es entonces cuando comentando esta situación con un amigo, el paciente empieza a consumir drogas proporcionadas por el amigo. Primero consume inhalantes, después LSD, cocaína y heroína por vía nasal y en cuatro o cinco ocasiones le fueron administradas drogas intravenosas, después de cierta dosis que su amigo se había administrado también vía intravenosa y utilizando ambos la misma jeringa.

Comenta que lo mejor de todo fué que al morir su padre “mejoraron sus calificaciones”.

El paciente refiere sentirse muy solo, pues a pesar de que tiene familia cada quien se dedica a sus propias actividades y no le interesa lo que pase con los demás, su madre es una mujer muy fría que nunca expresa sus sentimientos, por lo que la odia, pero reconoce que era la mejor madre aunque nunca lo defendió del padre, se mostraba distante sádica y humillante ante él, en cambio con su hermano mayor era más consecuente porque este es su consentido. De sus hermanos comenta que casi todos son profesionistas, y uno de ellos con maestría, el consentido de mamá, a quién pese a todo admira al igual que a su hermana menor porque tuvo el valor de salirse de su casa e irse a vivir en unión libre con su novio.

El paciente comenta que él es la “oveja negra de la familia” puesto que aún no ha terminado la educación media superior, en sus trabajos le ha hido bien pero del último fué despedido cuando se enteraron de su diagnóstico, los pocos amigos que tenía, se alejaron de él y no cuenta con una relación de noviazgo porque no ha tenido tiempo.

El terapeuta dá por terminada la sesión haciendo incapie al paciente en que ha sido enviado a terapia para apoyarlo y ayudarlo a entender los cambios emocionales que ha provocado en él, el enterarse de su diagnóstico y que por ello es necesario que relate aquellos aspectos de su vida que él considere importantes a fin de encontrar todos aquellos factores que podrían obstaculizar su adaptación a la enfermedad. Y, al preguntar

al paciente su opinión, este comenta que acudirá pero, que quizá no sirva de mucho porque al fin y al cabo eso no frenará la evolución de la enfermedad.

Segunda sesión:

El paciente no acude a terapia argumentando sentirse demasiado agotado.

A la tercera cuarta y quinta sesiones tampoco se presentó.

Observaciones:

El paciente dió por terminado (por voluntad propia) el tratamiento psicoterapéutico, ha la fecha, no ha logrado adaptarse a la sintomatología propia de su enfermedad, se le observa tenso y angustiado y el deterioro orgánico parece que ha evolucionado lo suficiente como para lograr su objetivo.

No ha recibido visitas; ni familiares, ni sociales.

INTERPRETACION.

De acuerdo con los datos anteriores, podemos pensar que el paciente es incapaz de forjarse metas de largo alcance, a la que puede faltarle el dominio de sí mismo, siente que su vida es desdichada y frustrante, por lo que recurre al uso de drogas, a fin de obtener alivio temporal de la angustia que le provoca la carencia de oportunidades vocacionales así como de trabajo adecuado a sus aptitudes.

Presenta sentimientos ambivalentes hacia la figura materna y hacia el hermano mayor, asimismo podemos observar sentimientos hostiles hacia las hermanas debido tal vez a que ellas no mantuvieron relaciones estrechas con el padre.

Por otra parte, al parecer utiliza la fantasía a fin de compensar sus frustraciones, además del uso de drogas con lo que además de lo mencionado anteriormente probablemente busca una salida fácil con la cuál pueda evadir la realidad y a su vez atraer la atención de los demás sobre si mismo, mostrándose como una persona débil e incapacitada para realizar funciones que conlleven responsabilidades, por lo que quisiera ocupar el lugar de su penúltima hermana quién de acuerdo con el paciente desarrolla actividades mínimas por la enfermedad que padece.

Por lo que respecta a su relación con la figura paterna, nos muestra que, el hecho de mostrar satisfacción por la muerte del padre y revelarse a las normas impuestas por éste, provocan en él, sentimientos de culpa y se autocastiga golpeándose así mismo, y quizá también provocando la enfermedad que padece, puesto que en ocasiones menciona que utilizó jeringas previamente utilizadas por sus amigos para administrarse drogas por vía intravenosa, lo que nos hace pensar que tal vez sabía que uno de los factores de riesgo para contraer SIDA, es la utilización de jeringas sin esterilizar, y que en su búsqueda por castigarse cada vez más severamente, el mismo provocó la enfermedad. Por otra parte, al parecer, existe deseo por identificarse con la figura paterna, pero la mala relación existente entre ambos es un obstáculo para que se dé, de tal manera que la única forma en que puede lograrlo es a través de la muerte aunque esta situación le resulte angustiante. Por

otra parte, puede ser que el terapeuta sea percibido por el paciente como la figura paterna por lo cual evita el tratamiento psicoterapéutico.

Aunado a lo anterior, creemos que el diagnóstico de SIDA al cual se enfrenta, además de ser visto como un castigo, también reafirma sus sentimientos de soledad, desamparo, vacío y abandono, puesto que como resultado de ello fué despedido del trabajo y no encuentra apoyo ni por parte de su familia, ni de amigos.

Así mismo, la enfermedad incrementa la culpa, lo que provoca a su vez, ansiedad y depresión, sentimientos que han influido en el deterioro físico del paciente, minando así, el equilibrio orgánico y acercándolo a una muerte más próxima.

CASO 2

HISTORIA CLINICA

1. FICHA DE IDENTIDAD.

Nombre: Carlos
Edad: 29 Años.
Estado Civil: Soltero.

2. PROBLEMA ACTUAL O MOTIVO DE CONSULTA.

El paciente refiere como motivo de consulta el tratar de entender los cambios producidos en su estado emocional después de enfrentarse a un diagnóstico de SIDA.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES.

El paciente tiene una hermana menor, su madre era una persona agresiva y dominante no obstante su relación siempre fue buena aunque ella era la que siempre decidía todo lo de la casa. El padre era un individuo débil que permitía a su esposa dominar a la familia.

Actualmente se desconoce el paradero del padre, la madre ya de edad avanzada se encuentra viviendo sola.

