



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGIA**

**“INTERVENCIÓN EN CRISIS EN PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”**

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

GABRIELA JIMÉNEZ VÁZQUEZ

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA
MTRA. MARIA DEL SOCORRO CONTRERAS RAMIREZ
MTRA. MARIA FELICITAS DOMINGUEZ ABOYTE
MTRO. RUBEN LARA PIÑA
LIC. MIGUEL ANGEL MARTINEZ BAROJAS



MÉXICO, D. F.

2008.



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.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Justificación.....	1
Introducción.....	2
Capítulo I. Psicoterapia Breve de Intervención en Crisis.....	4
Modelo De Intervención En Crisis.	
1. Necesidad de Psicoterapia.....	5
2. Necesidades de Psicoterapia Breve.....	6
3. Diferencia entre Psicoterapia Breve y Tradicional.....	9
4. Psicoterapia Breve como Intervención en Crisis.....	10
5. Del impacto a la resolución.....	14
6. Tipos de Crisis.....	15
7. Modelo de Intervención en Crisis.....	16
8. Primera Ayuda Psicológica (P. A. P.) o Intervención de Primer Orden.....	18
9. Intervención en crisis de Segundo Orden o Terapia Multimodal en Crisis.....	21
10. Valoración.....	24
Capítulo II La Insuficiencia Renal Crónica como un componente a evaluar en los Primeros Auxilios Psicológicos	26
1. Definición.....	27
2. Tratamiento.....	28
3. Cambios en el estilo de vida.....	29
4. Complicaciones no infecciosas más frecuentes.....	31

Capítulo III Tanatología y Terapia Racional Emotiva.....	34
1. El Proceso del Duelo.....	35
2. Fases del Duelo.....	39
3. Esperanza.....	44
4. La familia del paciente.....	45
5. Enfermedad Terminal.....	48
6. Duelo anticipado.....	49
7. La muerte propia.....	50
8. Terapia Racional Emotiva.....	51
9. El método de la TRE.....	53
10. Técnicas Emotivas.....	55
Capítulo IV Vinculación de Intervención en Crisis, Tanatología y Terapia Racional Emotiva para la aplicación práctica en Pacientes con IRC.....	57
1. Fundamentación Teórica y Social.....	58
2. Estrategias de intervención.....	59
Conclusiones.....	63
Bibliografía.....	65

RESUMEN

La Enfermedad Renal Crónica es un problema de salud pública mundial, considerada la Epidemia del Siglo XXI, catastrófica por su impacto en el enfermo, la familia y la sociedad, es vista como el “Asesino Silente”, que afecta a cinco millones de pacientes mayores de diecisiete años en México. El problema debe ser abordado desde los puntos de vista, médico, psicológico, social y público. Por tal motivo el presente trabajo, es una propuesta para brindar al paciente nefrópata terminal una Psicoterapia que le ayude a mejorar su calidad de vida, siendo ésta la “Psicoterapia Breve de Intervención en Crisis”, que con un fundamento tanatológico y el empleo de la Terapia Racional Emotiva, servirán a este objetivo.

JUSTIFICACION

El objetivo del trabajo es elaborar una propuesta de intervención en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) siendo ésta la *Psicoterapia Breve de Intervención en Crisis*, actualmente se ha observado un considerable aumento de pacientes que sufren enfermedades renales, la que finalmente los conducirá a la muerte, hecho que con certeza llevará al paciente a entrar en crisis.

La hipertension arterial, la diabetes mellitus y la obesidad, son las principales enfermedades que anteceden a la insuficiencia renal crónica, considerada una enfermedad catastrófica, es ya un problema de salud pública mundial, en la que resulta urgente tomar acciones con el trabajo del equipo médico multidisciplinario, en donde la participación del psicólogo es fundamental, en el desempeño del trabajo psicoterapéutico que proporcione al paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) la oportunidad de tener una mejor calidad de vida y llegar a una muerte digna.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se ha visto un significativo incremento de pacientes que padecen enfermedades del riñón y que evolucionan hacia la insuficiencia renal, la población de mayor riesgo son los niños menores de cinco años y los adultos mayores de sesenta. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad, tienen una mayor incidencia en la enfermedad renal crónica y dado que las lesiones renales son irreversibles, al saberse un paciente “nefrópata” vincula este diagnóstico con su muerte, lo cual provoca en él una crisis circunstancial.

En el primer capítulo, se abordará la *Psicoterapia Breve de Intervención en Crisis*, en donde se exponen las necesidades del individuo de recibir psicoterapia, se proporcionan algunas definiciones de crisis, así como su clasificación; en el segundo capítulo se realizan algunos señalamientos, que ayudarán a entender que es la *Insuficiencia Renal Crónica* y como ésta afecta el equilibrio emocional del paciente y de su familia.

Considerando que los pacientes sometidos a la diálisis renal, ante la inminente cercanía de su muerte, experimentan sentimientos de rechazo, de negación, de enojo, de desesperanza, de tristeza, de soledad, llegando a la depresión, antes de la aceptación de la enfermedad y sus consecuencias, en el tercer capítulo se aborda la *Tanatología*. Una vez que asumen su enfermedad de manera responsable y que les queda claro que el fin de su existencia se aproxima, ¿qué calidad de vida tienen? ¿Es posible mejorarla?, a este respecto en el mismo capítulo se plantea la *Terapia Racional Emotiva* como alternativa psicoterapéutica. Es importante destacar las tres grandes ideas irracionales; 1) Todo está mal, terrible y sólo me pasa a mí (*catastrofismo*), 2) Según mi opinión las cosas deberían ser o no ser (*“deberías”, perfeccionismo*) y 3) Todo lo que pasa tiene origen externo (*atribución externa*). De acuerdo a lo que se ha visto en el trabajo desarrollado con pacientes terminales la idea irracional

predominante es la de *atribución externa*.

El propósito fundamental de este trabajo es favorecer una mejor calidad de vida en los pacientes nefrópatas, mediante la *Intervención en Crisis*, y está dirigido a aquellos pacientes que reciben tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis.

Se pretende dar a estos pacientes, la oportunidad de desarrollar una mejor calidad de vida, que les permita expresar libremente sus pensamientos y sentimientos, a las personas que los rodean y que resultan importantes para ellos y así mismo se pretende lograr que esperen con serenidad el momento de su muerte.

Es bien sabido, que el apoyo familiar y el amor de sus seres queridos le darán confort al paciente nefrópata, pero ¿qué pasa, cuando el paciente no puede corresponder a ese apoyo, ni a las manifestaciones de amor de las personas importantes para él?, pues bien es en este punto en donde la intervención de la *Psicoterapia en Crisis* actuará, partiendo del apoyo que le brinda la Tanatología, y la Terapia Racional Emotiva, lo cual se desarrolla en el IV y último capítulo.

Mediante la *Psicoterapia de Intervención en Crisis*, se pretende ofrecer a los pacientes nefrópatas terminales, la posibilidad de mejorar su calidad de vida y tener una "Muerte digna". Se recomienda al equipo médico multidisciplinario involucrado en la atención de estos pacientes, mostrar respeto y comprensión, dedicándoles tiempo y atención para hacerles sentir como los seres humanos valiosos que son.

CAPÍTULO I

PSICOTERAPIA BREVE EN INTERVENCIÓN

EN CRISIS

MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.

1. Necesidad De Psicoterapia

Por principio de cuentas es importante definir que es la psicoterapia, Nieto-Cardoso (1994) dice que es un campo definido de acción dentro de la psicología y que aborda el comportamiento humano en sus manifestaciones físicas y mentales, instintivas e intencionales, individuales y sociales, ya sean normales o anormales, aplicando tecnologías específicas de intervención terapéutica. Menciona que la psicoterapia puede presentar dos formas, la primera la identifica como orientación psicológica cuyo fin es desarrollar el potencial humano creativo y constructivo; la segunda forma (la que interesa en casos de crisis) tiene como finalidad ayudar y propiciar en la persona cambios emocionales, cognitivos y conductuales para aliviar los problemas que le aquejan (p. 1-2).

Las necesidades del individuo

Cuando el paciente nefrópata tiene que afrontar su realidad entra en crisis, al sentirse incapacitado tanto física como psicológicamente, surge la necesidad de recibir Psicoterapia, proponiendo para este fin el **Modelo de Intervención en crisis**, el cual más adelante se describe en el **cuadro 1-1**.

Las personas que se presentan a psicoterapia en su mayoría lo hacen sólo en los momentos de crisis, que una vez superada, ya no se sienten motivados para seguir explorando más profundamente, sus problemas. Todo psicoterapeuta debe plantearse la pregunta de sí el debe hacerse cargo de una persona que se encuentra en tales condiciones, siendo así tiene la obligación de atender a una persona lo mejor posible, tomando en cuenta sus limitaciones y su potencialidad para la intervención psicoterapéutica (Bellak y Small, 2000:2).

2. Necesidades De Psicoterapia Breve

Slaikeu (2005) menciona que desde finales de la década de 1940, la intervención en crisis ha tenido un enfoque preventivo. Se entrenaban a trabajadores voluntarios en los servicios de las líneas telefónicas de urgencia, para impedir que quienes llamaban cometieran un suicidio.

Cualquier intervención dirigida a asistir a la gente en el manejo de las crisis vitales se ha considerado muy importante puesto que puede prevenir la aparición de psicopatologías de alguna clase en etapas posteriores.

En el entorno de la salud pública, la prevención puede tomar tres formas. La prevención primaria que se encamina a reducir la incidencia de trastornos, se recomienda adoptar un estilo de vida sano consistente en una dieta balanceada, la práctica regular de ejercicio (mínimo tres veces a la semana por espacio de treinta a sesenta minutos) y descanso/sueño de 6 a 8 horas diarias; la prevención secundaria que busca reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos, cambiando el estilo de vida como se sugiere en la prevención primaria, la atención multidisciplinaria médica, psicológica y nutricional oportuna; y la prevención terciaria, encaminada a reparar el daño hecho mucho tiempo después del suceso original. En este contexto, la intervención en crisis es prevención secundaria puesto que es un proceso que tiene lugar después de que los sucesos críticos de la vida han ocurrido, se sugiere que la psicoterapia se proporcione desde la perspectiva del *Modelo de Intervención en Crisis, la Terapia Racional Emotiva y la Tanatología*.

Tyhurst (1958, citado en Slaikeu, 2005, p. 11) responde que siempre habrá una necesidad determinante para intervención en crisis como prevención secundaria: en cuanto al momento óptimo de la intervención, se considera que el incremento en el énfasis tendrá que ubicarse sobre los intentos de intervención durante el periodo de trastorno, que es tan característico de las etapas de transición.

Se trata de un proceso de reconstrucción, es mucha la gente para la cual las cosas tienen que empeorar antes de que ellas puedan ponerse mejor. El crecimiento sólo puede ocurrir después de que los patrones previos se hayan destruido.

Slaikau (2005) menciona que el concepto de prevención debería de remplazarse por el de enriquecimiento y crecimiento durante la crisis ya que está precedido por un estado de desequilibrio o crisis que sirve como base para un crecimiento futuro. De hecho, sin crisis el crecimiento no es posible. Esta cualidad de las crisis al argumentar que el modo del cual éstas se resuelven, tienen un impacto capital sobre su papel final en la salud mental.

Al esforzarse para alcanzar la estabilidad durante la crisis, el proceso de salir adelante por sí mismo puede redundar en el logro de una “estabilidad” cualitativamente diferente.

Es así como, contrariamente a la expectativa de que las crisis son destructivas, se puede afirmar que las mismas pueden iniciar un proceso de reestructuración hacia un crecimiento posterior. Si las crisis pueden tener los mismos resultados negativos que positivos, el objetivo de la intervención no es prevenirlas, sino más bien mejorar las aptitudes de los individuos para resolver constructivamente dichos sucesos, (Slaikau, 2005: 11-12).

Prevención

A continuación abordaremos la prevención con un enfoque psicoterapéutico, de acuerdo a Bellak y Small, (2000) la intervención en psicoterapia breve es una medida preventiva, ya que al aplicarse como tratamiento inmediato obstruye que el mal evolucione hacia una desadaptación grave que pueda convertirse en una enfermedad seria y crónica, (p. 20).

Cuadro 1-1. intervención en crisis en el ambiente

	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Objetivos	<p>Reducir la incidencia de los trastornos mentales:</p> <p>Mejoramiento del crecimiento y desarrollo humano a través del ciclo vital.</p>	<p>Reducir los efectos debilitantes de la crisis vital:</p> <p>Facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis.</p>	<p>Reparar el daño hecho por crisis vitales no resueltas, esto es, tratamiento de mentales/emocionales</p>
Técnicas/estratégicas	<p>Educación pública, cambios en la administración en relación con los tenses ambientales.</p> <p>Enseñar a los niños habilidades para resolver problemas.</p>	<p>Intervención en crisis: Primeros auxilios Psicológicos; Terapia para crisis</p>	<p>Psicoterapia a largo plazo reentrenamiento, medicación, rehabilitación.</p>
Poblaciones asediadas	<p>Todos los seres humanos con atención especial a los grupos de alto riesgo</p>	<p>Victimas de experiencia de crisis y sus familias.</p>	<p>Pacientes, casos psiquiátricos.</p>
Oportunidad	<p>Antes de que los sucesos de crisis ocurran.</p>	<p>Inmediatamente después del suceso de crisis.</p>	<p>Años después del suceso de crisis.</p>
Ayudantes/Sistemas comunitarios	<p>Gobierno (poderes legislativo, judicial y ejecutivo); escuelas, iglesias/sinagogas, medios de comunicación</p>	<p>Profesionales al frente, (abogados, clero, maestros, médicos, enfermeras, policías, etc.);</p> <p>Familias, sistemas sociales;</p> <p>Psicoterapeutas y consejeros.</p>	<p>Profesionales de la salud y la salud mental en hospitales y clínicas de consulta externa.</p>

En el **Cuadro 1-1** tomado de Slaikeu (2005) se presentan las formas de *Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria*, del Modelo de Intervención en Crisis en el Ambiente.

