



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**“Intervención en Crisis Para Familiares de
Pacientes con VIH-SIDA”**

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO

QUE PARA TENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ALONSO PACHECO KARINA

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA

COMITÉ: MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA

MTRO. RICARDO VICTORICO RÍOS HERNÁNDEZ

MTRA. ALBA ESPERANZA GARCÍA LÓPEZ

LIC. MARÍA FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOYTE



México D.F. Abril de 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

“Cada persona, en su existencia, puede tener dos actitudes: construir o plantar. Los constructores un día terminan aquello que estaban haciendo y entonces les invade el tedio. Los que plantan a veces sufren con las tempestades y las estaciones, pero el jardín jamás para de crecer”

-Paulo Coelho-

Cuando me pongo a pensar a quién agradecer, me doy cuenta de que he sido una persona muy afortunada y con infinidad de bendiciones de Dios, empezando por los padres que me dio, y por mi familia, de la que me siento inmensamente orgullosa.

Este trabajo lo dedico a todos y cada uno de ellos, a mi padre, a quien a pesar de su carácter, quiero con todo mi corazón, él me enseñó con cada desvelo, con su esfuerzo, con cada noche de trabajo, que cuando quieres algo tienes que luchar hasta conseguirlo, en el inspiro mi coraje y mis ganas de no ser “alguien más” sino “ser la mejor”. A mi madre... ese ser lleno de luz, que caminó conmigo todos los días, que me alentó en los pequeños y grandes momentos, a ella debo cada segundo de paciencia, consejos, atenciones, desvelos, de ella me inspira su nobleza, su serenidad y responsabilidad.

A mis hermanas mayores, Yanis y Eri, quienes a pesar de conformar su propio espacio, siempre me brindaron su confianza, su amistad, su tiempo, su paciencia, su amor, sus cuidados, sus regaños, sus consejos, los regalos de navidad que me hacían la niña más feliz del mundo, gracias por hacer de nuestro Hogar una Gran familia, pues al conformar ustedes su propio nido, se unieron al nuestro otros dos integrantes muy importantes Val y David a quienes he aprendido a querer y a respetar.

A mi hermana la más “pequeña de todas” Krisangy sin ti nada hubiera sido igual, todo lo que hemos compartido, todo lo que hemos reído y llorado, todo ha valido la pena porque estamos juntas, gracias por todo, te quiero hermana.

A mis tres amores, mis tres angelitos que adoro tanto, Saúl, Valery y Axel, gracias por existir y por llenar nuestro hogar de tanta dicha y alegría con sus juegos y sonrisas, no olviden que siempre voy a estar para ustedes.

Al amor de mi vida, mi tierra, Héctor, que a pesar de los obstáculos ha estado para mí, mil gracias por tu paciencia, por el amor que día a día compartimos, por todos los momentos que pasamos juntos, te amo mi vida.

A los que se adelantaron en el camino y que formaron parte importante de mi vida (mi abue, Lalo, Keysie), algún día los volveré a estrechar entre mis brazos, nunca los olvidaré, mientras tanto desde aquí, hasta donde estén, muchas gracias.

A mis miguis de carrera, Eury (desde la prepa), YY, Iris, gracias por todo su apoyo, amistad y comprensión hoy concluimos un ciclo más juntas, que nuestra amistad perdure este y muchos otros más.

Índice

Resumen	1
Introducción	1
Fundamentación Teórica y Social.....	4
Capítulo I Intervención en Crisis.....	5
Capítulo II Muerte y Enfermedad Terminal	18
Capítulo III La Familia.....	30
Capítulo IV El VIH-SIDA	44
Capítulo V Terapia Racional Emotiva	57
Análisis	68
Presentación del caso de María	75
Conclusiones	82
Bibliografía.....	84



INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON VIH/SIDA

RESUMEN

El presente trabajo propone una intervención de primer orden para familiares de pacientes con VIH-SIDA, ya que el tema se considera de relevancia, pues actualmente existen en México 112, 830 de SIDA notificados, 186, 000 personas con VIH y han ocurrido 4,653 defunciones (estimación 2005). Sabiendo que el diagnóstico representa una crisis circunstancial tanto para el paciente como para su sistema, ésta ayuda se basará en la técnica de solución de problemas apoyada por la Terapia Racional Emotiva, que afirma que no son las circunstancias difíciles, lo que constituye el problema, sino la interpretación que se les da, cabe mencionar que se abordará de manera general los temas de la muerte, enfermedades terminales, la familia y el VIH-SIDA, para entender de una manera clara el contexto de la crisis por la que atraviesa la familia. Finalmente se presenta un caso real tratado con ésta técnica y se concluye que resulta efectivo ante dicha problemática.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es describir una sesión de intervención en crisis para los familiares de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. Para ello, se tienen en cuenta cinco capítulos; en el primero hará una reseña general de lo que se llama "crisis", tomando en cuenta el significado y los primeros auxilios psicológicos. A lo largo del segundo apartado se muestra una idea general del miedo a la muerte causada por una connotación negativa en la sociedad, se definirá enfermedad terminal y se describirán las fases por las que pasa el paciente cuando es diagnosticado. En el tercer capítulo, se define a la familia, quién pertenece a ella, sus fases y como afecta la enfermedad terminal en su funcionamiento. En el cuarto capítulo se hace una reseña histórica del SIDA en México y en el mundo, haciendo uso de estadísticas se muestra el impacto de esta enfermedad, pues cada día aumentan rápidamente las cifras de personas que la padecen, siendo estos tratados con desprecio por los prejuicios sociales.



En el último apartado se revisa de manera general el funcionamiento y los principios de la TRE, entendiendo que son las ideas irracionales las que limitan la capacidad de afrontamiento y resolución a las diferentes circunstancias a las que el individuo se enfrenta. En el apartado de análisis se propone una intervención basada en la técnica de Solución de Problemas, apoyada por la TRE para ayudar a los familiares a superar su crisis dando “alternativas” para el buen funcionamiento de la homeostasis familiar.

La aparición del SIDA, ha significado un golpe terrible para el mundo y los miembros de las instituciones de salud pública, quienes durante la segunda mitad del decenio de 1970-79 se hallaban convencidos de que la amenaza de las enfermedades provocadas por bacterias y virus era cosa del pasado: muchos estaban seguros de que los retos presentes y futuros para la ciencia médica correspondían a la conquista de los estados crónicos que debilitaban al organismo como cáncer, enfermedades cardíacas, demencias, artritis, etc.

Hoy en día, más de 20 años después, el supuesto triunfo de la medicina sobre las enfermedades infecciosas se ha convertido en una ilusión, al tiempo que los microbios ganan batallas imprevistas (CENSIDA).

El decenio de 1980-89 trajo consigo dos nuevas causas de preocupación: el desarrollo de variedades de bacterias resistentes a fármacos y la aparición del VIH-SIDA, problemas que estarán presentes todavía durante largo tiempo.

Las enfermedades siempre han provocado temor al ser humano. Este miedo es aún mayor ante padecimientos que son o parecen nuevos, ya que al principio nadie sabe como enfrentarlos, cómo protegerse de ellos, ni cómo curar a los que se enferman.

Desde la antigüedad este temor se manifiesta sobre todo con las epidemias, es decir, enfermedades que se extienden a través de grandes territorios, llegan a afectar a muchas personas y de las cuales todos tienen miedo de contagiarse. Causando así el miedo a la muerte que es adquirido por las personas gracias a un concepto negativo que la sociedad le ha dado a esta.

La muerte recuerda al hombre la conciencia de su finitud como tal y esto genera angustia en el hombre viviente ante la pérdida de la vida. Quizás esta sea la raíz de su ocultamiento.



Se está en una sociedad en la que se estima inconcientemente la muerte súbita, no se desean las enfermedades largas e incurables, y en la que se piensa que la muerte es un mero percance, algo evitable, pero a pesar de los grandes avances de la medicina, ahí está la muerte, inexorable.

En el caso del VIH-SIDA, las estadísticas son alarmantes y permiten darse cuenta de la gravedad del problema y más aún cuando se piensa en los pacientes diagnosticados y en sus familias, que al enterarse del diagnóstico entran en crisis, definida por Slaikeu (1996) como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente 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.

Pero las crisis no son individuales en todos los casos, muchas veces las crisis se comparten, se atraviesan y se superan por un sistema: el núcleo básico de la sociedad, en el que se gestan valores, conductas, formas de pensar y de ver el mundo, maneras diversas de relacionarnos con otros seres humanos, etc. Este sistema es "La Familia" éste núcleo es imprescindible para el enfermo, Es por tal, la importancia de atenderles en esta etapa que atraviesan, pues tanto el paciente como los familiares van a pasar por una serie de etapas al enterarse del diagnóstico del VIH-SIDA de un ser amado.

La familia está en crisis y es responsabilidad de los especialistas de la salud el brindarles ayuda pertinente y efectiva para cada caso en particular; en el presente trabajo se propone una primera intervención basada en la técnica de Solución de Problemas, la cual va encaminada a producir una conducta efectiva en términos de las respuestas que da un individuo ante situaciones problemáticas en ambientes sociales, académicos, laborales y otros en los que una conducta se considere importante, esta técnica estará apoyada por la Terapia Racional Emotiva, que es un tipo de psicoterapia activa-directiva en la que los terapeutas llevan a sus clientes a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos y les demuestran que pueden enfrentarse y cambiar sus acciones irracionales perturbadoras, procuran enseñar a sus clientes cómo llegara ser cada uno su propio terapeuta una vez que terminan las sesiones formales de terapia. Ellis (1979, 1984), (en Ellis, 1989).



JUSTIFICACIÓN TEÓRICA Y SOCIAL

Inherentemente la vida, siempre estará ligada a la muerte, aunque el solo pensarlo aterre a las personas. Las enfermedades crónicas o terminales pueden ser causantes de ésta; como es el caso del VIH-SIDA, que cada vez está más presente en la sociedad en general; en los países latinoamericanos se calcula que la prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 45 años de edad es de 0,5%. Durante el 2001, alrededor de 13 000 adultos y niños contrajeron la infección por el VIH y hubo 80 000 defunciones a causa del SIDA (García Abreu A., Noguera I. y Cowgill K., 2004).

De acuerdo con la tipología propuesta por ONUSIDA, México puede clasificarse como un país con una epidemia de SIDA concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en un subgrupo de la población, pero que aún no se establece en la población en general. En este tipo de epidemias, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es menor al 1%.

Desde el inicio de la epidemia hasta el 2007, las estadísticas, afirman que en México están registrados, existen en México 112, 830 casos de SIDA notificados, 186, 000 personas con VIH y han ocurrido 4,653 defunciones (estimación 2005) y tan sólo en el Distrito Federal hay: 4,786 casos (CENSIDA).

En el momento en que alguna enfermedad grave, es diagnosticado a un pariente, la familia entra en crisis, la cual trastornará su equilibrio psíquico y homeostático, ya que se darán cuenta de que su ser querido ya no estará más con ellos, el se irá pero los que quedan tendrán que aprender a vivir con eso, como dicen por ahí, "la función debe continuar". Será un camino difícil de andar pero con la ayuda de un especialista es posible salir adelante.

En el caso específico del SIDA la crisis familiar es aún más difícil, pues es una enfermedad gravemente estigmatizante, no es una afección "glamorosa" ni alguna que despierte la simpatía pública, es más ni siquiera despierta lástima, por el contrario, suele ser recibida con temor y rechazo. Radica aquí la importancia de la ayuda de un profesional para la confrontación con la enfermedad y sus posibles consecuencias, la recuperación de la homeostasis familiar y para la elaboración de posibles "soluciones" o "alternativas" en el plan de vida de cada integrante, de tal manera que apoyen al paciente en vez de juzgarlo, pues no será un camino fácil y no es posible que se rindan cuando les falta mucho por enfrentar, ya que el diagnóstico es sólo el principio de lo que vendrá.



CAPÍTULO I. INTERVENCIÓN EN CRISIS

En esta vida hay que morir varias veces para después renacer. Y las crisis, aunque atemorizan, nos sirven para cancelar una época e inaugurar otra.

-Eugenio Trias-

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente 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 (Slaikeu, 1996). Al leer esta definición, quedan muchas dudas acerca de su origen o fundamentación teórica, por lo que a continuación se abordarán dichos aspectos.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Antes de que la intervención en crisis se practicaría como tal, ocurrieron en diferentes escenarios situaciones que dieron pie al desarrollo de éste modelo de intervención; el 28 de Noviembre de 1942, Lidermann y sus colaboradores desempeñaron un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes del hasta entonces más grande incendio que ocurrió en Boston y donde más de 400 personas perecieron cuando las llamas se apoderaron de aquel edificio, mientras otras más sufrían por la pérdida de sus seres queridos; es en éste escenario devastador donde Lidemann y compañeros, al realizar su informe de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes dieron al mismo tiempo la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que, el doliente progresa en el camino de aceptar y resolver la pérdida.

A Lidemann se le ocurrió que podrían prevenirse dificultades psicológicas posteriores a momentos de crisis con la ayuda del clero o asistentes comunitarios, más tarde ésta idea fue utilizada más a fondo en el Centro de Ayuda en Relaciones Humanas de Wellesley, en Boston en 1948.



A partir de los principios dados por Lidemann (1944) y Gerald Caplan (1964), (en Slaikeu, 1996), también miembro del Hospital General de Massachussets y de la Escuela de Salud Pública de Harvard, fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos. Estableció el asunto de modo muy breve: un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis.

Caplan, identificó la importancia de los recursos personales y sociales en la resolución de las crisis, al indagar acerca de como la gente trataba diversas transiciones de una etapa a otra. La psiquiatría preventiva de Caplan, y su enfoque sobre la intervención temprana para procurar el crecimiento positivo y aminorar el riesgo de un deterioro psicológico, lo condujeron a un énfasis de la consulta en salud mental. Puesto que muchas de estas crisis precoces podrían ser identificadas y aun pronosticadas se hizo muy importante prevenir y adiestrar a diversos practicantes comunitarios para ayudar a niños y adultos jóvenes a manejar este tipo de desorganización. El papel del profesional de la salud mental se convirtió en el de un asistente de maestros, enfermeras, clero, consejeros orientadores y otros, en cuanto al aprendizaje para detectar y abordar las crisis en establecimientos comunitarios.

Poco a poco la Teoría de las crisis de Caplan tomaba fuerza e iba creciendo, fue así como a principios de la década de 1960, se utilizó como herramienta en el movimiento de prevención del suicidio y creció con rapidez en E.U.A. Centros como Prevención del Suicidio y Atención en Crisis en los Ángeles y Erie Country (Búfalo) ofrecían durante 24 horas los 365 días del año líneas telefónicas directas para la prevención de suicidios vinculados a la mentalidad activista social de la época, los centros se apoyaron mucho en los esfuerzos de voluntarios no profesionales y para profesionales para sus programas de orientación por teléfono. Posteriormente cambiaron rápidamente a un enfoque de intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis.

Como medida para ejecutar las recomendaciones de la Comisión del Congreso Estadounidense para la Salud y Enfermedad Mental, en 1961, y con el apoyo activo de la administración Kennedy, el congreso aprobó el Acta de los Centros Comunitarios de Salud Mental en 1963.



En concordancia con el propósito de proveer servicios de salud mental en medios comunitarios (esto es, sin restringirlos a los hospitales) fue un énfasis en la intervención temprana dirigida a preservar los problemas menores lejos de un desarrollo que los convierta en patologías graves. No pasó mucho tiempo para que la intervención en crisis y servicios de urgencia (24 horas del día), se consideraron como parte integral de cualquier sistema de salud mental en la comunidad extensa y no podía faltar, en una fundación federal, a menos que un componente de servicios de urgencia fuera incluido en cualquier programa de los centros. El sistema de servicio equilibrado de los años de 1970 identificó cinco áreas de programación: a) servicio, b) administración, c) participación ciudadana, d) investigación y evaluación y e) capacitación del personal. El área de servicios fue dividida en ocho subareas, dos de las cuales (estabilización de la crisis y crecimiento) incluyen actividades comprendidas bajo la noción caplaniana de intervención durante las crisis vitales (Slaikau, 1996).

Influencias Teóricas

Diversas teorías son las que fundamentan éste modelo, está basada en los trabajos de Lidemann y Caplan, posteriormente fueron ampliados, desarrollados y modificados por L Rapaport, N Parad, D Kaplan, Jacobson, M. Strickler y P. Sifineos. El modelo de intervención en crisis es planteado por Slaikau, retomado por autores de la terapia cognitiva conductual de urgencia: Ruiz Sánchez, Imbernón González y Cano Sánchez. Actualmente se conocen los trabajos latinoamericanos sobre la psicología de emergencia y por el Centro de Intervención en Crisis de Jalisco en México, coordinado por el Mtro. José Francisco Gutiérrez Rodríguez. (Slaikau, 1996).

De la escuela psicoanalítica se desprenden algunas ideas, por ejemplo, que existe un equilibrio que involucra varias fuerzas y que mantiene la homeostasis, también que los patrones de procesos psicológicos no son estáticos, sino que están en constante cambio desde que una persona nace hasta que muere. Estos procesos forman un continuo el cual puede ser comprendido más fácilmente si se hace un examen más profundo en diversos puntos de éste.

De la escuela cognoscitiva se toman los conceptos del énfasis en las áreas fuertes y el potencial de crecimiento que tiene cada individuo.

Pero no todas las ideas que se tienen de la crisis son catastróficas, Erick Ericsson, (Slaikau, 1996) propuso el concepto de que la crisis no solamente contiene un potencial patológico sino que también es una oportunidad de crecimiento y desarrollo. De manera que a la vez que la crisis representa un riesgo, también implica una oportunidad, al buscar nuevas alternativas que ayuden a enfrentar situaciones difíciles y crecer con éstas nuevas herramientas.



Otro autor que contribuyó al desarrollo del modelo, es Lidemann (1944), sus ideas, permitieron desarrollar las técnicas de Intervención en Crisis. Dichas aproximaciones se refieren al mantenimiento de la Salud Mental y a la prevención de la desorganización emocional; está basado en el estudio sobre una comunidad, en donde se observaron las reacciones y disturbios emocionales subsecuentes a determinados eventos sociales.

Teoría De Las Crisis

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia circunscrita por un lado a métodos de mejoría (prevención primaria) antes que ocurran los sucesos críticos de la vida y por otro a las estrategias de tratamiento (prevención terciaria) bien administradas después de que los sucesos de crisis y sus consecuencias han ocurrido. La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis, es decir, ésta se presenta en el momento en que el trastorno ha ocurrido y la reorganización se presentara, para bien o mal. En los modelos experimentales esto es visto como la máxima oportunidad de crecimiento, puesto que los viejos patrones han sido hallados deficientes y los nuevos deben resurgir. El como la gente conceptúa los sucesos, esto es, los interpreta a la luz de sus expectativas de vida y metas a largo plazo, es determinante para el desarrollo futuro. Finalmente, las estrategias de la intervención en crisis tienen dos aspectos: la primera ayuda psicológica inmediata (proporcionada por los individuos mas cercanos al suceso) y la terapia breve para crisis (proporcionada por asesores entrenados y terapeutas).

¿QUÉ ES UNA CRISIS?

Como se vio al principio del capítulo, una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente 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 (Slaikeu, 1996).

“Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento.



El estado de crisis esta limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos 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”) (Slaikau, 1996 p. 16).

Los sucesos precipitantes pueden ser vistos como causas o detonadores de crisis, ya que, algunos sucesos son tan universalmente devastadores, que casi siempre son capaces de ocasionar una crisis; por ejemplo, la muerte inesperada de un ser querido o la violación. Sin embargo, otros sucesos no son en sí una proporción digna de una crisis, pero deben considerarse en el entorno del desarrollo total del individuo. Nowak (1978; en Slaikau, 1996), sugiere que el impacto de un suceso particular depende de su oportunidad, intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con otros acontecimientos para el desarrollo. Un principio básico de la teoría de la crisis es que el inicio de ésta se liga a algún suceso de la vida del individuo; lo mismo distinguidos por lo repentino y severo (un desastre natural), que por su sutileza (el cumplir 40 años), es por eso que las crisis se dividen en dos tipos, circunstanciales y de desarrollo.

Crisis Circunstanciales Y De Desarrollo

Las crisis circunstanciales son un estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas.

Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental. Las experiencias individuales de 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.



Las crisis de desarrollo, por otro lado, son aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en la realización de las mismas, se hace posible una crisis. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, esto significa que muchas de estas crisis son “predecibles” puesto que se sabe, con anticipación, que la gente tiene etapas decisivas que enfrentarán en diversas ocasiones de sus vidas, esta es la diferencia entre las crisis circunstanciales y las del desarrollo.

A continuación se mencionan los síntomas que según Halpern (1973; en Slaikeu, 1996) son las más significativas en las personas que atraviesan por una crisis:

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 que el estado de crisis se caracteriza por el desequilibrio y la desproporción. La desorganización, confusión y trastornos del estado de crisis pueden afectar diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo: sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico.

Dos de los aspectos de éste desequilibrio es la vulnerabilidad y sugestibilidad del individuo, que también se conoce como reducción de defensas. Cuando el individuo ya no es capaz de salir adelante y le parece que todo se ha desintegrado, es casi como sino quedara nada por defender. Los clínicos informan que en ciertos momentos, durante el estado de crisis, los pacientes están listos para nuevas conceptualizaciones que los ayudarán a explicarse los detalles del conflicto, y a entender qué pasó o está pasando.



