



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**“Intervención en Crisis en Pacientes
Diagnosticados con Cáncer y sus
Familias”**

**TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA TENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

EURITZE OLIVIA CORONA MARTÍNEZ

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

En primer lugar debo agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme recibido y dado la oportunidad para imaginar y construir mis sueños, Arturo y Brenda debo darles las gracias por todas sus enseñanzas, apoyo y cariño.

Pero especialmente debo agradecer a mis padres por ser mis maestros de vida y brindarme su apoyo incondicional, demostrarme que no hay metas inalcanzables, que el esfuerzo y la dedicación son muy importantes, por inculcarme el valor de la superación, pero sobre todo por su amor y confianza.

Papá, Mamá, Cami gracias por ser mi motor de vida y por enseñarme día a día lo que es trabajo en equipo, por señalarme mis errores, por permitirme ser, y demostrarme que la felicidad no está en lo material sino en lo felices que somos siendo un muégano, los amo.

A mis miguis que siempre estuvieron a mi lado para darme consejos, apoyarme y luchar contra el mundo, pero sobre todo para hacer cada día más divertido que el anterior.

Y aunque no comenzamos con el pie derecho nuestra amistad, te agradezco infinitamente que hayas entrado en mi vida sin previo aviso y hayas decidido quedarte, me has enseñado el valor de la amistad incondicional, de lo justo e injusto, has sido un gran apoyo para mí, tienes un gran pedazo de mi corazón.

Iris definitivamente una gran amiga y cómplice, gracias a tus consejos malvados me divertí mucho, conocí un mundo diferente, agradezco tu sinceridad, sabes que eres muy especial para mí, claro que también te agradezco el que me hayas hecho tía, y por supuesto que tienes otro pedazo de mi corazón.

Kary quien iba a decir que un 'hola!' en nuestro primer día en la prepa sería un pacto de amistad de tantos años y bueno después de todos estos años juntas creo que todo lo que pudiera escribir se quedaría corto, amiga, hermanita gracias por enseñarme a ser grande, por estar allí siempre, por tu honestidad, porque a pesar de los malos ratos siempre encontramos el camino a las sonrisas y risas, por los festejos que compartimos y los que nos faltan por compartir, gracias por querer lo mejor para mí siempre, te quiero!

Lexy eres una gran amiga, gracias a ti se que la vida es más fácil de lo que parece, que no hay obstáculos muy grandes, ni montañas que no se muevan, gracias por todo.

En fin Ady, Néstor, Laurita, Jesús Cárdenas, Rodolfo, Adriana, Lucy, Laux, Priscy, Zayra, Tere, Cinthia, a todos mis amigos por acompañarme en las interminables desveladas, por aclarar mis dudas, por estar allí, de verdad por todo, mil gracias.

En pocas palabras sin ustedes mi paso por la universidad no hubiera sido tan mágico.



ÍNDICE	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. INTERVENCIÓN EN CRISIS.	7
ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	7
INFLUENCIAS TEÓRICAS.	8
CRISIS.	9
MODALIDADES DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS.	11
Intervención de Primer Orden	11
Intervención de Segundo Orden.	14
CAPÍTULO 2. ENFERMEDADES CRÓNICAS.	16
ANTECEDENTES	16
FASES DE LAS ENFERMEDADES.	18
CÁNCER	22
Génesis del Cáncer.	22
CAPÍTULO 3. FAMILIA	26
CICLO VITAL DE LA FAMILIA.	27
LA FAMILIA EN MÉXICO.	30
REACCIONES ANTE LA ENFERMEDAD.	31
IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO EN UNA FAMILIA.	32
CAPÍTULO 4. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE)	37
ANTECEDENTES	37
INFLUENCIAS FILOSÓFICAS	37
INFLUENCIA PSICOLÓGICAS	38
PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS.	39
EL ABC DE LA TRE: UN AMPLIO MARCO DE REFERENCIA.	41
ALTERACIONES PSICOLÓGICAS.	45
SALUD PSICOLÓGICA.	47
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y LA FAMILIA	51
Técnicas Cognitivas	56
Técnicas Conductuales	58
CAPÍTULO 5. PROPUESTA TERAPÉUTICA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS RECIÉN DIAGNOSTICADOS Y SUS FAMILIARES.	60
CONCLUSIÓN.	66
BIBLIOGRAFÍA.	68