Intervención Rápida

Bellak (2000) nos da otro panorama de la intervención en crisis, la cual denomina *Psicoterapia Rápida (o Breve)* y menciona que aplicada en situaciones especiales de crisis y exigencias deberá cumplir sus fines en el lapso de una a seis sesiones terapéuticas, cada una del tiempo acostumbrado (45-50 minutos). En este tipo de 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, (Bellak y Small, 2000: 45).

3. Diferencia Entre Psicoterapia Breve y Tradicional

Psicoterapia Breve como su propio nombre lo indica es de corta duración y por lo tanto más económica que la Psicoterapia Tradicional, la eficacia del costo en psicoterapia breve (un promedio de 6.2 sesiones) de un plan de salud pagado por adelantado. Esta innovadora terapia de corto plazo es más efectiva que la psicoterapia a largo plazo, compensándose su costo con su reducción de los cuidados médicos futuros.

Baldwin (1979, citado en Bellak 2000) supone que el modelo de intervención en crisis, con un fuerte carácter interdisciplinario, tanto en la teoría como en la práctica, puede conducir a una influencia unificadora entre los profesionales de la salud. Estas ideas son adecuadas con el creciente énfasis en la interconexión del cuidado de la salud mental y física en el tratamiento integral de la persona.

Límites de Tiempo

El concepto de Caplan, reiterado de modo frecuente en la bibliografía clínica, en cuanto a la crisis plantea que se resolverá de manera típica en cuatro a seis semanas.

Lewis (1979), aplicó pruebas psicológicas y condujo un seguimiento con un grupo de pacientes en crisis que sufrieron cirugía de cáncer, lo mismo que con otro conjunto de individuos que habían padecido cirugía por una enfermedad menos grave. Encontró que la duración de la crisis fue mayor a seis semanas pero menor a siete meses, y concluyó que aunque el cálculo de las seis semanas era engañoso, hay límites de duración en una crisis. Lazarus (1980), citado en Bellak (2000), señaló que la resolución de una crisis del duelo puede llevarse años.

Bellak (2000), revisó una gran cantidad de estudios que indican que los efectos de la desorganización por la crisis continúan años después del suceso. Supone que el período de seis semanas es suficiente para la restauración del equilibrio, esto es, la conducta errática, las emociones y las enfermedades somáticas se reducen desde el estado intenso característico de la parte inicial de la crisis. Los seres humanos no tolerarán niveles altos de desorganización por períodos largos. La mayoría de los teóricos consideran al estado de crisis como un período transitorio de inestabilidad enmarcado por períodos de una mayor estabilidad. Es la inestabilidad o desorganización la que está limitada en tiempo, Caplan, (1964) Danish y D' Augelli, (1980), citados en Bellak y Small (2000: 23-24).

Es importante destacar que las emociones del paciente nefrópata reflejarán la etapa del duelo por la que atraviesa, según la Dra. Kubler-Ross son: 1ª.) Negación y aislamiento; 2ª.) Ira; 3ª.) Pacto; 4ª.) Depresión; y 5ª.) Aceptación; mismas que serán descritas ampliamente en el Capítulo III.

4. Psicoterapia Breve como Intervención en Crisis.

Restauración del Equilibrio y Solución de la Crisis

El objetivo de la *Psicoterapia Breve en Intervención en Crisis*, es el restablecimiento de la capacidad del enfrentamiento inmediato anterior a la crisis, mediante la técnica de *Solución de Problemas*.

“Teóricamente, podemos hablar de tres posibles efectos de la crisis: el cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento.” (Slaikeu, 2005: 26).

Bellak y Small (2000) distinguen la ventaja económica del costo menor para el individuo. Donde quiera que la sintomatología interfiera con el desempeño de las tareas sociales y ocupacionales del individuo, la psicoterapia breve le proporcionará un medio de minimizar la alteración de la vida y la de su familia o unidad económica, la intervención en crisis intenta “retornar” el organismo a nivel de su funcionamiento previo, y además afirman que el ayudar a una persona a tratar con una crisis inmediata o de emergencia en forma simultánea puede conseguir un mejor nivel de ajuste general al que existía previamente.

Definición De Crisis

Existen diversas definiciones de *crisis*, las cuales se darán enseguida, cabe señalar que el paciente con IRC no se siente capaz de seguir adelante, no sabe cómo hacerlo y corresponde al psicólogo adiestrarlo en la adquisición de habilidades, que le permitan vislumbrar nuevas perspectivas.

Una de las piedras angulares de la teoría de la crisis de acuerdo a Slaikeu (2205), es la idea de que la resolución inadecuada de las crisis vitales puede conducir a un deterioro psíquico a largo plazo, el concepto de crisis históricamente ha sido entendido, con un sentido positivo. El ideograma chino de crisis indica lo mismo peligro que oportunidad. Webster lo define como el “punto de cambio”, sugiriendo que el cambio puede ser sanar o enfermar, mejorar o empeorar. Este punto de vista se hizo especialmente manifiesto en la bibliografía popular del decenio de 1970.

Slaikeu, define la intervención en crisis como un proceso de ayuda que pretende auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimizan y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximizan.

Necesidad En Intervención En Crisis

Recordemos que el paciente con IRC no sólo está enfrentando la pérdida de la salud, sino que está elaborando su duelo por la muerte propia. Slaikeu (2005) sostiene que las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad para resolver problemas y que la ayuda externa es fundamental para determinar como los individuos actuarán en estos puntos de cambio.

Se recomienda proporcionar al paciente los *Primeros Auxilios Psicológicos*, descritos en el apartado 8 de éste capítulo.

La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave resultado de una crisis. Así, según Tyhurst, ésta se presenta en el momento en el que el trastorno ha ocurrido y la reorganización se presentará, para bien o para mal, la intervención pretende reducir la probabilidad de efectos debilitantes y aumentar la probabilidad de crecimiento o destreza para el individuo, (Slaikeu, 2005: 12-13).

Las estrategias de la intervención en crisis tienen dos aspectos: la primera ayuda psicológica inmediata proporcionada por los individuos más cercanos que en el caso de los paciente con IRC, pueden ser el médico, la enfermera, la trabajadora social y/o la nutrióloga, y la terapia breve para crisis que la proporcionará el psicólogo entrenado en Psicoterapia Breve o el psicoterapeuta.

Teoría de la Crisis

Es importante identificar cuando el paciente con IRC está en crisis para proporcionarle la ayuda apropiada.

Slaikeu (2005) define la *Crisis* como un estado temporal de trastorno y desorganización, que principalmente se caracteriza por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. A su vez él se apoya en otros autores, menciona el énfasis de Caplan (1964) sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o el salir adelante durante el estado de crisis. De Taplin (1971) subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, (que en el caso de pacientes con IRC, es la pérdida de la salud y la muerte propia) o la incapacidad del individuo y su “mapa cognoscitivo” para manejar situaciones nuevas y dramáticas. Así mismo menciona que Schulberg y Sheldon, (1968) se enfocan en la interacción entre el estado de crisis subjetiva y algunas situaciones ambientales objetivas.

Weiner (1992) destaca la importancia de actuar con rapidez y eficiencia en una situación de crisis, cuyo objetivo es aliviar ésta y “ayudar a la persona para que pueda proceder con decisión, evitará otras y quizás más graves consecuencias. Una intervención eficaz en el momento de la crisis es más útil que horas de terapia posteriores” (p. 655-656).

Raíces semánticas de la crisis

Un análisis semántico de la palabra crisis revela conceptos que son ricos en significado psicológico. El término chino de crisis (Weigi) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad concurrentes a un mismo tiempo. La palabra inglesa se basa en el griego Krinein, que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar.

Quizás la mejor manera de explicar la definición de crisis es en términos de la teoría de la crisis, como sigue:

A lo largo de la vida cualquier ser humano puede estar expuesto a experimentar **crisis**, caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. La crisis está limitada en tiempo, regularmente se manifiesta por un suceso que la precipita, sigue patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento que pueden ser más altos o bajos, la resolución final de la crisis depende de múltiples factores que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo asistencia disponible de “otros significantes”) Bellak y Small (2000: 82).

5. Del Impacto a la Resolución

Proceso de Intervención en Crisis

En las dos últimas décadas, la experiencia ha demostrado que ha sido factible realizar un trabajo razonablemente bueno en cinco sesiones, con un crecido número de pacientes.

De acuerdo a Bellak y Small (2000), la frecuencia más regular en el ejercicio de la Psicoterapia Breve es la de seis sesiones: comúnmente se ve al paciente una vez a la semana, por un período de cinco semanas a menos que existan motivos para planearlo de otra forma ya sea más frecuentemente por la intensidad de sus condiciones, o con menor frecuencia por razones administrativas o porque clínicamente no esté indicado ver al paciente una vez a la semana. Después de las cinco sesiones, generalmente se le solicita para un mes más tarde (seis sesiones), con el objeto de realizar una evaluación, en la medida de lo posible todo el proceso terapéutico será formulado en las cinco sesiones en términos de áreas de intervención y su secuencia incluyendo las interpretaciones de la transferencia. Se ha de comprender abiertamente que un plan conceptualizado

no es algo que debe seguirse estrictamente sino que será lo suficientemente flexible para poderse cambiar al surgir nuevo material o según las necesidades del paciente lo vayan requiriendo (p. 83).

Small (1997) refiere que Levy (1967) también desarrolló una psicoterapia de intervención en crisis de seis sesiones, en donde el trabajo lo desarrolla un equipo de profesionales. Menciona que la primera sesión dura cuarenta y cinco minutos y las siguientes media hora y que las sesiones se programan adecuándolas a cada paciente (p. 91).

Concretamente en el caso de los pacientes nefrópatas probablemente no se cuente con el tiempo suficiente para proporcionar la psicoterapia completa, recuérdese que se trata de pacientes terminales, por lo cual se sugiere de ser posible verlos dos veces por semana, por un período de tres semanas.

6. Tipos de Crisis

De acuerdo a Slaikeu (2005) existen dos tipos de *Crisis: de Desarrollo y Circunstanciales*, las cuales se describirán más adelante.

Cuando el paciente con IRC, llega con situaciones críticas la terapia breve es suficiente y de hecho sería el procedimiento a elegir.

Bellak y Small (2000) aseguran que la terapia breve generalmente es el procedimiento ideal, independientemente de consideraciones tales como el tiempo disponible, potencial humano y dinero, tomando en cuenta que hay situaciones relativamente agudas precipitadas por circunstancias de la vida tales como la pérdida de una persona amada, o por crisis de desarrollo en la adolescencia, la edad media, o la avanzada (p. 34).

Crisis Circunstanciales y de Desarrollo

Las crisis circunstanciales se caracterizan por ser accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental. Las experiencias individuales como la pérdida de seres queridos en un desastre natural (incendio, inundación), y quienes son víctimas de crímenes violentos (asaltos, violaciones), son ejemplos de crisis inducidas por situaciones circunstanciales. Esta categoría también incluye las crisis que se centran en sucesos como cambios de residencia, divorcios y desempleo.

Slaikeu (2000) menciona que las crisis de desarrollo, son aquéllas relacionadas con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud y que cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento y cuando hay interferencia en la realización de las mismas surge una crisis. Agrega que desde el punto de vista de la teoría de la crisis esto significa que muchas de ellas son “predecibles” puesto que con anticipación sabemos, que la gente tiene etapas decisivas que enfrentar en diversas ocasiones de sus vidas (p. 19).

7. Modelo de Intervención en Crisis

Principios Clínicos

Rapaport (1965), citado en Slaikeu (2005) sugiere que un conflicto inicial puede percibirse como:

- a) una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física y emocional,
- b) una pérdida (de una persona, habilidad o actitud)
- c) un reto que amenaza con sobrepasar las necesidades del individuo. En cada caso los procesos cognoscitivos median entre el suceso y la respuesta del individuo al mismo. Clínicamente, es muy importante, después de determinar el suceso precipitante, averiguar lo que éste

significa para la persona en crisis...no es simplemente la naturaleza del suceso lo decisivo para el entendimiento del estado de crisis es necesario conocer, también, cómo el proceso se percibe de modo que sea una amenaza, o más específicamente, el mapa cognoscitivo o expectativas establecidas en la vida se han violado y qué conflictos personales inconclusos se hicieron evidentes por el proceso de crisis.