El Enfrentamiento

El supuesto que, a medida que se madura, cada persona desarrolla diversos métodos para enfrentar las dificultades de la vida. Que la perturbación de la crisis, sea el resultado de un hecho demasiado amenazante o de una serie

tensionante de ellos, redundará en aflicciones demasiado graves para soportarlas, que ponen en juego todos los recursos disponibles para resolver los problemas. Las maniobras que podrían haber funcionado antes, como redefinir la situación, soslayarla, hablar con un amigo o tomar unas vacaciones, no son adecuadas. La persona en crisis puede sentirse miserable, o completamente incapaz de abordar nuevas circunstancias desestabilizantes.

En el modelo teórico desarrollado por Richard Lazarus, (1980; en Slaikeu, 1996), el enfrentamiento se define en términos de dos actividades principales. La primera incluye el cambio de situación-solución y problemas. El segundo aspecto del enfrentamiento para Lazarus implica el manejo de los componentes subjetivos del problema. Esto incluiría manejar sentimientos positivos tanto como los negativos y tolerar la frustración, manejar la fatiga y las tendencias hacia la desorganización en tanto se mantiene el control, los esfuerzos por salir adelante y el dominio básico de los sentimientos.

Para comprender la noción de enfrentamiento de Lazarus, es necesario dar un paso atrás. El propone que cuando ocurre un suceso amenazante, el individuo realiza una primera y luego una segunda valoración de la situación. La primera contesta la pregunta: ¿"Hay algún peligro aquí"? Esto supone que los hechos pueden ser lo mismo: a) irrelevantes tanto como afecten el bienestar del individuo (el despido de empleados en otra fábrica, o departamento), b) benigno o positivo (recibir un pequeño aumento salarial) o c) tensionantes. Estos últimos en el modelo de Lazarus pueden considerarse como uno de tres tipos. En primer lugar, el suceso puede representar daño físico o pérdida (pérdida de un miembro del cuerpo, divorcio, muerte intempestiva de un ser querido). Segundo, un acontecimiento tensionante puede representar una amenaza para el bienestar presente. Tercero, un suceso de mucha tensión puede representar un reto, una oportunidad de crecimiento, dominio o ganancia. Antes que cualquier enfrentamiento tenga lugar, la valoración primaria es un proceso cognoscitivo que determina si algo conlleva riesgo, y si es así, cuáles son los peligros.

La valoración secundaria en el modelo de Lazarus es también una estrategia cognoscitiva, pero que le concierne al enfrentamiento, esto es, al "que hacer".



Esta valoración se dirige a un cambio en la situación y al manejo de los componentes subjetivos (sentimientos, pensamientos, bienestar físico, conducta) relacionados con la situación.

¿Cuánto tiempo dura una crisis?

El factor tiempo juega un papel muy importante dentro de la teoría de la crisis, según Caplan (1964, en Slaikou, 1996), reiterado de modo frecuente en la bibliografía clínica, el periodo de reestablecimiento del equilibrio, es decir, la conducta errática, las emociones y las enfermedades somáticas que acompañaban a la crisis, se reducen desde el estado intenso característico de la parte inicial; sin embargo, esto no quiere decir que la crisis este resuelta.

El límite de tiempo en el estado de crisis, con el potencial para la reorganización en una dirección positiva o negativa, es el punto central de la teoría de la crisis. El límite de tiempo se plantea que no sólo el potencial para ganar o perder es muy alto, sino que también las primeras semanas y meses ofrecen oportunidades únicas para influir en la eventual resolución (o la falta de la misma) de la crisis.

El supuesto es que los seres humanos no tolerarán niveles altos de desorganización por periodos largos. La mayoría de los teóricos consideran al estado de crisis como un periodo transitorio de inestabilidad enmarcado por periodos de una mayor estabilidad. Es la inestabilidad o desorganización la que está limitada en tiempo.

Durante el tiempo que se permanece en crisis, se atraviesa por diferentes etapas o fases.

FASES Y ESTADOS DE LAS CRISIS

El estado de crisis ha sido considerado como progresar a través de una serie de etapas relativamente bien definidas. Caplan, (1964; en Slaikou, 1996) describe el inicio de la crisis como sigue:

1. Hay una elevación inicial de tensión por el impacto de un suceso externo, que inicia a su vez las habituales “respuestas para solucionar problemas”.



2. La falta de éxito en estas respuestas para la solución de problemas, mas el impacto continuado del suceso estimulante, fomenta el incremento de la tensión, los sentimientos de trastorno y la ineficiencia.
3. En tanto la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para la solución de problemas. En este punto, la crisis puede desviarse por cualquiera de las siguientes opciones: reducción en la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o la renunciación a propósitos fijos que resultan inasequibles.
4. Sin embargo, si nada de esto ocurre, la tensión aumenta hasta un punto límite que da lugar a una desorganización emocional grave.

A continuación se mencionan las fases descritas por Horowitz (1976; en Slaikeu, 1996), las cuales ofrecen una estructura para saber cómo tratar con los pensamientos, sentimientos y cambios conductuales en las semanas, meses y años siguientes a un suceso de crisis.

La primera reacción ante un hecho amenazante es el **desorden**, casi una reacción emocional reflexiva como llanto, angustia, grito, desmayo o lamentos. La reacción puede ser del todo obvia para otros (una mujer sollozando con angustia al saber que su esposo acababa de morir en un accidente de trabajo), o no tan obvia (una persona que, al oír lo mismo, siente un nudo en la garganta y las lágrimas caen de sus ojos). El desorden se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso.

La negación conduce al **amortiguamiento** del impacto. Puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó, o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado. Horowitz señala que una viuda puede entrar en esta etapa en el momento del funeral, al ocuparse en actividades que coinciden con las necesidades de sus parientes, llevándolos a la conclusión de que es muy fuerte o que se encuentra muy bien.

La **intrusión** incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia. Las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado son características de esta etapa. La viuda puede experimentar esto después de que los parientes se hayan ido, cuando se relaja y siente el impacto pleno de la pérdida.



La abundancia de pensamientos que acompañan la etapa intrusita puede incluir afirmaciones, expresadas o no, sobre la pérdida y su impacto (“no puedo seguir adelante”).

Translaboración es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos progresan y translaboran estos sentimientos y experiencias naturalmente, en tanto que otros lo hacen únicamente con ayuda externa.

La **terminación** es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada. En tanto el recuerdo de la pérdida, por ejemplo, puede traer tristeza o el pensamiento de “esto pudo no haber pasado”, la característica principal de la desorganización del estado de crisis cesó.

Principios de La Intervención en Crisis

- **Oportunidad:** La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar en promedio de 1 a 6 semanas. Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para enfrentarse con las circunstancias de la vida.
- **Metas:** Ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado como el que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.



- Valoración: Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis. La información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis.

(De acuerdo a esto. se hace imprescindible tener en cuenta el Perfil CASIC: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognitivo, que se verá más a detalle, en el apartado de terapia de segunda instancia).

Primeros Auxilios Psicológicos

METAS: La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es restablecer el enfrentamiento inmediato. El objetivo primario es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema.

Existen tres submetas:

1. Proporcionar apoyo: Significa permitir que la persona hable para compartir la cordialidad e interés y proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse. También se busca reforzar la seguridad en la persona, que sólo está consciente de su propia debilidad durante la crisis.
2. Reducir la mortalidad: Se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante las crisis; es necesario entonces, tomar medidas para hacer mínimas las probabilidades destructivas y desactivar la situación crítica. Esto puede implicar el deshacerse de las armas, arreglar el contacto sostenido de un amigo de confianza por algunas horas, conversar con la persona que pasa por una situación tensionante o, en algunos casos, iniciar el traslado a la hospitalización de urgencias.



3. Proporcionar enlace con fuentes de asistencia: Antes que tratar de resolver el problema completo de manera inmediata, el asistente fija con precisión las necesidades fundamentales y entonces realiza una remisión adecuada a algún otro asistente o agencia. Algunas veces esta remisión individual es de tipo breve (terapia para crisis). Otras veces, la misma será para asistencia legal o auxilio de parte de una agencia del Ministerio Público o Procuraduría. En cualquier caso, la línea de fondo en los Primeros Auxilios Psicológicos es proporcionar un enlace apropiado, de manera que la persona pueda comenzar a dar pasos concretos hacia la translaboración de la crisis.

LOS CINCO COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN.

A. Realización del contacto psicológico:

Se define este primer contacto como empatía o “sintonización” con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. Así mismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo de lo que pasó y la reacción de la persona ante el acontecimiento, establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia. Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico. El primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad. El contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

B. Analizar las dimensiones del problema:

La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis. La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia.



C. Sondear las posibles soluciones:

Se refiere a la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

D. Asistir en la ejecución de pasos concretos:

Involucra ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

E. Seguimiento para verificar el progreso.

Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación al determinar si se lograron o no las metas propuestas.

Se puede decir entonces, que la intervención en crisis, desde sus inicios, es una técnica que se utiliza principalmente para restaurar la homeostasis del individuo o de su sistema, tomando en cuenta que esta homeostasis se pierde o se ve afectada por una situación que les es difícil manejar con herramientas o procedimientos habituales. Es por eso que el presente trabajo se enfocará en una intervención en crisis específicamente de primer orden, la cual, de acuerdo a los puntos vistos anteriormente se considera pertinente, pues de preferencia se llevará a cabo poco tiempo después del diagnóstico del paciente.

Cabe mencionar que dentro de ésta intervención, se generarán “alternativas” o cambios dentro del sistema que permitan la adaptación de los integrantes a esta nueva situación que atañe a todos y que seguramente será el inicio de muchos cambios, ya que una enfermedad como el VIH-SIDA es temible por sus consecuencias y vista como un estigma en la sociedad, ya que por falta de información, se considera una enfermedad que lleva a la muerte indudablemente, es decir una enfermedad terminal, a continuación en el siguiente capítulo se verá más a fondo sobre las ideas de la muerte y la enfermedad terminal.



CAPÍTULO II. MUERTE Y ENFERMEDAD TERMINAL

“El temor a la muerte, señores, no es más que pensar que uno es sabio cuando no lo es; quien teme a la muerte se imagina conocer algo que no conoce. Nadie puede decir que la muerte no resulte ser una de las mayores bendiciones para un ser humano; y sin embargo, los hombres le temen como si supieran que es el mayor de los males”.

-Sócrates-

La palabra compuesta “Enfermedad Terminal”, generalmente está asociada con *Muerte*, hospitales, soledad, dolor, terror y oscuridad, pero ha sido la cultura, el grupo primario, quienes ante el miedo y el apego a su existencia, intentan fallidamente omitir o relegar la súbita y furtiva aparición.

Para muchos, la muerte es un acontecimiento extraño y terrible, por la connotación de tragedia que la cultura ha instaurado en el psiquismo. Esta actitud podría ser tranquilamente definida como **“la negación cultural de la muerte”**. Adrede, las fantasías se hacen cada vez más tétricas, ya que el imaginario de los sujetos con el estrés que esta situación genera, les maximiza el dolor físico, lo que por ende, contribuye al surgimiento de la angustia psicológica. A pesar de que esto ha sucedido siempre, el ser humano sigue contemplando este evento con miedo y aflicción, el miedo se origina en el concepto de que la vida se limita a la duración de este cuerpo, y por lo tanto, se ve a la muerte como una premisa de aniquilación. (Dumay, 2000).

Sin embargo, existen culturas, tribus, poblaciones y comunidades, en las cuales la experiencia de la muerte se vive y se maneja de diversas formas. Multiplicidad de rituales que se llevan a cabo al interior de las diferentes culturas frente a esta realidad, tienen un objetivo que va inherente a las creencias: propiciar la secuencia de la vida de los sobrevivientes de una manera adaptativa, pese a la falta del ser significativo que se despide para siempre de un espacio en y con quienes se compartía. Pero es algo que se contempla de manera natural, por su aceptación como parte del ciclo que se debe cumplir y que para ellos, en dichas culturas, supone transformación (Hutan, 1974).

Aries (1974; en Gutiérrez y Martínez 1991), señala que antiguamente la muerte se aceptaba sin miedo, como parte del proceso natural de la existencia; ni se intentaba adelantar su llegada ni retrasarla.



Se institucionalizaron costumbres que arriesgaron fuertemente y el moribundo avanzaba hacia el final aceptando la muerte como un proceso natural normal, preparándose para ella como estaba previsto en su entorno socio-cultural. Su padecimiento era conocido por todo el pueblo y la muerte ocurría en presencia de los miembros de la tribu o familia.

Por otro lado, menciona este mismo autor, que para el hombre medieval la muerte era un acto solemne y público en el que el verdadero protagonista era el moribundo. Era el momento culminante de su vida, en el que el hombre podía demostrar el auténtico valor de la misma, señala que cuando el hombre medieval pide a Dios una buena muerte y que lo libere de la muerte repentina, lo hace porque esta forma de morir le priva de la posibilidad de vivenciar su propia muerte y de culminar su vida con un final digno, además como es lógico, por motivos espirituales, ya que una muerte súbita le priva de la posibilidad de un arrepentimiento de sus faltas en éste mundo.

Así pues, es necesario resaltar que en la sociedad, las personas, constantemente retan a la muerte, enmascarando el miedo frente a una situación que es de orden natural, pero que los frustra fácilmente por su amenaza, cuando intenta tocar a sus seres queridos. (Aunque más bien es el miedo a que les toque a ellos mismos).

Fases De La Historia Natural De La Enfermedad

La historia natural de la enfermedad permite considerarla desde un punto de vista longitudinal, es decir, como un proceso. De manera que durante su curso se pueden llegar a plantear puntos críticos y transiciones que requiere posibles cambios en la organización familiar. Estas necesidades de ajuste surgen debido a que cada nueva etapa de la enfermedad plantea demandas diferentes en cada uno de los miembros del sistema, dichas fases, de acuerdo con Rolland (2000) son la crisis inicial, la fase crónica y la fase terminal.

La **fase de crisis inicial** se refiere a cualquier periodo sintomático anterior al diagnóstico, así como el periodo inicial de ajuste y adaptación luego de que se confirma la enfermedad y se inicia el tratamiento. En esta etapa la familia y el enfermo se enfrentan con las siguientes necesidades: a) aprender a manejar el posible dolor, incapacidad o cualquier otro síntoma relacionado con la enfermedad ; b) aprender a manejarse dentro del medio hospitalario y enfrentarse a los procedimientos necesarios para tratarla, como son las la radioterapia y la quimio terapia;



c) crear un significado para la enfermedad que incremente el sentido de competencia, así como su mejor comprensión, al mismo tiempo que permita el duelo por la identidad perdida, pues esta se modifica a partir del diagnóstico. Con esto se persigue recobrar un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro de la familia, así, lo incierto de la situación, propicia el establecimiento de un grado de flexibilidad dentro del sistema, mediante la cual logren crear una organización con metas dirigidas hacia el futuro.

En la **fase crónica**, independientemente de su duración, tanto el paciente como su familia deben aprender a vivir “día a día” con la enfermedad. La habilidad de la familia para llevar a cabo una vida normal ante lo “anormal”, hace que esta se sienta como si viviera “en el limbo”. De manera paradójica, la esperanza de la familia es que podrá reasumir una vida “normal” solamente después de la muerte del paciente, o bien, de su eventual curación; esto tal vez llegue a provocarles culpa y vergüenza. Otro obstáculo que la familia debe superar en esta fase es la tendencia a fomentar una mutua dependencia y sobre protección (las cuales surgen como consecuencia de la enfermedad); esto lo logran mediante hacer un esfuerzo constante por incrementar la autonomía de todos sus miembros.

Por último, en la **fase terminal**, la familia entra en un proceso que le hace sentir dos tipos diferentes de emociones al anticipar la muerte de un ser amado. La primera consiste en la tristeza de la separación o distanciamiento, no necesariamente físico, pero sí intrapsíquico alejándose y despidiéndose emocionalmente del enfermo, manifestado su amor a través de una preocupación social, es decir de manera instrumental, ocupándose sobre todo el bienestar físico del enfermo más que del involucramiento afectivo (Velasco y Sinibaldi, 2001). La tristeza es porque la familia que hasta entonces habían conformado, ya no existirá más. Cuando el paciente se enfrenta a la inminencia de la muerte experimenta con frecuencia angustia, impotencia y depresión (Kubler- Ross, 1969). La depresión se relaciona con pérdidas pasadas, tal vez la persona ya no sienta placer ante la comida, la actividad sexual o cualquier actividad física, deja de trabajar y pierde su rol social y familiar. Pierde autonomía y control de la situación. Es posible que sus seres queridos se encuentren alejados por su temor a la muerte. Mientras que, por otro lado, la angustia se vincula al temor a pérdidas futuras, al miedo a la muerte, a perder funciones corporales, bienestar y, en general, a perder todo lo que se ama. Esto hace que el paciente presente conductas regresivas tales como sentir o actuar de manera infantil, así como adoptar mecanismos de defensa a fin de disminuir esta angustia y depresión.



Ha surgido entonces, otro modelo de muerte: la muerte hospitalaria; la mayoría de las personas no mueren de una manera brusca e inesperada, sino que lo hacen en las camas de los hospitales o en su domicilio, siendo tratadas por profesionales de la salud.

La medicina se apodera del moribundo, le aparta física y psicológicamente de los seres queridos de un modo más o menos radical, incluso le sustrae a sí mismo. De ahí que el hombre de hoy vivencia la muerte solo de forma radical y superficial. Apenas existe el contacto inmediato con el moribundo y la muerte. (Gutiérrez y Martínez, 1991).

La enfermedad terminal y la muerte tiene pues importantes repercusiones psicosociales. Hasta finales del siglo pasado, poco podían hacer los especialistas de la salud por sus pacientes cuando este se enfrentaba con una probable muerte. La mayoría de las personas moría por infecciones intratables, neumonía, tuberculosis por ejemplo. Desde la década de los setenta la situación ha cambiado de modo radical, aquellas enfermedades han sido controladas y ahora las principales causas de muerte son principalmente enfermedades crónicas, degenerativas y terminales, que suelen ser susceptibles de diversos tratamientos que prolongan a veces la vida por largos periodos (Lo Blanch, 2000).

Deteniéndonos en este punto, es conveniente aclarar el significado de algunos términos y definir la enfermedad terminal.

Enfermedad Terminal

El término “incurable”, no es sinónimo de “terminal”, el primero se refiere a la imposibilidad de mejorar o superar la enfermedad, mientras que el segundo sólo indica la cercanía de una muerte inevitable, aunque la enfermedad por su naturaleza pueda ser curable. Así, existen enfermedades incurables terminales –un cáncer con metástasis-, y enfermedades en principio curables pero que han llevado al paciente a un estado crítico –una grave neumonía con depresión inmunitaria- por ejemplo.

Para Gil (1988; en Gutiérrez y Martínez, 1991), la enfermedad terminal, mejor enunciada como síndrome terminal de enfermedad, se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose comúnmente con el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles.



Según este mismo autor, los criterios diagnósticos de la enfermedad terminal incluyen:

- Enfermedad causal de evolución progresiva.
- Pronóstico de supervivencia inferior a un mes.
- Estado general grave.
- Insuficiencia de órgano, única o múltiple.
- Ineficiencia comprobada de otros tratamientos.
- Ausencia de otros tratamientos activos.
- Complicación irreversible final.

Según la postura de Ripollés, (2000) “El `enfermo terminal´ se define como aquella persona que como consecuencia de una lesión o enfermedad, padece, según sus actuales conocimientos médicos, una afección incurable y que le ha hecho entrar de forma irreversible en el proceso que le conducirá inevitablemente en un plazo breve a la muerte”... “En el ámbito de los cuidados paliativos la situación de enfermedad terminal se define como aquella en la que existe una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples multifactoriales, intensos y cambiantes, impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, y con un pronóstico de vida limitado por causa de cáncer, SIDA, enfermedades crónicas evolutivas discapacitantes y otras enfermedades y condiciones crónicas relacionadas con la edad avanzada” (Ripollés, 2000 p. 19).

Ante ésta situación, existen por un lado respuestas psicológicas características ante el proceso terminal: cambios en el comportamiento, depresión, rigidez y dependencia, desesperanza, etc. y por otro lado hay problemas sociales entre el enfermo terminal y su medio social; en ello inciden la hospitalización, la ruptura con el entorno social habitual, etc. Reside aquí la importancia de abordar los aspectos que atañen al enfermo diagnosticado y a la familia.

El Diagnóstico Y El Enfrentamiento Con La Enfermedad.

Se sabe que los seres humanos tienen características individuales, y en la misma medida, se enfrentan de manera singular ante los diferentes problemas que se presentan. Aunque la manera de afrontar dichos problemas depende de las historias de vida, experiencias y demás, lo que no se puede desconocer, es el malestar psicológico que se experimenta y se hace observable cuando se enfrentan a situaciones frustrantes como la enfermedad, las desilusiones, las despedidas, la soledad, etc.



Como señala Gil (1988; en Gutiérrez y Martínez, 1991), se debe hacer notar al paciente y a su familia que se comprenden sus limitaciones y necesidades, y que se cuentan con toda colaboración posible por parte del personal a cargo. Se deben dar explicaciones sencillas y claras al paciente y a la familia de las actuaciones que se realicen; gracias a este diálogo se asegura la tranquilidad del enfermo y de la familia.

Una vez confirmado el diagnóstico de la enfermedad terminal, el médico debe enfrentarse a la difícil tarea de informar al paciente y la familia.

El enfermo tiene derecho a conocer la enfermedad que padece, hoy en día, los pacientes y sus familiares reclaman más información y con frecuencia el médico se ve presionado a comunicar cada vez más datos. En este tema no se pueden dar normas fijas. Hay enfermos que “exigen” conocer en cada momento toda la verdad y hay quienes prefieren no preguntar porque prefieren no enterarse del mal que padecen, por tanto es importante averiguar que es lo que el paciente quiere saber para no dar información no querida. (Gutiérrez y Martínez, 1991).