4. ANTECEDENTES PERSONALES .

Durante la niñez tuvo pocos amigos, excepto 2 compañeritas de juego que vivían en la casa contigua. En el colegio, el paciente experimentó por primera vez interés hacia personas de su mismo sexo en la clase de natación. Después abandonó el hogar para asistir a la universidad en donde inició actividades homosexuales con jóvenes colegiales menores que él, a quienes conoció en la colonia en la que se encontraba viviendo.

5. PAUTAS DE AJUSTE A LA VIDA ADULTA.

Ajustes escolares.- Al ingresar a la universidad se mudó de su casa

Ajustes Sociales.- Durante la niñez tuvo pocos amigos con excepción de 2 compañeritas de juegos que eran sus vecinas.

Ajustes sexuales.- En el colegio experimentó por primera vez, interés hacia personas de su mismo sexo esto ocurrió durante la clase de natación. Al mudarse de su casa para asistir a la universidad inicia actividades homosexuales con algunos de sus vecinos.

Posteriormente, mantiene relaciones permanentes con parejas homosexuales, de las cuales cuatro fueron diagnosticados con SIDA y uno de ellos ya había muerto.

En el momento en que se le diagnosticó con SIDA, se encontraba viviendo con Roberto, quién dió término a la relación, después de que el paciente le informó acerca de su estado de salud, aunque se encontraban distanciados por una discusión previa a este acontecimiento.

6. EXAMEN DE LA CONDICION FISICA ORGANICA

6.1 Antecedentes de la enfermedad.

El paciente refiere; en Septiembre de 1995, me diagnosticaron que padecía Sarcoma de Kaposi, en consecuencia SIDA.

Había observado dos pequeñas manchas en una de mis piernas en Febrero del mismo año. Conociendo mi relación con un homosexual que había desarrollado SIDA, acudí a mi clínica de enfermedades de transmisión sexual y les expliqué los hechos. No fué sino hasta el 2 de Septiembre que se me tomó una biopsia de estas lesiones y se diagnosticó subsecuentemente sarcoma de Kaposi (SK).

A pesar de haberme convencido durante muchos meses que las manchas eran sarcoma de Kaposi, me llegó como un bombazo cuando el médico me comentó el diagnóstico ¡era como si alguien hubiera puesto mi cabeza en un bloque y la hubiera desmenuzado!. El primer contacto que conocí había muerto por esta causa. Posteriormente supe que dos de mis otros compañeros sexuales tenían SIDA.

Las siguientes semanas fueron muy importantes para formular mi línea de defensa y mi ataque final al virus. Por fortuna, había disfrutado de una salud razonable siendo un homosexual adaptado y atlético, hasta el diagnóstico, no había presentado ninguno de los síntomas que experimentan con frecuencia las personas positivas a anticuerpo HTLV-III.

En la época en que me diagnosticaron la afección, estaba comenzando a supervisar la restauración de una casa que había comprado un año antes y había permanecido con un amigo en tanto esperaba autorización de los planos para comenzar a trabajar en ella. Observé una combinación extraña de notas alrededor de ese periodo. El día de mi biopsia, lei "compré un traje de baño; hospital para biopsia de las marcas; conocer al electricista y al constructor para acordar una reunión". Unos días después tuve que ir a la clínica para un tratamiento menor de otro problema que padecía. En la nota decía "fui a la clínica para tratamiento, el doctor me dió el diagnóstico de la biopsia; llegué a casa como un zombie. Roberto (mi pareja con la que había estado viviendo) invitó a algunos amigos para una fiesta imprevista".

No existen palabras que hubieran expresado la forma en que me sentía, en especial cuando tuve que decirle a Roberto la noticia en los 10 minutos antes del arribo de las visitas. Inútil es decir que no éramos nosotros mismos esa noche.

Roberto y yo habíamos discutido la semana anterior y estuvimos durmiendo en habitaciones separadas durante algunas noches. Esa noche más que ninguna otra en mi vida, necesitaba a alguien en especial junto a mí, que me cuidara. Permanecí solo, y en gran parte por mi testardez lloré un poco, pero me encontraba casi en un estado de choque para poder llorar o dormir bien. Mi noticia terminó nuestra relación (quizá hubiéramos continuado en circunstancias "normales").

En los siguientes meses, antes que me mudara a mi casa, nos sentábamos en extremos opuestos del sofá, como buenos amigos.

Varios meses después acudí con un amante anterior a Roberto, recibí los brazos tiernos y sentimientos de alguien a quién aún estimaba profundamente, mis lágrimas fluyeron por primera vez y sentí como si alguien realmente se preocupara. Desde estos días iniciales he contado a muchos de mis amigos mi situación y estoy seguro que la noticia ha pasado a otros que conozco. El apoyo y preocupación genuinos de la gran mayoría de las personas ha sido considerable y muy apreciado.

Como resultado directo de temores infundados me enviaron del trabajo a casa en enero después de dar a mis compañeros la noticia de mi enfermedad. La época en que esto ocurrió fué cuando los medios de publicidad se "lanzaron" por primera vez en una discusión en masa del SIDA y en consecuencia atemorizó a algunas de las personas con las que trabajaba y a sus familiares. Aunque estaba apto medicamente para trabajar y aún lo estoy, no se me ha permitido volver al trabajo y en la actualidad me encuentro en un programa permanente de seguro de enfermedad. Sin embargo, parte de mi apoyo y amistades más firmes provenían de mis antiguos compañeros de trabajo.

Habiendo tratado de evitar que mi madre ya de edad avanzada no supiera sobre mi enfermedad, y sin trabajar hasta hace muy poco tiempo, hoy en día tengo que ajustarme al hecho de que ya conoce toda la situación. Como vive sola, muy lejos de mí, y su salud es mala, intenté evitarle la angustia que indudablemente sufre ahora la mayor parte del tiempo. Ella ha tomado la noticia muy bien, cuando menos cuando yo la veo. Y apoya cien por ciento el curso de tratamiento complementario, la curación espiritual y autoayuda que he decidido llevar a cabo. Aunque siempre hemos estado muy cerca, esto nos acerca incluso más. Ahora no necesito ocultarle los hechos como lo hice con anterioridad. La aceptación de mi situación una plática abierta sobre ella y la preocupación disminuye con el apoyo de los seres amados esto es muy importante y reconfortante para mí.