Halpern (1973), citado en Slaikeu (2005), intentó definir empíricamente la crisis la conducta de la gente que no la experimenta con la que si la padece. Las personas en crisis experimentaron los siguientes síntomas más significativamente que aquellas que no:

1. sentimientos de cansancio y agotamiento;
2. sentimientos de desamparo;
3. sentimientos de inadecuación;
4. sentimientos de confusión;
5. síntomas físicos;
6. sentimientos de ansiedad;
7. desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales;
8. desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares;
9. desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales; y
10. desorganización en sus actividades sociales.

La lista permite destacar la idea de Caplan de que el estado de crisis se caracteriza por el desequilibrio y la desproporción. Como lo indica la investigación de Halpern, la desorganización, confusión y trastornos del estado de crisis puede afectar diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo; sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico.

Vulnerabilidad y Reducción de las Defensas

La vulnerabilidad y sugestibilidad del individuo son una parte de la desorganización del estado de crisis conocido también como **reducción de defensas**. Cuando un individuo ya no es capaz de salir adelante y le parece que todo se ha desintegrado, es casi como si no quedara nada por defender. En la estructura cognoscitiva de Taplin, la sobrecarga del suceso precipitante deja a la persona confundida y abierta a las sugerencias.

Los clínicos informan que en ciertos momentos durante el estado de crisis, los pacientes están listos para nuevas conceptualizaciones que les ayudarán a explicarse los detalles del conflicto y a entender que pasó o está pasando. Como Tyhurst (1958, citado en Slaikeu 2005, p. 21) sugiere esta vulnerabilidad, sugestibilidad o reducción de las defensas es lo que produce la oportunidad de cambio que caracteriza a las crisis vitales.

8. Primera Ayuda Psicológica (P.A.P.) o Intervención de Primer Orden

Es la ayuda inmediata que generalmente toma una sesión, la proporcionan las primeras personas que detectan la necesidad en el momento y lugar en que se origina: profesores, orientadores, abogados, etc., como primeros contactos; que en cuanto a los pacientes con IRC los primeros contactos pudieran ser el médico, la enfermera, la trabajadora social, incluso la nutrióloga; ésta va desde minutos hasta horas y la práctica se divide en tres objetivos:

1. Proporcionar apoyo (interesarse realmente en el problema del paciente),
2. Reducir la mortalidad (salvar vidas y prevenir lesiones), y
3. Vincular recursos de ayuda (canalizar a personas o Institución).

No se busca la resolución psicológica de la crisis.

Este proceso puede subdividirse en dos partes: intervención de primera instancia que en la primera se denomina: **primeros auxilios psicológicos** y la intervención de segunda instancia o **terapia para crisis...**la primera ayuda psicológica necesita brindarse de inmediato, al igual que la asistencia física por aquellos que tuvieron el primer contacto con la víctima (recuérdese la importancia de la familia del paciente durante la crisis de éste, lo cual se abordará en el Capítulo III inciso 4). Esos procedimientos toman poco tiempo (minutos u horas), y puede proporcionarlos un gran número de asistentes comunitarios.

La finalidad de la terapia para crisis desde la perspectiva de Slaikeu (2005), está encaminada a facilitar la resolución psicológica de la crisis y la asistencia en crisis es algo que toma lugar después de un suceso traumático aunque antes de su resolución final, sea positiva o negativa (p.6).

CINCO COMPONENTES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Componente	Comportamiento del asistente	Objetivo
1. Realizar el contacto psicológico	<p><i>Invitar al paciente a hablar;</i> Escuchar los hechos y sentimientos; Sintetizar/reflejar los hechos y sentimientos. Efectuar declaraciones empáticas; Interés por comunicarse; Tocar/abrazar de manera física; Dar "control calmante" a una situación intensa.</p>	<p>Que el paciente se sienta comprendido, aceptado, apoyado Reducir la intensidad del aturdimiento emocional Reactivación de las capacidades de resolución de problemas</p>
2. Examinación de las dimensiones del problema	<p style="text-align: center;"><i>Indagar acerca de:</i></p> <p>Pasado inmediato; Incidente que precipitó la crisis; Funcionamiento CASIC previo a la crisis (fortalezas debilidades); Presente; Funcionamiento CASIC ahora (fortalezas y debilidades); Recursos personales (internos); Recursos sociales (externos); Mortalidad; Futuro inmediato; Decisiones inminentes –para esta noche, fin de semana, los próximos días/semanas</p> <p style="text-align: center;"><i>Preguntar qué es lo que el paciente ha intentado hasta ahora;</i></p>	<p>Orden jurídico: a) Necesidades inmediatas; y b) Necesidades posteriores.</p>
3. Analizar posibles soluciones	<p>Examinar qué es lo que el paciente puede/podría hacer ahora; Proponer nuevas alternativas: Un nuevo comportamiento del paciente; redefinición del problema; asistencia externa (un tercero); cambio ambiental</p>	<p>Identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores</p>
Véase más abajo		
4. Asistir en la ejecución de acción concreta		<p>Ejecutar soluciones inmediatas, planteadas para satisfacer las necesidades inmediatas</p>

Cuadro 1-2, Cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos, **tomado de Slaikou (2005, p. 116-117).**

Cuadro 1-2, Cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos,
 tomado de Slaikeu (2005, p. 116-117).

(continuación)

Acción concreta: Comportamiento del asistente	
<i>Sí: a) la mortalidad es baja, y b) la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces:</i>	<i>Sí: a) La mortalidad es alta o b) la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces:</i>
<p>Actitud facilitadora: “Hablamos”; “tú actúas”; y Se hace un contrato para actuar entre el asistente y el paciente</p> <p>Los rangos de acción van de escuchar de modo activo hasta dar consejos</p> <p>5. Seguimiento Asegurar la identificación de información; examinar los posibles procedimientos para el seguimiento, establecer un convenio para recontactar</p>	<p>Actitud directiva: “Hablamos”; “yo puedo actuar en tu beneficio”; y el contrato para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios</p> <p>Los rangos de acción van de la movilización activa de recursos hasta el control de la situación</p> <p>Asegurarse de la retroalimentación en las tres submetas de los primeros auxilios psicológicos:</p> <p>El apoyo recibido; Reducción de la mortalidad; Culminación del enlace con (otros) recursos</p> <p>Poner en movimiento la siguiente fase: Soluciones posteriores; Sí a) las necesidades inmediatas se satisficieron con las soluciones inmediatas y la acción concreta que se tomó, y sí b) se realizó el enlace para las necesidades inmediatas, entonces parar Si no, regresarse al paso 2 (las dimensiones del problema) y continuar.</p>

Cuadro 1-3. Qué hacer y qué no hacer en los primeros auxilios psicológicos, tomado de Slaikeu (2005, p. 137).

Qué hacer y qué no hacer en los primeros auxilios psicológicos

	<i>Qué hacer</i>	<i>Qué no hacer</i>
1. Contacto	<i>Escuchar de manera cuidadosa</i> <i>Refleja sentimientos y hechos</i> Comunicar aceptación.	Contar tu "propia historia" aun ignorar sentimientos o hechos. Juzgar o tomar partido.
2. Dimensiones Del problema	<i>Plantear preguntas abiertas</i> Pedir a la persona que sea concreta Evaluar la mortalidad.	Depender de preguntas si/no. Permitir abstracciones continuas. Soslayar las señales de "peligro".
3. Posibles soluciones	<i>Alentar la lluvia de ideas</i> Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades.	Permitir la visión de pasar por un túnel. Dejar obstáculos sin examinar. Tolerar una mezcla de necesidades.
4. Acción concreta	<i>Dar un paso cada vez</i> Establecer metas específicas de corto plazo. Hacer confrontaciones cuando sea necesario. Ser directivo, si, y solo si, debes hacerlo.	Intentar resolverlo todo ahora. Realizar decisiones que comprometan por largo tiempo. Ser tímido. Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario.
5. Seguimiento	Hacer un convenio para recontactar. Evaluar los pasos de acción.	Dejar detalles en el aire, o asumir que el paciente continuara la acción del plan por si mismo. Dejar de evaluar a alguien mas.

9. Intervención en Crisis de Segundo Orden o Terapia Multimodal en Crisis

Para dar inicio a este tema es importante mencionar que la Terapia Multimodal en Crisis, se origina en el trabajo de Lazarus, y se toma del BASIC-ID, su equivalente en español es el CASIC-ID.

Woolfolk (1974) propone la terapia multimodal del comportamiento, la cual abarca: 1) especificación de metas y problemas, 2) especificación de técnicas de tratamiento para lograr dichas metas y remediar esos problemas, y 3) una edición sistemática del éxito relativo de estas técnicas (p. 319).

En relación al BASIC ID menciona que las siete modalidades propuestas son interdependientes e interactivas. Al enfrentarse con un paciente por primera vez e investigar en detalle sus actuales conductas, respuestas afectivas, sensaciones, imágenes, cogniciones, relaciones interpersonales y su necesidad de drogas o medicamentos, probablemente se conocerá más acerca de él o de lo que se esperaría obtener al llevar a cabo una historia rutinaria o al aplicar pruebas psicológicas. Si estos lineamientos generales pueden, o no, proporcionar todo lo que se requiere saber a fin de proporcionar un servicio terapéutico dice, es una cuestión empírica (p. 321).

“Una identificación defectuosa del problema (evaluación inadecuada) es, probablemente, el impedimento más grande para una terapia exitosa. La ventaja principal de una evaluación multimodal es que proporciona un marco de trabajo sistemático para conceptualizar los requerimientos que se presentan dentro de un contexto significativo” (Woolfolk, 1974: 323).

El Modelo Multimodal como Marco en la Toma de Decisiones en Psicoterapia

El terapeuta tomará una serie de decisiones de principio a fin en el transcurso de la psicoterapia. “Estas decisiones gobiernan en forma esencial la planeación,

implementación y evaluación de múltiples estrategias terapéuticas. Para ser de valor para el clínico, cualquier base conceptual de la terapia debe enriquecer el propio repertorio de toma de decisiones para la solución del problema” (Woolfolk, 1974: 326).

El procesamiento sistemático de información dentro de la terapia se facilita si se toman en consideración las siguientes cuatro condiciones básicas (Woolfolk, 1974): (1) la valoración debe conllevar implicaciones directas para el tratamiento, (2) los objetivos terapéuticos deben ser especificados en términos medibles, (3) deben especificarse las técnicas terapéuticas para cada objetivo (estas técnicas deben ser reconocibles y replicables), y (4) debe evaluarse el proceso y resultados de la terapia.

La Terapia Multimodal de Lazarus (1973), intenta obtener una mayor sistematización en el tratamiento del rango total de problemas psicológicos de la existencia. Este modelo pretende extender la especificidad y el método empírico de las aproximaciones conductuales a un área mayor de práctica general. Su meta final es la interpretación de varias técnicas de escuelas dispares de psicoterapia y el proveer un marco para estructurar su implementación. En cuanto a la valoración, el modelo multimodal no tan sólo parece permitir el establecimiento de un nexo claro entre el diagnóstico y el tratamiento, sino también un nivel adecuado de comprensividad. Al inicio de la terapia, las quejas presentadas, tanto generales como específicas, son analizadas a lo largo de cada modalidad.

“La importancia del BASIC ID estriba en que todas las entradas de datos (inputs) pueden ser analizadas a lo largo de este esquema. La valoración indagadora es estructurada, por lo tanto, de tal manera que una exploración de los problemas que se presentan pueda conducir a un descubrimiento de elementos que pudieran ser pasados por alto por otros sistemas” (Woolfolk, 1974: 327).

La aproximación terapéutica multimodal se centra esencialmente en el problema, la valoración y el establecimiento de objetivos se relacionan lógicamente. También existe relación entre la valoración y el tratamiento, ya que dentro de una aproximación centrada en el problema la meta del diagnóstico es siempre el diseño del tratamiento más eficaz para cada problema particular (Mischel, 1968). La selección de tratamientos apropiados (técnicas) presenta una alta probabilidad de constituir la decisión más crucial hecha por el terapeuta. Y es aquí donde el marco multimodal ayuda enormemente en este tipo de decisiones al ayudar en el análisis de las quejas generales en términos de sus componentes específicos que, entonces, pueden ser tratados más específicamente a partir de técnicas particulares.

Por lo anterior se considera que la *Psicoterapia Breve de Intervención en Crisis*, la *Terapia Racional Emotiva (TRE)* y la *Tanatología*, cumplirán su objetivo en el tratamiento psicológico del paciente con IRC.

10. Valoración

Los Cinco Subsistemas de la Persona:

Un Perfil Casic

En este apartado, se presenta el cuadro de la versión modificada que muestra Slaikeu, de la terapia multimodal de Lazarus para situaciones de crisis.

En el siguiente cuadro se muestra cada uno de los sistemas de la personalidad CASIC que se convierten en el meollo de la terapia para crisis.

Las diferencias principales entre el perfil de la personalidad CASIC propuesto por Slaikeu (2005, p. 155) y el sistema de Lazarus son: 1) eliminación de la categoría de drogadicción y codificación de la ingestión de tabaco, alcohol, medicamentos y otras sustancias como actividades conductuales; 2) inclusión de todas las variables de funcionamiento físico (que abarcan las sensaciones de la vista, el tacto, el gusto, el olfato y el oído) dentro del funcionamiento somático (un poco más amplio que la categoría de sensación de Lazarus); y 3) codificación de las fantasías y las dimensiones cognoscitivas bajo un solo encabezado (el cognoscitivo).