Según este mismo autor, decir la verdad con delicadeza es no mentir, se debe proporcionar la información relacionada con la gravedad clínica sin dar plazos a la vida, manteniendo una prudente reserva e indicando el desconocimiento médico en relación a la evolución clínica; así mismo menciona que la verdad siempre puede ser sostenida con esperanza; un pronóstico malo puede acoplarse, en forma compasiva, con una afirmación positiva a cerca de lo que piensa hacer el médico, y como otros pacientes han respondido en circunstancias similares.

Hacer frente a un paciente después de diagnosticar una enfermedad incurable siempre es difícil. La cuestión no es preguntarse cómo se le debería de decir sino cómo compartirlo. El médico debe ser capaz de hablar francamente si sinónimos de muerte inminente, pero ¿debe de dejar una puerta abierta a la esperanza? Es fundamental que haga comprender al paciente que no está todo perdido, que no va a desahuciarle por el hecho de ser moribundo. Indiscutiblemente será una batalla que van a luchar juntos, paciente familia y especialistas (médicos o psicólogos) sea cual sea el resultado, sin embargo, eso no quiere decir que sobrevivirá, no es posible pronosticarle exactamente cuanto tiempo vivirá o si le será fácil o difícil.



La necesidad de negación del paciente es directamente proporcional a la del médico, pero diferentes pacientes reaccionan de modo diferente según su personalidad y estilo de vida, los que hayan afrontado situaciones de tensión anteriores cara a cara harán lo mismo en este caso. Por eso es muy útil tener trato con el paciente para descubrir sus puntos fuertes o débiles.

Es difícil compartir una noticia dolorosa. Cuanto más simple se hace más fácil suele ser para el paciente. La información debe realizarse en una pequeña habitación y no en el pasillo. Se debe dar garantía de hacer todo lo posible, ya que así el paciente tendrá confianza en el médico y tiempo para pensar en su nueva y difícil situación.

Aún cuando la actitud ante la muerte varía de una sociedad a otra, en general la actitud predominante es de rechazo hacia ella y hacia todo lo que la rodea.

La actitud del médico hacia la muerte es muy importante, ya que condiciona la actitud del paciente e influye en la de la familia.

En el criterio de Fonnegra, (2001; en Suárez 2002), hay cuatro grupos de factores que influyen en la reacción de una persona ante la enfermedad terminal que padece y la inmediata de su muerte, estos son:

- 1.- Características de personalidad: edad, sexo, mecanismos de afrontamiento, autoeficacia percibida, estilo de vida, nivel de realización personal entre otros.
- 2.- Características de relaciones interpersonales: cantidad y calidad del apoyo social percibido, apertura y claridad en la comunicación que estos facilitan, entre otros la expresión de sentimientos y emociones dolorosas.
- 3.- Factores socioeconómicos y ambientales como son la accesibilidad y estabilidad de recursos financieros para asumir los costos de la enfermedad y abandonar el trabajo sin lesionar su estatus y el de su familia.
- 4.- Características específicas de la enfermedad del paciente, como el curso, la fuente o no de contagio, el significado personal y la localización, síntomas asociados, dolor y modificaciones de la autopercepción corporal.

Una vez diagnosticada la enfermedad, según Kübler- Ross, (1993), los mecanismos de reacción que entran en funcionamiento en el paciente, durante una enfermedad mortal son:



Primera Fase: Negación Y Aislamiento

La mayoría al enterarse de su enfermedad mortal reaccionan diciendo, “no, yo no, no pude ser verdad “. Esta negación es común tanto en aquellos a los que se les comunica directamente desde un principio su enfermedad, y a aquellos a los que no se les decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por si mismos.

Esta negación tan angustiada es más típica del paciente que es informado prematura o bruscamente por alguien que no le conoce bien o que lo hace rápidamente para “acabar de una vez” sin tener en cuenta la disposición del paciente. La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando.

La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas menos radicales. Esto no significa, que este paciente, más adelante, no esté dispuesto, a sentarse a charlar, con alguien, de su muerte inminente. Este diálogo deberá tener lugar cuando buenamente pueda el paciente y ha de terminar cuando el paciente no pueda seguir afrontando los hechos y vuelva a su anterior negación.

Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

La necesidad de negación existe en todos los pacientes alguna vez, luego, la necesidad va y viene, y el oyente sensible y perceptivo reconocerá esto y respetará las defensas del paciente sin hacerle consciente de sus contradicciones.

Segunda Fase: Ira

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, envidia, y resentimiento.

Les surge la siguiente pregunta: “¿Por qué yo? “.

Esta fase de ira a diferencia de la anterior es muy difícil de afrontar para la familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas las direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.



La familia que les visita es recibida con poco entusiasmo, con lo que el encuentro se convierte en algo violento. Luego responden con dolor y lágrimas, culpabilidad o vergüenza, o eluden futuras visitas, lo cual sólo sirve para evitar la incomodidad y el disgusto del paciente.

A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrará motivos de queja.

Tercera Fase: Pacto

Es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves periodos de tiempo.

En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “ a la buena conducta “, además fija un plazo de “ vencimiento “ impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.

La mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en compañía de un sacerdote.

Cuarta Fase: Depresión

Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidas por una gran sensación de pérdida.

Al tratamiento y la hospitalización prolongados, se añaden las cargas financieras. A esto puede añadirse la pérdida del empleo debido a las muchas ausencias o a la incapacidad de trabajar.

Todas estas circunstancias y otras añadidas son razones de depresión para el paciente moribundo que va causar un dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo.

El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, si no que tiene como causa pérdidas inminentes. Debemos intentar hacer ver a estos pacientes la cara alegre de las cosas que le rodean, por ejemplo hacer saber a una madre que sus hijos juegan felices.



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. Y si se les permite expresar su dolor en este tipo de depresión, encontrará mucho más fácil la aceptación final.

En el dolor preparatorio no se necesitan palabras o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cabello, o sencillamente, sentándose en la cama en silencio.

Quinta Fase: Aceptación

Cuando el paciente ha tenido tiempo para asumir su situación y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas llegará una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará.

Se habrá podido desahogar anteriormente. Se sentirá cansado, y débil o sentirá la necesidad de dormir a menudo. No hay que confundir esta fase con una fase feliz. Para el paciente, esta fase está desprovista de sentimientos y es la familia quien necesita más apoyo. El paciente lo único que necesita es la presencia de alguien a su lado, aunque no haya comunicación oral, simplemente el silencio, el contacto entre las manos pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido.

Los pacientes mueren con más facilidad si se les ayuda a desligarse lentamente de todas las relaciones importantes de su vida. Quizás se puede hacer una comparación de esta fase con la primera infancia, que es una edad en la que no se nos pide nada y se nos da todo lo que queremos, es una época de pasividad, una edad de narcisismo primario en la que el yo lo es todo.

Así que quizás al final de nuestros días, cuando hemos trabajado, dado, disfrutado, sufrido, volvemos a la fase en la que empezamos, cerrando el círculo de la vida.

Visto desde aquí, el objetivo que debería ser prioritario en la intervención en crisis, en estos casos, es la ayuda al paciente terminal y a su familia sobre todo en el control de las respuestas adaptativas, en la creación de nuevas respuestas: autoestima, vivencia real de la agonía y afrontamiento de la propia enfermedad terminal.



En el fondo, se busca la interacción paciente-familia-equipo sanitario, la reinstauración del autocontrol en el paciente terminal y la prevención del dolor. Son muchos los obstáculos que se encuentra en el propio enfermo terminal en la familia y el equipo sanitario: negación de la muerte, inadaptación a la nueva situación, conductas evasivas, situaciones de ansiedad y depresión, etc.

La Enfermedad Y El Sistema De Creencias

El inicio de una enfermedad tiene un impacto sobre el individuo, afecta su funcionamiento fisiológico, su humor, su auto imagen, sus recursos emocionales y su capacidad mental. Por otro lado, tanto el diagnóstico de la enfermedad como los cambios sufridos por quien la padece, impactan sobre la familia en aspectos tales como la distribución de recursos, roles, patrones de interacción e imagen colectiva (Velasco y Sinibaldi, 2001). Así que la forma externa o interna en que la familia experimenta el control de la enfermedad incidirá sobre la interpretación que le den al padecimiento, así como su comportamiento frente a él y su capacidad para brindar cuidados al enfermo (Rolland, 1987). Cuando alguien siente que el control se localiza de manera interna, es decir, que el individuo y su familia conciben que ellos pueden modificar la enfermedad, podrán entonces dominarla y no permitirán que sea esta la que los controle. Por otra parte, si el individuo y su familia sienten o piensan que el control se encuentran en otro u otros (dios, los médicos o el azar), les resulta más difícil aceptar la enfermedad y hacerse cargo de ella.

Sería necesario evaluar las creencias que tiene la familia acerca del origen de la enfermedad, así como aquellas ideas que de una manera u otra puedan influir sobre el curso de la misma. Las creencias que involucran vergüenza, culpa o reclamo bloquean el proceso familiar de aceptación. Por otra parte, desde las políticas nacionales hasta la psicología popular mantiene una tendencia a la internalización y localización de los problemas en el individuo o la familia. Estos valores interactúan con el sistema de creencias familiares y producen la sensación de que la pérdida de un miembro, como consecuencia de una enfermedad, constituye un signo de debilidad y falta de carácter para luchar, por lo que esto llega a transformarse en una sensación de derrota y vergüenza. El SIDA ilustra de manera clara, como el proceso de sobrellevar la angustia y la pérdida se ve comprometido por el estigma social. Las creencias y metáforas asignadas socialmente al SIDA sugieren que el que una familia pueda “curarse” de esta enfermedad, solo puede lograrse a través de un “aseo moral” con un castigo por la inmoralidad cometida.



Así que las actitudes del sistema social convierten en “victimas” a los miembros de la familia, forzándolos a experimentar la angustia y la pérdida de un ser querido en un contexto de aislamiento y secreto (Rolland, (1990); Kazak, (1989); Sholevar y Perkel, (1990), (en Velasco y Sinibaldi, 2001).

La muerte recuerda al hombre la conciencia de su finitud como tal y esto genera angustia en el hombre viviente ante la pérdida de la vida. Quizás esta sea la raíz de su ocultamiento.

En esta sociedad se estima inconscientemente la muerte súbita, no se desean las enfermedades largas e incurables, y en la que se piensa que la muerte es un mero percance, algo evitable, pero a pesar de los grandes avances de la medicina, ahí está la muerte, inexorable. Es sencillo afirmar que la muerte debe ser algo tan natural como nacer, el amar o crecer pero mientras se conciba la muerte como la total y absoluta negación de la vida, o como una instancia carente de significado es muy difícil que la muerte vuelva a introducirse en la cultura y podamos acallar las angustias frente a ella. La religión ha significado, indiscutiblemente un factor muy determinante en la inserción de la muerte en la cultura. Sin duda la aceptación y el reconocimiento de la propia muerte contribuirían de forma decisiva para que la decisión con los enfermos y moribundos fuese mas positiva y humana.

Finalmente, la muerte forma parte inseparable de la vida del hombre y es una utopía pretender olvidarla o regalarla, y aunque se esta creando una nueva conciencia en numerosos sectores, es necesario asumir nuevas actitudes sociales ante el hecho de la muerte y de las enfermedades terminales, así como de los pacientes que las padecen y las familias que los acompañan.



CAPITULO III. LA FAMILIA

“El lugar donde nacen los niños y mueren los hombres, donde la libertad y el amor florecen, no es una oficina ni un comercio ni una fábrica. Ahí veo yo la importancia de la familia”.

-Gilbert Keith Chesterton-

Quizás sea la muerte la mayor preocupación que subyace en todo ser humano. A pesar de ello, existe una tendencia generalizada a ocultar o enmascarar su realidad Aries, (1972) (en Gutiérrez y Martínez, 1991). De hecho, muchas personas “vivencian” periféricamente; creen que la muerte es cosa de los otros. Existe pues, una crisis tanto frente a la muerte como ante el dolor que genera la enfermedad terminal, tanto para el paciente como para la familia misma.

No se puede ayudar al paciente desahuciado de un modo verdaderamente importante si no se tiene en cuenta a su familia, pues ésta es parte fundamental durante la enfermedad, y sus reacciones contribuirán mucho a la respuesta que dé el paciente a su enfermedad.

Las necesidades de la familia cambiarán desde el principio de la enfermedad y continuarán haciéndolo de distintas formas hasta mucho después de la muerte. Por esto, los miembros de la familia deberán administrar sus energías y no esforzarse hasta el punto en que se derrumben cuando más se les necesita, y tratar de hacer sus vidas lo más normal posible, pues es más importante para el paciente y su familia ver que la enfermedad no rompe totalmente un hogar, ni priva totalmente a los miembros de cualquier actividad placentera; más bien la enfermedad puede permitir un cambio y un ajuste gradual a la clase de casa que va a ser aquella cuando el paciente ya no está allí. (Kübler-Ross, 1993)

¿Qué es La Familia?

La familia es una organización única que constituye la unidad básica de la sociedad. Desde el punto de vista sociológico, el ser humano es gregario por naturaleza, ninguna persona vive sola, es decir, necesita vivir en un grupo natural.



Puesto que un recién nacido no es capaz de sobrevivir por sí mismo desde el momento de nacer, debe suponerse que la “familia” es tan vieja como la raza humana y que, por ende, es parte de la naturaleza del humano. Un recién nacido necesita por lo menos a uno de sus padres, o bien, a otra persona que esté dispuesta a actuar con él como si fuera su padre sustituto, a fin de que le enseñe las formas, métodos y técnicas de supervivencia. Sin embargo tanto la organización familiar como todas aquellas funciones que trascienden las estrictamente relacionadas con la supervivencia de la progenie, pueden presentar una enorme diversidad cultural, así como social. (Ackerman, 1978)

Minuchin y Fishman (1992), (en Velasco y Sinibaldi 2001)) definen la familia como “un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción”. Estas pautas constituyen lo que en terapia familiar, así como en otras ciencias sociales, se conocen con el nombre de **estructura familiar**, la cual rige a la vez el funcionamiento de sus miembros, además de definir su diversidad de conductas y facilitar su interacción recíproca. La familia por tanto necesita de una organización para desempeñar sus tareas esenciales, es decir, apoyar la individuación de cada miembro y al mismo tiempo proporcionar a todos un sentimiento de pertenencia al grupo o institución que es la familia.

Así, la familia es la unidad del crecimiento, la experiencia y la realización, ya que sirve a la comunidad biológica a proporcionar un patrón grupal socialmente sustentado para que el varón y la mujer se unan y puedan cuidar a sus hijos. A pesar de esto, los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos.

Más allá del fin primario de proteger la integridad biológica de los individuos que la constituyen, la responsabilidad principal de la familia es la socialización de sus miembros. Además de promover la unión e individuación, dentro de este grupo social es donde se cultivan los lazos de afecto e identidad, se satisfacen las necesidades recíprocas, se entrena a sus componentes en tareas de participación social (incluyendo el rol social), y se impulsa el desarrollo y la realización creativa de cada uno. De este modo, el crecimiento y la adaptación efectiva de la unidad familiar se reflejan en su capacidad de integrar, armonizar y equilibrar estas diversas funciones (Ackerman, 1978).



A medida que el tiempo transcurre, la familia pasa de manera progresiva por las diversas etapas del ciclo de vida (noviazgo, primeros años de matrimonio, paternidad, madurez, y ancianidad), ante lo cual surge la necesidad de modificar del mismo modo la configuración de las relaciones familiares. La eficacia de los recursos de la familia para enfrenar los problemas y conflictos siempre cambiantes es lo que mantiene el equilibrio relativo entre la tendencia de esta a aferrarse a todo aquello que ya le es conocido, y la apertura que manifieste para asimilar un cúmulo de experiencias nuevas.

La familia puede tener mayor o menor grado de éxito en lograr el crecimiento de sus miembros, de acuerdo con su capacidad para alcanzar y regular un equilibrio apropiado de sus funciones básicas. El desequilibrio de las funciones familiares se manifiesta cuando ésta se centra en alguna función, al tiempo que otras se anquilosan, o bien, se distorsionan, por ejemplo, concentrarse en alcanzar una seguridad material mediante la adquisición de bienes dejando de lado el desarrollo de los lazos afectivos y la intimidad. Otro ejemplo podría ser el sacrificio de la actividad sexual de la pareja en favor de la crianza de los hijos, o viceversa; otro, la supresión del afecto mutuo, la prohibición de la expresión espontánea de sentimientos, así como el placer, con la finalidad de fortalecer la autoridad y la disciplina (Ackerman, 1978).

Los miembros de la familia no pueden vivenciarse a sí mismos como parte de la estructura familiar. Todo ser humano se considera una unidad, un todo en interacción con otras unidades, por ende, no necesariamente se encuentra consciente de que cada uno de ellos influye sobre la conducta de los demás, y que estos lo hacen sobre la suya. Cuando interactúan en el seno de la familia, todos los miembros del grupo experimentan el mapa que ésta traza del mundo. Así que los miembros de cada familia conocen, con diferentes niveles de conciencia y detalle, la geografía de su territorio.

¿Quién Pertenece A La Familia?

Sussman, (1971; en Velasco y Sinibaldi, 2001): clasifica las diversas estructuras familiares en distintas culturas

- La familia nuclear tradicional, compuesta por marido, mujer e hijos, en la cual todos viven juntos en una sola unidad organizacional.
- Familia compuesta sólo por la pareja, en la cual los cónyuges viven juntos, no tienen hijos o estos ya no viven con ellos.



- Familia con sólo un progenitor como consecuencia de divorcio, abandono, o bien, de la separación de los miembros de la pareja conyugal; en éste grupo, por lo general, uno de los progenitores vive con los hijos producto de la unión.
- Personas que viven solas.
- Familias de tres generaciones. En este grupo existen diferentes posibilidades de cohabitación dentro de una sola unidad familiar, dado que es una variante de las estructuras familiares ya citadas.
- Matrimonio en edad avanzada donde el marido es el “sostén” de la familia, la mujer es el ama de casa madura y los hijos asisten a la universidad, o bien, ya poseen un empleo o incluso alguno de ellos se han casado.
- Familias extensas, compuestas por varias familias nucleares, así como también por uno o varios parientes solteros que viven e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios. En algunos casos, incluso incorporan a personas no unidas a la familia por vínculos sanguíneos o de afinidad, sino únicamente por lazos estrechos de amistad.
- Familias con una segunda carrera profesional, es decir, aquellas donde la mujer busca empleo una vez que los hijos se han ido a la escuela o se han marchado del hogar.
- Familias reconstruidas, donde uno de los dos miembros de la pareja han estado casados con anterioridad, y uno o ambos incorpora a la nueva familia, los hijos producto de la relación anterior.

Además, Sussman, pone de manifiesto que suele haber una gran discrepancia entre la idea que tiene la mayoría de las personas acerca de los que debería o podría construir una familia y las diversas modalidades reales de estructura familiar existentes. Éste autor sugiere que dentro del marco social existen organizaciones familiares experimentales que conforman una nueva visión de lo que hoy día o en un futuro muy próximo de entenderá por “familia”, estas son:

- Un progenitor soltero con uno o más hijos, del mismo o diferente padre.
- Una pareja no casada con un niño, quien puede ser hijo propio o adoptado de manera informal.



- Organizaciones de manera comunal, las cuales parecen haber sido mas frecuentes durante los decenios de 1960-69 y 1970-79 que en la época actual. En ellas, la organización familiar está constituida por varias parejas monógamas con hijos, todas las cuales comparten recursos comunes, o bien, un matrimonio colectivo en el cual todos los adultos están “casados” entre si y son “padres” de todos los niños.
- Parejas del mismo sexo, con hijos; estos últimos quizá sean adoptados o hijos legítimos de alguno de los integrantes de la pareja.

Por otra parte, las expectativas emocionales ligadas a cualquier pariente dentro de una organización familiar particular dependen del estatus simbólico y del rol que cada miembro del miembro del grupo le asigne a esa persona dentro de la imagen más amplia del grupo familiar. Por definición, un pariente puede llegar a ocupar una posición “marginal” dentro de una familia (al ser considerado como alguien que en cierto momento esta dentro de la familia y fuera de ella en otro); es evidente que un individuo que vive bajo el mismo techo que otros puede ser excluido y apartado emocionalmente de la familia como alguien que ejerce una influencia sobre el grupo; mientras que un pariente que vive en otro lugar puede ser incluido y puede ser una poderosa influencia dentro de la entidad familiar nuclear. Así que la influencia específica ejercida dentro de determinada familia nuclear por un individuo en particular, perteneciente o no ala familia amplia, varía inevitablemente con factores como estatus, edad, sexo y personalidad tanto del pariente como de los miembros de la familia.

Familia no siempre ha significado padre, madre e hijo, a veces a representado el funcionamiento complicado y unitario de una casa, una casa compuesta por todos los que viven bajo un mismo techo o que se someten a la autoridad de una cabeza suprema, es decir, en ocasiones algunos grupos de iguales llegan a constituirse en el equivalente emocional de una **familia adoptada**. Así, los amigos son admitidos en el seno de la familia como si formaran parte de ella y es a este grupos de pares con mucha influencia dentro de la vida de la familia nuclear—o bien de un individuo en particular a lo que se le conoce como **familia de elección**. Este tipo de organización parece haber ganado popularidad dentro de ciertos grupos de la sociedad, tal vez debido factores como migración constante, rechazo de valores morales, religiosos, o ambos, por parte de las familias de origen, así como de tradiciones o expectativas provenientes de familias excesivamente rígidas. (Ackerman, 1978).



Fases De La Familia (Estrada, 1989)

Cada familia atraviesa diferentes fases en su vida y cada nueva fase presenta una amenaza potencial para su organización. Cualquier cambio en sus estatus actual es potencialmente una amenaza para el equilibrio familiar. Mientras cada miembro de la familia necesita acostumbrarse a un nuevo rol, la familia en conjunto también entra en una nueva fase de su desarrollo y esto requiere muchos ajustes.