Resumen

Debido a que hoy en día, el cáncer es la primera causa de muerte en el mundo y como consecuencia se le atribuye como sinónimo la palabra muerte, la mayoría de los enfermos de cáncer se desmoralizarán y entrarán en crisis al enterarse que la padecen, por lo que en este trabajo se expone una investigación teórica sobre la importancia de hacer una intervención en crisis en pacientes oncológicos y sus familiares al momento de ser diagnosticados, pues este momento es un punto de partida decisivo para la toma de decisiones familiares, el manejo del tratamiento, solución de dudas acerca del diagnóstico, y todo aquello que pudiese ayudar a enfrentar de la mejor manera el impacto que origina tal noticia.

Introducción

A lo largo de la vida los seres humanos están expuestos a vivir sucesos que modifican su estabilidad emocional, de modo que éstos se enfrentan a un estado de crisis, por ejemplo cuando se diagnostica a un individuo alguna enfermedad crónica, como el Cáncer, en esos momentos su estabilidad individual y familiar se ve afectada de manera grave y debe ser atendida con rapidez, pues después del diagnóstico deben tomarse decisiones importantes, como que tipo de tratamiento se tomará, cuales serán los cuidados y en donde se proporcionarán éstos.

A nivel mundial el Cáncer ocupa la primera causa de muerte, el comunicar el diagnóstico es una difícil tarea que tanto para el paciente como para los familiares trae consigo dudas, temores, enojo e incertidumbre, de ahí la importancia de abordar el tema y proponer la Terapia Racional Emotiva como modo de intervención, para cuando un paciente oncológico y su familia se encuentren en estado de crisis por haber recibido dicha noticia, pues no es fácil asimilar que desde este momento el *modus vivendi* cambiará, pues se deberá tomar una decisión respecto al tratamiento y comenzará una etapa en la que hay pérdida de cabello por culpa de la 'quimio' o la pérdida de un pecho o cualquier órgano en una intervención quirúrgica.

La evolución de la enfermedad, desde el momento de su diagnóstico hasta llegar a un desenlace, ya sea este fatal o no, tiene un impacto importante en la calidad de vida de las personas por lo que a partir del diagnóstico el primer paso que debe darse en una intervención es crear conciencia de la importancia de reorganizar la vida para poder afrontar los problemas generados por la enfermedad, tanto en el paciente como en la familia, es importante que para comenzar la reorganización se trabaje en la disminución de las ideas irracionales que en ese momento predominan en el paciente y su familia, un ejemplo de estas ideas son

‘¿Cómo pudo pasarme si soy una buena persona?’, ‘Estoy enfermo y todos deben tratarme de manera especial’, ‘La familia jamás recuperará su estabilidad ahora que papá está enfermo’, ‘¿Porqué Dios me castiga así?’, entre otras de las que más adelante se hablará.

No se debe dejar de lado que al momento de ser diagnosticado tanto el paciente como la familia se ven enfrentados a problemas muy prácticos, como por ejemplo, el comunicar a otras personas lo que está pasando hace más real la enfermedad y a su vez ayuda al paciente a aceptarla, pues durante esta etapa el paciente puede negarse totalmente a aceptar que está enfermo y por lo tanto no someterse a tratamiento.

Otra decisión que debe ser tomada es a quienes debe ser comunicada tal noticia, pues algunos familiares pueden tomar la noticia de manera fatalista y transmitir este sentimiento al paciente, o bien mal informarlo, debido a éste tipo de reacciones es que se recomienda hacer la intervención con los familiares presentes al momento del diagnóstico, pues la colaboración de la familia para evitar ideas irracionales en el paciente y a lo largo de la enfermedad es de vital importancia.