Cuadro 1-4. Perfil básico de la personalidad, tomado de Slaikeu (2005 p. 155).

Perfil básico de la personalidad	
Modalidad/ sistema	Variables/subsistemas
Conductual	<p>Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión.</p> <p>Métodos acostumbrados para salir adelante con la tensión.</p>
Afectiva	<p>Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de sentimientos tales como ansiedad, ira, alegría, depresión, etcétera; adecuación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresan o se ocultan los sentimientos?</p>
Somática	<p>Funcionamiento físico general, salud.</p> <p>Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otros males somáticos; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.</p>
Interpersonal	<p>Naturaleza de las relaciones con la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo; fortalezas y problemas interpersonales; número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo,</p>

	independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)
Cognoscitiva	Sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales acerca del pasado o el futuro; auto imagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida.

Las fuentes de información para este cuadro incluyen la entrevista clínica, los informes de los miembros de la familia, informes, fuentes de referencia y cuestionarios.

Aunque por la premura del tiempo cabe mencionar que al trabajar con pacientes con IRC podría omitirse el uso de cuestionarios para abreviar tiempo.

CAPITULO II

LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA COMO UN COMPONENTE A EVALUAR EN LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

*LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
COMO UN COMPONENTE A EVALUAR
EN LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS*

Cuando el paciente es informado por su médico tratante del diagnóstico de IRC y sus implicaciones y complicaciones, dicho paciente entrará en crisis, requiriendo por parte del psicólogo auxilio inmediato, se recomienda realizar el contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, analizar posibles soluciones, asistir en la ejecución de acción concreta y realizar seguimiento; para mayor información consultar los **cuadros 1-2 y 1-3**, en las páginas 19-21, de éste trabajo.

1. Definición

Para que el psicoterapeuta tome la mejor decisión en cuanto a la planeación, implementación y evaluación de las estrategias terapéuticas a utilizar, es recomendable obtenga información también sobre qué es la IRC, motivo por el cual se aborda esta temática.

¿Cuál es la función de los riñones?

Los riñones son dos órganos que se ubican en la zona lumbar en ambos lados de la columna vertebral. Sus funciones son necesarias para mantener la vida (Laboratorios Baxter, 2003).

- Filtrar la sangre, para eliminar por medio de la orina los desechos de los alimentos digeridos (urea, creatinina).
- Regular los líquidos del organismo ayudando a controlar la presión arterial.
- Producir sustancias que fortalecen los huesos (vitamina D) y estimulan la producción de sangre (eritropoyetina).

¿Qué es la Insuficiencia Renal Crónica?

Para el paciente con IRC, ésta enfermedad representa además de la pérdida de la salud, una muerte próxima, motivo por el cual experimenta depresión.

“Si uno de los riñones se daña y deja de funcionar, el otro se encarga de realizar las funciones de ambos; sin embargo, cuando los dos riñones se dañan las actividades que normalmente realizan se detienen por completo o quedan muy limitadas. A esto se le llama **Insuficiencia Renal Crónica (IRC)**.

Esta enfermedad ocurre porque el tejido que forma los riñones **se destruye y es incurable**” (Laboratorios Baxter, 2003: 7).

¿Por qué se destruye el tejido de los riñones?

1. Por diversas enfermedades de larga duración
(Diabetes, presión arterial alta).
2. Por malformaciones congénitas.
3. Por algunos medicamentos.
4. Por lesiones, golpes o traumatismos.

¿Cuáles son los síntomas de la IRC?

“La IRC ocasiona que los desechos de los alimentos digeridos y los líquidos excedentes se acumulen en el cuerpo y provoquen las siguientes molestias o síntomas: disminución o pérdida del apetito, náuseas y vómitos, debilidad, cansancio, palidez, mal sabor de boca, presión arterial alta, dolores de cabeza, edema o hinchazón, sueño durante el día, etc.” (Laboratorios Baxter, 2003: 8).

2. Tratamiento

¿Cuál es el tratamiento de la IRC?

Justo aquí es donde el marco multimodal ayuda sobre manera al decidir cuál será el tratamiento idóneo, que ayude en el análisis de las quejas generales en términos de sus componentes específicos en cuanto a psicoterapia se refiere.

Desde la perspectiva médica, se dice que “hasta el momento no existe ninguna medicina que sane o recupere el tejido destruido. Cuando los riñones dejan de funcionar es para siempre, nunca volverán a recuperarse y a esto se le llama

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC). Como el cuerpo necesita la función de los riñones para vivir, esta función se sustituye con la **diálisis** y con **medicamentos**, o mediante **trasplante renal**” (Laboratorios Baxter, 2003: 9).

El paciente después de conocer esta información, requerirá de psicoterapia, la indicada es la *Psicoterapia Breve de Intervención en Crisis* y al vislumbrar su muerte es básico *al apoyo tanatológico*.

Las funciones del riñón al no ser sustituidas o efectuarse de manera incompleta (sólo con diálisis o sólo con medicamentos), **los desechos y líquidos que no se eliminan se acumulan en el cuerpo y producen alteraciones en el funcionamiento de los demás órganos**, deteriorando la vida del enfermo e imposibilitándolo para realizar cualquier actividad, incluso comer o levantarse de la cama; además de ocasionarle muchas molestias y dolores que finalmente pueden llevarlo a la muerte (Laboratorios Baxter, 2003: 10).

Es así como el paciente nefrópata va perdiendo su independencia, se deprime, siente amenazada su integridad física y emocional.

3. Cambios en el Estilo de Vida

Aspectos Emocionales

Como ya se mencionó una crisis puede dar inicio a un proceso de reestructuración, en este momento es recomendable trabajar en la *Prevención Terciaria* puesto que se trata de un paciente terminal, para mayor información consultar el **cuadro 1-1 Intervención en crisis en el ambiente**, p. 7-8.

“El primer cambio ocurre cuando se vuelve necesario aceptar que su vida sólo será posible gracias a la diálisis, y que en ocasiones tendrá que recibir la ayuda de otros para efectuar las funciones que su cuerpo ya no puede hacer. Al principio es difícil aceptarlo e incluso pueden surgir sentimientos de miedo, culpa,

enojo, tristeza o incomprensión, que alteren su relación con su familia u otras personas” (Laboratorios Baxter, 2003: 29).

Decir al paciente que es normal que experimente estos sentimientos y que la mejor manera para afrontarlos y superarlos es reconocerlos y expresarlos abiertamente; propiciar que comente y pregunte cualquier duda o temor que tenga, así como proporcionar los *Primeros Auxilios Psicológicos y Apoyo Tanatológico*, será de gran apoyo para el paciente.

Relación de familia

La familia también se afectará, ya que aunque el paciente es la persona que recibe tratamiento, los miembros de su familia tendrán que adaptarse a las necesidades de éste. Es importante que desde el principio comprendan que ellos pueden acompañarlo, sin embargo el éxito del tratamiento y el control de la enfermedad **en gran medida dependerán sólo del mismo paciente con IRC**. En el Capítulo III inciso 4, se habla de la familia del paciente con enfoque en la Tanatología.

Sexualidad

Se considera al estado de crisis como un período transitorio de inestabilidad o desorganización, en dicho estado, otra de las preocupaciones del paciente nefrópata es su sexualidad.

La relación de pareja y la sexualidad son elementos muy importantes en la vida de cualquier persona, la Diálisis peritoneal no altera este hecho. Es necesario tomar algunas precauciones, pero esto no implica que deje de disfrutar de su sexualidad.

Los problemas físicos provocados por la IRC, las tensiones y sentimientos generados por todos los cambios, pueden interferir en su vida sexual y hacerle perder el interés o la confianza en su pareja. Es importante recomendarle que hablen de manera abierta y honesta y expresen sus necesidades o temores. Y aclararle que el acto sexual es sólo una parte de la sexualidad; si al principio

existen problemas para realizarlo, puede manifestar sus sentimientos mediante abrazos, besos, caricias, masajes, etcétera (Laboratorios Baxter, 2003: 31).

Apego al tratamiento

Es de suma importancia que el paciente siga correctamente las indicaciones de su médico. “El control de la IRC y la restauración de su bienestar físico sólo se lograrán en la medida en que la mayoría de las funciones de sus riñones sean sustituidas adecuadamente por la diálisis, la dieta y los medicamentos. Omitir o cambiar las indicaciones de su médico retrasará su recuperación, afectará su salud y **pondrá en riesgo su vida**” (Laboratorios Baxter, 2003: 39).

4. Complicaciones No Infecciosas más Frecuentes

La *Psicoterapia Breve de Intervención en crisis* ayudará al reestablecimiento de la capacidad de enfrentamiento inmediato anterior a la crisis, ésta intervención pretende “retornar” el organismo a nivel de su funcionamiento previo y en este intento se puede alcanzar un mejor nivel de ajuste general al que existía antes. Hecho que favorecerá en el paciente con IRC su apego al tratamiento, lo que con seguridad disminuirá el riesgo del surgimiento de complicaciones, las cuales a continuación se describen.

Retención de líquidos

“Es la acumulación de líquido en el cuerpo y se presenta cuando la cantidad de líquidos que se pierden es menor a la cantidad de líquidos que se consumen. Se caracteriza por:

- Presión arterial elevada (mayor de 140/90).
- Hinchazón de párpados, pies, piernas y manos.
- Sensación de falta de aire al caminar o estar acostado” (Laboratorios Baxter, 2003: 65).

¿Qué pasa si no se da el tratamiento?

“La retención de líquido se presenta lentamente de manera paulatina y progresiva. **Afecta de manera directa las funciones del corazón ya que aumenta su trabajo y su tamaño, lo que puede llevarlo a graves problemas de salud e incluso la muerte**”(Laboratorios Baxter, 2003: 67).

Deshidratación

“Es la pérdida excesiva de líquido del cuerpo y se presenta cuando la cantidad de líquidos que se pierden es mayor a la cantidad de líquidos que se consumen. Sus síntomas son:

- Presión arterial baja (menor de 110/80)
- Sensación de debilidad, mareo, cansancio importante, sed” (Laboratorios Baxter, 2003: 67).

¿Qué pasa si no se da tratamiento?

“La pérdida excesiva de líquido deteriora la función del corazón y **si se prolonga de manera excesiva puede llevar incluso a la muerte**” (Laboratorios Baxter, 2003: 67).

Uremia

Son las molestias (síntomas) ocasionadas por el exceso de sustancias tóxicas en la sangre. Los síntomas son (Laboratorios Baxter, 2003):

Náuseas, vómitos, pérdida del apetito, pérdida de la percepción del sabor de los alimentos, sabor metálico en la boca, falta de sueño por la noche, sueño durante el día y pérdida de peso.

¿Qué pasa si no se da tratamiento?

Continuará con los síntomas de uremia y podrá requerir de hospitalización para dializarlo.

De continuar con los síntomas de uremia se verá afectado el bienestar del paciente de manera importante. Y no sólo el bienestar físico sino también el psicológico.

Desnutrición

“Es cuando el cuerpo no recibe la cantidad de alimentación adecuada o no la aprovecha y tiene que hacer uso de sus propias reservas (grasa y músculos). Esto puede pasar cuando la alimentación es inadecuada en cantidad o calidad, o cuando el paciente se encuentra mal dializado. Sus síntomas son: Pérdida de peso, adelgazamiento” (Laboratorios Baxter, 2003: 71).

¿Qué pasa si no se da tratamiento?

“Si el cuerpo no recibe la alimentación adecuada o no la aprovecha, continuará haciendo uso de sus propias reservas, **lo que genera deterioro de los órganos que finalmente lleva a la muerte**” (Laboratorios Baxter, 2003: 72).

Anemia

“Es la deficiencia en la producción de glóbulos rojos. Se manifiesta por:

- Palidez de la piel y mucosas.
- Poca tolerancia al ejercicio.
- Mareos, debilidad, cansancio” (Laboratorios Baxter, 2003: 73).

¿Qué pasa si no se da tratamiento?

“Continuará con sensación de cansancio, poca tolerancia al ejercicio y podrá requerir transfusiones sanguíneas para que mejore” (Laboratorios Baxter, 2003: 73).

Como podrá observarse mencionar al paciente con IRC la palabra **muerte** se convierte en una constante, motivo por el cual se recomienda brindar al paciente el apoyo tanatológico, mismo que se abordará en el siguiente capítulo.

CAPITULO III

TANATOLOGÍA Y TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

“Dicen, que algo que distingue al ser humano es que toma consciencia de su muerte. Aunque sería conveniente que antes de ello, tomara consciencia de que está vivo.”

Dr. Jaime Federico Rebolledo Mota

1. EL PROCESO DEL DUELO

La aportación de Lindemann (1944; en Weiner, 1992) sobre el proceso de duelo

y la demostración de que se puede ayudar al individuo durante esta etapa contribuyó para destacar la utilidad del tratamiento de intervención en crisis (p. 657). Lo cual en otras palabras justifica la utilización de la Tanatología en la psicoterapia de crisis que se ofrece a los pacientes con IRC.