Las fases que atraviesan las familias no son azarosas, sino que están bien definidas, con problemas predecibles.

En el término “El Ciclo Vital de la Familia”; la palabra “ciclo” implica “rueda” de la vida familiar que gira de manera interminable, conectando las distintas generaciones. El estrés familiar a menudo se produce en momentos de transición de una fase del ciclo vital familiar a otra y los síntomas es más probable que aparezcan cuando hay un bloqueo o interrupción en el ciclo que comienza (Asen y Tomson, 1997).

El marco del ciclo vital familiar está necesariamente limitado por la cultura, así que no hay maneras correctas o equivocadas, y las diferentes culturas tienen diferentes ritos de paso. Además incluso en la misma cultura hay enormes variaciones, basadas en diferencias de clase, en tradiciones sociales cambiantes y en otros factores.

El concepto de ciclo de vida de la familia se formuló por primera vez en sociología desde principios del decenio de 1970-1979 la mayoría de los terapeutas familiares han presentado mucha atención en éste concepto como marco para realizar un adecuado diagnóstico de la problemática familiar, así como para planificar su tratamiento mientras transcurre el ciclo de vida familiar, las fases y crisis transicionales resultan inevitables, en especial cuando llega un nuevo integrante a la familia o bien cuando otro la abandona o muere. Por otra parte el ciclo de vida de cada individuo en particular encaja como una rueda dentada en el ciclo de vida familiar, es decir, que ambos tienden a entrelazarse perfectamente. De éste modo, a medida que el individuo aumenta su edad por lo general, aunque no invariablemente, tenderá a pasar por las diversas fases del ciclo familiar.



Un problema metodológico en el estudio del ciclo de la vida familiar es que no existe un acuerdo a cerca de cuantas etapas deben reconocerse. Diferentes autores subdividen el ciclo de la vida familiar en un número variable de etapas que oscila entre un mínimo de cuatro y un máximo de 24 fases.

De manera que una versión del ciclo que a menudo se utiliza comprende sólo cinco etapas las cuales son: 1.- La pareja recién casada, 2.- La familia con hijos pequeños, 3.- La familia con hijos adolescentes, 4.- El desprendimiento o partida de los hijos fuera del hogar y finalmente 5.- La familia en los años de la jubilación. Estos pueden subdividirse más de acuerdo con las edades de los hijos y con las tareas relacionadas de la familia.

En su obra el ciclo vital de familia, Lauro Estrada (1989) desarrolló un modelo del ciclo familiar basado en los conceptos de Pollak (1953) a cerca del ciclo de pareja.

Este autor toma en cuenta las cuatro fases por las que atraviesa la pareja:

- 1.- Antes de la llegada de los hijos.
- 2.- La crianza de los mismos.
- 3.- Cuando los hijos se van del hogar
- 4.- Después de que se han ido.

Tomando éstas fases críticas como base por ser las que involucran situaciones de especial dificultad para las familias, Estrada ha creado su modelo sobre el ciclo vital de la familia mexicana el cual se encuadra compuesto por seis fases.

El desprendimiento.- Los jóvenes tienen que abandonar el hogar paterno y salir en busca de un compañero o compañera fuera de su familia. Si el proceso llega a ser doloroso para el joven no lo es menos para sus padres. De éste simple hecho se puede deducir que el individuo se encuentra a dos corrientes en pugna, una que favorece el desprendimiento, la búsqueda de la autonomía y la individuación, y la otra que tiende a fijar detener, congelar o regresar el proceso de crecimiento a etapas de desarrollo anteriores.

El encuentro.- Durante esta fase los jóvenes aprenden el rol de cónyuges, proceso que no es tarea sencilla pues presupone, por una parte, haber renunciado a las ganancias emocionales que proporciona la etapa de pretendiente, así como a los beneficios de continuar siendo hijo de familia, y por otra, tener la posibilidad física y emocional para aventurarse en el quehacer del vivir y de formar una nueva familia.



Los hijos.- La llegada de los niños requiere de un espacio físico y emocional dentro del núcleo familiar. Por supuesto que esto plantea, por una parte, la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial y las reglas que hasta ese entonces han regido a este matrimonio y, por otra, el surgimiento de un nuevo subsistema dentro de la pareja: el parental. Desde este momento ambos cónyuges serán a la vez pareja conyugal y parental. Así que serán los mismos dos individuos enrolados en dos subsistemas con funciones diferentes y no intercambiables.

La adolescencia de los hijos.- En esta etapa usualmente se combinan varios factores: primero los conflictos de autonomía, identidad y rebelión de los adolescentes, con fines de encontrar su propio lugar en la vida. Segundo, los padres, que aun cuando muchas veces ya se encuentran en la madurez, se ven, muy a pesar, inclinados a revivir su propia adolescencia. Tercero, por una parte se presentan con mayor frecuencia los conflictos de pareja, especialmente los emocionales con matices serios y, por otra, las crisis individuales de la edad media. Finalmente a menudo la edad de los abuelos resulta crítica, ya que se acercan a un momento de su existencia en que ya no podrán valerse por sí mismos y, además, se avecinan la soledad y la muerte, lo que es motivo de preocupación y conflicto en la familia.

El reencuentro.- En esta etapa se enfrentan nuevos retos, entre ellos la necesidad de admitir y dar lugar a nuevos miembros dentro de la familia como a los cónyuges de sus hijos, así como al nacimiento de los nietos; enfrentar pérdidas dentro del seno familiar, tales como la muerte de la generación anterior, jubilación, declinación de la capacidad física, aparición de las enfermedades, conflictos con las nuevas generaciones y problemas económicos de los hijos que inician una nueva familia; y finalmente, pero no por esto menos difícil o importante, la necesidad de la pareja –ahora con el nido vacío- de reconocerse y reencontrarse, independizándose también de sus propios hijos y nietos para formar de nuevo la pareja conyugal que fueron en un inicio.

La vejez.- Ser abuelo ofrece un nuevo horizonte en la vida, el aceptar la propia mortalidad enciende el deseo de sobrevivir. La presencia del nieto hace que el pasado y el futuro se fundan en el presente. Además para el individuo se crea la oportunidad de experimentar una nueva relación –diferente a la de ser padre- la de ser abuelo.



Por otro lado, además de la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia como un todo, un factor muy importante a considerar cuando se habla de enfermedad, en especial si se trata de una situación que tenderá a la muerte, es el momento del desarrollo individual por el que se encuentra atravesando el sujeto afectado por dicho padecimiento, además de la familia misma, es por eso la importancia de este trabajo.

Estructura De La Familia Mexicana

La familia es una unidad relativamente sólida y dependiente de la estructura social global. De esta última recibe sus características propias, así como sus valores fundamentales; de modo que la modificación y la variedad macro estructural por lo general determinan el tipo y el cambio de la vida familiar.

La vida familiar queda íntimamente ligada a múltiples estereotipos que la propia cultura popular integra y genera a través del sentido ideológico de quienes son sus beneficiarios. Por esta razón es importante mencionar que en México se observa el estereotipo que considera que los lazos de parentesco son la base de la seguridad y el canal natural para la socialización de la persona, de modo que la familia mexicana se constituye en la unidad básica del individuo por tradición popular (Díaz Guerrero, 1991).

A partir de este concepto, el estereotipo derivado hace referencia a una familia mexicana unida a través de los lazos de parentesco que, por adscripción, representa la relación social básica del individuo. La mayoría de las veces, estos lazos de parentesco son aquellos que ligan a la familia extensa, es decir, con abuelos, tíos, primos, compadres e incluso otras personas aun menos cercanas a la familia nuclear. Así que la familia es la unidad singular donde los límites entre el grupo nuclear y el grupo extenso no se encuentran claramente definidos y, por ende, permite por una parte el apoyo y la seguridad de contar siempre con ellos pero, por la otra, dan pie a una intromisión o invasión de los diversos miembros del grupo de la esfera de vida privada de la familia nuclear.

De este modo, la imagen que el propio individuo mexicano se presenta así mismo cuando piensa en su familia esta integrada por tres o más generaciones, así como por varias líneas de parentesco colateral.



Por supuesto, no faltan individuos que debido a los fenómenos de aculturación, ampliamente difundidos por los medios de comunicación, han cambiado esta visión tradicional de la familia de un plano multigeneracional a una visión mas occidental, es decir, a lo que comúnmente se denomina familia nuclear, formada básicamente por los padres y los hijos.

Dada la influencia que tiene el aspecto social en la organización familiar resulta necesario considerar el medio en el cual la familia se desenvuelve para flexibilizar los criterios de funcionamiento y no establecer criterios estandarizados, mismos que quizá solo serian validos para un segmento determinado de la población.

LA FAMILIA EN CRISIS

La enfermedad, el paciente y su familia

Asen y Tomson, (1997) consideran que las enfermedades agudas repentinas, las crónicas y, finalmente la muerte, son emergencias familiares y trastornan el equilibrio familiar. Como se mencionó antes, la enfermedad terminal es un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico, mental, o ambos, en el individuo que la padece, llevándolo a la muerte.

En el caso de la enfermedad terminal, se esta amenazando la vida del paciente, este y su familia se enfrentan, quizá por primera vez, ala ineludible realidad de que son mortales. Cuando el paciente se da cuenta de que puede fallecer y la familia se enfrenta a la posibilidad de perder a uno de sus miembros, ambos sufren un desequilibrio. Todos entran en crisis, aunque cada uno a su manera. No se trata de la vida o muerte de una sola persona, sino de todo un sistema. Parte de esta crisis surge ante el hecho de que “la familia que era, ya no será mas”, pues esta situación producirá cambios aunque no lo deseen. Habrá cambios en la jerarquía, en la fronteras, en los roles, en el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares.

Aunque dicha desorganización temporal de la vida familiar es angustiosa, no es anormal dadas las circunstancias. En una situación de crisis los mecanismos de afrontamiento corrientes de la familia puede que no sean adecuados para manejar las nuevas demandas. Las respuestas inmediatas de la familia esta in fluida por lo grave que ésta creé que es la enfermedad y por lo satisfechos que estén con el tratamiento y con otras estructuras de apoyo. (Asen y Tomson, 1997).



La Enfermedad Y El Ciclo Familiar

La familia experimenta una sensación de pérdida en su sentido de control luego del diagnóstico de una enfermedad crónica en uno de sus miembros, lo cual la lleva a presentar conductas frenéticas o inmovilizadoras. En esta etapa de alta incertidumbre necesita aferrarse a una esperanza, a una creencia de que ellos pueden llegar a obtener – y están obteniendo- control de la situación, por lo cual es importante ayudarla a jerarquizar sus prioridades, así como apoyarla en la búsqueda de información acerca de la enfermedad y recursos dentro de la propia familia y comunidad, con lo cual puede comenzar a adquirir la sensación del control sobre la situación (Rolland, 1990).

Cuando existe una enfermedad crónica de la larga duración en uno de los miembros de la pareja, el patrón de intimidad en la díada puede desaparecer debido a discrepancias entre el miembro del enfermo y el sano, quien por lo general será quien proporcione la atención requerida. El cónyuge sano experimenta un cambio en sus sentimientos y emociones transformándose de positivas y negativas, por ejemplo, puede seguirle el deseo (poco consiente) de que el compañero muera y deje de sufrir, pero también porque desea resumir su forma de vida previa; esta idea le ocasionara vergüenza y culpa; por otra parte, será quien tendrá que enfrentarse además con los problemas financieros y comenzara a presentar un cansancio emocional que al poco tiempo le dejara exhausto (Rolland, 1990).

Los miembros de la familia pasan por diferentes fases de adaptación similares a las que se han descrito en el Capítulo II para los pacientes. Al principio, muchos no pueden creer que sea verdad. Tal vez nieguen el hecho de que exista una enfermedad en la familia o vayan de médico en médico con vana esperanza de oír que el diagnóstico era equivocado. Quizás busquen ayuda y seguridad (no verdaderas) en adivinos y curanderos. Tal vez hagan viajes muy caros a clínicas famosas, o consulten con médicos muy conocidos, y solo gradualmente se enfrenten a la realidad que va a cambiar su vida tan drásticamente.

Entonces, la familia, que depende de la actitud, la consciencia y la capacidad de comunicarse del paciente pasa por una serie de etapas. Sin son capaces de compartir sus preocupaciones comunes, pueden ocuparse de los asuntos importantes pronto y sin la presión del tiempo y las emociones.



Así como el paciente pasa por una fase de ira, la familia inmediata experimentará la misma reacción emocional. Se enfadarán consecutivamente con el médico que examinó primero al paciente y no hizo el diagnóstico, y con el médico que les hizo enfrentarse con la triste realidad. Hay mucha envidia, pues los miembros de la familia a menudo se sienten frustrados al no poder estar con el paciente ni cuidarle. También hay sentimientos de culpa y un deseo de compensar oportunidades pasadas perdidas.

Cuando puedan superarse la ira, el resentimiento y la culpabilidad, entonces la familia pasará por una fase de dolor preoperatorio, igual que lo hace la persona moribunda. Si los miembros de la familia comparten estas emociones, gradualmente afrontarán la realidad de la separación inminente y llegarán a aceptarle juntos. Quizás el periodo más doloroso para la familia es la fase final, cuando el paciente se desliga lentamente de su mundo, incluida su familia. No comprenden 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. Cuando el paciente pide que sólo vayan a visitarle unos pocos amigos, luego sus hijos y finalmente sólo su mujer, deberíamos comprender que ésta es su manera de alejarse gradualmente. (Kübler-Ross, 1993).



Con la finalidad de tener una mejor noción de las implicaciones de un padecimiento terminal en el núcleo familiar, Gómez, (2005), (en Silva, 2003), expone el siguiente diagrama con los factores presentes durante su transición:

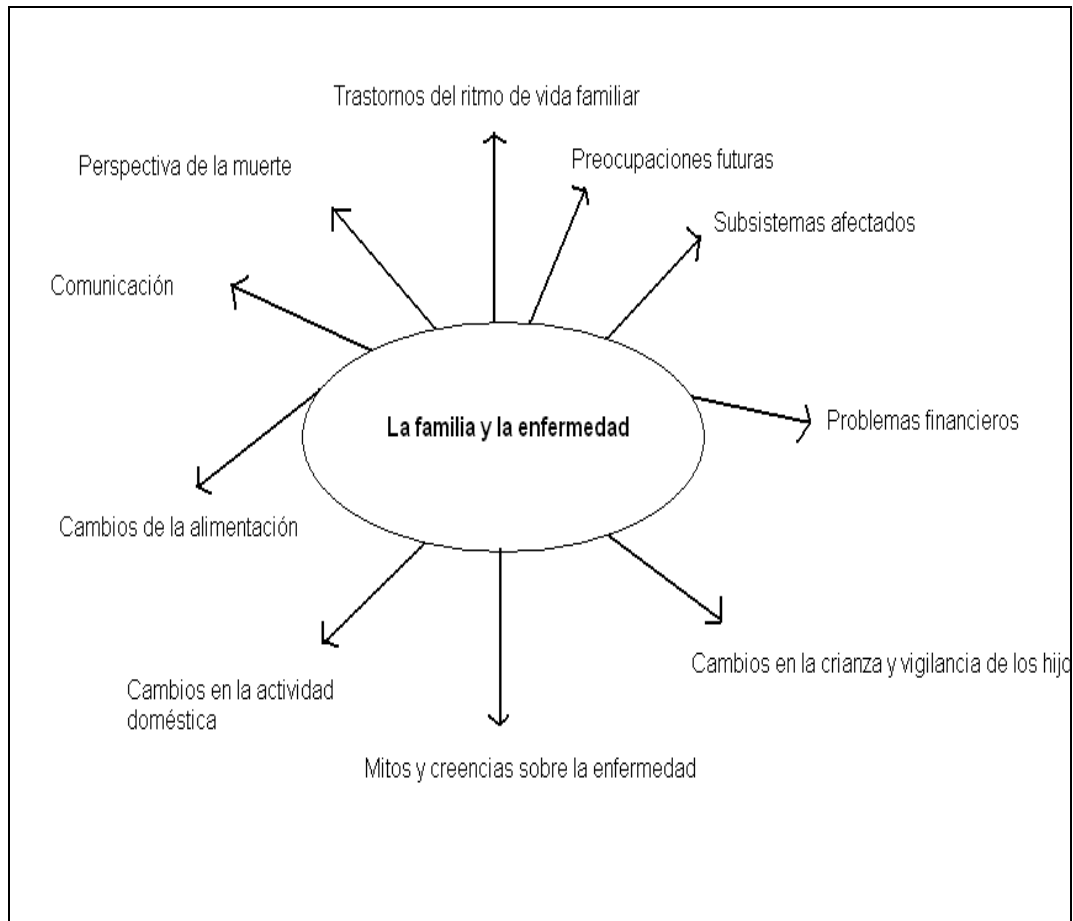


Fig. 1. Diagrama de las implicaciones en la familia terminal: Gómez, 2005 (citado en Silva, 2003)

En el anterior esquema, se puede observar que la enfermedad terminal implica un momento de transición en la familia que obliga a la adaptación de formas de interactuar. Se precisa una reorganización específica en varias áreas de un estilo de vida familiar donde los espacios y tiempos se ajustan a las necesidades que demanda el cuidado de la persona enferma. Así mismo, los miembros se ven obligados a negociar los roles y las funciones respecto a las responsabilidades que en su momento conferían al afectado, favoreciendo en ocasiones, la sobreprotección de éste y la privación total de sus capacidades de decisión y control.



En resumen, la enfermedad terminal, es un suceso que interactúa con los recursos de enfrentamiento y adaptación del individuo y de su familia. También llegan a influir en la forma de vida de este y de su grupo familiar, su imagen y su forma de recibir y enfrentar el futuro. Estos sucesos pueden interpretarse como desafío, amenaza o pérdida. Desde el punto de vista sistémico, la enfermedad invade a la familia, tanto como al individuo, provocando cambios de su organización, mismos que repercutirán en su funcionamiento, pues requerirán que se realicen modificaciones a todo nivel, con la finalidad de que la familia logre adaptarse al proceso y demandas de la enfermedad, al mismo tiempo que adquiere el control sobre la misma.

Lo que es un hecho, es que la familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se le instruye de una forma adecuada en el control de los síntomas, los cambios posturales y la higiene personal. Necesita de una información veraz y continua, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones generales y la disponibilidad permanente de quién está al cuidado del enfermo. (Silva, 2003).



CAPÍTULO IV. EL VIH-SIDA

“La única vacuna que nos protege es la prevención y la información veraz, nadie adquiere el VIH-SIDA por causa del otro.”

Se carece de cifras exactas acerca del número de personas que viven con VIH/SIDA en América Latina. Los casos no diagnosticados y la notificación incompleta contribuyen a que las estadísticas concernientes al VIH/SIDA sean inexactas. La mejor estimación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del número de personas que vivían con VIH/SIDA en América Latina a fines de 2001 fue de 1,4 millones, o aproximadamente 0,50 % de toda la población latinoamericana. En América Latina, 130 000 adultos y niños contrajeron la infección por el VIH en 2001 y hubo 80 000 defunciones provocadas por la enfermedad. La OMS informó que, en 1999, el VIH ocupó el segundo lugar como causa de años de vida ajustados en función de la discapacidad en el mundo (García, et al, 2004).

Desde el principio de la epidemia se estima que 3,8 millones de menores de 15 años de edad se han infectado por el VIH y que 2,7 millones han fallecido. Más del 90% de esos niños han contraído el virus a través de sus madres seropositivas, antes o durante el parto o a través de la lactancia natural. Más de 8 millones de niños han perdido a su madre por causa del SIDA antes de cumplir los 15 años, y muchos de ellos también han perdido a su padre. Se puede decir que uno de cada 100 adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 40 años está infectado por el VIH, el virus que provoca SIDA. Solamente 1 de cada 10 personas infectadas sabe que lo está. Se estima que en la actualidad hay más de 30 millones de personas viviendo con la infección por el VIH. (Alarcón y Ponce de León, 2003).

En México, la tendencia de la incidencia del SIDA recientemente se ha estabilizado en parte, con un desplazamiento de las poblaciones afectadas hacia los UDI (Uso de Drogas Inyectables) y las mujeres. Sin embargo, la epidemia todavía se concentra en gran medida en los HSH (Hombres que tienen relaciones Sexuales con otros Hombres). Entre las personas que de 25 a 44 años de edad, el SIDA es la tercera causa más frecuente de muerte en los varones y la séptima en las mujeres (García, et. al, 2004).



Además de la feminización común a muchos países latinoamericanos, en México hay un fenómeno de "ruralización" de la epidemia, la cual crece con rapidez en las poblaciones rurales que viven en condiciones precarias (García, et. al, 2004).

Antecedentes

1981

En Junio el Centro para el Control de Enfermedad de Atlanta, Estados Unidos (CDC), publica el primer reportaje sobre un tipo raro de neumonía "**Pneumocistis Carinii**" en cinco jóvenes, todos homosexuales activos residentes en Los Ángeles. No se frecuentaban entre ellos, no tenían amigos comunes y no tenían conocimiento de enfermedades similares entre sus compañeros sexuales. Dos de ellos informaron haber mantenido relaciones homosexuales con diversas personas.

Las características que presentaban con mayor frecuencia las personas infectadas eran:

- 1) Todos presentan infecciones oportunistas, por lo tanto, debía existir un trastorno de la inmunidad y
- 2) Un agente infeccioso sexualmente transmisible, debía ser el responsable de ésta nueva enfermedad.