7. ACTITUD DEL PACIENTE HACIA SU ENFERMEDAD.

Una de las primeras cosas que hice por consejo del médico de la clínica, fué acudir con

un grupo de terapia de apoyo a pacientes con SIDA.

Las primeras sesiones en el grupo de apoyo a las que asistí fueron de gran ayuda psicológica para mí; pude hablar abiertamente a homosexuales en las mismas circunstancias que yo, recibí estímulo, hice docenas de preguntas que me venían a la cabeza y obtuve una respuesta de personas que habían afrontado el mismo problema, como familia, amigos, trabajo, salud, emociones y vida en casa. Intenté no perder ninguna reunión. Parecíamos volar, nos reíamos mucho, pero tratábamos de conservarnos al día sobre lo que sucedía en el campo médico y de ofrecer apoyo a quienes lo necesitaban. Es triste y deprimente cuando se observan amigos que se deterioran con el tiempo, pero una de las primeras cosas que acordamos fué que siempre se recibiría bien a las personas que acudieran sin importar qué tan enfermas parecieran, y que nuestros amigos enfermos siempre deberían sentir en nuestras reuniones que había una bienvenida para ellos.

En Octubre asistí a una reunión de trabajo sobre "Aspectos Psicológicos del SIDA". Resumió muchos de los cambios que me habían sucedido desde que comencé a temer las marcas en mi cuerpo provocadas por el Sarcoma de Kaposi y que habían continuado desde el diagnóstico. Se habían manifestado diversos cambios, por ejemplo, en mi caso una pérdida de la autoestima (síndrome del leproso social) y temores de un cambio en la calidad de vida social, profesional, sexual, física y temores de relación. La ansiedad y la depresión pueden tener un gran impacto en las formas normales de afrontar la vida. Cuando me dí cuenta de que estas reacciones eran normales en mis circunstancias, la vida fué más tolerable. ¡Reconocí que no me estaba volviendo loco!

8. TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO.

Se trata de un sujeto del sexo masculino, cuenta con 29 años de edad, se encuentra bien orientado en cuanto a tiempo, espacio y persona, su percepción es adecuada y presenta memoria a corto y a largo plazo.

De tendencia homosexual. Recientemente fué diagnosticado con SIDA y es enviado a terapia de grupo y a una serie de cursos informativos respecto a la sintomatología de la

enfermedad que padece, el paciente se muestra cooperativo y acude a sus sesiones de terapia de grupo, posteriormente, recibe psicoterapia breve como parte del tratamiento integral.

Los datos proporcionados por el paciente dentro de las sesiones de psicoterapia son los expuestos en los puntos anteriores de la historia clínica, por lo cual ya no serán considerados dentro de este apartado a fin de no redundar sobre lo mismo.

Al igual que en el caso anterior el tratamiento fué programado en cinco sesiones a las cuales acudió siempre puntual y se sintió satisfecho por los cambios logrados con la ayuda de la psicoterapia no solo en cuanto a la elevación de su autoestima, sino también en lo que respecta a sus relaciones interpersonales y sobre todo a la relación con la figura materna. Así mismo, mostró pautas de conducta mucho más adaptativas a los cambios provocados por la enfermedad.

Lo anterior como consecuencia de adherirse tanto al tratamiento médico como al psicoterapéutico y además recibió apoyo por parte de familiares y amigos.

INTERPRETACION

De acuerdo con los datos reportados por la historia clínica, podemos pensar, que el paciente contaba con la presencia de una figura materna dominante, esto, aunado a una figura paterna débil y posteriormente ausente provocaron distorsiones en las relaciones de objeto básicas, lo que conlleva a su vez a una incapacidad para identificarse con la figura paterna y por tanto se identifica con la figura materna. A esto se suman las malas relaciones conyugales de los padres, por lo que probablemente, el paciente podría pensar que el matrimonio es una relación desdichada y frustrante en donde el padre finalmente abandona el núcleo familiar por lo cuál puede manifestar sentimientos hostiles, lo que provoca a su vez, el establecimiento de relaciones homosexuales en donde el paciente encuentra satisfacción y aceptación en sujetos de su mismo sexo.

Asimismo, existe necesidad de apoyo que se intensifica con el diagnóstico de su enfermedad, sobre todo al enfrentarse al rechazo, limitaciones y restricciones sociales, causadas por la propia enfermedad y el desconocimiento de su evolución.

No obstante lo anterior, el hecho de recibir información acerca de los trastornos de su enfermedad, el apoyo emocional por parte de sus compañeros de trabajo, de su mamá y el de la pareja con quién reinició relaciones, así como la ayuda terapéutica recibida, fueron el punto culminante para que pudiera adaptarse a la enfermedad así como también a aceptar su situación.

CASO 3

HISTORIA CLINICA

1. FICHA DE IDENTIDAD.

Nombre: Alberto
Edad: 48 Años.
Estado Civil: Casado.

2. PROBLEMA ACTUAL O MOTIVO DE CONSULTA.

El paciente refiere sentirse fatigado y preocupado, comenta que ha perdido interés en todo, "no puede comer, ni dormir". Lo cual atribuye a que le fué diagnosticado un carcinoma de pulmón durante el chequeo médico anual requerido por la compañía en la que trabajaba. Aunque ya había pasado por un estado similar cuando su madre murió, pero en esa época fué atribuido también a que él fué el único beneficiario en el testamento de la madre, lo cual causó placer en él, y. tuvo deseos momentáneos cuando la madre agonizaba, de que ésta muriera.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES.

El padre fué un hombre austero, 17 años mayor que la madre. Esta siempre fué el centro emocional de la familia, una mujer firme y terca en sus convicciones, con inclinaciones demasiadó místicas. Sólo se mostraba afectuosa cuando se obedecían sus órdenes. Cuando sus hijos se oponían a sus deseos, se mostraba silenciosa, herida y apartada. Objetó los matrimonios de los hijos y, sobre todo, el de su hijo menor, el paciente que enmarca este caso.

Actualmente se encuentra viviendo con su esposa y sus cuatro hijos.

4. EXAMEN DE LA CONDICION FISICA ORGANICA.

4.1 Antecedentes de la enfermedad.

El único síntoma que presentaba eran dolores de espalda leves que habían comenzado aproximadamente dos meses antes de confirmarse el diagnóstico.