En el presente Capítulo se desarrollan las fases del duelo: negación y aislamiento; ira; pacto; depresión y aceptación, así como los pasos de la Terapia Racional Emotiva, destacando las once ideas irracionales y las técnicas emotivas, que se aplicarán en el paciente con IRC, como se señala en el Capítulo IV.

Elizabeth Kübler (2005) en el prefacio de su libro nos hace la interrogante “...¿Cuántas cosas hay que no se comunican verbalmente, que han de ser sentidas, experimentadas, vistas, y son muy difíciles de expresar en palabras?” (p. 11).

Refiriéndose a lo difícil que resulta hablar respecto de la muerte y específicamente hablar de ello con un moribundo, menciona que la muerte desde los pueblos antiguos ha sido desagradable y probablemente siempre lo será. “En nuestro inconsciente, la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos..... En términos más simples, en nuestro inconsciente sólo podemos ser matados; nos es inconcebible morir por una causa natural o por vejez. Por lo tanto, la muerte de por sí va asociada a un acto de maldad, es un acontecimiento aterrador, algo que exige pena y castigo” (p. 15).

“La muerte es todo un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles. Lo que ha cambiado es nuestra manera de hacer frente a la muerte, al hecho de morir y a nuestros pacientes moribundos” (p. 18).

En este punto es importante citar a Kübler, cuando dice que en el intento desesperado de negar la muerte inminente que es tan terrible y molesta para

nosotros recurriendo a todo para salvar la vida del paciente, enfrentamos nuestros propios límites y fracasos y nuestra propia mortalidad.

“Hoy en día, morir es más horrible en muchos aspectos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado.... El morir se convierte en algo solitario e impersonal, porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar y llevado a toda prisa a una sala de urgencia” (Kübler-Ross, 2005: 21).

Pareciera que el paciente gravemente enfermo, no tuviera el derecho a opinar. Y la decisión de si hay que hospitalizarlo o no, cuándo y dónde generalmente es tomada por el familiar o quien esté a cargo de él.

“¡Costaría tan poco recordar que la persona enferma también tiene sentimientos, deseos y opiniones, y -lo más importante de todo- tiene derecho a ser oída!” (Kübler-Ross, 2005: 22).

He aquí un punto crucial, Kübler-Ross, señala que se olvida que el enfermo es un ser humano que siente, sufre, y anhela ser escuchado, ¡escuchémosle y aceptemos el regalo de su conversación!.

“... cuando un paciente dice: ‘por favor siéntese ahora’, mañana puede ser demasiado tarde”, Kübler-Ross (2005).

En lo que respecta a las actitudes ante la muerte y al moribundo, Kübler propone combinar la enseñanza de los nuevos descubrimientos científicos y técnicos con una insistencia similar en las relaciones humanas interpersonales tan sacrificadas.

Y apunta, “Si todos nosotros hiciéramos un sincero esfuerzo para reflexionar sobre nuestra propia muerte, para afrontar las inquietudes que rodean a la idea de nuestra muerte y para ayudar a otros a familiarizarse con estos pensamientos, quizá se lograra una tendencia menor a la destrucción a nuestro alrededor” (Kübler-Ross, 2005: 27).

Psicológicamente el paciente puede negar la realidad de su propia muerte

durante un tiempo. Como en el inconsciente no se puede percibir la propia muerte y se cree en la inmortalidad, se permite -en la intimidad y el secreto del inconsciente- alegrarse de que le ha tocado al vecino y no a uno mismo, (Kübler-Ross, 2005).

Cuando ya no es posible la negación, se puede intentar dominar a la muerte, desafiándola. “Quizá tengamos que volver al ser humano individual y empezar desde el principio: intentar concebir nuestra propia muerte y aprender a afrontar este acontecimiento trágico pero inevitable, con menos irracionalidad y menos miedo.... El sufrimiento ha perdido su significado.” (Kübler-Ross, 2005: 29-30).

Así es como la sociedad ha contribuido a la negación de la muerte y la religión ha perdido muchos de sus creyentes en una vida después de la muerte, o sea en la inmortalidad, con lo que ha disminuido la negación de la muerte, (Kübler-Ross).

Kübler-Ross, (2005) propone empezar a considerar la posibilidad de la propia muerte, lo cual derivaría en el bienestar de los pacientes y permitiría experimentar una paz interior al enfrentar y aceptar la realidad de la muerte. Así también sugiere ser sensibles a las necesidades de los pacientes y saber informarles que tienen una enfermedad grave sin quitarles todas las esperanzas. “Si un médico es capaz de hablar francamente con sus pacientes del diagnóstico de tumor maligno sin que sea necesariamente sinónimo de una muerte inminente, prestará al paciente un gran servicio. Al mismo tiempo debería dejar la puerta abierta a la esperanza” (Kübler-Ross, 2005: 48).

Todos los pacientes terminales mantienen la posibilidad de continuar existiendo y consideran muy importante que el médico les presente la noticia de una manera aceptable. Para conseguirlo Kübler-Ross, (2005) resalta la importancia de la propia actitud y capacidad para afrontar la enfermedad mortal y la muerte “Si no podemos afrontar la muerte con ecuanimidad, ¿cómo podemos ser útiles a nuestros pacientes?..... Hemos descubierto que los diferentes pacientes reaccionan de modo diferente ante estas noticias según su personalidad y el estilo de vida que han tenido hasta entonces. Las personas que usan la

negación como defensa básica, la utilizarán mucho más que otras. Los pacientes que han afrontado situaciones de tensión anteriores cara a cara, harán lo mismo en la presente situación” (p. 52).

Una enfermedad incurable da al paciente la sensación de que ya nada sirve y ya nada se puede hacer, dando inicio una temporada difícil para él y para los que lo rodean. “El sentirá un aislamiento creciente, una pérdida de interés por parte de su médico y una desesperación cada vez mayor. Puede empeorar rápidamente o caer en una profunda depresión de la que tal vez no salga si nadie es capaz de darle una luz de esperanza” (Kübler-Ross, 2005: 56).

Cuando el médico o el familiar no se atreven a hablar con el paciente de su verdadero estado, éste fingirá y guardará silencio, en cambio recibirá muy bien a alguien que quiera hablar de ello, pero que le permita conservar sus defensas durante todo el tiempo que las necesite. Al compartir esta noticia dolorosa con un paciente es recomendable hacerlo de forma simple, más fácil suele ser para él pensarlo mejor más tarde, si no puede “oírlo” en el mismo momento, también se sugiere informar la noticia en la intimidad de una pequeña habitación, y no en un pasillo de una clínica, lleno de gente.

“Lo que recalcan todos nuestros pacientes era la sensación de comprensión, que contaba más que la tragedia inmediata de la noticia. La garantía de que se iba a hacer todo lo posible, de que no iban a ser ‘abandonados’, de que había tratamientos, de que había un atisbo de esperanza -incluso en los casos más avanzados” (Kübler-Ross, 2005: 5).

De lo anterior se desprende la inquietud de facilitar en el paciente con IRC, la expresión libre y abierta de sus pensamientos y sentimientos respecto a su muerte, a fin de propiciar la elaboración del duelo anticipado y a su vez establecer una comunicación asertiva, real y honesta con sus familiares, estableciendo un adecuado contacto psicológico.

2. Fases del Duelo

En los siguientes capítulos Kübler-Ross (2005), aborda las fases por las que atraviesa el paciente con una enfermedad terminal en la elaboración de su duelo, las cuales a continuación se describen brevemente.

Primera fase: Negación y Aislamiento

La negación se presenta en la mayoría de los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad, o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando. Según Kübler-Ross, la negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrar al paciente, y con el tiempo, movilizar otras defensas, ya que ésta es sólo una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial, (p. 61).

La negación se convierte en una necesidad, existe en todos los pacientes alguna vez, más hacia el principio de una enfermedad grave que hacia el final de la vida. Sugiere Kübler-Ross, ser un oyente sensible y perceptivo para reconocer ésto y respetar las defensas del paciente, sin hacerle consciente de sus contradicciones. Cuando el paciente se aísla, entonces puede hablar de su salud y su enfermedad, su mortalidad y su inmortalidad, con lo que afronta la muerte pero todavía conserva la esperanza, (p. 63-64).

Esta autora puntualiza los aspectos que se deben considerar al entrevistarse con un paciente: Primero averiguar sus necesidades, conocer sus puntos débiles y fuertes, y buscar indicios visibles u ocultos para determinar hasta que punto un paciente quiere afrontar la realidad en un momento dado. Obsérvese la similitud con los Primeros Auxilios Psicológicos al realizar el contacto psicológico y examinar las dimensiones del problema. Y respecto a nosotros recomienda examinar más de cerca nuestras reacciones cuando se trabaja con un paciente, ya que siempre se reflejarán en el comportamiento del paciente y pueden contribuir mucho para su bien o su daño. "Si estamos dispuestos a mirarnos a

nosotros mismos honradamente, puede ayudarnos a crecer y madurar” (Kübler-Ross, 2005: 72).

Segunda fase: Ira

La primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento, entonces surge la pregunta “¿por qué yo?”. Kübler-Ross, (2005) propone ponerse en el lugar del paciente e intentar entender su enojo. “Tal vez nosotros también estaríamos disgustados si todas nuestras actividades se vieran interrumpidas tan prematuramente; si todos los proyectos que habíamos forjado fueran a quedarse sin acabar, o fuera a acabarlos otro; si hubiéramos ahorrado un dinero ganado duramente para disfrutar de unos cuantos años de descanso... y nos encontráramos con que ‘ésto no es para mí’. ¿Qué haríamos con nuestra rabia, sino descargarla sobre las personas que probablemente iban a disfrutar de todas aquellas cosas?” (p. 73-75).

Se sugiere hacer una reflexión en este momento, ¿Qué sucedería si se estuviera en el lugar de ese paciente, qué sentir, qué esperar, qué pasa por la mente?. Intentar responder a estas preguntas, seguramente no es fácil.

Mostrándole al paciente respeto y comprensión, al prestarle atención dedicándole un poco de tiempo y hacerle sentir un ser humano valioso del que se preocupan, hará posible una escucha empática, por consecuencia él sentirá que hacerle una visita, no es un deber, sino un placer, (Kübler-Ross, 2005: 76). Aprender a escuchar a los pacientes y a veces incluso aceptar su ira irracional, sabiendo el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas.

Respecto al lugar que se ocupa en la escala social, Kübler-Ross, refiere “*Al final, todos somos iguales*” (p. 81). En el momento de la muerte deja de existir “la persona muy importante”, dominante, rica y próspera, quien bajo estas circunstancias es quizás el más desgraciado, ya que pierde las cosas que le hicieron la vida tan cómoda.

Tercera fase: Pacto

El paciente lo que más desea, es una prolongación de la vida, o por lo menos, pasar unos días sin dolor o molestias físicas. La mayoría de pactos se hacen con Dios y habitualmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas tal vez al sacerdote. Psicológicamente, las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta.

“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 nada más si se le concede este aplazamiento” (Kübler-Ross, 2005:114).

Cuarta fase: Depresión

Cuando el paciente desahuciado no puede negar más su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, su insensibilidad, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. “Lo que a menudo tendemos a olvidar.... es el dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo” (Kübler-Ross, 2005: 116).

La autora distingue dos tipos de depresión, la reactiva y la preparatoria, y dice que cada una debe ser tratada de diferente manera, la que en este caso interesa es la segunda, la cual tiene como causa pérdidas inminentes, no pérdidas pasadas.

“Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación,” (Kübler-Ross, 2005:118).

Se sugiere no estimular al paciente a que mire el lado alegre de las cosas, porque ello significaría que no debería pensar en su muerte inminente, es

absurdo decirle que no esté triste, ya que siente una gran tristeza. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. En este momento sentarse a su lado y permitirle expresar su dolor, le hará mucho más fácil la aceptación final. En el dolor preparatorio no se necesitan palabras, o se necesitan muy pocas. La discrepancia entre los deseos y disposición del paciente y lo que esperan de él los que lo rodean, es lo que le provoca mayor dolor y turbación.

Es indispensable saber que este tipo de depresión es necesaria y benefica si el paciente ha de morir en una fase de aceptación y paz. “Sólo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de llegar a esta fase. Si las familias supieran ésto, también ellos podrían ahorrarse mucha angustia innecesaria” (Kübler-Ross, 2005: 119).

Destaca la Dra. Kübler-Ross, la siguiente afirmación hecha por un paciente:

“Pero la vida no lo es todo en el mundo. La calidad de la vida, por qué la vives.”

Por difícil que parezca, en este momento el tiempo de vida que le quede al paciente con IRC ya no es lo primordial, en cambio la *calidad de vida* se convierte en el eje central, recuérdese que para el paciente terminal sólo existe el “aquí y ahora”.

Quinta fase: Aceptación

La fase de aceptación está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido y la lucha hubiera terminado. En esos momentos es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el mismo paciente. Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye, desea estar solo, ya no tiene ganas de hablar. 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 moribunda. “Nuestra presencia es sólo 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”, (Kübler-Ross, 2005: 149).

Cuando ya no hay conversación, una presión de mano, una mirada, puede tranquilizarle y hacerle sentir que no está solo, con el acompañamiento en silencio, se puede decir más que con muchas palabras.