La creencia inicial de limitar esta enfermedad solo a homosexuales llevó a algunos autores a denominarla "**Síndrome de Inmunodeficiencia relacionada con los homosexuales**" o "**Peste Rosa**". En agosto del mismo año, 111 casos similares fueron reportados al CDC, lo que llevó a organizar un registro nacional de casos. Luego, nuevos casos de SIDA fueron descritos en drogadictos Haitianos, hemofílicos, pacientes transfundidos, hijos de madres en riesgo, parejas heterosexuales y trabajadores de la salud, lo que hizo a la comunidad médica y a la sociedad, tomar conciencia de la existencia de una nueva epidemia sin precedentes en la historia de la medicina. (Alarcón y Ponce de León, 2003).

1985

Para este año, ante el crecimiento de una enfermedad identificada como viral que ya se vislumbra como pandémica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamado para que todos los países establecieran comités de lucha contra el SIDA.



En México la epidemia ya era una preocupación de primer orden para las autoridades de la Secretaría de Salud (SSA). Como evidencia de la circulación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en nuestro país se contaba con que en uno de los institutos nacionales se habían diagnosticado a cuatro pacientes con esta nueva enfermedad ya desde 1983 (Ibíd.)

1986

Se identifica en París, una variante del virus del SIDA en un paciente originario de Cabo Verde, la variedad es denominada HIV-2. El mundo médico y las autoridades piensan que la epidemia se limita al África occidental. En mayo, la Comisión de Nomenclatura de Virus decide que el agente del SIDA se llamará definitivamente Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La Organización Mundial de la Salud, OMS, decreta el día 1° de diciembre "Día Mundial del SIDA" (García et. al, 2004).

En febrero de éste año se creó el Comité Nacional para la investigación y Control del SIDA, con lo cual se logró establecer la realización obligatoria de pruebas de detección del VIH en la sangre y hemoderivados en todo el país; instalar la vigilancia epidemiológica y la producción de los primeros materiales educativos. (Alarcón y Ponce de León, 2003)

1987

En Marzo se aprueba el primer fármaco contra el SIDA: **AZT**. En 1986 los ensayos con AZT, dieron las primeras evidencias acerca de la posibilidad de obtener un tratamiento para esta patología, el que si bien insuficiente para curar, resultaba apto para mejorar la calidad de vida y probablemente para prolongar la sobrevivencia de las personas afectadas.

Las Naciones Unidas crean ONUSIDA. Las características de la enfermedad hacen que escape a las competencias de la OMS. Se trata de acentuar que la epidemia es más que un problema de salud y requiere una aproximación diferente para combatirla, extiende el uso de las llamadas tri-terapias, que empiezan a transformarse en el tratamiento de referencia del SIDA. (Cahn, 1992)

En Diciembre según el programa de la Naciones Unidas las muertes han llegado a los 6,4 millones y hay 22,6 millones de personas que viven con el virus. África posee la cifra más alta de seropositivos en el mundo, 4,7 millones de personas a fines del 2000, se estima que cada año nacen 70.000 niños contaminados con el VIH.



Se realizó el lanzamiento de la primera campaña de información masiva sobre SIDA en México, basándose en el resultado de encuestas aplicadas a la población, cuyo lema era "Disfruta del amor. Hazlo con responsabilidad" (Alarcón y Ponce de León, 2003).

1988

En México se logró la instalación de la línea telefónica de información, TELSIDA (Alarcón y Ponce de León, 2003).

1996

Tras años de pesimismo, se vislumbró un panorama de esperanza que le dio un enfoque nuevo a la lucha de esta epidemia. En el marco de la XI Conferencia Internacional de SIDA llevada a cabo en Vancouver, Canadá, en Julio de ese año se dieron a conocer a la comunidad científica nuevos esquemas de tratamiento que mejorarían de manera importante la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA. Ante esta situación surgieron organizaciones de personas (Ibíd.)

1998

México ocupó la vicepresidencia de ONUSIDA, y en 1999 la presidencia, siendo el primer país latinoamericano en ocupar dichos puestos y se mantuvo como miembro de la junta de gobierno hasta el 2002.

2000

El programa de acción para la prevención y control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006 fue elaborado con la participación y consulta de instituciones, organizaciones y expertos de diversos sectores, con la finalidad de establecer un consenso acerca de las estrategias fundamentales para lograr las metas planteadas. EL programa establece objetivos, metas e indicadores en cinco componentes: prevención sexual, perinatal y sanguínea, atención integral y mitigación del impacto. (Ibíd.)



EL SISTEMA INMUNE

Los seres vivos disponen de diversas estructuras y mecanismos que les otorgan la posibilidad de sobrevivir en un estado de equilibrio inestable en el medio que les rodea. Por ejemplo, se sabe que el aparato respiratorio incorpora oxígeno y elimina anhídrido carbónico, producto de la combustión de aquél, y que a su vez el aparato digestivo constituye la vía usual de entrada de nutrientes y de eliminación de desechos orgánicos.

Por otra parte, existe un complejo sistema que permite al organismo defenderse del ataque de elementos que reconoce como extraños, al que se llama sistema inmune, que es una red conformada por células especializadas y órganos que, cuando funciona adecuadamente, enfrenta exitosamente diversas clases de infecciones, sean estas producidas por bacterias, hongos, virus o parásitos. El mal funcionamiento del sistema inmune puede a su vez originar un conjunto de enfermedades de diferente grado de severidad, en un rango que abarca desde simples manifestaciones de alergia, hasta graves procesos como el SIDA. (Cahn, 1992).

El sistema inmunológico debe ser capaz de realizar tareas especializadas con gran precisión. Entre ellas se destacan:

- 1) Distinguir entre lo “propio” y lo “ajeno”.
- 2) Almacenar la información de lo “extraño” reconocido.
- 3) Volver a reconocer al elemento extraño al presentarse en una oportunidad ulterior, y reconocimiento que se efectuará a partir de los datos memorizados, y así
- 4) Producir las herramientas, las armas para enfrentar al invasor apelando a un alto grado de especificidad contra cada una de las variedades de enemigos a combatir; luego
- 5) Coordinar las diferentes tareas de forma tal que cada una de ellas se despliegue en el tiempo y forma oportunos, a fin de permitir su máximo aprovechamiento, y por fin
- 6) Desarrollar la respuesta en forma rápida, apropiada, efectiva y limitada a la magnitud del desafío planteado (Ibíd.)

En este sistema inmune se encuentran los linfocitos, que son pequeñas células blancas que, cumplen un rol central en el montaje de la respuesta inmune. De acuerdo con su lugar de origen se subdividen en linfocitos B (que crecen fuera del timo) y linfocitos T (producidos en el timo). Ambos reconocen antígenos específicos y generan respuestas bien diferenciadas e identificables.



Los linfocitos B fabrican los anticuerpos, sustancias que son volcadas a la sangre y a otros fluidos corporales, donde se enfrentan a los antígenos circulantes.

Pero no son éstos linfocitos los que actúan en el interior de las células, sino que esta tarea es cumplida por los linfocitos T, que atacan a los virus y otros microorganismos que la invaden, razón por la cual su accionar se denomina inmunidad celular. Esta rama de la labor inmunológica juega el papel protagónico en el ataque contra las células que comienzan a crecer descontroladamente, aquellas a las que se llama neoplásicas o cancerosas.

Todas las células poseen determinados marcadores en su superficie que permiten distinguir subpoblación dentro de un determinado tipo celular. De este modo, dentro de las células T se pueden distinguir las células cooperadoras/inductoras o *helpers*, que se identifican con el marcador CD4 o T4 en la superficie, de las células supresoras, que poseen el marcador CD8 o T8. Pues bien, las células cooperadoras o CD4 son las que desarrollan una función crucial en la respuesta inmune. Entre las características de éstas células CD4 se incluye la capacidad para activar a otras células T, a las B e incluso a otros grupos celulares. Por lo tanto, las diferentes áreas del sistema inmune no están aisladas sino que se “comunican” entre sí a través de sustancias líquidas llamadas linfocinas, que funcionan como mensajeras.

Por ejemplo, si quisiera entrar al organismo un invasor, debe primero pasar la barrera constituida por la piel y las mucosas, que no solamente conforma un obstáculo físico sino que también fabrica sustancias de efecto antibiótico. Si consigue pasar esta valla, deberá luego eludir una serie de defensas no específicas, así llamadas porque actúan por igual contra todos los invasores con independencia de su especificidad antigénica. En este nivel se incluye a las células “barrenderas” o fagocitos, las que son capaces, literalmente, de fagocitar (tragar) a otras células. El proceso de fagocitosis y digestión fragmenta al invasor en varias porciones, dejando en exposición la variedad de antígenos que contiene.

La siguiente línea que enfrenta el invasor está constituida por defensas específicas, “hechas a medida” para cada antígeno. Aquí intervienen los ya mencionados linfocitos B y T. Los primeros fabrican anticuerpos distintivos contra cada intruso, respondiendo a los estímulos de los linfocitos T cooperadores/inductores (CD4).



A su vez los linfocitos T despliegan una enorme variedad de acciones, que incluye la puesta en circulación de los mensajeros o linfocinas, con el objeto de atraer más tropas (nuevos linfocitos y células fagocíticas) al campo de batalla. Otras células T, para completar los recursos defensivos, tienen capacidad citotóxica directa, por lo cual pueden destruir células invadidas por agentes extraños como los virus.

Cuando la infección ha sido puesta bajo control, los linfocitos supresores (CD8) actúan clausurando la respuesta inmune. La información sobre el invasor quedará registrada en la “memoria” inmunológica, facilitando su reconocimiento si éste intentara atacar otra vez, por lo que ese supuesto, al ser identificado precozmente se encontrará con una respuesta más rápida y eficaz. Justamente en esta capacidad de memoria y reconocimiento se basan las vacunas que tanto beneficio han traído para la prevención de las enfermedades infecciosas.

Tal como ha quedado expuesto, el buen funcionamiento del sistema inmune protege al organismo fundamentalmente de infecciones y tumores. Cuando se produce una inmunodeficiencia, del origen que ésta fuere, se pierde esa capacidad de defenderse y aparecen las enfermedades infecciosas y tumorales que aprovechan la oportunidad de encontrar al organismo “con guardia baja”, son llamadas enfermedades oportunistas. (Ibíd.)

¿Como Actúa El VIH?

El SIDA es una etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se trata de un retrovirus que ataca las defensas del organismo y altera la capacidad para defenderse de las enfermedades ocasionadas por otros virus, bacterias, parásitos y hongos. El sistema inmunológico agrupa diversos tipos de células, entre otras los glóbulos blancos encargados de luchar contra los agresores externos. El VIH concretamente mata a un tipo de células, los linfocitos CD4 que integran el sistema inmunológico (Miller , Weber y Green, 1989).

Es decir que se desarrolla el SIDA sólo cuando se presenta un conjunto de signos y síntomas que indican que las defensas están disminuidas porque se contrajo el virus. Es posible estar infectado con el VIH, es decir, ser VIH positivo o portador del virus, y todavía no haber desarrollado el SIDA. Desde el momento en que el virus ingresa al cuerpo hasta que aparecen los síntomas puede pasar mucho tiempo, entre 10 y 12 años, período que puede extenderse si se comienza un tratamiento temprano.



Sin embargo, es necesario tener en cuenta que se trata de plazos promedio globales que varían de país en país y se modifican sustancialmente con el propio desarrollo de la epidemia en cada lugar y con la evolución de los tratamientos. (García, et. al, 2004).

El virus del VIH ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Como ya se vio, este sistema está constituido por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrente a todo elemento que sea reconocido como ajeno o extraño. Esto sucede, especialmente con los agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos.

Frente a la presencia de agentes infecciosos el sistema inmunológico moviliza para defenderse a células llamadas linfocitos. Los linfocitos, al ser invadidos por el virus VIH pierden su capacidad para reconocer y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad de esta caída de la vigilancia inmunológica para proliferar. Para multiplicarse, el virus pone en funcionamiento un mecanismo específico de los retrovirus por el cual copia su genoma (conjunto de información genética de un ser vivo) de ARN, en el ADN de la célula. La presencia del virus estimula la actividad reproductiva de los linfocitos pero, dado que tienen copiado el genoma del VIH, en vez de reproducirse, multiplican células virales.

A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable ante enfermedades contra las cuales, en tiempos normales puede defenderse. A estas enfermedades se las denomina enfermedades oportunistas. La caída de las defensas no es masiva y uniforme sino que permite con mayor probabilidad la aparición de ciertas enfermedades: infecciones (las más frecuentes son las pulmonares, y también otras producidas por diversos virus, bacterias, hongos y parásitos), y distintos tipos de cáncer (los más comunes son lo que afectan la piel y los ganglios linfáticos).

Uno de los indicadores más evidentes del avance de la infección y del desarrollo del SIDA, es la aparición de estas "enfermedades oportunistas". Por eso se las considera "marcadoras" o "trazadoras". Marcan la presencia y evolución de la infección. A ellas se suman los efectos directos del virus en el organismo, que incluyen, entre otros, trastornos del sistema nervioso y del aparato digestivo. Cuando el portador del VIH desarrolla este conjunto de afecciones se lo considera un enfermo de SIDA. (Cahn, 1992).



Como se expuso anteriormente, puede suceder que el VIH, una vez ingresado al organismo permanezca "en reposo" dentro de los linfocitos invadidos. En esta situación, el paciente no tiene síntomas, por eso se lo llama portador asintomático. Sin bien no presenta síntomas el portador asintomático puede transmitirlo a otras personas sin saberlo.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Cada especie de virus busca su medio natural donde vivir y desarrollarse.

El virus del VIH puede hospedarse en la:

- Sangre
- En las secreciones del aparato genital del hombre (semen)
- En las secreciones de aparato genital de la mujer (vagina)
- En la leche materna,
- En la saliva,
- En la orina y demás líquidos corporales.

Sin embargo, se trasmite de las siguientes formas:

- Sangre con sangre,
- Sangre con semen,
- Semen con fluido vaginal,
- De madre a hijo durante el embarazo, el parto, o durante la lactancia (Velasco y Sinibaldi, 2001)

De modo que el SIDA es una enfermedad relativamente poco infecciosa el VIH es un virus muy frágil por lo que no resulta fácil adquirirlo. Un simple blanqueador casero con una solución de 1:10 mata al virus de manera eficaz,

además si un líquido contiene el virus y se deja secar por 20 minutos, ya no resulta infeccioso. El contacto cotidiano con personas infectadas, compartir servicios sanitarios, saludar de mano, besar en la mejilla, abrazarse, compartir utensilios de comida, bañarse en albercas públicas, sentarse en el mismo sillón, usar el mismo peine, dormir en la misma cama, etc, no son fuente de contagio (CONASIDA, 1994).

Al inicio de la pandemia se consideró que la vía natural de transmisión era únicamente entre los miembros del grupo homosexual, o bien entre toxicómanos de drogas intravenosas (Miller, et. al, 1989). Actualmente el aumento desproporcionado de los casos de SIDA en mujeres supera el incremento correspondiente observado en varones (Velasco y Sinibaldi, 2001).



Más de 80% de las mujeres infectadas se halla en edad de procrear y, por otra parte, las tasas de aumento de la enfermedad en adolescentes pronostican un nuevo incremento en las mujeres en edad reproductiva. Tal elevación se refleja en un aumento similar en niños, más de 95% de los casos pediátricos en menores de cuatro años se debe a infección perinatal.

Desde 1992 la infección por contacto heterosexual ha superado a la transmisión por consumo de drogas intravenosas como la principal causa de la enfermedad en las jóvenes que sufren de este padecimiento. De las mujeres actualmente diagnosticadas con infección por VIH, 35% no comunica factores de riesgo que antes se hayan relacionado habitualmente con la adquisición de este virus, tales como consumo de drogas por vía intravenosa o prácticas sexuales con una pareja con riesgo conocido de infección por VIH. Parece ser que la relación heterosexual sin protección es el único factor de riesgo para la adquisición del virus en estas mujeres. (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Según Mancilla López (1996), (en Velasco y Sinibaldi, 2001) las personas que se encuentran en alto riesgo para adquirir la enfermedad son:

- Quienes tengan o hayan tenido una vida sexual activa con varias personas del mismo sexo o del sexo opuesto, en cuyas relaciones sexuales pene-vagina, pene-ano, pene-boca o boca-vagina, no se hayan utilizado condones como método de protección.
- Aquellos que con anterioridad hayan sufrido de infecciones transmitidas sexualmente.
- Quienes hayan sido receptores de sangre o productos derivados de ella o hayan sufrido pinchaduras accidentales con agujas u otros materiales con sangre contaminada.
- Personas hemofílicas y quienes hayan recibido transfusiones sanguíneas sin haber sido controladas previamente para excluir la presencia del VIH.
- Quienes tengan o hayan tenido actividad sexual sin protección con individuos que se dediquen a la prostitución o tengan un estilo promiscuo de vida.
- Individuos que hayan utilizados drogas intravenosas, compartiendo agujas, jeringas, o ambas, sin esterilizar.



Una vez conocida la forma en que se puede contraer la enfermedad, así como quienes se encuentran en mayor riesgo de padecerla, es importante revisar algunos datos sobre el desarrollo de la infección.

Desarrollo De La Enfermedad

Luego del contacto inicial con el virus muchas personas recién infectadas permanecen sin manifestar síntomas; otras, en cambio, pueden presentar fiebres ligeras, inflamación glandular, dolores musculares, erupción cutánea, así como síntomas de alguna afección en el sistemas nervioso central (cefaleas).

Puesto que dichos síntomas nos resultan específicos ya que pueden presentarse acompañados de una sensación general de fatiga, a menudo se los atribuye, de manera equivocada, a un gripe, mononucleosis o cualquier otro proceso viral de poca importancia. Al finalizar este otro síndrome, los primeros anticuerpos contra el virus empiezan a aparecer en la sangre, por lo que el análisis de sangre los detectará entre 3 y 6 meses después del contagio. A partir de este momento el paciente se convierte en seropositivo, aún cuando ya era infeccioso desde antes; es importante hacer notar que aunque el breve periodo sintomático termine, no por ello el virus deja de duplicarse (Rosenberg y Cotton (1997), (en Velasco y Sinibaldi, 2001).

Así la mayoría de las personas infectadas pasa por una etapa asintomática, pues en esta fase el virus parece estar “dormido” o poco activo. El tiempo que dura esta etapa resulta muy variable y el sujeto puede encontrarse aparentemente sano durante años. De manera que la única forma de saber si está o no infectado es a través de una prueba que detecta los anticuerpos contra VIH. Durante este periodo se dice que el individuo que padece la enfermedad es portador asintomático o VIH positivo (CONASIDA). En esta fase el virus se encuentra en los linfocitos CD4, ganglios linfáticos, médula ósea,

sistema nervioso central y bazo, donde permanece en estado latente y se duplica con tal lentitud que su baja concentración en la sangre se mantiene estable. Los CD4 se destruyen de manera gradual durante este periodo, lo cual no se refleja en la sangre sino hasta finalizar dicha etapa, cuando los recuentos de células CD4 empiezan a disminuir de modo notable, lo que propicia la aparición de múltiples infecciones secundarias –las oportunistas- que son tan características del SIDA.



Cierto tipo de pacientes pasará por una etapa de “linfadenopatía generalizada”, es decir, un aumento en el tamaño de los ganglios linfáticos, en los que se presenta un crecimiento e inflamación persistente, especialmente en los del cuello, axilas e ingles.

Finalmente cuando el sistema inmunológico se ha deteriorado, la cantidad de virus en linfocitos y libres en sangre aumenta de manera sobresaliente, de modo que el recuento de células CD4 baja de 200, con lo que la mayoría de los pacientes presenta infecciones oportunistas y surge lo que se le conoce como SIDA (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Como se ha revisado en los anteriores capítulos, la idea de la muerte aterroriza a las personas, y cuando la siente próxima, es decir al ser diagnosticados con alguna enfermedad de la cual se sabe mucho pero esta rodeada de grandes mitos e información poco veraz, como es el caso del VIH-SIDA, el impacto es aún más grave, se entra en una crisis al enterarse de que la muerte se avecina, ésta crisis se comparte con la familia, quien sufrirá de cambios que pondrán en peligro su estabilidad, pues cada integrante reaccionará de diferente manera.

Poca gente sabe que el virus del VIH no se contagia, sino que se adquiere o se transmite, no es como contagiarse de un resfriado al estar inmerso en un ambiente donde hay personas enfermas y donde se pueda propagar el virus fácilmente.

Tampoco es tan común que se sepa que una persona con la enfermedad del SIDA, gracias a los medicamentos y buenos cuidados, pueden regresar de un estado grave a ser sólo portadores de nuevo; o que cuando se expone a situaciones de riesgo, por ejemplo, tener contacto sexual sin protección, tener muchas parejas sexuales y no usar condón, se debe hacer la prueba de Elissa hasta pasado un mes del acto, y si el resultado es negativo, la prueba debe realizarse por segunda vez después de tres meses, ya que si no salió positivo la primera vez, puede ser porque el virus no se ha multiplicado lo suficiente para ser detectable o esté en periodo de ventana.

De alguna manera el saber que éste virus se adquiere devuelve un poco de responsabilidad a las personas infectadas, ya que ellas se expusieron a situaciones de riesgo donde adquirieron el virus. Pero es también un arma de de dos filos, ya que a las personas portadoras se les trata con repudio, pues es una enfermedad que se cree, es de homosexuales o prostitutas, es como el castigo para aquellos que “pecan” o que “así se lo buscaron”.



Éstas y otras ideas irracionales se encuentran inmersas en la sociedad hoy día, que a pesar de que la enfermedad cobra cada día más vidas y se supone que la ciencia descubre cada minuto nuevas alternativas, la gente no está bien informada y ésta ignorancia o falta de información promueve que se propaguen los mitos alrededor de la enfermedad, el paciente y las familias que lo padecen. Precisamente éstos pensamientos o ideas irracionales son las que hay que eliminar en la sociedad en general, pero específicamente en el paciente y su familia, ya que hará la carga menos pesada si se encuentran bien informados y se deshacen de mitos que lejos de ayudar entorpece en enfrentamiento y resolución de la crisis por la que pasan al ser un familiar diagnosticado seropositivo.