El paciente pensó que esto no era posible y se negó a aceptar la gravedad de su condición hasta tal punto que su comportamiento empezó a interferir con la administración de la quimioterapia, la cual se negó a recibir por creer no necesitarla, poniendo así su vida en peligro.

El paciente consideraba que su vida era un fracaso, le confesó a la esposa relaciones premaritales y se acusó de no ser digno de la compañía de sus hijos. Ya en el hospital, se mostraba preocupado, y aunque hablaba poco, expresaba ideas tales como; que los otros pacientes lo despreciaban y las enfermeras sentían pena por él.

El paciente fué referido a terapia por su médico, durante el tratamiento el terapeuta lo ayudó a identificar la fuente de sus temores y a encontrar maneras más adecuadas de enfrentarse a ellos y adaptarse a la enfermedad.

5. TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO.

Paciente del sexo masculino, de 48 años de edad, padre de 4 niños. Fué remitido a terapia bajo prescripción médica, después de haber sido diagnosticado con cáncer de pulmón.

Los datos fueron proporcionados por el paciente y su esposa.

El tratamiento se programó en cinco sesiones:

Primera sesión:

El paciente se presenta a terapia acompañado por su esposa, expresa sentirse aplastado, deprimido, fatigado y preocupado, comenta que ha perdido interés en todo, "no puede comer ni dormir". Lo anterior como consecuencia de haberle diagnosticado un carcinoma de pulmón durante el chequeo médico anual requerido por la compañía en la que se encuentra trabajando.

Comenta que ya había pasado por un estado similar cuando su madre murió.

La esposa informó que el paciente aún no lograba recuperarse de la muerte de su madre, ocurrida cinco meses antes. Cuando se descubrió que la mujer tenía un cáncer incurable, el paciente quedó aturdido. Primero culpó a los doctores del descuido; después a sí mismo. Pensaba que de haberle prestado más atención, de haberla llevado a exámenes médicos más a menudo, aquéllo nunca habría pasado. "Nunca se quejó de nada, era una verdadera santa", decía el paciente.

Después del funeral de la madre, dan paso a la lectura testamentaria, en el se establece que la mayor parte de los bienes maternos fuera para el paciente más que para los otros hijos, quienes muestran cortesía pero un tanto fríos ante el paciente. Aunque uno de los hermanos comentó que era natural que el paciente fuera el heredero mayoritario puesto que éste había sido el que más convivió con la madre en los últimos años.

El paciente se mostró tranquilo en días posteriores pero de acuerdo con la información proporcionada por la esposa, comía mal, hablaba poco en la mesa y no le respondía a la familia, cosa que nunca antes había sucedido.

Su creciente silencio durante la hora de comer "imponía un manto de reserva", el paciente empezó a disculparse y abandonaba la mesa tan pronto como empezaba la hora de la comida. La esposa consideraba que estaba exagerando su dolor. En privado le dijo que esa conducta estaba afectando a los hijos de ambos. Al principio el paciente se

molestó, pero, terminó disculpándose. Explicó que no podía evitarlo; que comenzaba a descubrir que tipo de hombre era en realidad y trataba de enfrentarse a tal hecho. Afirmó que siempre había sido egoísta y exigente, que estaba descuidando a los niños, tal y como había descuidado a su madre.

Después de éste comentario el paciente guardó silencio y ya no fué posible continuar por lo que dimos por terminada la sesión.

Segunda sesión:

Por segunda ocasión el paciente se presenta a terapia acompañado por su esposa y es ella quién inicia comentando que de la sesión anterior faltaría agregar que después de la discusión mantenida entre los dos, el paciente intentaba conversar aunque a veces lo veía "perdido en sus pensamientos", suspiraba mucho y ella trataba de entablar conversación.

Después todo pareció volver a la normalidad hasta que el paciente empezó a quejarse de dolores en la espalda, la esposa trató de convencerlo de hacerse un exámen médico, pero el paciente quizo esperar hasta el chequeo médico anual impuesto por la empresa en la que trabaja.

Tres semanas después le fueron practicados los estudios requeridos por el chequeo médico anual.

Tercera Sesión:

El paciente llega veinte minutos después de la hora acordada y después de un breve lapso de silencio tras preguntarle que reacción tuvo al enterarse del diagnóstico, el paciente comenta que él pensó que no era posible que algo así pudiese sucederle y se negó a aceptar la gravedad de su condición hasta tal punto que su comportamiento empezó a interferir con la administración de la quimioterapia, pues se negó a recibirla por creer no necesitarla.

El paciente consideraba que su vida era un fracaso, le confesó a la esposa relaciones premaritales y se acusó de no ser digno de la compañía de sus hijos.

Por lo anterior, fué necesario remitirlo a terapia por el médico de base que se encontraba a cargo del tratamiento, esto con la finalidad de ayudarlo a adaptarse a su enfermedad y al tratamiento médico requerido. El paciente acepta asistir "siempre y cuando acuda su esposa con él".

Cuarta sesión:

En esta ocasión el paciente acude solo a terapia y, al preguntale como se ha sentido después de las sesiones mantenidas comenta que al recordar el episodio de la muerte de su madre sintió orgullo por haber sido preferido por encima de los demás. También recordaba que cuando la madre agonizaba, deseaba que muriera, para evitarle sufrimiento; en vez de rezar para que se curara milagrosamente, pero que aunque su intención era buena, nunca se lo había dicho a nadie y además no sabía porque esos pensamientos lo hacían sentir tan mal.

También comentó que al morir su madre, en ocasiones se sentía triste pero al mismo tiempo enojado y que al escuchar hablar a su esposa acerca de su madre descubrió que en más de una ocasión comparó a su madre con su esposa y encontró que la madre "salía ganando" en la comparación. Siempre había estado dividido entre las dos y se sentía doblemente culpable porque ninguna de las dos se quería entre sí.

Recordaba cosas desagradables que su esposa había dicho acerca de su madre, cosas tal como; que era una mujer mojigata, que pasaba por mártir siendo astuta y posesiva; una mujer que lanzaba opiniones moralizadoras con la cara en alto, o se estaba con ella o no se tenían principios, pues ella creía estar siempre en lo cierto. Que la hermana del paciente también tenía la misma opinión. En cambio para él era la mujer de quién heredó todas las virtudes que poseía, puesto que de su padre recuerda muy poco, lo principal es que siempre le tuvo miedo porque era muy estricto, que era 17 años mayor que su madre y

que murió cuando él tenía 20 años de edad. Por lo que su madre era lo máximo para él aunque esta tuviera una opinión tan pobre de su esposa.