Nótese la importancia del lenguaje no verbal, ciertamente con una mirada y una presión de mano se es capaz de transmitir no sólo mensajes, sino también sentimientos.

Kübler-Ross (2005) recomienda prestar especial atención para poder discernir cuando el paciente ha abandonado la lucha de cuándo ha llegado a la aceptación de su muerte y su deseo de descansar y morir en paz (p. 150).

En relación a esto, la autora admite que no podía comprender que un paciente llegue a un punto en que la muerte le parezca un gran alivio y que los pacientes mueran con más facilidad si se les ayuda a desligarse lentamente de todas las relaciones importantes de su vida. Desde un punto de vista personal, con esto hace una invitación para realizar un esfuerzo por comprender este fenómeno, y se tenga presente como necesidad básica del paciente;

“vivir hasta el final con dignidad.”

De las fases anteriormente descritas es importante destacar que animar al paciente a manifestar su rabia, a llorar para expresar su dolor preparatorio, y a expresar sus miedos a alguien dispuesto a escucharle tranquilamente, le es de gran ayuda. “Al llegar a esta fase de aceptación, que lleva hacia una separación gradual (decatexis) en la que ya no hay comunicación en dos direcciones, requerirá de más ayuda y comprensión por parte de quienes le rodean. Así que, quizás al final de nuestros días, cuando hemos trabajado y dado, disfrutado y sufrido, volvemos a la fase en la que empezamos, cerrando el círculo de la vida,” (Kübler-Ross, 2005:157).

Kübler-Ross, (2005) habla de que al escuchar a un moribundo se tiene la oportunidad de aprender, cuando dice “Si se sientan y escuchan, y repiten sus visitas...el paciente pronto empezará a sentirse confiado, porque hay una persona que se preocupa por él, que está disponible, que se queda por allí.... A la larga, es el cuidado persistente del terapeuta que ha afrontado lo suficiente su propio complejo con respecto a la muerte, lo que ayuda al paciente a sobreponerse a la ansiedad y al miedo a su muerte inminente” (p. 68-69).

Como la formación de la Dra. Kübler-Ross era médica, dirige su literatura a esa profesión, más sin embargo cualquier profesionista de la salud que trabaje con pacientes terminales puede aplicar en la práctica clínica sus enseñanzas sobre Tanatología.

Animar y permitir al paciente con IRC para que exprese libremente sus pensamientos y sentimientos, le ayudará no solamente para hacer catarsis, sino también permitirá al terapeuta identificar las ideas irracionales con las que habrá de trabajar, en el apartado 8 de este Capítulo se plantea la TRE y las once ideas irracionales.

3. Esperanza

Aún cuando el paciente con IRC sabe que se encuentra en fase terminal, suele conservar la esperanza de que tal vez surja una nueva técnica, o quizá un milagro, que le ayuden a recuperar su salud.

Hasta ahora se han mencionado las diferentes fases que atraviesan las personas cuando tienen que enfrentar la noticia trágica, mecanismos de defensa sirven para afrontar situaciones sumamente difíciles, éstos durarán diferentes períodos de tiempo y se reemplazarán unos a otros o coexistirán a veces. Lo único que generalmente persiste a lo largo de todas estas fases es la esperanza. “Es esta chispa de esperanza la que los sostiene durante días, semanas o meses de sufrimiento. Es el deseo de que todo esto tenga algún

sentido, de que al final valga la pena que hayan aguantado un poco más..... en vez de malas noticias” (Kübler-Ross, 2005: 181).

Lo importante es no despojar al paciente de la esperanza, ya que ésta le ayuda a continuar adelante y seguir su tratamiento, más sin embargo es esencial no darle falsas esperanzas y hablarle siempre con la verdad.

4. La Familia del Paciente

Aunque como ya se mencionó en el Capítulo II sobre la *Relación de la Familia*, que el control de la enfermedad depende en gran medida del mismo paciente, por otra parte es importante exponer más a fondo que la familia también tiene sus propias necesidades y también atravesarán por las fases de duelo.

Se debe tomar en consideración a la familia del paciente ya que sus reacciones determinarán mucho la respuesta que de él a su enfermedad. No hay que perder de vista que cada integrante de la familia tiene sus propias necesidades y ocupaciones. Kübler (2005) considera cruel esperar la presencia constante de un miembro de la familia, y hace hincapié en la necesidad que tienen de vivir una vida normal de vez en cuando, de salir de la habitación del enfermo. Comenta que así como el paciente grave no puede afrontar la muerte todo el tiempo, su familia tampoco y que no deberían excluir todas las demás actividades para estar exclusivamente junto al paciente, ya que ellos también necesitan negar o eludir las tristes realidades, a veces para afrontarlas mejor cuando su presencia sea verdaderamente necesaria.

Desafortunadamente los familiares suelen disimular sus sentimientos ante el paciente, e intentan mantener una apariencia de falsa alegría que tarde o temprano habrá de venirse abajo, la persona moribunda puede ser de gran ayuda para sus parientes a la hora de hacerles afrontar su muerte, compartiendo con ellos algunos de sus pensamientos y sentimientos, facilitando con esta actitud el que ellos hagan lo mismo. “Si puede sobreponerse a su propio dolor y mostrar con su ejemplo a la familia cómo uno puede morir con ecuanimidad, ellos recordarán su fortaleza y soportarán su propio pesar con

más dignidad. 'El sentimiento de culpa es quizás el compañero más doloroso de la muerte,' (Kübler-Ross, 2005: 208).

Así como el paciente pasa por una fase de ira, la familia también experimentará la misma reacción emocional. Cuando puedan superarse la ira, el resentimiento y la culpabilidad, entonces la familia pasará por una fase de dolor preparatorio, igual que lo hace la persona moribunda.

Las emociones genuinas por parte de un miembro de la familia son mucho más fáciles de aceptar que una máscara a través de la cual el paciente puede ver igualmente y que él siente como un fingimiento que impide compartir una situación triste. En cambio si los miembros de la familia comparten sus emociones, gradualmente afrontarán la realidad de la separación inminente y llegarán a aceptarla juntos. Probablemente el período más doloroso para la familia es la fase final, cuando el paciente se desliga lentamente de su mundo, incluida su familia. Les resulta incomprensible que un hombre que ha encontrado la paz y la aceptación de su muerte, tendrá que separarse poco a poco de lo que le rodea, incluidos sus seres más queridos. Es durante este período cuando la familia necesita más ayuda, y quizá menos el paciente. Asistiéndoles a entender que sólo los pacientes que han superado el miedo a la muerte y han llegado a esta fase de aceptación y de catexis, pueden alejarse lenta y pacíficamente, entonces generalmente necesitan menos de la relación interpersonal.

Conviene explicar el significado de este despegue a la familia, para evitar el surgimiento de problemas. Si se presentan complicaciones médicas, los gastos son cuantiosos y la familia frecuentemente desea una muerte rápida y sin dolor, aunque casi nunca se atreven a decirlo. Y es evidente que estos deseos producen sentimientos de culpabilidad, (Kübler-Ross, 2005).

“Una vez muerto el paciente, considero cruel e inadecuado hablar del amor a

Dios. Cuando perdemos a alguien, especialmente cuando hemos tenido poco o ningún tiempo para prepararnos, estamos furiosos, enojados, desesperados; debería permitírse nos expresar estos sentimientos,” (Kübler-Ross, 2005: 228).

Permitir al paciente que hable, llore o grite, compartir sus sentimientos y acompañarle. Cuando han terminado los problemas del muerto, al pariente aún le queda una larga temporada de duelo. Necesita ayuda y asistencia desde que se confirma el diagnóstico que él creía equivocado hasta meses después de la muerte de un miembro de la familia. Necesitan a un ser humano, un amigo, un médico, una enfermera, un sacerdote. La ayuda más importante que se puede prestar a cualquier pariente, sea niño o adulto, es compartir sus sentimientos antes de que se produzca la muerte y permitirle superarlos, tanto si son racionales como irracionales. “Si toleramos su rabia, tanto si va dirigida contra nosotros, contra el muerto, o contra Dios, les estamos ayudando a dar un gran paso hacia la aceptación sin culpabilidad,” (Kübler-Ross, 2005: 232).

Hay un momento en la vida de un paciente en que deja de haber dolor, la mente deja de imaginar cosas, la necesidad de alimento se vuelve mínima y la conciencia de lo que le rodea desaparece en la oscuridad..... En esos momentos es demasiado tarde para las palabras.... pero aún es demasiado pronto para la separación final del moribundo. Es el momento más duro para el pariente próximo, pues desea marcharse, acabar de una vez, o se aferra desesperadamente a algo que está a punto de perder para siempre. *son los momentos de la terapia del silencio con el paciente y de la disponibilidad de cara a los parientes.....* Los que tienen la fortaleza y el amor suficientes para sentarse junto a un paciente moribundo en el *silencio que va más allá de las palabras* sabrán que ese momento no es espantoso ni doloroso, sino el pacífico cese del funcionamiento del cuerpo..... Ser terapeuta de un paciente moribundo nos hace conscientes de la calidad de único que posee cada individuo en ese vasto mar de la humanidad. Nos hace conscientes de nuestra finitud, de la limitación de nuestra vida, (Kübler-Ross, 2005: 345-346).

Es recomendable hablar con la familia de la próxima muerte de su paciente, el hacerlo les permitirá expresar sus pensamientos y emociones reales, además puede ayudarles a mantener un sensato equilibrio entre el cuidado al paciente y el respeto a sus propias necesidades.

1. Enfermedad Terminal

A continuación se define qué es la *enfermedad terminal*, lo que propiciará en el paciente con IRC la elaboración del *duelo anticipado* y lo confrontará con *la muerte propia*.

La enfermedad terminal se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo: (González, Poveda y Barón, 1989, citados en Domínguez 2002). “Un paciente terminal consciente o inconscientemente, sabe que pronto morirá; para que tenga conocimiento de su situación atraviesa por diferentes momentos desde que inicia la enfermedad que se va degenerando aproximándose a su fin... la situación de un enfermo moribundo se caracteriza por el *SINDROME TERMINAL DE LA ENFERMEDAD*,” (p. 25). Los autores anteriormente citados indican los siguientes criterios para diagnosticar dicho Síndrome:

1. Enfermedad causal de evolución progresiva.
2. Estado general grave.
3. Pronóstico de supervivencia inferior a un mes.
4. Insuficiencia de un órgano.
5. Ineficacia comprobada de los tratamientos.
6. Ausencia de tratamientos útiles.
7. Complicación irreversible final.

Rebolledo, (1996; en Domínguez, 2002) dice que el paciente en estado terminal es aquél que presenta daño o insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas, que no responde a la terapéutica en forma suficiente y adecuada y que lo llevarán directamente a la muerte en un período aproximado de 6 meses. Indica que el diagnóstico y pronóstico debe ser realizado por el médico que derive en la conclusión fehaciente de la falla orgánica múltiple y de que se encuentre fuera del alcance terapéutico, por lo tanto se confirme el Estado Terminal (p. 27-28).

6. Duelo Anticipado

El duelo es considerado como aquel proceso con el que nos despedimos del difunto, lo hacemos llevadero y finalmente superamos la separación de la persona amada: (Meyer, 1983, citado en Domínguez, 2002), implica estar inmerso en el dolor y la tristeza, sin embargo es muy diferente lo que siente el paciente respecto a lo que sienten quienes le rodean. “El objetivo del duelo consiste en la reordenación de una nueva realidad que afecta a la persona, es normal que también aparezcan reacciones ante el duelo en las que no se acepta la muerte,” (Domínguez, 2002, p. 99).

“Las muertes esperadas pueden conseguir una resolución anticipada de duelo.- Este hecho se produce cuando la fase Terminal de la enfermedad ha durado algún tiempo, de forma que la familia dispone de un largo período para adaptarse a la idea de la pérdida,” (Pérez, 2004, p. 25).

Si bien la intención de la familia es evitarle sufrimientos y problemas, en realidad lo que su comportamiento denota es un cambio en la organización familiar producido por la anticipación de la muerte del miembro enfermo. Así los sentimientos de hostilidad que esta situación provoca pueden a su vez desencadenar sentimientos de culpa.

Pérez, (2204, p. 29) define el duelo anticipatorio o duelo preliminar como un período de tiempo durante el cual ante una muerte esperada o que aparece altamente probable, el individuo ha de experimentar sentimientos y emociones semejantes a una aflicción real, como una forma de preparar intelectualmente el duelo real y disminuir así el impacto de la pérdida.

Podría sugerirse que al trabajar con pacientes en fase terminal como lo hace el personal de la salud, no solamente psicólogos, sino también médicos y enfermeras, propicien la comunicación clara y honesta entre el enfermo y familiares, hacerles ver que el “aquí y ahora” es con lo que cuentan y aún tienen esa oportunidad.

7. La Muerte Propia

Cuando el paciente con IRC sabe que su muerte está próxima, sólo queda el hoy, el presente (Rebolledo, 2003).