En el siguiente capítulo, se hablará de la Terapia Racional Emotiva, técnica que ayuda a confrontar a las personas con sus ideas irracionales, a fin de que las reconozcan como tales y las sustituyan por ideas racionales que ayudarán a enfrentar situaciones difíciles.



CAPÍTULO V. LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE)

“No son los hechos los que dañan, sino toda interpretación que nosotros les damos”
-Ellis-

Fue en 1955 cuando Ellis comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "autodoctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía como fin, no solo tomar conciencia de este autodoctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta (Ellis, 1989).

PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS

Metas y racionalidad:

Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en:

a) Supervivencia.

b) La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes submetas:

- Aprobación o afecto
- Éxito personal en diversos asuntos.
- Bienestar físico, emocional o social.

En este punto, Ellis, destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las "filosofías personales" de cada cual.



Cognición y procesos psicológicos:

- a) Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente.
- b) Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son:
 - Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico. Se diferencia de las racionales porque 1) son absolutistas y 2) provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas. Se expresan en términos como “debo”, “tengo que”, “debería” o “estoy obligado a”.
 - Las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica. Son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial (no absolutos). Se expresan en la forma “me gustaría” “quisiera” “no me gustaría” “preferiría” “desearía”.

Énfasis humanístico del modelo:

- a) Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.
- b) Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

El Modelo A-B-C Del Funcionamiento Psicológico

La mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos. Podemos representar ese modelo:

A= Acontecimiento desencadenante o Activador.

B= Representa los que Cree una persona de ese acontecimiento y

C=Denota las respuestas emocionales y comportamentales o las Consecuencias que derivan de esas creencias particulares en la “B”.



En resumen, no son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: por ejemplo "terremoto", "dolor extremo") los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos.

El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular.

Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto. Ahora bien esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un "procesamiento de la información absolutista" y consecuencias psicológicas trastornantes, a bien siguiendo un "procesamiento de la información preferencial" y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro "procesamiento de la información" hará que el perfil "salud psicológica/trastorno psicológico" varíe en cada caso.

La Naturaleza De La Salud Y Las Alteraciones Psicológicas

El trastorno psicológico, como ya ha quedado expuesto, deriva de las creencias irracionales. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

Ellis, (1989) propone que las tres principales creencias irracionales (creencias irracionales primarias) son:

a) Referente a la meta de Aprobación/Afecto:

"Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".

b) Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal:

"Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".

c) Referente a la meta de bienestar:

"Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".



Estas experiencias entrecomilladas serían representaciones-modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen vulnerable a las personas a padecer trastorno emocional en los aspectos implicados en esas metas.

Hay tres creencias irracionales, derivadas de las primarias (creencias secundarias), que a veces son primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del "procesamiento irracional de la información":

a) Referente al valor aversivo de la situación: **TREMENDISMO**.
"Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece".

b) Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: **INSOPORTABILIDAD O NO SOPORTANTIS**
"No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca".

c) Referente a la valoración de si mismo y otros a partir del acontecimiento: **CONDENA**. "Soy/Es/Son...un X negativo (por ejemplo inútil, desgraciado...) porque hago/hace-n algo indebido".

En un tercer eslabón cognitivo, para determinar las consecuencias emocionales, estarían las distorsiones cognitivas o errores inferenciales que son una manifestación de alteración psicológica. Sin embargo, para la TRE, tales distorsiones casi siempre proceden de los "debo y tengo que". Algunas de las más frecuentes son:

1.- Todo o nada: "si fracaso en algún hecho importante, como no debo, ¡Soy un fracaso total y completamente indeseable".

2.- Salto a las conclusiones y non sequiturs negativos: "desde el momento en que los demás me han visto fallar, como no debí haberlo hecho, ya me ven como un estúpido incompetente".

3.- Adivinar el futuro: "Se están riendo de mi porque soy un fracasado, y saben que debería haber tenido éxito, me despreciarán para siempre".

4.- Fijar la atención en lo negativo: "Como no puedo soportar que las cosas me vayan mal, y no debe irme mal, ya no veo nada bueno en mi vida".

5.- Descalificar lo positivo: "Cuando me felicitan por las cosas buenas que he hecho, lo único que hacen es ser amables conmigo y olvidar las estupideces que no debí haber hecho".

6.- Siempre y nunca: "Como mis condiciones de vida tiene que ser buenas y en realidad son malas e intolerables, siempre serán así, y yo nunca seré feliz".



- 7.- Minimización: “Mis aciertos en este juego son pura casualidad y no son importantes. Pero mis errores, que nunca debería haber cometido, son un total desastre e inolvidables”.
- 8.- Razonamiento emocional: “Como mi comportamiento ha sido tan pobre, y no debería haberlo hecho. ¡me siento como un total incompetente, y mi sentimiento tan fuerte prueba que no soy bueno!”.
- 9.- Etiquetar y sobregeneralizar: “Como no debo fallar en un trabajo importante y lo he hecho, ¡Soy un perdedor y un completo fracasado!”.
- 10.- Personalizar: “Como estoy actuando peor de lo que debería y ellos se están riendo, estoy seguro de que se están riendo de mi, ¡y eso es horrible!”.
- 11.- Estafa: “Cuando no hago las cosas tan bien como debería y los demás todavía me aceptan y me premian, ¡lo que soy es un estafador y pronto me daré de narices y les demostraré lo despreciable que soy en realidad!.
- 12.- Perfeccionismo: “Me doy cuenta de que lo he hecho bastante bien, pero debería haberlo hecho perfecto y por lo tanto ¡soy un incompetente!”.

Ellis (1989), ha proporcionado una lista de once creencias irracionales comunes a esta cultura, la mayoría de las cuales cae fácilmente en las categorías de debería o necesidad, son las siguientes:

- 1.- Uno debería ser amado o aprobado por casi cualquier persona.
- 2.- Para ser tomado en consideración, uno debería ser competente en casi todos los aspectos.
- 3.- Algunas gentes son intrínsecamente malas y merecen castigos.
- 4.- Las cosas deberían de 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 en 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 indispuestas con relación a los problemas de los demás.
- 11.- Cada problema tiene (debería tener) una solución ideal, y resulta catastrófico cuando dicha solución no se logra encontrar.



La salud psicológica, por su parte estaría ligada a las CREENCIAS RACIONALES. Ellis, es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente, ni la racionalidad de la terapia racional emotiva (TRE) puede ser confundida con un estado "apático, frío o insensible" del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. Así en la TRE se distingue entre:

EMOCIONES	-VERSUS-	EMOCIONES
INAPROPIADAS		APROPIADAS

1. Tristeza: Derivada de la Creencia Racional: "Es malo haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que no debería haber ocurrido"

-VERSUS-

1. Depresión: Derivada de la Creencia Irracional: "No debería haber sufrido esta pérdida y es terrible que sea así". Si se cree responsable de la pérdida se condena: "No soy bueno", y si la cree fuera de control las condiciones de vida son: "Es terrible"

2. Inquietud: Derivada de la Creencia Racional: "Espero que eso no suceda y sería mala suerte si sucediera"

-VERSUS-

2. Ansiedad: Derivada de la Creencia Irracional: "Eso no debería ocurrir, sería horrible si ocurre"

3. Dolor: Derivada de la Creencia Racional: "Prefiero no hacer las cosas mal, intentaré hacerlas mejor, si no ocurre ¡mala suerte!"

-VERSUS-

3. Culpa: Derivada de la Creencia Irracional: "No debo hacer las cosas mal y si las hago soy Malvado/a"

4. Disgusto: Derivada de la Creencia Racional: "No me gusta lo que ha hecho, y me gustaría que no hubiese ocurrido, pero otros pueden romper mis normas."

-VERSUS-

4. Ira: Derivada de la Creencia Irracional: "No debería haber hecho eso. No lo soporto y es un malvado por ello."



5. Desilusión: una persona siente desilusión cuando se comporta de manera “estúpida” en público, reconoce su acto estúpido pero se acepta a sí misma.

-VERSUS-

5. Vergüenza/apuro: Se siente vergüenza cuando alguien reconoce que se ha comportado “de forma estúpida” y se condena por algo que no debiera haber hecho. Estas personas a menudo creen que necesitan de la total aprobación de los demás.

Adquisición Y Mantenimiento De Los Trastornos Psicológicos.

Ellis, (1989) diferencia entre la ADQUISICIÓN de las creencias irracionales y el MANTENIMIENTO de las mismas. Con el término adquisición hace referencia a los factores que facilitan su aparición en la vida del sujeto. Estos serían:

a) Tendencia innata de los humanos a la irracionalidad: Los seres humanos tienen en sus cerebros sectores precorticales productos de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.

b) Historia de aprendizaje: Los seres humanos, sobretodo, en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio-familiares determinadas creencias irracionales.

También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetivos, pero debido a su tendencia innata puede convertirlas en creencias irracionales o exigencias.

Por otro lado con el término mantenimiento Ellis se refiere a los factores que explican la permanencia de las creencias irracionales una vez adquiridas. Se destacan tres factores (Ellis, 1989):

a) Baja tolerancia a la frustración: La persona, siguiendo sus exigencias de bienestar, practica un hedonismo a corto plazo ("Tengo que estar bien ya!") que le hacen no esforzarse por cambiar ("Debería ser más fácil").

b) Mecanismos de defensa psicológicos: Derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.



c) Síntomas secundarios: Derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios

y consisten en "Estar perturbados por la perturbación" (por ejemplo, "ansiedad por estar ansioso" "estoy ansioso y no debería estarlo").

En resumen se destaca el papel de la baja tolerancia a la frustración derivado de una creencia irracional de bienestar exigente o inmediato.

TEORÍA DEL CAMBIO TERAPÉUTICO:

En la TRE se distinguen varios focos y niveles de cambio (Ellis, 1989)
En cuanto a los focos del cambio, estos pueden estar en:

a) Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (p.e facilitar a un fóbico social un ambiente con personas no rechazantes y reforzantes de la conducta pro-social). Sería un cambio en el punto A del modelo A-B-C.

b) Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (p.e en el mismo fóbico medicar su ansiedad, enseñarle relajación para manejar su ansiedad, autorreforzarse positivamente sus logros sociales y exponerse gradualmente a las situaciones evitadas. Sería un cambio en el punto C del modelo A-B-C.

c) En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional. Aquí se distinguirían a su vez dos focos:

- Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas (p.e "Me voy a poner muy nervioso y no voy a poder quedarme en la situación")
- Creencias irracionales (p.e. "Necesito tener el afecto de la gente importante para mi... y no soporto que me rechacen").

Serían cambios en el punto B del modelo A-B-C.

Para Ellis (1989) los tres focos pueden, y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Y de hecho los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una terapia del tipo R.E.T. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobretudo en la modificación de creencias irracionales.



Por otro lado existen diferentes niveles en cuanto a la "profundidad" y generabilidad del cambio. Estos niveles serían:

- INSHIGT N° 1: Que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (Irracional) y no directamente de A.
- INSHIGT N° 2: Que el sujeto tome conciencia de como él mismo por auto doctrinación o autorrefuerzo mantiene la creencia irracional.
- INSHIGT N° 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias racionales mediante tareas intersesiones de tipo conductual, cognitivo y emocional.

La TRE en suma, recorre secuencialmente esos tres niveles; soliendo ser muy directiva (aunque no siempre) en los primeros niveles y permitiendo convertirse en un método de autoayuda, más cercano al fin del tercer nivel.

PRINCIPALES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN LA TRE

Ellis, (1989) clasifica las principales técnicas de la TRE en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

Técnicas Cognitivas

1- Detección: Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.

2- Refutación: Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener que?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.

3- Discriminación: El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.

4- Tareas cognitivas para casa: Se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación, cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de la TRE.



5- Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta ("por ejemplo en vez de decir No puedo, decir, Todavía no pude..")

6- Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

7- Técnicas de imaginación: Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:

La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

La proyección en el tiempo: el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.

Hipnosis: Técnicas hipnosuggestivas en conjunción con frases racionales.

Técnicas Emotivas:

1- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.

2- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3- 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, pero imperfecto.

4- Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc... para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

5- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.



6- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (por ejemplo "Pedir tabaco en una frutería")

7- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (por ejemplo hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).

8- Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.

9- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

Técnicas Conductuales:

1- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.

2- Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.

3- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.

4- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.

5- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

Como se pudo ver, en éste capítulo se describieron los principales conceptos que utilizó Ellis en su teoría, también se vieron las diferentes técnicas para lograr un tratamiento que enfrente a las personas con sus ideas irracionales a fin de ayudarlas a tener una mejor calidad de vida. Estas técnicas y conceptos ayudarán en el siguiente apartado, ya que se verá un caso específico tratado con ésta técnica.



ANÁLISIS

“La muerte pertenece a la vida igual que el nacimiento. Para andar no sólo levantamos el pie; también los bajamos”

-TAGORE, de pájaros errantes, (KÜBLER-ROSS, 1993).

Aún cuando en los últimos tiempos la ciencia y la tecnología han avanzado a pasos agigantados en beneficio de la sociedad, para la preservación y cuidado de la vida, estos avances nunca serán suficientes como para inmortalizar la raza, es por eso que la idea de la muerte siempre ha sido y probablemente seguirá siendo un tema desagradable para el hombre, tal vez porque la muerte nunca es posible respecto a él, la idea de que no es inmortal, de que algún día morirá y de que ya no estará aquí, lo aterra cuando lo piensa.

Aunque depende mucho de cada cultura, la muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador, es un miedo universal, aunque se crea que se ha llegado a dominar en numerosos aspectos.

Ahora bien, si pensar en el propio fin es difícil, más aún cuando se trata de pensar que algún ser querido algún día ya no estará, esta es una de las más dolorosas experiencias para el hombre, la separación definitiva de aquellos a quienes se ama. En realidad esta vivencia no es ajena a ninguna persona, ya que la muerte es un proceso ineludible, todo lo que nace algún día muere; se podría decir que desde el nacimiento todos son enfermos terminales, sin embargo no se es capaz de aceptar que esa es la realidad, pues diariamente se esta expuesto a diversas situaciones que ponen en riesgo la vida, no se puede firmar un contrato que garantice que el día de hoy no va a pasar nada, no se compra la vida, no se tiene garantía como cuando se compra o renta una casa o un coche.

Dentro de éste contexto, la pérdida de algún miembro representa una crisis familiar, es un suceso que responde a una crisis circunstancial, el cual lesiona severamente la estabilidad de éste sistema.

Ahora bien, este periodo de crisis se torna más crudo y hostil si la muerte del ser querido es anunciada. Y si bien, una enfermedad terminal constituye en cierto modo una muerte esperada, el impacto es inevitable, desatando según González, (2005) (en Silva, 2003), una crisis entre el paciente terminal y sus consanguíneos al no poder sobrellevar el dolor de una pérdida inminente.



La futura muerte de un miembro de la familia enfrenta a la totalidad de la misma, con una amenazante crisis en la que todos los involucrados reaccionan en formas características. Como ya se vio, las respuestas son variables y pueden ser más o menos compatibles unas con otras y con las necesidades del momento; así, algunos de los miembros pueden estar aun más angustiados que el propio enfermo.

Las reacciones individuales y el tiempo en que cada persona tarde en aceptar la muerte del familiar dependerán del vínculo real que le una con el desahuciado. Al respecto, Sarabia y Hernández, 2001 (Ibíd.), plantean que el grado de afección de toda la familia estará en función de quién sea el miembro que padece la enfermedad. Así por ejemplo, la muerte de un padre implica no sólo el impacto de perderlo sino la ausencia del sostén económico y social; siendo que el fallecimiento de un hijo es aún más impactante y doloroso pues rompe los esquemas del ciclo familiar en el cual son los hijos quienes verán morir a sus progenitores.

Aunado al factor *quién muere, y que papel desempeña en la familia* Fonnegra (2001), agrega otros que ayudan a comprender el grado de lesión familiar:

De qué y cómo muere, es decir, la forma como sobreviene la muerte, si es inesperada o si el desenlace es producto de una enfermedad, de qué tipo y porqué surgió, si se pudo o no haber prevenido.

Los valores y creencias familiares, donde la familia le otorga un significado a la enfermedad en curso y a la muerte consiguiente; cuáles son sus actitudes y posturas frente al morir y el más allá.

El funcionamiento familiar previo a la enfermedad, siendo que la reacción será totalmente diferente si se trata de una familia con buenas relaciones, cercana, respetuosa de las diferencias individuales entre sus miembros, o si se trata de una familia con vínculos rotos o lesionados, conflictiva y/o con patrones de comunicación insanos.

Los recursos a que puede acudir en momentos de crisis, por ejemplo, la solides, generosidad y disponibilidad con que cuenta, la red de apoyo emocional y financiero, si es permitido o no solicitar ayuda, etc.



El momento en que ocurre la pérdida, no sólo se refiere al momento del ciclo vital, es decir, si el que se muere es un bebé, un niño, un adolescente, un joven maduro o un anciano –sino también al momento emocional en que se llega la pérdida: ¿Han ocurrido otras experiencias cercanas de duelo? ¿Esta muerte viene a ser una pérdida más en la época dura y difícil, o por el contrario, coincide con un buen momento afectivo, estable y próspero?

Sin embargo, independientemente de las circunstancias en que se presente ésta crisis familiar, ella amerita la congregación de sus integrantes solicitando de ellos tiempo de reunión y movilización de los recursos, incluso de miembros lejanos y amigos de la familia dispuestos a ofrecer ayuda y apoyo activo.

La familia forma parte esencial de esta etapa determinante, una enfermedad terminal confiere un proceso donde ésta puede ayudar al paciente en la transición que está experimentando, convirtiéndose en su fuente de apoyo, de intimidad, compañía y consuelo, respaldándolo para que éste no quede solo.

La presencia de la enfermedad terminal en un miembro de la unidad familiar supone un fuerte impacto emocional en ella y la obliga a un momento de cambio, en el que sus miembros desarrollan una serie de ajustes que afectan a múltiples esferas (emocional, social, estructural, etc.).

Muchas de las dificultades a las que se enfrentan los familiares giran en torno al colapso en la comunicación, el aislamiento de los miembros, la redistribución de los papeles y la confusión personal debido a la atmósfera de tensión y desesperación en la que se ve envuelta la familia. Por tal motivo, es conveniente evitar en lo posible este tipo de situaciones y ayudar a su resolución en el caso de que se presenten.

Como se vio anteriormente, un factor que inhibe una interacción adecuada entre el paciente y los familiares es el miedo a la muerte y a sus consecuencias en cada uno de los integrantes; así, muchas familias reaccionan a sus propios miedos involucrándose en una aflicción anticipada, viendo al paciente como si ya estuviese muerto, cuando aún no es el momento de afligirse por ese motivo.

El proceso de comunicación en la familia no se refiere solo a la capacidad y permisividad para hablar de los hechos relacionados con la enfermedad y la forma de manejar los distintos problemas que se van presentando; este incluye la creación de un clima apropiado que permita y anime la expresión abierta de los sentimientos individuales en cada uno de los miembros.



De este modo, se puede observar que ante una enfermedad terminal hay dos circunstancias que se entrecruzan: el vivir y morir dignamente: Un buen vivir, en este punto, es conservar la mejor calidad de vida posible; el no padecer dolor, el poder permanecer en la propia casa, el poder valerse por así mismo, dadas las circunstancias, es calidad de vida. Un buen morir, es poder estar con tranquilidad y aceptación en el deceso final, tanto el paciente como su familia, es contribuir en pro una calidad muerte (Silva, 2003).

Es importante tener en consideración lo vulnerable de la situación, y en ese sentido, proporcionar estrategias de afrontamiento que respondan al llamado de desesperación de los allegados al ver con impotencia a su ser amado a la antesala de la muerte.

Así mismo es menester del psicólogo brindar a los familiares de pacientes terminales alternativas que le permitan guiar su vida en medio de un camino de oportunidades, de aprendizaje y crecimiento. Precisamente en respuesta a ésta demanda, el propósito del presente trabajo es proponer una intervención terapéutica de primer orden a los familiares de estos pacientes, utilizando como técnica la Solución de Problemas que corresponde a este tipo de intervención, y será apoyada por la Terapia Racional Emotiva, que como se describió en el capítulo V, subraya la importancia de identificar las ideas erróneas y contrastarlas con la realidad, consiguiendo así un mejor manejo de las emociones, fundamentalmente en estas circunstancias. Así por ejemplo, éste enfoque asume que no es la pérdida en sí misma la que causa el sufrimiento de la familia, sino las interpretaciones que sus miembros hagan de ella.

La técnica de solución de problemas va encaminada a producir una conducta efectiva en términos de las respuestas que da un individuo ante situaciones problemáticas en ambientes sociales, académicos, laborales y otros en los que una conducta efectiva se considere importante. Se define la conducta efectiva como “una respuesta, o patrón de respuestas, que alteran la situación de tal manera que ésta deja de ser problemática, y al mismo tiempo, produce un máximo de consecuencias positivas y un mínimo de negativas”.

Por tanto el objetivo es identificar la alternativa más efectiva. La técnica consiste en cinco pasos: 1. Orientación general. 2. Definición del problema y formulación, 3. Generación de alternativas, 4. Toma de decisiones y 5. Verificación.



Según Ellis (1979, 1984), (en Ellis, 1989), la TRE es un tipo de psicoterapia activa-directiva en la que los terapeutas llevan a sus clientes a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos y les demuestran que pueden enfrentarse y cambiar sus acciones irracionales perturbadoras, procuran enseñar a sus clientes cómo llegar a ser cada uno su propio terapeuta una vez que terminan las sesiones formales de terapia Ellis (1979, 1984), (en Ellis, 1989).