El terapeuta comenta al paciente acerca de como se ha identificado con la madre fallecida recientemente y por ello comenzó a odiar a su esposa y a sus hijos, además de sentirse culpable por mostrar satisfacción hacia la muerte de la madre y por no haber prestado el suficiente interés hacia la enfermedad de la madre o los posibles síntomas que empezaría a manifestar y que de alguna manera justifica su conducta al decir que su madre nunca se quejó por lo que era posible que sus síntomas pasaran desapercibidos para el paciente. Por lo anterior es posible que trate de autocastigarse alejando a sus hijos y negándose a recibir el tratamiento requerido por su enfermedad para dejarse morir igual que su madre y quizá en esta forma, piensa que dejaría de sentirse culpable.

Después de la interpretación hecha al paciente, éste se pone de pie y da fin a la sesión.

Quinta Sesión:

El paciente se presenta nuevamente solo a terapia dijo que había pasado mucho tiempo con sus hijos y su esposa, que le gustaría seguir teniendo estas charlas que le permitieron quitarse un peso de encima y comprender que el único que se dañaba al negarse a recibir el tratamiento médico era él mismo, por lo que ya había hablado con su médico para que empezaran con el tratamiento. Y cree que ahora se encuentra más unido con su familia y tratará de hacerlo aunque le quede un mes o un año de vida.

Observaciones:

Finalmente, al comprender las causas de su conducta, el paciente logró adherirse al tipo de tratamiento requerido por su enfermedad, sus relaciones familiares mejoraron y el deterioro orgánico no ha evolucionado aún tanto como para alcanzar su objetivo final.

INTERPRETACION.

Una de las principales causas que pudo haber llevado al paciente a desarrollar este tipo de conducta es el odio y la sensación de culpa que mostró conscientemente hacia la figura materna por haber impuesto un patrón de disciplina indebidamente estricta y carente de afecto. Sentimiento que llevó consigo hasta la muerte de su progenitora. No obstante se autocastigaba por la misma culpa que implican sus sentimientos y guarda dentro de sí toda la agresividad, desarrollando en esta forma un núcleo depresivo que surge posteriormente ante el impacto del diagnóstico, sin embargo, al parecer, piensa que va a ser abandonado por su familia e incluso que su próxima muerte será satisfactoria para ellos, por lo que dá la pauta para ser él quién abandone y no ser él el abandonado.

Asimismo, la no aceptación a su diagnóstico, puede deberse también a la credibilidad de que la enfermedad ha sido parte de la herencia de su madre como un castigo por desear que esta muriera y mantener como pareja a una mujer inferior a su familia y sobre todo a su madre, además al parecer es una persona lo bastante dependiente como para obtener como ganancia secundaria de la enfermedad el centrar la atención de los demás sobre si mismo y justificar la conducta agresiva que ha manifestado ante su familia, y principalmente con la esposa ante la cual manifiesta sentimientos hostiles por no aceptar los lineamientos impuestos por la madre, y considerarla inferior a ella al realizar comparaciones entre ambas. Además parecería que intenta castigar a su familia por disfrutar de la herencia de su madre, la cual se obtuvo gracias a la muerte de la misma.

No obstante a través de sus sesiones de terapia, pudo resolver el conflicto en el que se encontraba en cuanto a los afectos hacia su madre y su esposa y pudo desligarse un poco de la dependencia materna existente incluso en ausencia de la figura materna, reconociendo además la ambivalencia por parte de sus sentimientos hacia la misma.

Con lo anterior el paciente logró adherirse al tratamiento medico requerido, y a los cambios provocados por la propia enfermedad en sus diferentes areas de actuación, logrando asimismo, que el deterioro en el equilibrio orgánico no evolucionara más allá del nivel de gravedad en el que se encontraba en ese momento.

DISCUSION DE RESULTADOS

Generalmente los individuos reaccionan ante la enfermedad de manera similar a como han reaccionado a crisis previas en su vida. De ahí la importancia de obtener no sólo una historia detallada de los conflictos y acontecimientos más significativos de la vida del paciente sino también de su resolución.

En el caso del paciente terminal las defensas psicológicas son el vehículo a través del cual se logra afrontar la enfermedad de un modo adaptativo. Sin embargo en algunos casos, las defensas psicológicas pueden interferir con la adaptación del paciente a su enfermedad, tal y como lo observamos en Luis, nuestro paciente presentado como caso uno quien al parecer no pudo enfrentar sus frustraciones y por tanto desertó del tratamiento psicoterapéutico en la segunda de cinco sesiones programadas. Por lo que su angustia incrementó con la evolución de la enfermedad, no llevó a cabo el tratamiento médico tal y como lo prescribieron y por lo tanto el deterioro físico evolucionó más rápidamente. Aunque tampoco debemos dejar pasar por alto el hecho de que fué solamente él, quién se enfrentara no solo a la enfermedad sino a todos los cambios que provoca en sus diferentes áreas, pues, dado que proviene de una familia desintegrada, no existió apoyo por parte de ningún lazo afectivo, lo que confirma sus sentimientos de soledad y vacío por los que al parecer se inició en la drogadicción y además, parece no aceptar sino más bien resignarse a la enfermedad, misma que es vista como un castigo por parte de la figura paterna, puesto que el estaba enterado del riesgo de contagio de esta enfermedad (SIDA) al utilizar la misma jeringa que utilizaban sus amigos ante la administración de drogas por vía intravenosa.

Sin embargo no todos reaccionan de la misma forma puesto que es muy amplia la variedad de efectos de la enfermedad o de la invalidéz crónicas; invaden el funcionamiento cognoscitivo, emocional y social del individuo. El grado en que el sujeto pueda enfrentarse a su situación actual, dependerá de sus recursos físicos, psicológicos y económicos. Aunque la forma que adopte la respuesta varíe considerablemente de un individuo a otro, se le podrá ayudar mediante la aplicación de técnicas psicoterapéuticas, las cuales podrían facilitar la administración y adherencia a los tratamientos médicos que

el paciente requiera como en el caso de Carlos quién asistió a las cinco sesiones programadas para su tratamiento psicoterapéutico, logró adaptarse al tratamiento médico y a la enfermedad y además acudió a algunos cursos a nivel informativo relacionados con la sintomatología manifiesta o que manifestaría posteriormente, además contó con el apoyo de su familia y de sus amigos, y todo ello lo impulsó a realizar con más ahínco, todo aquello que alguna vez deseó y que ahora aunque el tiempo es limitado se dió cuenta que aún puede lograrlo e incluso la relación con su madre ha mejorado.