La enfermedad, las discapacidades y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. Pues el efecto de un diagnóstico de cáncer o de convivir con una persona discapacitada se hace sentir en todo el sistema familiar: es decir que todos los miembros de la familia se ven afectados de una u otra forma (Rolland, 2000).

Desde el punto de vista de la teoría de la crisis expuesta por Slaikeu (1996) la enfermedad física y las lesiones corporales, son acontecimientos que desafían la capacidad del individuo y de su familia para enfrentarlos y adaptarse a ellos, puesto que la enfermedad o las heridas físicas pueden provocar que las metas en la vida se vuelvan inalcanzables o bien amenazar la vida del individuo. Para determinar el curso esencial de la resolución será fundamental el cómo se interpreten estos sucesos –de

modo especial en relación con la autoimagen y los planes a futuro- y cómo se realicen los ajustes de comportamiento.

El Cáncer a nivel mundial constituye la primer causa de muerte, hablando específicamente de México cada año mueren aproximadamente 28 mil 883 mujeres, 26 mil 846 hombres y mil 630 niños a causa de este mal (Excelsior, 2008). La mayoría de estas muertes tiene que ver con que la enfermedad no fue detectada a tiempo, no hay la suficiente información y nos se elige un adecuado tratamiento, pues generalmente se tiende a pensar que Cáncer es sinónimo de muerte.

Debido a que, como lo menciona Ximena Palacios en su artículo 'El Rol del Psicólogo en Oncología' (2003), no es un secreto que el cáncer es el sinónimo más abusado y apetecido para crear metáforas llenas de temerosos significados que incrementan ansiedad del receptor o describir las catástrofes de la humanidad o el carácter indeseable de algo o alguien: "La mendicidad es el cáncer de la sociedad". Frases como esta han resaltado el gran poder que se le ha otorgado social y culturalmente al cáncer, llenando la simplicidad de su significado de mitos e ideas irracionales. Esto podría resultar tan solo un dato histórico si la incidencia del cáncer no estuviera aumentando de manera tan alarmante. En esos términos, esas interpretaciones socioculturales han adquirido un valor inconmensurable: La destrucción psicológica del paciente con cáncer.

Velasco (2001) también menciona el efecto que tiene en los pacientes esta relación que se hace del Cáncer con la muerte, pues al momento de ser comunicado el diagnóstico, tanto el paciente como su familia, entran por lo general en un estado de crisis y tienden a dejar de lado la importancia de hacer planes a futuro en cuanto a los cambios que habrá en el funcionamiento de la familia, pues este estado les impide ver que las jerarquías y los roles cambiarán a partir de este momento, lo quieran o no.

A raíz de este momento algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida, mientras que otras tienen la capacidad de adaptarse y salir con

éxito de dicha crisis. Las afecciones crónicas traen consigo incertidumbres y ambigüedades por tiempo indefinido, frecuentemente con la expectativa de que la enfermedad del paciente empeore y termine con su muerte (Rolland, 2000).

Rolland (2000) enfatiza la importancia que tiene sondear el grado de apoyo emocional familiar, la flexibilidad de los roles, la capacidad para resolver problemas eficazmente y la comunicación en relación con estas cuestiones de tratamiento pues serán elementos fundamentales para predecir si el tratamiento será cumplido a largo plazo y si la atención en el hogar resultará adecuada. Además de darnos una idea de la áreas con déficit en las cuales resultará de vital importancia trabajar.