¿Qué puede resultar más doloroso, enfrentar la muerte de un ser querido o hacer frente a la propia en caso de que se padezca una enfermedad que poco a poco va acabando con la vida?, sin embargo, cuando se vive la propia muerte de forma lenta se presenta la propia oportunidad y la de los seres queridos de superar poco a poco esta situación al pasar por una serie de fases que permiten aceptar este destino; pero indudablemente puede decirse que no importa en qué etapa se encuentre el ser humano, siempre sentirá que es demasiado pronto para que se presente la muerte y borrar todo lo que se consiguió en vida (Kushner, 1986, citado en Cadena 2003).

Cuando alguien sabe que su muerte está próxima, el presente se vuelve intenso, se valora cada instante que se tiene para sentir, para saberse vivo y saber de los demás. Cuando alguien va a morir, ser quien se es y no se puede ser otra cosa (Rebolledo, 1999).

La soledad es una de las experiencias más desafiantes para el ser humano, el miedo a ella es parte de su naturaleza, siempre se busca y se desea estar con otros para completarse e integrarse. La presencia de la muerte obliga a confrontar la soledad y los miedos la muerte refleja estos temores, pues se asocia con separación, aislamiento, pérdida y abandono; lo que puede causar angustia, separación, desolación y temor, sin embargo la realidad es que cada ser humano está esencialmente solo y debe adaptarse a la propia individualidad Fonnegra, (2001, citado en Cadena 2003, p. 39).

Al enfermo Terminal le preocupa su deterioro físico, su apariencia, el dolor, la idea de morir solo en una institución, sin el amor que se desea, se genera una crisis por el conocimiento de que la propia muerte está próxima, surge la necesidad de reorganizar los planes, metas, actividades y relaciones; se piensa en la familia y aparece la preocupación por el futuro. Esto se va dando poco a poco y por etapas. Puede haber preocupación por lo relativo a seguros de vida, accidentes, gastos médicos, pensiones, cuentas bancarias, cajas de seguridad, adeudos y cobranzas pendientes, propiedades y documentos importantes, Reyes, (2000, citado en Cadena 2003, p.40).

Cuando se reconoce por parte del equipo médico multidisciplinario que ya nada se puede hacer, sólo esperar el momento de la muerte, puede considerarse la conveniencia de que el paciente esté en casa y que sin dolor y en acompañamiento de sus seres queridos tenga una “muerte Digna”.

8. Terapia Racional Emotiva

El *Modelo de Intervención en Crisis*, da cuenta de cómo puede percibirse el conflicto, es así que el paciente con IRC al reconocerse como paciente terminal siente amenazada su integridad física y emocional, la pérdida de la salud, sobrepasa sus necesidades y surge la crisis, una vez atendida ésta con los

Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y planteados los objetivos, será la *Terapia Racional Emotiva (TRE)* el tratamiento más eficaz para la intervención psicoterapéutica.

La Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1962, citado en Rimm 1984), deriva directamente de una teoría que supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento. Los patrones de pensamiento que típicamente se manifiestan por sí mismos en cadenas de verbalizaciones preconscientes implícitas, surgen de suposiciones que comprenden el sistema de creencias básico del individuo.

El enfoque de Ellis sobre la primacía del pensamiento preconsciente (así como el consciente) se contrapone con el psicoanálisis clásico, que pone principal énfasis en lo inconsciente, aunque ambos enfoques destacan el papel fundamental del pensamiento primitivo, mágico o irracional en el desarrollo de la psicopatología. Ellis, (1962, p. 452) desarrolló un enfoque cuya orientación lo alejaba de la adquisición de insight “histórico” y hacia factores cognoscitivos de “aquí y ahora” que median en forma directa entre las conductas de desadaptación y las emociones.

La esencia de la TRE se ve en el modelo de *A-B-C-D-E*, Ellis, (1971, citado en Rimm 1984), *A* se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expone. *B* se refiere a la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que utiliza como respuesta a *A*. *C* simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de *B*; y *E* para las consecuencias emocionales y conductuales presumiblemente benéficas. En resumen, el evento *A* (un acontecer objetivo) lastima al individuo dando origen a autoverbalizaciones en *B*, algunas de las cuales son irracionales y autoderrotantes y conducen a emociones negativas y conductas relacionadas en *C*. El terapeuta racional en el punto *D*, ayuda al cliente a examinar las relaciones lógicas entre sus autoverbalizaciones en *B*, lo que conduce a la eliminación del pensamiento irracional y una consecuente mejoría del sufrimiento en el punto *E*.

El cliente en presencia del psicoterapeuta puede manifestar con fuerza que está convencido de la naturaleza irracional y autoderrotante de sus autoverbalizaciones, indicando también algunas formas alternativas más saludables de pensar. A pesar de esto, es probable que el cliente tienda a regresar a sus patrones de tipo meditativo entre sesiones de terapia (especialmente en la parte temprana de la terapia), y el terapeuta de TRE puede dar algunos pasos para reducir la probabilidad de este acontecimiento. Una táctica implica el que el cliente verbalice la manera en que él manejaría los sentimientos negativos cuando el terapeuta no está presente,” (Rimm y Masters, 1984 p. 454).

El terapeuta racional, prefiere el uso de las palabras “quiero” o “deseo” ya que tienen mucho más sentido (“Yo quiero, deseo, disfrutaría, preferiría ser respetado). “Si como TRE supone, las personas se encuentran afectadas fuertemente por los contenidos de sus creencias, las consecuencias psicológicas de percibir que una necesidad básica no está siendo satisfecha, son mucho más terribles que aquéllas que surgen del conocimiento de que un deseo no esencial está siendo frustrado,” (Rimm y Masters, 1984 p. 456).

Ellis (1962) ha proporcionado una lista de once creencias irracionales...

1. Uno debería ser amado o aprobado por casi cualquier persona.
2. Para ser tomado en consideración, uno debería ser competente en casi todos aspectos.
3. Algunas gentes son intrínsecamente malas y merecen castigo.
4. Las cosas debería ser exactamente siempre como uno espera que sean (y es terrible cuando no lo son).
5. Las personas tienen muy poco control interno sobre su felicidad o tristeza personales.
6. De haber alguna posibilidad de que algo llegue a ser peligroso, uno debe preocuparse bastante con relación a ello.

7. Es más fácil evitar que enfrentar las dificultades y responsabilidades inherentes al vivir.
8. Una persona debe (esto es, necesita) depender de otras personas más fuertes.
9. La conducta presente y futura de una persona depende irreversiblemente del significado de acontecimientos pasados.
10. Una persona debe sentirse notablemente indispuesta con relación a los problemas de los demás.
11. Cada problema tiene (debería tener) un solución ideal, y resulta catastrófico cuando dicha solución no se logra encontrar.

En la práctica con pacientes terminales, se ha observado que la idea irracional que predomina en dichos pacientes es la de *“atribución externa”*.

9. El Método de la Tre

Las acciones a realizar por el terapeuta de la TRE, de acuerdo a Ellis, (1971, en Rimm y Masters 1984 p. 457) son tres. Primero, se determinan eventos externos precipitantes a través de la entrevista. Segundo, se detectan los patrones de pensamiento específicos (y creencias subyacentes) que constituyen la respuesta interna a dichos eventos y dan surgimiento a las emociones negativas. Y tercero, asiste al cliente en la alteración de dichas creencias y patrones de pensamiento.

Salud psicológica

La teoría racional-emotiva ayuda a que las personas alcancen sus metas, o crean metas nuevas si las antiguas no pueden realizarse. Postula tres derivaciones principales de la filosofía del deseo consideradas racionales porque la primera, conocida como <evaluar o analizar lo negativo>, es la alternativa racional al <tremendismo>, la segunda conocida como <tolerancia> es la alternativa racional

a la <no soportantitis> y la tercera llamada <aceptación>, es la alternativa racional a la <condena>.” (Dryden y Ellis, 1989:37).

La TRE no solamente evalúa las creencias irracionales de los clientes, sino también sus sentimientos inapropiados y sus conductas “autocastigadoras”. Los procedimientos de evaluación de la TRE de acuerdo a Dryden y Ellis, (1989:39-40) normalmente incluyen lo siguiente:

--Ayudar a los clientes a identificar y describir sus sentimientos inapropiados como ansiedad, depresión, miedo, y odio a sí mismo, diferenciándolos claramente de sus sentimientos negativos apropiados como desilusión, tristeza, frustración, y displacer.

--Guiarlos en el reconocimiento y diferenciación de sus conductas autocastigadoras, por ejemplo compulsiones, adicciones, fobias, y procrastinación.

-Solicitarles que señalen los acontecimientos Activadores específicos de sus vidas que con frecuencia ocurren justo antes de experimentar los sentimientos y conductas perturbadoras.

--Evaluar y discutir las Creencias racionales que acompañan a los acontecimientos activadores y que llevan a unas consecuencias no perturbadoras.

--Evaluar y discutir las Creencias irracionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas Consecuencias perturbadoras.

--Determinar las Creencias irracionales que incluyen los absolutistas <debo> y las grandes exigencias a uno mismo, a otros y al universo.

--Descubrir las Creencias irracionales de segundo nivel que se derivan de los absolutistas <debiera> y <debo>, o sea, los <catastrofismos> las <no soportantitis>, y las <condenas> de sí mismos y otros, y las sobregeneralizaciones irreales.

--Descubrir y discutir las creencias irracionales que les llevan a la perturbación por estar perturbados ---es decir, a su ansiedad por la ansiedad y a su depresión por estar deprimido---

10. Técnicas Emotivas

En la TRE se utilizan una gran variedad de técnicas emotivas que están diseñadas para ayudar a los pacientes a enfrentarse con sus Creencias Irracionales.

Primero, existen una serie de métodos humorísticos para animarlos a pensar racionalmente sin tomarse a sí mismos demasiado en serio (Ellis, 1977, citado en Dryden, 1989). Segundo, los terapeutas no dudan en crear una filosofía racional a través del autodescubrimiento. Tercero, los terapeutas TRE utilizan historias, leyendas, parábolas, chistes, poemas y aforismos adjuntos a las técnicas de refutación cognitiva. Cuarto, se han escrito algunas canciones humorísticas racionales para presentar la filosofía racional de forma amena. Los terapeutas sugieren que los pacientes pueden ayudarse a sí mismos pasando de un insight intelectual a uno emocional por medio de una fuerte Refutación de sus Creencias Irracionales. La fuerza y la energía también juegan un papel importante en los famosos ejercicios de ataque a la vergüenza, los ejercicios de riesgo entran en la misma categoría. Aquí los clientes se fuerzan a asumir riesgos calculados en áreas en las que quisieran hacer cambios. También se usan en conjunción con estos ejercicios la repetición de frases racionales fuerte y apasionadamente.

Posterior al trabajo psicoterapéutico, se evalúa si el paciente es capaz de:

1. Reconocer que experimenta emociones negativas “inapropiadas” y que actúa de forma disfuncional, cuando así se comporta.
2. Detectar las Creencias Irracionales que acompañan a esas experiencias.
3. Discriminar sus Creencias Irracionales de las alternativas racionales.
4. Enfrentarse a esas Creencias Irracionales.
5. Contrarrestarlas usando métodos de Autocambio cognitivos, emotivos y conductuales.

Entonces la TRE habrá cumplido su cometido.

Lo expuesto en este capítulo ha tenido un triple propósito; primero dar a conocer las fases del duelo que el paciente con IRC y su familia experimentarán, la importancia de mantener la esperanza y que el paciente tenga una “muerte digna”; segundo que el psicoterapeuta tenga presente como alternativa de intervención en crisis con pacientes terminales, al Modelo de Intervención en Crisis y a la Terapia Racional Emotiva; y por último se sugiere, que el equipo médico multidisciplinario incluido el psicólogo, participen de forma activa en el apoyo tanatológico al paciente, involucrándose en brindarle una mejor calidad de vida.

CAPITULO IV

VINCULACIÓN DE INTERVENCIÓN EN CRISIS, TANATOLOGÍA Y TERAPIA RACIONAL EMOTIVA PARA LA APLICACIÓN PRÁCTICA EN PACIENTES CON IRC

“El hombre no es atormentado por las cosas, sino por la opinión que tiene de ellas.”

Epicteto.

Fundamentación Teórica y Social

En la actualidad, se ha visto un significativo incremento de pacientes que padecen enfermedades del riñón y que evolucionan hacia la insuficiencia renal crónica, la que finalmente los conducirá a la muerte, hecho que seguramente

llevará al paciente a entrar en crisis.

La población de mayor riesgo son los niños menores de cinco años y los adultos mayores de 60, que como ya se mencionó, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad, son las principales enfermedades que anteceden a la insuficiencia renal crónica.

Por su impacto en el enfermo, la familia y la sociedad la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada una enfermedad catastrófica, es ya un problema de salud pública mundial, en la que resulta urgente e impostergable actuar, el trabajo es multidisciplinario ya que requiere la participación de médicos familiares, internistas, pediatras, nefrólogos, enfermeras, trabajadores sociales, nutriólogos y por supuesto la imprescindible intervención del psicólogo.

En EEUU la prevalencia es de 406,081 pacientes, con un costo de 22,8 billones de dólares, se estima que para el 2030 habrá 460,000 nuevos pacientes. Se estima que el 10 y 12% de su población, tiene algún daño del riñón.