En el caso tres, Alberto, diagnosticado con cáncer, durante el tratamiento, el terapeuta lo ayudó a identificar la fuente de sus temores y a encontrar formas más adecuadas de enfrentarse a ellos y adaptarse a la enfermedad y al tratamiento médico.

Por otra parte, observamos que, el personal de salud juega un papel muy importante con respecto a la manera como el paciente reacciona o vive con su enfermedad, por tanto es imprescindible un manejo adecuado de los principales aspectos contratransferenciales, como son; el temor, la ansiedad, la angustia, la propia personalidad y la transferencia del paciente para que de esta forma se disminuya la presencia de actitudes desfavorables que deterioren el estado emocional del paciente y a su vez repercutan en su estado físico.

Por lo anterior, el personal médico debería considerar el problema como se enfrenta en toda su complejidad. Comprender que no se trata ya de incrementar la duración de vida sino la calidad de la misma.

Resumiendo, los tres casos presentados nos hacen pensar en que si se acompaña al enfermo, se comparte su sufrimiento, y se le proporcionan estrategias psicoterapéuticas como parte del tratamiento, se le podrá ayudar a pasar de una posición de negación a una posición de aceptación. Se trata de una interpretación realista de la situación, a través de sus cambios, unida a la determinación de adaptarse progresivamente a los mismos o a la propia enfermedad. Situación que nos habla de una mejor calidad de vida.

CONCLUSION GENERAL

Hemos abordado el tema de enfermedad terminal analizando los elementos que desde el punto de vista del enfermo, determinaron que esta evolucione hasta convertirse en una situación límite. Observamos que las circunstancias sociales que rodean a la enfermedad, son en cierto modo, determinantes para quienes las padecen; trazan un itinerario terapéutico determinado; producen en cada transición crítica, desde la sospecha de la enfermedad hasta su confirmación, transformaciones sociales significativas en la vida y en la identidad de los enfermos y de su entorno inmediato. Al parecer una de las causas de la interpretación del proceso que hace que la enfermedad terminal desemboque en una situación límite, es la dimensión social de la enfermedad.

El individuo pasa del estado de persona sana al de enfermo. Dentro de este contexto debe asimilar los cambios que se producen como resultado de la enfermedad.

Consideramos las enfermedades de SIDA y del cáncer como situaciones límite que provocan una crisis porque suelen presentarse de manera inesperada y abrupta, creando situaciones nuevas e imprevisibles que deben afrontarse de una manera u otra. Todos estos cambios modifican la vida cotidiana del enfermo, el cual pierde los marcos de referencia habituales, que son sustituidos con nuevos marcos sociales. En donde el tipo de enfermedad es asociada inmediatamente con el término de muerte. Se trata por tanto, de enfermedades que al parecer, dejan al enfermo sin futuro, a la familia sin esperanza y a la medicina sin respuesta.

El futuro que se veía como limitado adquiere contornos precisos. En ocasiones el enfermo no está preparado para aceptar que el tiempo transcurre rápidamente ni para pensar en el desenlace fatal. Frente a la evidencia de la muerte que se perfila tras el cáncer y el SIDA, los proyectos que se habían ido formando deben anularse, o realizarse durante el tiempo que queda de vida. Ante la imposibilidad de aferrarse a las cosas conocidas y familiares como cuando se teme al cambio, y dado que los nuevos marcos de referencia no hacen sino reforzar la imagen de la muerte, el enfermo intenta buscar nuevos puntos de apoyo (aunque en ocasiones parece no encontrarlos).

En los casos presentados observamos que, la familia del enfermo suele estar sumida en la angustia, y a veces desarrolla actitudes negativas para enfrentar al enfermo. Aunque también en ocasiones podrá devolver al enfermo una imagen positiva de sí mismo, a partir del momento en que se define su nuevo lugar en la constelación familiar.

Por otra parte, se trata de enfermedades que a menudo dejan al médico sin respuesta eficaz ante las mismas. Cuando se reflexiona en cuanto a la pérdida de referencias, podemos pensar en las referencias a nivel social; ¿Cuál es la imagen social de un enfermo de Cáncer o SIDA, en nuestra sociedad?. En cuanto al enfermo, las preguntas que podrían surgir son; ¿Quién soy ahora y qué me depara el futuro?, ¿Cuáles son los apoyos institucionales con los que puedo contar?. Por lo anterior, es importante proporcionar al enfermo información detallada acerca de los síntomas de la enfermedad que padece y del tratamiento terapéutico en cuestión, a fin de disminuir su angustia y ayudarlo a utilizar todas sus potencialidades y a crear nuevas formas satisfactorias y más eficaces de enfrentarse a la vida incrementado así, la calidad de la misma, y podríamos además, auxiliarnos en la psicoterapia breve para dar apoyo y ayuda. Puesto que, de no ser así, el enfermo ha de encontrar en su propio interior los recursos suficientes para permitirle lograr una situación de ajuste y equilibrio que le ayude a enfrentarse con determinación a una nueva situación ante la cual el tiempo es limitado, lo que provoca una intensidad mayor aún hacia las experiencias vividas, y le proporcionará una nueva sensación de seguridad y será responsable de su propia situación. Se encuentra solo ante una enfermedad grave, se produce una profunda modificación en la psicología del individuo. Suele a menudo ser en el momento en que el individuo recibe el diagnóstico cuando se produce la tensión máxima, puesto que este instante marca, como lo mencionamos anteriormente, el pasaje del estado de individuo sano al de enfermo. Pero las respuestas de los enfermos están condicionadas por la historia de su vida, la estructura de su personalidad, el tipo de enfermedad, el historial de su tratamiento, y las actitudes de aceptación o rechazo por parte de su entorno.