Así mismo se debe tomar en cuenta que la mayoría de los pacientes al ser diagnosticados responden con una negación, pánico o ansiedad, de aquí se deriva la importancia de realizar una intervención inmediata al diagnóstico, de esta manera se ayudará, en primer lugar, a que el paciente acepte dicha enfermedad y pueda elegir el tratamiento adecuado con el fin de asegurar mayor tiempo y calidad de vida; como siguiente paso se buscará redefinir las redes sociales con las que cuenta el paciente y así se podrá orientar tanto al paciente como a los familiares sobre los cambios y evolución que podría tener la enfermedad y las adaptaciones que habrá que hacer en el modus vivendi.

Capítulo 1. Intervención en Crisis.

En este capítulo se dará un breve esbozo acerca del Modelo de Intervención en Crisis planteado por Slaikeu, debido a que este autor es el compilador de las diferentes teorías y puesto que el Diplomado Intervención en Crisis tiene específicamente como base teórica la expuesta por este autor, no se creyó conveniente exponer teorías de otros autores puesto que sería repetitivo.

Antecedentes Históricos.

En 1942 cuando Lindemann evaluó y trató a sobrevivientes o familiares de las personas víctimas del incendio del club nocturno Coconut Grove de la ciudad de Boston, surgió como una nueva forma de Psicoterapia la llamada Intervención en Crisis (Slaikeu, 1996).

Gerald Caplan se mostró interesado en el manejo que Lindemann hizo con dichos pacientes y 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" (citado en Slaikeu, 1996)

En el libro 'Intervención en Crisis' (1996) se menciona que Erikson incluyó la teoría de la crisis de Caplan en la estructura de la psicología del desarrollo, en la que describe que los seres humanos fueron concebidos como susceptibles de crecer o desarrollarse a lo largo de una serie de ocho transiciones clave. Caplan se interesó en cómo la gente trataba las diversas transiciones de una etapa a otra. Pronto identificó la importancia

de los recursos personales y sociales en la determinación de si la crisis del desarrollo (lo mismo que las incidentales o inesperadas) resultarían en un mejoramiento o empeoramiento.

Con el paso del tiempo las técnicas de intervención en crisis pasaron a ser practicadas no sólo por profesionales de la salud, sino también por maestros, enfermeras, clero, orientadores y otros, además abrieron centros telefónicos de ayuda para evitar suicidios e intervenir con las herramientas necesarias en cualquier tipo de crisis. Al mismo tiempo comenzaba a surgir bibliografía sobre intervención en crisis y a programar la evaluación en los centros de atención.

Slaikeu define que en una intervención en crisis el principal objetivo es dar apoyo a las personas en el momento preciso que lo requieren o solicitan, y es él mismo quien plantea éste modelo de intervención tal cual, aunque cabe mencionar que está basado en trabajos de Lindemann y Caplan, los cuales a su vez están ampliados, desarrollados y modificados por L. Rapaport, N. Parad, D. Kaplan, Jacobson, M. Strickler y P. Sifineos.

Influencias Teóricas.

Ésta teoría tiene influencias de la escuela psicoanalítica, de la cognitivista y de las aproximaciones de Lindemann.

De la escuela psicoanalítica se desprende la idea de que existe un equilibrio que involucra varias fuerzas y que mantiene la homeostasis. Los aportes a la teoría de la intervención en Crisis señalan 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 transversal en diversos puntos de éste (Slaikeu, 1996).

De la escuela cognitivista se toman los conceptos del énfasis en las áreas fuertes y el potencial de crecimiento que tiene cada individuo (Slaikeu, 1996)

En la revisión teórica que hace Slaikeu (1996), menciona que es Erick Erickson quien expone que una crisis no solo 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.

Las aproximaciones teóricas de Lindemann 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.

Crisis.