Se recomienda a los terapeutas TRE que adopten un estilo activo-directivo con la mayoría de sus clientes y particularmente con aquellos que están muy perturbados y presentan gran resistencia, pero como no todos los autores están de acuerdo con esta idea, es importante evitar: 1) un estilo de interacción demasiado emotivo y amigable con clientes histéricos, 2) un estilo demasiado intelectual con clientes “obsesivo-compulsivos”, 3) un estilo demasiado directivo con clientes que temen ser autónomos y 4) un estilo demasiado activo con clientes que son muy pasivos.

Debido a que la intervención aquí propuesta es de primer orden, sólo se llevará a cabo una sesión, en la cual se pretende sacar a la familia de la crisis por la que atraviesa en ese momento reduciendo la mortalidad, buscando posibles “soluciones” o “alternativas”, para que ésta no pierda su homeostasis.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Primeramente el psicólogo se dará a conocer ante la familia, detallando los motivos que justifican su presencia. Durante su presentación, éste hará manifiesta su plena disposición para brindar su ayuda incondicional a quien sea y cuando así lo requiera, al tiempo que reiterará la confidencialidad de su trabajo (en esta parte se utiliza la técnica emotiva de aceptación incondicional del paciente). Establecerá además el respeto como regla principal de la intervención.

Paso 1. Orientación general.

En esta primera fase se les pide a los familiares que hagan un relato del momento en que se notifica el diagnóstico del virus del VIH a su familiar y expresen abiertamente sus sentimientos respecto al suceso. De esta manera se estará trabajando en el punto A de los cinco componentes de la intervención en crisis, realización del contacto psicológico (visto en el Capítulo I).



A continuación el terapeuta interviene de manera que ayude a los familiares a:

- Reconocer y aceptar la existencia de situaciones problemáticas.
- Inhibir cualquier tendencia a actuar impulsivamente o bien quedarse “sin hacer nada”
- Identificar los eventos externos que generan dificultades
- Mostrarles que tienen la habilidad para resolver las situaciones problemáticas

Finalmente se describen y discuten la naturaleza y objetivos del entrenamiento en solución de problemas.

Paso 2. Definición del problema y formulación.

En esta parte, se define el problema en términos claros y específicos, estudiando la situación, buscando los elementos más importantes y describiendo los hechos en términos claros y concretos, se busca que el sujeto vea como importante algunos aspectos considerados hasta entonces como irrelevantes.

Posteriormente se formulan los objetivos meta para la solución de problemas.

Paso 3. Generación de alternativas

En este apartado se intenta a través de un proceso creativo y/o de recuerdo de desarrollar posibles soluciones. Se pueden recordar antiguas soluciones en situaciones similares, también se pueden combinar elementos de diferentes respuestas para aplicarlas a situaciones nuevas. Se le solicita al sujeto que dé respuestas asociativas con respecto a la situación específica, lo importante es impedir bloqueos que inhiban el proceso asociativo, lo cual se logra no juzgando las posibles alternativas, por ello se utiliza frecuentemente la técnica de “lluvia de ideas”. El principio básico es que la cantidad puede mejorar la calidad, esto es, mientras más alternativas genere el sujeto, es mayor la probabilidad de llegar a la mejor solución posible.

Paso 4. Toma de decisión.

Es la fase más difícil ya que se basa en las expectativas del sujeto acerca de las posibles consecuencias de las diversas alternativas generadas. Se le solicita al sujeto que anticipe, en la medida de sus posibilidades, las posibles consecuencias de cada alternativa que parezca tener las mayores posibilidades de resolver satisfactoriamente el problema y que, a su vez, maximiza las consecuencias positivas y minimicen las negativas.



Se le pide al sujeto que se haga a sí mismo la pregunta:

Si tomara ésta alternativa. ¿Cuáles serían las cosas que probablemente pasarían como resultado de mi decisión? Se le indica que considere las consecuencias en las categorías: personal, social, a corto y a largo plazo.

Paso 5. Verificación.

Por último y suponiendo que el sujeto realizó la alternativa de solución que se seleccionó, se le pide que verifique su alternativa observando cuales fueron las diversas consecuencias de su acción y comparando este resultado con el esperado con base en el cual se tomó la decisión.

Cabe señalar que la meta de la estrategia de solución de problemas NO es enseñar respuestas específicas en situaciones específicas, sino mostrar una estrategia general para la solución de problemas aplicable a cualquier problema, ya sea personal o de interacción social.

Es importante destacar que durante la sesión, el terapeuta debe hacer ver las ideas irracionales de los familiares, explicarles cual es su naturaleza y sugerirles que las cambien por ideas racionales, ya que de esta manera se darán cuenta de que muchos de sus juicios y aparentes problemas se derivan de ellas.



Presentación del Caso de María

“ASÍ ME TOCÓ VIVIR”

Ella se llama María, proviene de una familia humilde donde las carencias y los maltratos de su padre hacia su madre, sus 2 hermanas y a ella nunca faltaron. Se casó enamorada a los 18 años, conoció a Felipe cuando caminaba de regreso a su casa después de ir a vender los tamales que su madre preparaba para solventar los gastos de la casa, pues su padre las había abandonado hacia 8 años para irse con otra mujer. Nunca le preguntó a su madre sobre como se sentía y ella nunca mostraba sus sentimientos, aunque María a veces la sorprendía viendo viejos álbumes de fotografías y derramar una que otra lágrima, que trataba de secar rápidamente cuando veía que su hija la observaba y cuando salía el tema siempre respondía “así me tocó vivir”. Asumió entonces que el ser mujer era aguantar los desplantes y maltratos de los maridos con tal de tenerlos contentos y al lado de una.

Pero al parecer todo era diferente con su enamorado, Felipe siempre se mostró respetuoso y cariñoso con ella, se hicieron novios y se casaron al cabo de 4 meses. Los primeros meses de matrimonio transcurrieron sin mayor problema, hasta que un día él llegó borracho y al pedirle ella una explicación, éste la golpeo por primera vez, arrepintiéndose al poco rato y pidiendo disculpas a su esposa, al día siguiente llegó con rosas para ella, ésta situación se fue repitiendo cada vez con mayor frecuencia, pero él ya no se disculpaba ni le traía obsequios, por el contrario, la humillaba y le decía que todo era su culpa, que ella lo provocaba. La madre de María al enterarse de los hechos, aconsejó a su hija no pelear más con su marido y que no lo cuestionara si quería mantenerlo a su lado para que no fuera una mujer abandonada como ella, que no supo mantener a su padre, lo cual desalentó a María y orilló a no hacer nada.

María decidió embarazarse con la esperanza de que el nacimiento de su hijo cambiaría las cosas, pero no le resultó en ninguna de las 2 ocasiones, su marido llegó incluso a golpearla cuando estaba embarazada; cuando sus dos hijos (un niño de 6 y una niña de 4) le preguntaba porque lloraba cuando su esposo se iba a trabajar ella no decía nada, el niño un día le preguntó que porque no acusaba a su papá a la policía como en la tele y ella le respondió, “no te preocupes hijo, vamos a estar bien, tu papá es bueno sólo que a veces lo hago enojar un poco, pero ni modo, así me toco vivir...”



Su marido los dejó un día después, ella lo asumió con mucha fortaleza y sus hijos no la vieron llorar por su pérdida. Al cabo de 2 años conoce a Juan, quien la seduce y la enamora, 2 meses después la convence de dejar a sus hijos con su madre e irse a vivir con él.

Juan era adicto a la cocaína y la indujo al vicio también a ella, 6 meses más tarde, cuando tenía 3 meses de embarazo, se enfermó de la garganta, se complicó más y más, acudió al centro de salud pero las enfermeras ni el médico sabían que era lo que tenía, hasta que otro médico le recomendó que se hiciera la prueba de Elissa, para detectar si era portadora del virus del VIH, ya que se dio cuenta de que era adicta a alguna droga, ella sin saber que hacer le comentó a Juan, quien la abandonó un día después. Aterrada por la sospecha de ser portadora del virus del VIH y porque además estaba embarazada acudió a ver a su madre, sin decirle nada sobre el tema, la saludó y pidió perdón por todo lo malo que había hecho, abrazó a sus niños y prometió regresar al siguiente día por ellos.

Acudió a hacerse la prueba de Elissa, los resultados se los entregaron dos días después, el médico le pidió que lo acompañara a su consultorio para darle el diagnóstico, y al escucharlo casi desmaya de la impresión, María era portadora del VIH, el médico trato de calmarla y ella hacia como que lo escuchaba pero otras cosas eran las que pasaban por su mente “que va a pasar con mi bebé, cómo le voy a decir a mis hijos y a mi madre”.

Salió del consultorio y vio un cartel pegado afuera, decía “no estás solo, nosotros te acompañamos, (venía el nombre de la institución, los teléfonos y la dirección) ayuda a niños con VIH-SIDA y apoyo psicológico para adultos” se comunicó de inmediato, y es aquí donde empieza la intervención en crisis por parte de los especialistas de ésta institución y donde se utiliza el primer componente de la intervención en crisis, “La realización del contacto psicológico” visto en el capítulo I.

A continuación se relata dicha intervención, para lo cual se utilizará una T para referirse al Terapeuta y una P para referirse a la paciente.

T: Buenos días te atiende Karina, ¿en qué puedo ayudarle?

P: Hola, llamo para pedir informes

T: Si dígame ¿qué necesita?



P: Tengo SIDA, me voy a morir, estoy embarazada y mi bebé también morirá ...llanto...

T: ¿Cómo te llamas?

P: María

T: Bueno María, ¿tienes el diagnóstico confirmado por un médico, cuando te lo dieron?

P: Esta tarde ...llanto...

T: Ok, eres portadora del virus de VIH, y el hecho de que seas portadora del virus, no quiere decir que morirás pronto, actualmente existen medicamentos que permiten llevar una buena calidad de vida.

P: ¿Y mis chiquitos? Ayer los vi y los abracé, que tal si los contagié, ya no podré verlos.

T: El virus no se contagia, éste se transmite sólo por tres vías: contacto sexual, sanguíneo, lactancia o en el vientre de la madre, ¿Cuánto tiempo tienes de embarazo?

P: tres meses, mi bebé morirá ...llanto...

T: Actualmente gracias a los medicamentos, se puede hacer todo lo posible para que el bebé no se infecte con el virus, pero es necesario que estés bajo observación médica y podremos saber si es portador o no hasta que nazca.

P: ¿Ustedes me pueden ayudar? Es que... no sé cómo decirle a mi familia... que van a decir de mí.

T: Claro que sí, si lo deseas puedes venir tu primero a una sesión, te informaremos y resolveremos todas tus dudas para que a la hora de enfrentar la noticia con tu familia estés bien informada y te muestres segura y ecuánime ante la situación, esto dará alivio a tus familiares, al verte fuerte y entera sentirán deseos de mostrarse tan fuertes como tú. Nuestros servicios son gratuitos y estamos para ayudarte, siempre y cuando te comprometas a asistir.

P: Está bien, pero hoy quiero descansar y estar sola un rato, ¿puedo ir mañana?

T: Claro que si, te esperamos, en la tarde, ¿a que hora puedes?

P: A las 4 de la tarde

T: Esta bien aquí te esperamos, ¿ya estás más tranquila o quieres que te ayude en otra cosa?

P: Estoy mejor gracias por darme una esperanza.



Segunda parte de la intervención en crisis en el caso de María

Al día siguiente llegó María un poco retrasada, comentó que ya no sabía si asistir o no, que ya no quería pero que se puso a pensar en sus hijos, lamentó haberlos abandonado por aquel hombre, se sintió culpable y decidió asistir como para compensar en algo el daño que les hizo. Platicó de su infancia, de sus padre y su relación, de su anterior matrimonio y de Juan, que era quién la había infectado, pero él no le importaba sino su familia. Se platicó con ella acerca del VIH-SIDA, desde sus inicios, las formas de transmisión, los medicamentos, los cuidados etc., de ésta manera, se le informó, acompañó y brindó escucha activa a su historia. En ésta sesión se llevaron a cabo el segundo y tercer componente de la intervención en crisis: Analizar las dimensiones del problema y sondear las posibles soluciones o alternativas en este caso. En cuanto al componente tres: asistir en la ejecución de pasos concretos, se le ayudó a la paciente a tomar decisiones, una de ellas eran informarle a su familia acerca del diagnóstico, conseguir un trabajo que le proporcionara el servicio médico y sentirse cada día mejor con sus logros.

Todavía se trabajó con ella durante dos semanas y al cabo de éstas ya se sentía muy recuperada y ya tenía trabajo, estaba decidida a dar el siguiente paso: informar a su familia.

Tercera parte de la Intervención en crisis, en el caso de María

Asistieron a ésta sesión: María, sus dos hijos, su mamá y una de sus hermanas con uno de sus hijos, a los niños se les llevó a otra sala con juguetes y bajo la supervisión de otra terapeuta.

Se utilizarán las siguientes letras para abreviar los nombres:

T: Terapeuta

M: María

MM: Madre de María

HM: Hermana de María

T: bueno, antes que nada permítanme presentarme, soy la Psicóloga Karina Alonso, usted debe ser la madre de María y tú debes ser su hermana, ella me ha platicado mucho acerca de ustedes, las quiere y les agradece su apoyo. Yo les agradezco mucho su presencia, ya que ésta es vital para poder a ayudar a María, a quien le cedo la palabra.



M: Si, bueno... pues gracias mamá y gracias hermana por acompañarme, yo no les he comentado de que se trata todo esto pero ahora lo haré con la ayuda de la Psicóloga, ya que es un tema delicado y espero que me entiendan. Hace tres meses, cuando dejé a mis hijos, fue porque conocí a Juan, me fui a vivir con él porque pensé que él me daría todo el amor que ni mi padre ni Felipe me habían dado, vivimos muchas cosas juntos, pero el era drogadicto y yo también la consumía, pero eso ya no importa ahora.

MM: ¿Ah sí? Y que es lo que importa entonces ¿con qué nos vas a salir ahora?

T: Señora deje terminar de hablar a su hija, cuando ella termine usted tendrá la misma oportunidad de expresarse.

M: Bueno, se que no tengo justificación e hice mal. Pero no me juzguen por favor... llanto... Estoy enferma... soy portadora del VIH...

MM: ¿Mi hija tiene SIDA? ¿Se va a morir? ...llanto...

T: No sabemos cuando morirá, nadie de nosotros sabemos cuando moriremos, ¿o usted si? (la madre se tranquiliza un poco para responder)

MM: No, pero esa enfermedad mata, yo he escuchado eso...

T: Ahora bien, no es lo mismo desarrollar el SIDA, que ser portadora del virus del VIH. Esto es lo que pasa: Los seres humanos tenemos un sistema inmune que es el que nos protege de las enfermedades y los virus que nos atacan, el virus el VIH es muy complejo, ya que utiliza células de nuestro cuerpo para reproducirse, atacando al mismo tiempo células que nos protegen, así se debilita nuestras defensas o sistema inmune, haciéndonos más vulnerables y fáciles de atacar. El SIDA se desarrolla cuando enfermedades oportunistas, es decir las que nos atacan porque estamos débiles, se complican, pero para esto existen medicamentos que nos ayudan a estar fuertes y protegidos.

Su hija es portadora del VIH, no tiene SIDA (los ánimos se empiezan a calmar un poco, incluso para la hermana que empezaba a sollozar).

MM: Te lo mereces por mujer fácil, te fuiste con ese hombre y abandonaste a tu familia, pues ahora tienes tu merecido, quien sabe en que condiciones te tenía viviendo.

T: Esta enfermedad no respeta sexo, nivel socioeconómico, nivel de estudios o edad, cualquier persona que se exponga a situaciones de riesgo puede contraer la enfermedad, vía sanguínea, lactancia, actividades sexuales sin protección o del útero de la madre al bebé.

HM: ¿Entonces que pasará con su bebé, se va a morir?



M: Los médicos van a hacer todo lo posible para que el bebé nazca bien, pero no hay garantía de nada hasta que nazca, incluso durante los primeros años de vida.

MM: Pero el tratamiento es muy caro, no podremos pagarlo.

M: Ya tengo trabajo y ahí me van a dar el Seguro, esto disminuirá los gastos.

HM: Cuando se enteren de que tienes SIDA, te van a correr y entonces si ¿quien te va a dar los medicamentos?

T: Es un delito que la corran o la discriminen por su condición, si eso llegara a suceder, nosotros contamos con apoyo legal para informarles en cuanto al proceso.

HM: Que va a pasar con los niños, no podrás acercarte a ellos, están muy chiquitos e indefensos, yo no quiero que vivas con nosotros, ni que tus niños contagien a los míos.

T: Les repito que el virus del VIH no se contagia, no es como contagiar una gripa, y no transmite por besos, abrazos, saludo de mano etc, únicamente las vías que ya les mencioné.

MM: ¿Está segura? Porque mi comadre me contó el otro día que a su vecina la contagiaron el SIDA por beber del mismo vaso.

T: Esos son mitos, o ¿a usted le consta? Nosotros somos especialistas en el tema y le puedo asegurar que si María se toma el medicamento como lo indique el doctor y se le dan los cuidados pertinentes, podrá vivir con muy buena calidad de vida por muchos años, haciéndose responsable de sus actos y aceptando que su condición de vida ha cambiado no puede poner en riesgo la vida de otras personas aventurándose a tener relaciones sexuales sin protección.

M: si, eso me queda claro, yo no quiero que nadie sufra lo que yo estoy sufriendo, ni siquiera el maldito que me infectó.

T: Nada más recuerda que nosotros mismos nos exponemos a situaciones de riesgo, por lo tanto debemos ser responsables y asumir las consecuencias y está muy bien que sustituyas la palabra contagio por otras correctas.

M: tienes razón, el me infectó, pero yo decidí irme con él, acostarme con él, no cuidarme y embarazarme.

MM: Pues es que ni modo así te tocó vivir hija.

T: No señora, cada quién elige cómo vivir y como confrontar los malos momentos o crisis, ustedes por ejemplo tienen la opción de apoyar a su hija y ayudarla, asumir la situación de frente, para que eso les ayude a ser mejores seres humanos y les brinde nuevas herramientas para vivir o pueden también echarse a llorar o recriminar a María por sus malas decisiones, lo cual no ayuda en nada a mejorar.



HM: Tiene razón, es nuestra familia y no podemos dejarla sola, pero es que es muy difícil aceptar su enfermedad, ¿que va a decir la gente?

T: Nadie más que ustedes tiene porque enterarse si no quieren, la mayoría de las reacciones ante esta enfermedad son de rechazo, repudio o discriminación, pero eso se debe a que la gente está mal informada en cuanto al tema y de las ideas negativas o prejuicios que nos ponemos ante situaciones, un autor dijo: *“No son los hechos los que dañan, sino toda interpretación que nosotros les damos”* Como en este caso ustedes reaccionaron de manera alarmante y haciendo juicios de su hermana, sin darse cuenta de que éstas ideas “irracionales” limitan la perspectiva de las cosas y hacen que en vez de ayudar, hagan las cosas más difíciles, por eso les recomiendo que cada vez que les surja una duda, se comuniquen con nosotros, estamos para servirles, ayudarlas y acompañarlas en este proceso si así lo desean. O pregúntense ustedes mismas ¿Esta idea que tengo, es racional? ¿Me consta? ¿Quién lo dice? ¿En que se basa? Estas preguntas les serán útiles.

HM: Si, muchas gracias por todo, porque a lo mejor ahorita todo está claro, pero cuando salgamos de aquí, o estemos en nuestras casas nos surgirán dudas, no está superado aún, será difícil pero usted nos ofrece alternativas con las que podemos salir adelante.

MM: Si, muchas gracias, por su tiempo y su apoyo.

M: Gracias Karina, estamos en contacto entonces.

T: Por supuesto, y gracias a ti por confiar en nosotros y acercarte, estamos para ayudarte. Que les vaya muy bien.

Como se vio en el anterior caso, las ideas irracionales invaden los pensamientos de las familias involucradas con el diagnóstico, al enterarse de éste, son éstas las que pasan primero por sus mentes, por tal, es la necesidad de brindarles una primera ayuda psicológica para que conforme vayan surgiendo las dudas e ideas irracionales el terapeuta las confronte e informe de la manera correcta acerca de la enfermedad, el tratamiento, y sobre como cambiará su vida a partir de ese momento, dando alternativas de mejora y apoyo incondicional, explicando que son éstas ideas sin fundamentos que se tienen gracias a la ignorancia en torno a la enfermedad, las que entorpecen el afrontamiento con ella, y que es más fácil salir de una crisis cuando se está bien informado acerca de los acontecimientos que la rodean.

Si bien cada persona y cada caso es diferente, se trató de ilustrar con el anterior, como se llevaría a cabo la intervención en crisis con la técnica de solución de problemas apoyada por la TRE.



Presentación del Caso de María

“ASÍ ME TOCÓ VIVIR”

Ella se llama María, proviene de una familia humilde donde las carencias y los maltratos de su padre hacia su madre, sus 2 hermanas y a ella nunca faltaron. Se casó enamorada a los 18 años, conoció a Felipe cuando caminaba de regreso a su casa después de ir a vender los tamales que su madre preparaba para solventar los gastos de la casa, pues su padre las había abandonado hacia 8 años para irse con otra mujer. Nunca le preguntó a su madre sobre como se sentía y ella nunca mostraba sus sentimientos, aunque María a veces la sorprendía viendo viejos álbumes de fotografías y derramar una que otra lágrima, que trataba de secar rápidamente cuando veía que su hija la observaba y cuando salía el tema siempre respondía “así me tocó vivir”. Asumió entonces que el ser mujer era aguantar los desplantes y maltratos de los maridos con tal de tenerlos contentos y al lado de una.