Aunado a lo anterior, encontramos la psicoterapia breve como parte del tratamiento integral del paciente, la cual es utilizada con este tipo de pacientes debido al breve lapso de vida que le resta. Como pudimos observar, en las sesiones se abordan únicamente

aquéllos aspectos de la vida del paciente que influyen sobre su estado emocional en cuanto a la aceptación o al rechazo de la enfermedad.

De ahí, la importancia de utilizar el apoyo psicológico como un intento de disminuir la angustia del paciente y hacer más tolerable el tiempo que le resta de vida.

Así pues, si se acompaña al enfermo, se comparte su sufrimiento y se le proporcionan estrategias psicoterapéuticas adecuadas, se le podrá ayudar a pasar de una posición de rechazo a una posición de aceptación incrementando a su vez, la calidad de vida.

LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones de la presente investigación tenemos que los casos presentados no fueron observados directamente por el investigador, por lo cual tendríamos que realizar una investigación con un número mayor de casos para poder corroborar la eficacia de la psicoterapia breve como parte del tratamiento integral del paciente terminal en el incremento de la calidad de vida, para ello necesitaríamos comparar dos grupos de pacientes terminales, a uno de estos grupos (el grupo experimental) se le aplicaría la psicoterapia como parte de su tratamiento y al grupo considerado como control no se le aplicaría ningún tratamiento psicológico.

Por otra parte, el hecho de enviar a estos pacientes a terapia podría ser considerado por los mismos como si se les obligara a resignarse al desenlace fatal, dado el estado emocional en que se encuentran y entonces esto podría resultar contraproducente.

Asimismo, sabemos que no es fácil encontrar pacientes dispuestos a proporcionar información personal aún cuando se les haga saber que toda la información proporcionada por ellos será tratada en forma confidencial y en su propio beneficio, sin embargo, al sentirse angustiados y desconfiados, es posible que muestren resistencia para proporcionar la información o quizá habrá quién falsee los datos proporcionados.

Otro factor importante que cabe mencionar en este apartado es el económico. El tratamiento médico para el tipo de enfermedades que mencionamos en la presente investigación, es elevado y, si a este agregamos el tratamiento psicoterapéutico el costo se elevaría aún más y quizá existirá quién no pueda solventar los gastos. Lo anterior debido a que nos enfrentamos a tres grandes problemas de los que ya hicimos mención anteriormente y estos son; día a día debemos atender a un número mayor de enfermos con mayor eficacia y reduciendo el costo.

Sin embargo, debemos seguir intentando proporcionar una mayor calidad de vida más que la duración de la misma cuando sabemos que el desenlace será fatal. Y considerar la influencia de la intervención psicoterapéutica en el caso de pacientes que padecen

enfermedades terminales tales como; Cáncer y SIDA (y tal vez podríamos manejarlo con otro tipo de enfermedades terminales en investigaciones posteriores), con la finalidad de proporcionar la comprensión individual del paciente en cuanto a su padecimiento físico particular e incrementar su capacidad para ajustarse al desarrollo sintomático de la enfermedad y al tratamiento médico.

BIBLIOGRAFIA

1. ARDILA, Alfredo.

Psicofisiología de los Procesos Complejos.

Edit. Trillas, 1ª. Edic., México, 1983.

2. BELLAK y SMALL.

Psicoterapia Breve y de Emergencia

Edit. Pax, 2ª Edic., México, 1988.

3. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Vol. 121, No. 4, Octubre, 1996.

4. CAMERON, C.

Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad.

Edit. Trillas, 1ª. Edic. México, Argentina, 1989.

5. DAVIDOFF, Linda. L.

Introducción a la Psicología.

Edit. MacGraw Hill, 1ª. Edic., México, Bogotá, Buenos Aires, 1989.

6. DE LA FUENTE, Muñiz Ramón.

Psicología Médica.

Edit. Fondo de Cultura Económica, 18ª. Edic., México, 1981.

7. Downte, N.M., Heath R.W.

Métodos Estadísticos Aplicados.

Edit. Harla, México 1973.

8. FENICHEL, Otto.

Teoría Psicoanalítica de las Neurosis.

Edit. Paidós, 2ª. Edic. México, 1987.

9. R. FITZPATRICK, et. al.
La Enfermedad como Experiencia.
Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1990.
10. INFORME DE UN COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS
Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el Cáncer.
Edit. OMS, Serie de Informes Técnicos, Ginebra, 1990.
11. KAUFMANN, Alicia Ajach, WAISSMAN, R.
Los Enfermos frente a su cáncer.
Edit. Interamericana, Barcelona, 1990.
12. KÜBLER, R. Elizabeth.
Sobre la Muerte y los Moribundos.
Edit. Grijalbo, México, 1988.
13. LORRAINE, Sher, FELLOW, Churchil.
Agonía, Muerte y Duelo.
Edit. El Manual Moderno, S.A. de C.V., México, 1992.
14. GONZALEZ M. BARON A., ORDOÑEZ, FELINI, J., ZAMORA, ESPINOZA E.
Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer.
Edit. Panamericana, Argentina, 1995.
15. MAGET, Charles.
Enfermedades Inducidas Ambientalmente.
Edit. Paidós, México, 1993.
16. MILLER, D.
Viviendo con SIDA y HIV.
Edit. Manual Moderno, México, 1990.

17. NARRAMORE, Clyde M.
Enciclopedia de Problemas Psicológicos.
Edit. Libros Logoi, 3ª. Edic., México, 1992.
18. NOYES, Lawrence C. Kolb.
Psiquiatría Clínica Moderna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana, S.A., 6ª. Edic., 1983.
19. PEREZ, León S.
Muerte y Neurósis.
Edit. Interamericana, Buenos Aires, 1991.
20. PRASDNOV, AS. TER Arkh.
Epidemiology. The Dinamic of risk factors for IHD and the physical work capacity of the workers on locomotive teams based on the results of prospective observations, 1996, Vol. 22, No. 12.
21. SENN, H.J., GLAUS, A., SCHMID, L., EDS, J.
Recent Results in Cáncer Research. Supportive care in cáncer patients.
Edit. Springer Velac.
22. SEPULVEDA, A. Jaime, et. Al.
SIDA, Ciencia y Sociedad en México.
Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1991.
23. R. SMITH, Julia.
Perspectives of a Primary Care Physician on Managing Patients With AIDS.
Edit. Interamericana, México, 1993.
24. TORTORA, J., Gerard, P. Nicholas.
Principios de Anatomía y Fisiología.
Edit. Harla, 6ª. Edic., México, 1996

GLOSARIO

Acido desoxirribonucleico (ADN). Proteína celular que constituye los cromosomas, y que contiene la información genética (hereditaria) de la célula. Se encuentra en el núcleo, y se transmite de una generación celular a otra.