Slaikeu (1996) define crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Este autor menciona que cuando una persona atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente importante para continuar el curso de su vida: en su momento no importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. Cuando esto sucede el individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos e adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan es decir el problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de

todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

Las características precipitantes de las situaciones de crisis, según el autor, se pueden desglosar en seis puntos:

1. **Evento Peligroso:** Acontecimiento estresante, interno o externo a nuestro modo personal, que ocurre en el curso de la vida, que inicia una serie de reacciones en cadena. Los eventos pueden ser anticipados y predecibles o bien inesperados y accidentales.
2. **Estado Vulnerable:** Tipo de reacción subjetiva ante el evento peligroso, la persona responde según sea su percepción del evento.
3. **Factor Precipitante:** Eslabón entre los eventos causantes de la tensión y el estado vulnerable, convirtiéndolo en un estado peligroso lo suficientemente poderoso para iniciar la crisis, o bien puede ser un incidente sin importancia aparente.
4. **Estado de Crisis Activo:** El individuo se encuentra en estado de desorganización, la tensión excitante lo ha invadido, su proceso homeostático se desequilibró; la duración será de una a cuatro horas; puede experimentar "visión de túnel", exceso de actividad sin objetivo o inmovilización; alteraciones cognoscitivas acompañado por preocupaciones o ideas distorsionadas por los eventos. Posteriormente se llega a un periodo de reajuste gradual y resignificación, reforzando mecanismos de afrontamiento y adaptación.
5. **Agotamiento:** La persona pudo haber manejado efectivamente, y durante tiempo prolongado, la situación de emergencia pero llega a un punto de agotamiento en el cual no tiene más fuerza para afrontar la situación y sus mecanismos adaptativos "casi se desintegran".

6. Choque: Un cambio repentino en el entorno de la persona provoca que las emociones sean liberadas de manera explosiva, lo cual incapacita los mecanismos de enfrentamiento. Como no existe un aviso previo que permita al individuo asumir el impacto, cae en estado de choque emocional.

En estos momentos la intervención debe estar enfocada a que el individuo alivie su malestar y recupere el equilibrio que existía en su vida antes de que se presentara la crisis, de esta manera al mismo tiempo que se supera la crisis, se recupera y aprende a emplear herramientas que le pueden servir en el futuro.

Modalidades de la Intervención en Crisis.

Slaikeu (1996) maneja que hay dos modalidades en ésta intervención, una se refiere a una *Intervención de Primer Orden* la cual abarca la asistencia inmediata, pues se llevaba a cabo en sólo una sesión, en la cual se busca dar apoyo emocional, reducir la mortalidad y redefinir las redes de apoyo; y la otra a una *Intervención de Segundo Orden* en la cual se recurre a un proceso terapéutico breve que se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente se integre a la trama de la vida, este proceso puede llevar meses.

Intervención de Primer Orden

La meta de esta intervención es restablecer el enfrentamiento inmediato: dar apoyo de contención, reducir la mortalidad y enlazar con recursos profesionales de ayuda en caso de ser necesario (Terapia Multimodal o Asistencia Médica). El objetivo primario es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento con la crisis, la cual incluye el control de

los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema.

Dentro de esta intervención 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, es decir establecer una buena empatía. También se busca reforzar la seguridad en la persona, pues sólo está consciente de su propia debilidad durante la crisis.

- 2) REDUCIR LA MORTALIDAD: Es decir salvar vidas, prevenir posibles daños físicos durante la crisis, para esto se deben tomar las medidas necesarias 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 pasó 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, y otras veces, la misma será para asistencia legal o auxilio de parte de una agencia del Ministerio Público o Procuraduría, según se requiera. 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 superación de la crisis.

Al realizar esta intervención se deben tomar en cuenta que existen cinco componentes importantes (Slaikeu, 1996):

1. Realización del contacto psicológico: este primer contacto se define 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. A si mismo, se debe invitar a la persona a hablar, mientras el terapeuta escucha los hechos y la reacción de la persona ante el acontecimiento (sentimientos), se deben establecer lineamientos reflexivos.

Existen varios objetivos para la realización del primer contacto Psicológico, es vital que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entiendan y apoya, pues de esta manera se conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad.