En el 5o. Congreso Mundial de Nefrología en Singapur en el año 2005, se destacó que en México de 1963 al 2003 se han realizado 15,345 trasplantes de riñón. Los Centros de trasplantes reportan 1/1,341,000 habitantes y en terapia sustitutiva de Hemodiálisis a 1/273,655 habitantes. El 60% de los pacientes de ERC son diabéticos.

Se requiere de estrategias que mejoren el conocimiento público del problema, educación profesional, cambios en las políticas y en los sistemas de salud y se necesita de investigaciones básicas, epidemiológicas y clínicas relacionadas con la ERC, así como del trabajo psicoterapéutico que brinde al paciente de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) la oportunidad de tener una mejor calidad de vida y una muerte digna.

Es así como el psicólogo actuará en esta etapa de desorganización y confusión por la que atraviesa el paciente nefrópata, proporcionando la *Psicoterapia Breve de Intervención en Crisis*. De acuerdo a Caplan (1961; en Weiner, 1992) la crisis

ocurre cuando una persona se enfrenta a grandes obstáculos que le impiden alcanzar sus metas y que por el momento no lo consigue con sus métodos acostumbrados de solución de problemas. Lo cual deriva en una situación emocional peligrosa en el sujeto que le impedirá manejar las complicaciones surgidas. No se pierda de vista que la crisis es una alteración aguda en la conciencia del individuo para enfrentarse a sucesos terribles (p. 660).

1. Estrategias de Intervención

Cuando el paciente con IRC reconoce su ya muy deteriorado estado de salud general (como ya se ha mencionado, sabe que su propia muerte se aproxima) y el médico tratante le confirma que su enfermedad ha avanzado al estado Terminal, muy probablemente entrará en crisis, sintiendo amenazado su bienestar físico y psicológico, convirtiéndose en una urgencia que requiere atención inmediata, y es en esta **primera sesión** cuando inicialmente se establecerá el *rapport*, se realizará la entrevista para evaluar las prioridades y detectar las ideas irracionales (se ha obtenido información del trabajo realizado con pacientes terminales que la principal idea irracional que se manifiesta es la de “*atribución externa*”), hacer preguntas para confrontar las ideas irracionales, una vez confrontado el paciente, discriminar las diferencias con las ideas racionales y proporcionar los *Primeros Auxilios Psicológicos* (para mayores referencias consultar el Capítulo I, inciso 8 de éste trabajo).

Como ya se mencionó esta primera intervención podrá llevar de minutos a horas y de acuerdo al Diplomado de *Psicoterapia Breve de Intervención en Crisis (PBIC)*, se realizará en cinco pasos:

1. Realizar un contacto psicológico.
2. Analizar las dimensiones del problema.
3. Sondear posibles soluciones.
4. Asistir en la ejecución de pasos concretos con una actitud directiva.

5. Seguimiento para verificar el progreso. A este respecto es importante mencionar que lo especificado es realizarlo después de seis meses o uno o más años, más sin embargo en el caso de los pacientes con IRC no es posible cumplir con este lapso de tiempo, se propone realizarlo lo antes posible, ya que se trata de pacientes terminales.

En la **segunda sesión** se realizará la *Intervención en Crisis de Segundo Orden o Terapia Multimodal*, recordemos que lo estipulado es dejar transcurrir 72 horas después de los PAP, antes de la intervención de Segundo Orden, más sin embargo dada la premura de la atención psicológica del paciente en estado Terminal, si es posible, se sugiere realizarla a la brevedad, aunque no haya transcurrido el tiempo determinado, de la siguiente manera:

1. Se especificará la meta y el problema, es decir, *la meta es que el paciente tenga una mejor calidad de vida*, siendo capaz de reconocer su problema, *“afrentar la propia muerte”*, y de establecer una comunicación adecuada en la que pueda manifestar sus pensamientos y sentimientos.
2. Especificar las técnicas de tratamiento para alcanzar las metas y remediar el problema. Aquí se especificará al paciente de la intervención *tanatológica*, que de acuerdo a la Dra. Elisabeth Kübler-Ross se escuchará y acompañará al paciente, reconociendo en cuál fase del duelo se encuentra, se pretende que tenga una *“muerte digna”* y el entrenamiento en Técnicas Emotivas de la TRE.

En la **tercera sesión** se apoyará en la *Terapia Racional Emotiva*, específicamente se entrenará al paciente con las *Técnicas Emotivas*, que lo habilitarán para ser capaz de expresar libremente sus pensamientos y sentimientos a sus seres queridos y personas importantes para él, así como tener la capacidad de escucharles a su vez. Como Slaikeu (2005:180) menciona que *“La premisa principal detrás de la expresión de sentimientos como una tarea de la*

resolución de crisis se desarrolla a partir de la experiencia de psicoterapia con pacientes que no han resuelto sus anteriores crisis vitales.”

Es importante destacar la importancia de **la escucha activa** como estrategia terapéutica para identificar los sentimientos del paciente, donde el terapeuta escucha tanto lo que le ha pasado y el cómo se siente éste con respecto a los acontecimientos. “Fuertes dosis de comprensión empática de parte de los consejeros, con frecuencia pueden servir para ayudar a los pacientes a reconocer una variedad de sentimientos molestos e incómodos,” (Slaikeu, 2005: 181).

Se sugiere trabajar una o dos sesiones en el entrenamiento del paciente en las Técnicas Emotivas entre las cuales se encuentran los siguientes métodos:

- a) *Métodos humorísticos*, con ellos se anima al paciente a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
- b) *Autodescubrimiento*, el terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador.
- c) *Uso de Modelado Vicario*, historias, leyendas, parábolas, chistes, poemas, etc., para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
- d) *Canciones humorísticas racionales*,
- e) *Inversión del Rol Racional*, en el cual se fuerzan y adoptan de forma dramática el rol de su <sí mismo> racional, cuyo objetivo es refutar adecuadamente las creencias autocastigadoras articuladas por su <sí mismo> irracional.

Los siguientes son ejercicios retomados del diplomado PBIC, que se podrán llevar a cabo con el paciente:

1. *Ejercicios de Riesgo*, se fuerzan a asumir riesgos calculados en áreas en las que quisieran hacer cambios. Que en este caso se trata de que el paciente hable con las personas importantes para él, de los pensamientos y sentimientos que le generan su próxima muerte.
2. *Ejercicios de Ataque a la Vergüenza*, se emplea la fuerza y la energía por medio de los cuales se comportan en público de forma deliberadamente

<vergonzosa>, con el fin de aceptarse a sí mismos y tolerar la incomodidad que les provoca, por ejemplo se le puede pedir que realice pequeñas infracciones de Reglas Sociales.

3. *Repetición de Frases Racionales a modo de autoinstrucciones*, recordemos que las autoverbalizaciones influyen en el pensar y sentir del paciente.

Al aplicar el Método de la TRE, el diplomado PBIC plantea actuar en tres pasos:

1. Determinar eventos externos precipitantes (con el paciente se efectuará en la entrevista)

R.- El paciente está enfermo, y se encuentra en fase terminal.

2. Determinar los patrones de pensamiento específicos que constituyen la respuesta interna a dichos eventos y dan surgimiento a las emociones negativas (aplicación del CASIC-ID, y apoyo tanatológico).

R.- El pensamiento de que “está muriendo”, lo cual es inaceptable para el paciente, pero es real.

3. Asistir al paciente en la alteración de dichas creencias y patrones de pensamiento (adiestramiento en las Técnicas Emotivas).

R.- Se programa la intervención psicoterapéutica en una o dos sesiones empleando las Técnicas Emotivas de la TRE.

Es importante destacar el porqué se recomienda trabajar la Psicoterapia Racional Emotiva con los pacientes con IRC, Albert Ellis (1913; en Nieto-Cardoso, 1994) encomienda confrontar al paciente para que identifique cuan irracionalmente se comporta debido a su estructura de creencias disparatadas, la meta no es perseguir la fuente de esas ideas irracionales, sino que el paciente vea por sí mismo cuan irreales o irracionales son para su vida en el presente. Se pretende “ajustar sus estándares de comportamiento a un modelo más razonable y más acorde con la realidad de la vida” (p. 148).

CONCLUSIONES

Al realizar la investigación bibliográfica sobre el tema abordado, se encontró bibliografía sobre el trabajo psicoterapéutico con pacientes de “Hipertensión Arterial”, “Diabetes Mellitus” y “Cáncer”, pero no de pacientes con “Insuficiencia Renal Crónica” (que como ya se mencionó, puede ser producto de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidad, malformaciones congénitas, por algunos medicamentos o por lesiones, golpes o traumatismos).

El presente trabajo es una propuesta de intervención psicoterapéutica en pacientes terminales con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), toda vez que es una constante escuchar la palabra “muerte” cuando se habla de este padecimiento, lo cual llevará al paciente a un estado de **Crisis Circunstancial**, siendo entonces la propuesta de intervención la **Psicoterapia Breve de Intervención en Crisis, con un fundamento en la Tanatología y la enseñanza de Técnicas Emotivas de la Terapia Racional Emotiva**.

El paciente necesita regular sus patrones de dieta, ejercicio, descanso/sueño, a fin de trabajar en las tareas de resolución de la crisis, ya que la mayoría experimenta una desorganización en la comida y el sueño, lo que podría agravar sus dificultades. Durante la fase de impacto de la crisis, el paciente puede presentar angustia emocional extrema, es recomendable la canalización a un médico, para un tratamiento farmacológico que facilite el manejo de la ansiedad o favorezca el sueño, teniendo cuidado de hacerlo sólo en caso sumamente necesario, ya que la medicación puede presentar la desventaja de interferir con la expresión de sentimientos y con el dominio cognoscitivo, además de retrasar la resolución del duelo.

La finalidad es mejorar la calidad de vida del paciente, favoreciendo la expresión libre, directa y abierta de sus pensamientos y sentimientos, así como el acompañamiento en la elaboración de su duelo anticipado, a través de la

Intervención en Crisis, el apoyo tanatológico para que en la medida de lo posible el paciente muera con “dignidad” y el entrenamiento en Técnicas Emotivas. Sin olvidar que la principal idea irracional que se ha visto en estos pacientes es la de *atribución externa*, información que se ha obtenido del trabajo realizado con pacientes terminales.

Para concluir, se recomienda al equipo médico multidisciplinario el apoyo constante en la Tanatología con una escucha activa cuando se trabaje con pacientes terminales con IRC, y específicamente al psicoterapeuta el empleo de la creatividad al elaborar los ejercicios para el entrenamiento en las Técnicas Emotivas. Recuérdese que el paciente atraviesa por un período de tensión extrema y desorganización personal, ya que está elaborando un duelo anticipado, el de “su propia muerte”, que con la intervención psicoterapéutica se pretende que tenga una “muerte digna”.

Las líneas de trabajo futuras que se proponen son; 1) ***La Prevención***, ya que resultaría más económico ***establecer programas de Nefrología Preventiva***, a fin de capacitar al personal de la salud interesado y comprometido con el desarrollo de la Nefrología Preventiva en México y cambiar el estilo de vida de la gente; 2) Como alternativa de terapia, ***que el paciente desde el primer momento*** en que es informado del diagnóstico, ***se canalice a Psicoterapia***; y 3) que ***en todas las carreras del área de la salud, se incorpore*** en sus planes de estudio a ***la Tanatología Médica y en la Licenciatura en Psicología a la Psicoterapia Breve de Intervención en Crisis***.

BIBLIOGRAFÍA

Arroyo, A. M., Arvizu, H. C. y Chávez, G. M. (2006) El equipo reflexivo en un estudio de caso de cáncer Terminal. México. UNAM FES Zaragoza. Tesis de la Lic. en Psicología.

Bellak, L. y Small, L. (2000) *Psicoterapia breve y de emergencia*. México, Pax.

Cadena, S. M. Y Vázquez, A. M. (2003) La actitud hacia la vida en relación con la actitud hacia la muerte. México. UNAM FES Zaragoza. Tesis de la Lic. en Psicología.

Domínguez, M. S. (2002) Expectativas y estado emocional del paciente Terminal con cáncer. México. UNAM FES Zaragoza. Tesis de la Lic. en Psicología.

Kübler-Ross, E. (2005) *Sobre la muerte y los moribundos*. México. Gráficas Monte Albán S. A. de C. V.

Laboratorios Baxter (2003) Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal. México. Unidad de negocios renal.

Nieto-Cardoso, E. (1994) *Psicoterapia Principios y Técnicas*. México. Romont, S. A.

Pérez, F. M. (2004) El papel del psicólogo en la atención al paciente Terminal y a la familia. México. UNAM FES Zaragoza. Tesina de la Lic. en Psicología.

Rebolledo, M. F. (2005) *Aprender a morir: Fundamentos de Tanatología Médica*. México. Dr. Jaime Federico Rebolledo Mota.

Slaikis, A. K. (2005) *Intervención en crisis Manual para práctica e investigación*. México. El Manual Moderno.

Small, L. (1997) *Psicoterapias breves*. España. Gedisa.

Weiner, I. (1992) *Métodos en Psicología Clínica*. México. Limusa.

Woolfolk, R. L. (1974) The multimodal Model as a Framework for decision in Psychotherapy. *Psychological reports*, (34), México. Traducción Javier Vivaldo.