Acido nucleico. Existen dos tipos de ácido nucleico en la naturaleza: el desoxirribonucleico o ADN y el ribonucleico o ARN. Los ácidos nucleicos están formados por cadenas largas de unidades conocidas como nucleótidos.

Acido ribonucleico (ARN). Secuencia de nucleótidos en una sola cadena (a diferencia del ADN, formado por una cadena doble); transporta información desde el núcleo hacia las estructuras de la célula, en donde se sintetizan las proteínas.

Adenomegalia. Aumento de volumen de un ganglio linfático.

Aislamiento. Exposición a un ambiente sensorial monótono y relativamente carente de pautas durante un período considerable.

Anorexia. Trastorno caracterizado por disminución del apetito y hábitos alimenticios anormales.

Anticuerpo. Proteína producida por el sistema inmunológico, como resultado de la entrada de un antígeno, y que tiene la capacidad de combinarse en forma específica con el antígeno que estimuló su producción, con el objeto de inactivarlo o neutralizarlo. No todos los anticuerpos, aunque sean específicos, tienen capacidad de proteger al huésped.

Cáncer. Tumor maligno de origen epitelial que tiende a diseminarse y originar otros semejantes o metástasis. También se conoce como carcinoma.

Cefaléa. Dolor de cabeza.

Célula. Unidad estructural y funcional básica de todos los organismos vivos; la estructura más pequeña que lleva a cabo todas las actividades indispensables para la vida.

Células T citotóxicas (macrófagos). Son activadas por ciertos antígenos y reaccionan por medio de su destrucción directa o indirecta y reclutan a otros linfocitos macrófagos.

Depresión. Perturbación de humor. Es una reacción a la pérdida o la amenaza de pérdida, al fracaso, a la desaprobación o la desilusión. Los síntomas básicos son la subestimación de sí mismo, el desaliento, la búsqueda de apoyo. La persona neuróticamente deprimida no logra interesarse por la gente, las cosas, o por las actividades; renuncia a tener iniciativa, expresa constantemente sus sentimientos de inferioridad, de desprecio y de desesperación.

Diplopía. Visión doble.

Disnea. Dificultad para respirar.

DSM III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Enzima. Sustancia que afecta la velocidad de las reacciones químicas: catalizador orgánico, por lo general, o una proteína.

Formación reactiva. Mecanismo de adaptación cognoscitiva que se produce cuando las personas ocultan una emoción o una motivación real y expresan el opuesto mediante su actitud y su conducta (probablemente para evitar la angustia vinculada con la emoción o la emoción real).

Hepatitis. Inflamación del hígado por causa de un virus, fármacos u otras sustancias químicas.

Linfocitos. Participan en la producción de anticuerpos. Los anticuerpos son proteínas específicas que inactivan a los antígenos. Los antígenos son sustancias que estimulan la

producción de anticuerpos y son capaces de reaccionar de manera específica con los anticuerpos.

LSD (Alucinógeno). Diatilamida-25 del ácido D-Lisérgico, que es un alcaloide del tipo de la ergonovina: Ejerce sus efectos liberando noradrenalina y, por consecuencia, activando diversos neuroreceptores, capta la serotonina y la histamina. Producen una alteración en las percepciones, con alucinaciones visuales caleidoscópicas, hiperacusia, parestesias táctiles y distorsiones de la aperccepción corporal.

Mecanismos de defensa. Término freudiano para una estrategia cognoscitiva empleada para afrontar conflictos, frustraciones y otras realidades desagradables. Freud y sus seguidores creían que las personas utilizan inconscientemente esos recursos mentales para alterar situaciones amenazadoras, con el fin de evitar o reducir la angustia.

Negación de la realidad. Mecanismo cognoscitivo de adaptación que interviene cuando las personas desconocen o se niegan a reconocer la existencia de una experiencia adversa, para protegerse contra lo desagradable.

Oncología. Rama de la medicina que se encarga del estudio del cáncer.

Pneumocystis Carinii. Neumonía causada por un hongo, se caracteriza por tos seca y persistente, dolor agudo en el tórax y disnea.

Psicoterapeuta. Profesional de la salud mental que se dedica a la psicoterapia.

Psicoterapia. Diversos procedimientos de tratamiento psicológico elaborados para ayudar a las personas con transtornos a resolver sus problemas.

Quimioterapia. Tratamiento de enfermedades cancerígenas con sustancias químicas. Vía endovenosa. Aplicación de resinas y radiaciones, las cuales matan las células y provocan también, reacciones secundarias como náuseas, vómito, etc.

Regresión. Conducta de adaptación que se presenta cuando las personas enfrentan amenazas retornando a modos inmaduros de conductas que fueron características de una etapa anterior.

Retrovirus. Llevan su material genético en el RNA y copian éste código genético en DNA por medio de la transcriptasa inversa (RNA-DNA). Invierten el flujo ordinario de la información genética (DNA-RNA-Proteínas).

Sarcoma de Kaposi. Cáncer de piel caracterizado por presentar lesiones púrpuras o cafés, indoloras, estas se encuentran a un lado de la boca, en la nariz o en el recto.

Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA). Conjunto de signos y síntomas tales como; fiebre o sudoración nocturna, tos, mal de garganta, fatiga, dolores de todo el cuerpo, disminución de peso e hipertrofia de ganglios linfáticos, provocados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual ataca directamente al sistema inmunológico del cuerpo y destruye las defensas naturales, por lo que la persona puede contraer un gran número de infecciones y cánceres.

Sistema Nervioso Central (SNC). Uno de los dos subsistemas principales que integran el sistema nervioso, el componente central de procesamiento de información, que está formado por el cerebro y la médula espinal.

Uretritis. Enfermedad transmisible por contacto sexual que se caracteriza por inflamación de la uretra.