2. 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 (como la muerte de un ser querido, el desempleo, heridas corporales o la separación del cónyuge). 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; por ejemplo: las necesidades que puede tener un adolescente para pasar la noche o la semana, después de haberse fugado de la casa.
3. Sondear las posibles soluciones: implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas, como para las que pueden dejarse en segundo término, siendo éstas identificadas de manera previa. Esto es, llevar a la persona en crisis a generar alternativas, y mostrarle

que existen otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4. Asistir en la ejecución de pasos concretos: implica 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 o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.
5. Seguimientos para verificar el progreso: Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite dar seguimiento y así 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, o determinar si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

Intervención de Segundo Orden.

También conocida como terapia para crisis, se refiere a un proceso terapéutico breve que va mas allá de la restauración del enfrentamiento, pues se encamina a la resolución de la crisis, puede durar semanas o meses.

La resolución de la crisis significa asistir a la persona de manera que el incidente se integre a la trama de la vida y así pueda enfrentarse al futuro con nuevas herramientas evitando ser nuevamente víctima de alguna crisis.

Para el uso de este tipo de terapia, se sostiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas del pensar concretas y habituales, o sea, son producto de "distorsiones cognitivas". Estas, a su vez, derivan a creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en las etapas anteriores (generalmente infantiles) de vida, apareciendo de manera inconciente sin que la persona se percate del rol que está asumiendo.

Así pues la Intervención en Crisis es de gran ayuda para los pacientes que son diagnosticados día a día por padecimiento crónicos, pues a partir de esté momento tendrán que hacer cambios importantes tanto en sus hábitos, como en el rol familiar que desempeñarán y esto generalmente trae consigo crisis.

Capítulo 2. Enfermedades crónicas.

Antecedentes

Por enfermedades crónicas se entienden aquellos problemas de salud que requieren un tratamiento continuo durante ya sea durante años o decenios, estas enfermedades son: diabetes, cardiopatías, asma, neuropatía obstructiva crónica, cáncer, VIH/SIDA, depresión y discapacidades físicas. Aunque existen muchas más enfermedades crónicas no todas afectan habitualmente los aspectos social, psicológico y económico en la vida de las personas (OMS, 2005).

El mundo está experimentando un rápido aumento de los problemas crónicos de salud, hasta el punto en que las enfermedades crónicas constituyen actualmente mas de la mitad de la carga mundial de morbilidad, anteriormente, las enfermedades infecciosas agudas eran la principal preocupación de los profesionales de la salud en todos los países. Sin embargo, durante el siglo pasado, los avances de la medicina, la técnica y la salud pública -en aspectos como vacunaciones, saneamiento, vivienda y educación- han contribuido a una disminución de la incidencia de enfermedades agudas. Y a su vez estos avances han supuesto un aumento de la esperanza de vida durante este periodo.

Al haber aumentado su longevidad, las personas están expuestas durante mas tiempo a factores de riesgo que favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas.

En 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacaba que las enfermedades crónicas que mas muertes provocaban eran las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las discapacidades

visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad.

La Organización Mundial de la Salud dio a conocer que del total de 58 millones de defunciones previstas en 2005, se estimaba que 35 millones corresponderían a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales.

Las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos destacan: una alimentación poco sana, la inactividad física y el consumo de tabaco (OMS, 2005).

Según cifras de la OMS (2005) cada año, como mínimo:

- * 4,9 millones de personas mueren a causa del consumo de tabaco;
- * 2,6 millones de personas mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad;
- * 4,4 millones de personas mueren como resultado de unos niveles de colesterol total elevados;
- * 7,1 millones de personas mueren como resultado de una tensión arterial elevada.

Con la alta incidencia de las enfermedades crónicas, vienen problemáticas especialmente serias, pues éstos pacientes demandan servicios tanto médicos como especializados a largo plazo, de manera que las familias entran en una crisis en la que es necesario adaptar una intervención adecuada al momento de ser diagnosticada pues si el

contexto o familia responde 'positivamente' se convierte en una fuente de apoyo para el paciente, pero si responde 'negativamente' es fuente de estrés, y por lo tanto un problema más para el paciente.