Pero al parecer todo era diferente con su enamorado, Felipe siempre se mostró respetuoso y cariñoso con ella, se hicieron novios y se casaron al cabo de 4 meses. Los primeros meses de matrimonio transcurrieron sin mayor problema, hasta que un día él llegó borracho y al pedirle ella una explicación, éste la golpeo por primera vez, arrepintiéndose al poco rato y pidiendo disculpas a su esposa, al día siguiente llegó con rosas para ella, ésta situación se fue repitiendo cada vez con mayor frecuencia, pero él ya no se disculpaba ni le traía obsequios, por el contrario, la humillaba y le decía que todo era su culpa, que ella lo provocaba. La madre de María al enterarse de los hechos, aconsejó a su hija no pelear más con su marido y que no lo cuestionara si quería mantenerlo a su lado para que no fuera una mujer abandonada como ella, que no supo mantener a su padre, lo cual desalentó a María y orilló a no hacer nada.

María decidió embarazarse con la esperanza de que el nacimiento de su hijo cambiaría las cosas, pero no le resultó en ninguna de las 2 ocasiones, su marido llegó incluso a golpearla cuando estaba embarazada; cuando sus dos hijos (un niño de 6 y una niña de 4) le preguntaba porque lloraba cuando su esposo se iba a trabajar ella no decía nada, el niño un día le preguntó que porque no acusaba a su papá a la policía como en la tele y ella le respondió, “no te preocupes hijo, vamos a estar bien, tu papá es bueno sólo que a veces lo hago enojar un poco, pero ni modo, así me toco vivir...”



Su marido los dejó un día después, ella lo asumió con mucha fortaleza y sus hijos no la vieron llorar por su pérdida. Al cabo de 2 años conoce a Juan, quien la seduce y la enamora, 2 meses después la convence de dejar a sus hijos con su madre e irse a vivir con él.

Juan era adicto a la cocaína y la indujo al vicio también a ella, 6 meses más tarde, cuando tenía 3 meses de embarazo, se enfermó de la garganta, se complicó más y más, acudió al centro de salud pero las enfermeras ni el médico sabían que era lo que tenía, hasta que otro médico le recomendó que se hiciera la prueba de Elissa, para detectar si era portadora del virus del VIH, ya que se dio cuenta de que era adicta a alguna droga, ella sin saber que hacer le comentó a Juan, quien la abandonó un día después. Aterrada por la sospecha de ser portadora del virus del VIH y porque además estaba embarazada acudió a ver a su madre, sin decirle nada sobre el tema, la saludó y pidió perdón por todo lo malo que había hecho, abrazó a sus niños y prometió regresar al siguiente día por ellos.

Acudió a hacerse la prueba de Elissa, los resultados se los entregaron dos días después, el médico le pidió que lo acompañara a su consultorio para darle el diagnóstico, y al escucharlo casi desmaya de la impresión, María era portadora del VIH, el médico trato de calmarla y ella hacia como que lo escuchaba pero otras cosas eran las que pasaban por su mente “que va a pasar con mi bebé, cómo le voy a decir a mis hijos y a mi madre”.

Salió del consultorio y vio un cartel pegado afuera, decía “no estás solo, nosotros te acompañamos, (venía el nombre de la institución, los teléfonos y la dirección) ayuda a niños con VIH-SIDA y apoyo psicológico para adultos” se comunicó de inmediato, y es aquí donde empieza la intervención en crisis por parte de los especialistas de ésta institución y donde se utiliza el primer componente de la intervención en crisis, “La realización del contacto psicológico” visto en el capítulo I.

A continuación se relata dicha intervención, para lo cual se utilizará una T para referirse al Terapeuta y una P para referirse a la paciente.

T: Buenos días te atiende Karina, ¿en qué puedo ayudarle?

P: Hola, llamo para pedir informes

T: Si dígame ¿qué necesita?



P: Tengo SIDA, me voy a morir, estoy embarazada y mi bebé también morirá ...llanto...

T: ¿Cómo te llamas?

P: María

T: Bueno María, ¿tienes el diagnóstico confirmado por un médico, cuando te lo dieron?

P: Esta tarde ...llanto...

T: Ok, eres portadora del virus de VIH, y el hecho de que seas portadora del virus, no quiere decir que morirás pronto, actualmente existen medicamentos que permiten llevar una buena calidad de vida.

P: ¿Y mis chiquitos? Ayer los vi y los abracé, que tal si los contagié, ya no podré verlos.

T: El virus no se contagia, éste se transmite sólo por tres vías: contacto sexual, sanguíneo, lactancia o en el vientre de la madre, ¿Cuánto tiempo tienes de embarazo?

P: tres meses, mi bebé morirá ...llanto...

T: Actualmente gracias a los medicamentos, se puede hacer todo lo posible para que el bebé no se infecte con el virus, pero es necesario que estés bajo observación médica y podremos saber si es portador o no hasta que nazca.

P: ¿Ustedes me pueden ayudar? Es que... no sé cómo decirle a mi familia... que van a decir de mí.

T: Claro que sí, si lo deseas puedes venir tu primero a una sesión, te informaremos y resolveremos todas tus dudas para que a la hora de enfrentar la noticia con tu familia estés bien informada y te muestres segura y ecuánime ante la situación, esto dará alivio a tus familiares, al verte fuerte y entera sentirán deseos de mostrarse tan fuertes como tú. Nuestros servicios son gratuitos y estamos para ayudarte, siempre y cuando te comprometas a asistir.

P: Está bien, pero hoy quiero descansar y estar sola un rato, ¿puedo ir mañana?

T: Claro que si, te esperamos, en la tarde, ¿a que hora puedes?

P: A las 4 de la tarde

T: Esta bien aquí te esperamos, ¿ya estás más tranquila o quieres que te ayude en otra cosa?

P: Estoy mejor gracias por darme una esperanza.



Segunda parte de la intervención en crisis en el caso de María

Al día siguiente llegó María un poco retrasada, comentó que ya no sabía si asistir o no, que ya no quería pero que se puso a pensar en sus hijos, lamentó haberlos abandonado por aquel hombre, se sintió culpable y decidió asistir como para compensar en algo el daño que les hizo. Platicó de su infancia, de sus padre y su relación, de su anterior matrimonio y de Juan, que era quién la había infectado, pero él no le importaba sino su familia. Se platicó con ella acerca del VIH-SIDA, desde sus inicios, las formas de transmisión, los medicamentos, los cuidados etc., de ésta manera, se le informó, acompañó y brindó escucha activa a su historia. En ésta sesión se llevaron a cabo el segundo y tercer componente de la intervención en crisis: Analizar las dimensiones del problema y sondear las posibles soluciones o alternativas en este caso. En cuanto al componente tres: asistir en la ejecución de pasos concretos, se le ayudó a la paciente a tomar decisiones, una de ellas eran informarle a su familia acerca del diagnóstico, conseguir un trabajo que le proporcionara el servicio médico y sentirse cada día mejor con sus logros.

Todavía se trabajó con ella durante dos semanas y al cabo de éstas ya se sentía muy recuperada y ya tenía trabajo, estaba decidida a dar el siguiente paso: informar a su familia.

Tercera parte de la Intervención en crisis, en el caso de María

Asistieron a ésta sesión: María, sus dos hijos, su mamá y una de sus hermanas con uno de sus hijos, a los niños se les llevó a otra sala con juguetes y bajo la supervisión de otra terapeuta.

Se utilizarán las siguientes letras para abreviar los nombres:

T: Terapeuta

M: María

MM: Madre de María

HM: Hermana de María

T: bueno, antes que nada permítanme presentarme, soy la Psicóloga Karina Alonso, usted debe ser la madre de María y tú debes ser su hermana, ella me ha platicado mucho acerca de ustedes, las quiere y les agradece su apoyo. Yo les agradezco mucho su presencia, ya que ésta es vital para poder a ayudar a María, a quien le cedo la palabra.



M: Si, bueno... pues gracias mamá y gracias hermana por acompañarme, yo no les he comentado de que se trata todo esto pero ahora lo haré con la ayuda de la Psicóloga, ya que es un tema delicado y espero que me entiendan. Hace tres meses, cuando dejé a mis hijos, fue porque conocí a Juan, me fui a vivir con él porque pensé que él me daría todo el amor que ni mi padre ni Felipe me habían dado, vivimos muchas cosas juntos, pero el era drogadicto y yo también la consumía, pero eso ya no importa ahora.

MM: ¿Ah sí? Y que es lo que importa entonces ¿con qué nos vas a salir ahora?

T: Señora deje terminar de hablar a su hija, cuando ella termine usted tendrá la misma oportunidad de expresarse.

M: Bueno, se que no tengo justificación e hice mal. Pero no me juzguen por favor... llanto... Estoy enferma... soy portadora del VIH...

MM: ¿Mi hija tiene SIDA? ¿Se va a morir? ...llanto...

T: No sabemos cuando morirá, nadie de nosotros sabemos cuando moriremos, ¿o usted si? (la madre se tranquiliza un poco para responder)

MM: No, pero esa enfermedad mata, yo he escuchado eso...

T: Ahora bien, no es lo mismo desarrollar el SIDA, que ser portadora del virus del VIH. Esto es lo que pasa: Los seres humanos tenemos un sistema inmune que es el que nos protege de las enfermedades y los virus que nos atacan, el virus el VIH es muy complejo, ya que utiliza células de nuestro cuerpo para reproducirse, atacando al mismo tiempo células que nos protegen, así se debilita nuestras defensas o sistema inmune, haciéndonos más vulnerables y fáciles de atacar. El SIDA se desarrolla cuando enfermedades oportunistas, es decir las que nos atacan porque estamos débiles, se complican, pero para esto existen medicamentos que nos ayudan a estar fuertes y protegidos.

Su hija es portadora del VIH, no tiene SIDA (los ánimos se empiezan a calmar un poco, incluso para la hermana que empezaba a sollozar).

MM: Te lo mereces por mujer fácil, te fuiste con ese hombre y abandonaste a tu familia, pues ahora tienes tu merecido, quien sabe en que condiciones te tenía viviendo.

T: Esta enfermedad no respeta sexo, nivel socioeconómico, nivel de estudios o edad, cualquier persona que se exponga a situaciones de riesgo puede contraer la enfermedad, vía sanguínea, lactancia, actividades sexuales sin protección o del útero de la madre al bebé.

HM: ¿Entonces que pasará con su bebé, se va a morir?



M: Los médicos van a hacer todo lo posible para que el bebé nazca bien, pero no hay garantía de nada hasta que nazca, incluso durante los primeros años de vida.

MM: Pero el tratamiento es muy caro, no podremos pagarlo.

M: Ya tengo trabajo y ahí me van a dar el Seguro, esto disminuirá los gastos.

HM: Cuando se enteren de que tienes SIDA, te van a correr y entonces si ¿quien te va a dar los medicamentos?

T: Es un delito que la corran o la discriminen por su condición, si eso llegara a suceder, nosotros contamos con apoyo legal para informarles en cuanto al proceso.

HM: Que va a pasar con los niños, no podrás acercarte a ellos, están muy chiquitos e indefensos, yo no quiero que vivas con nosotros, ni que tus niños contagien a los míos.

T: Les repito que el virus del VIH no se contagia, no es como contagiar una gripa, y no transmite por besos, abrazos, saludo de mano etc, únicamente las vías que ya les mencioné.

MM: ¿Está segura? Porque mi comadre me contó el otro día que a su vecina la contagiaron el SIDA por beber del mismo vaso.

T: Esos son mitos, o ¿a usted le consta? Nosotros somos especialistas en el tema y le puedo asegurar que si María se toma el medicamento como lo indique el doctor y se le dan los cuidados pertinentes, podrá vivir con muy buena calidad de vida por muchos años, haciéndose responsable de sus actos y aceptando que su condición de vida ha cambiado no puede poner en riesgo la vida de otras personas aventurándose a tener relaciones sexuales sin protección.

M: si, eso me queda claro, yo no quiero que nadie sufra lo que yo estoy sufriendo, ni siquiera el maldito que me infectó.

T: Nada más recuerda que nosotros mismos nos exponemos a situaciones de riesgo, por lo tanto debemos ser responsables y asumir las consecuencias y está muy bien que sustituyas la palabra contagio por otras correctas.

M: tienes razón, el me infectó, pero yo decidí irme con él, acostarme con él, no cuidarme y embarazarme.

MM: Pues es que ni modo así te tocó vivir hija.

T: No señora, cada quién elige cómo vivir y como confrontar los malos momentos o crisis, ustedes por ejemplo tienen la opción de apoyar a su hija y ayudarla, asumir la situación de frente, para que eso les ayude a ser mejores seres humanos y les brinde nuevas herramientas para vivir o pueden también echarse a llorar o recriminar a María por sus malas decisiones, lo cual no ayuda en nada a mejorar.



HM: Tiene razón, es nuestra familia y no podemos dejarla sola, pero es que es muy difícil aceptar su enfermedad, ¿que va a decir la gente?

T: Nadie más que ustedes tiene porque enterarse si no quieren, la mayoría de las reacciones ante esta enfermedad son de rechazo, repudio o discriminación, pero eso se debe a que la gente está mal informada en cuanto al tema y de las ideas negativas o prejuicios que nos ponemos ante situaciones, un autor dijo: *“No son los hechos los que dañan, sino toda interpretación que nosotros les damos”* Como en este caso ustedes reaccionaron de manera alarmante y haciendo juicios de su hermana, sin darse cuenta de que éstas ideas “irracionales” limitan la perspectiva de las cosas y hacen que en vez de ayudar, hagan las cosas más difíciles, por eso les recomiendo que cada vez que les surja una duda, se comuniquen con nosotros, estamos para servirles, ayudarlas y acompañarlas en este proceso si así lo desean. O pregúntense ustedes mismas ¿Esta idea que tengo, es racional? ¿Me consta? ¿Quién lo dice? ¿En que se basa? Estas preguntas les serán útiles.

HM: Si, muchas gracias por todo, porque a lo mejor ahorita todo está claro, pero cuando salgamos de aquí, o estemos en nuestras casas nos surgirán dudas, no está superado aún, será difícil pero usted nos ofrece alternativas con las que podemos salir adelante.

MM: Si, muchas gracias, por su tiempo y su apoyo.

M: Gracias Karina, estamos en contacto entonces.

T: Por supuesto, y gracias a ti por confiar en nosotros y acercarte, estamos para ayudarte. Que les vaya muy bien.

Como se vio en el anterior caso, las ideas irracionales invaden los pensamientos de las familias involucradas con el diagnóstico, al enterarse de éste, son éstas las que pasan primero por sus mentes, por tal, es la necesidad de brindarles una primera ayuda psicológica para que conforme vayan surgiendo las dudas e ideas irracionales el terapeuta las confronte e informe de la manera correcta acerca de la enfermedad, el tratamiento, y sobre como cambiará su vida a partir de ese momento, dando alternativas de mejora y apoyo incondicional, explicando que son éstas ideas sin fundamentos que se tienen gracias a la ignorancia en torno a la enfermedad, las que entorpecen el afrontamiento con ella, y que es más fácil salir de una crisis cuando se está bien informado acerca de los acontecimientos que la rodean.

Si bien cada persona y cada caso es diferente, se trató de ilustrar con el anterior, como se llevaría a cabo la intervención en crisis con la técnica de solución de problemas apoyada por la TRE.



CONCLUSIONES

Al acompañar a una persona que padece una enfermedad terminal, siempre debe tenerse en cuenta que la unidad básica a tratar es la familia, pues constituye el núcleo fundamental de apoyo al enfermo, recuérdese que en el caso del SIDA la sociedad se encarga de estigmatizar a las personas que lo padecen, la familia entonces debe ser el punto de apoyo ante estas circunstancias.

A su paso, la enfermedad terminal separa al paciente de los suyos, ya que los sueños, las emociones y la dinámica establecida en la familia se altera por igual en todos los miembros, desatando con ello una crisis entre ambas partes. Causa de ello puede ser la información inadecuada, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable que dan lugar a una intensa atmósfera de angustia donde los conflictos afloran, influyendo negativamente sobre la persona afectada.

Conviene evitar en lo posible las situaciones de tensión en el seno de la familia.

Al respecto Slaikeu, (1996) menciona que durante este periodo es necesario mantener contacto con los familiares, aceptar sus sentimientos de ira y ayudarlos a entender sus emociones. Asume también que el retener el desgaste emocional es volverse más vulnerable al dolor de la pérdida, y puede conducir al aislamiento autoprotectivo.

Proporcionar un estado de tranquilidad a la familia no es cosa fácil, para ello es necesario tener en cuenta una serie de elementos que están presentes en una atmósfera tan hostil como ésta; entre ellos, la disposición de la familia, los gastos que ello implique, y por supuesto, la oportuna y adecuada intervención psicológica.

El servicio del psicólogo es de suma utilidad, ya que éste profesional reúne las características necesarias para lograr en los miembros de la familia terminal una dinámica eficaz que permita hacer más llevadero éste proceso de pérdida.

El modelo de intervención en crisis busca como finalidad, el adiestramiento y/o potenciación en el paciente de sus recursos personales, tanto para ponerlo en práctica con él mismo, como con su familia; además, el entrenamiento en el manejo de reacciones desadaptativas. Las crisis incluyen desesperanza, depresión, ansiedad y baja autoestima.

El modelo de intervención en crisis intenta aliviar los síntomas y estabilizar la crisis mediante la revisión de eventos recientes, permitiendo la catarsis y manipulando el ambiente en beneficio del enfermo.



La intervención sugiere que después de bajar los niveles de ansiedad y angustia, entre paciente y terapeuta se clarifiquen metas y, al mismo tiempo, se diseñen planes para ejecutarlas. El trabajo consiste en evaluar las condiciones en que se encuentra, conduciéndolo al darse cuenta de la realidad a la que está sometido actualmente.

Mediante la comprensión de la actitud del enfermo, en esta categoría surgen los planes para adoptar técnicas de expresión emocional, entrenamiento de técnicas de apoyo para su cuidado emocional, delegar el rol de coterapeuta al cuidador primario (madre o pareja), ayudando a que tomen decisiones, a recuperar y mantener la autoestima, el autocontrol, y estimulando y participando en actividades comunes que mantenga una abierta comunicación.

Por todo lo anterior, se concluye que resulta efectivo llevar a cabo la intervención en crisis de primer orden, para familiares de pacientes con VIH-SIDA con la Técnica de solución de problemas apoyada por la TRE, ya que se llevó a cabo a la práctica en una institución dedicada a tratar a personas y familias portadoras.

Por último cabe mencionar, que es necesario un cambio radical en la humanización del trato a los enfermos con VIH-SIDA y una modificación no menos radical, de las estructuras hospitalarias que faciliten los servicios, llámense pláticas de información, medicamentos, análisis, diagnóstico, acompañamiento, terapia, hospitalización etc., pues durante la experiencia que se tuvo en esta institución no faltaron los comentarios negativos de los usuarios, hacia las instituciones de salud, ya que la mayoría fue víctima de rechazo, discriminación y hasta maltrato emocional por parte de los médicos, enfermeras y otros usuarios.



BIBLIOGRAFÍA

Alarcón Segovia D. y Ponce de León Rosales S. (2003). *El SIDA en México. 20 Años de la Epidemia*. México: Nacional.

Asen K. y Tomson P. (1997). *Intervención Familiar. Guía Práctica Para Los Profesionales De La Salud*. España: Paidós.

Cahn P. (1992). *Psida un Enfoque Integral*. México: Paidós.

Díaz Guerrero R. (1991). *Psicología del Mexicano*. México: Trillas.

Dumay M. (2000). *El Principio Del Camino. Guía Terapéutica Para El Tránsito A Otra Vida*. México: Plaza y Janés.

Estrada Lauro Inda (1989). *El Ciclo Vital de La Familia*. México: Posada, 3a. ed.

Fonnegra de Jaramillo I. (2001). *De cara a la muerte*. Barcelona. Editorial Andrés Bello.

García Abreu A., Noguer I. y Cowgill K. (2004). *El VIH-SIDA en Países de América Latina. Los Retos Futuros*. EAU: Organización Panamericana de la Salud.

Gutiérrez Vega J. Martínez Raza P. (1991). *Enfermo Terminal Desde El Punto De Vista Del Personal Sanitario*. España: Universidad de Valladolid.

Hutan J. (1974). *Experiencias Sobre El Morir*. España: Ariel.

Kübler-Ross E. (1993). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. México: Grijalbo.

Lo Blanch T. (2000). *La Atención a Los Enfermos Terminales*. España.

Miller D., Weber J. y Green J. (1989). *Atención a Pacientes de SIDA*. México: Manual Moderno.

Ripollés J., Rodríguez M., et.al. (2000). *La Atención a los enfermos terminales. Una Investigación Multidisciplinaria*. Valencia.



Rolland, John S (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Silva Banda S. (2006). *Intervención en Crisis para Familiares de Pacientes Terminales*. Tesis de Licenciatura. UNAM: FES Iztacala.

Slaikeu K. (1996). *Intervención En Crisis. Manual Para Práctica E Investigación*. México: Manual Moderno, Segunda edición.

Suárez Vera D. (2002). *Personalidad Cáncer y Sobrevida*. Cuba: Científico Técnica.

Velasco, J. y Sinibaldi J. (2001) *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno.

<http://bvssida.insp.mx/catlibros.php> Sin autor 4 de Noviembre 2008

<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/biblioteca/25sidamexico.html> Sin autor 4 de Noviembre 2008

<http://www.aids-sida.org/estadist01.html> Sin autor 26 de Enero 2009

SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio del 2007.

CENSIDA/ ONUSIDA . Estimación de personas con VIH. 2006.

INEGI/SS. Registros de Mortalidad 2005. Las defunciones no consideran a los desconocidos, ni a los extranjeros en tránsito por México.