Fases de las Enfermedades.

Para poder entender las necesidades y habilidades que tendrán que desarrollar tanto el enfermo, como su familia es preciso conocer las fases de las enfermedades, Navarro (2004) propone tres fases (fase aguda, fase crónica y fase terminal) las cuales abordaremos a continuación:

Fase aguda. Comprende todo el período previo y posterior al diagnóstico, durante el cual los síntomas ya están presentes, creando la sensación de que algo va mal, aunque no se sepa la naturaleza exacta del problema. Mucho de lo que ocurre en este momento tiene que ver con asumir la información diagnóstica, reorganizar la identidad y la vida (roles, prioridades y relaciones) en función de esa información, generar recursos, desarrollar relaciones de colaboración con los médicos y alcanzar una comprensión de la enfermedad que permita un guión de esperanza y de cierto control.

El significado que se otorga a la enfermedad depende, en gran medida, de la información que el médico da en el momento del diagnóstico, pero también de la historia de experiencias previas con la enfermedad de la familia y de factores socioculturales. Si esas experiencias han sido muy negativas recibirán la información, con gran ansiedad, a veces como una auténtica sentencia de muerte; pero para el desarrollo posterior del tratamiento y para la calidad de vida de todos, conviene que la información permita un cierto nivel de esperanza y control. Como vamos a ver más adelante, la información suele crear una crisis que puede dificultar su comprensión. Navarro (2004) recomienda que en estos casos ayuda llevar a alguien que pueda después repetir la información. También

anotar por adelantado las preguntas que se quieran hacer, aunque en los momentos iniciales de la enfermedad sucede que no todas las preguntas tienen respuesta.

Se trata de reorganizar la vida para poder afrontar los problemas generados por la enfermedad. Paciente y familia se ven enfrentados a problemas muy prácticos en este momento del diagnóstico. Por ejemplo, a quién comunicar lo que está pasando. Comunicar a otras personas el diagnóstico lo hace más real, es una forma de ir asumiéndolo. Además, sólo informando se puede movilizar la ayuda (el apoyo social), aunque también se crean dificultades con las relaciones. En cualquier caso, toma cierto tiempo conseguir la vuelta de la red social a una cierta normalidad. A veces, no decir nada se percibe como lo menos problemático dado el carácter de la enfermedad.

En estos primeros momentos se han de tomar, igualmente, decisiones que atañen a los profesionales de la medicina. En primer lugar, resulta importante conseguir una relación de colaboración. El criterio para construir dicha colaboración (especialmente importante cuanto más seria es la enfermedad) es que el paciente y su familia se sientan cómodos con el profesional.

En segundo lugar se tienen que tomar decisiones con respecto a los tratamientos. Plantear los miedos que producen, discutir las opciones y tener una participación activa en la toma de decisiones desarrolla una profunda sensación de control. Puede y debe discutirse cómo ajustar la medicación al estilo de vida del paciente, qué modalidad, qué efectos secundarios tiene, etc. De nuevo, no está de más buscar una segunda opinión, y discutir las posibles discrepancias con el profesional con el que se tiene mayor confianza.

En tercer lugar, es también el momento de tomar decisiones vitales que pueden suponer un cambio más o menos drástico, y aunque

continuar la vida como hasta entonces tiene la ventaja de la seguridad, puede no resultar realista ni siquiera a medio plazo. Es probable que tampoco sea realista un cambio dramático. Quizá lo sensato sea repensar el orden de prioridades, teniendo en cuenta que las decisiones tomadas en la fase aguda de la enfermedad son tentativas, además resulta importante discutir las con las personas implicadas.

La superación de la fase aguda no garantiza la superación de los miedos, del malestar psicológico, de la discriminación (en el trabajo, por ejemplo). Lo pasado puede reverberar durante toda la vida de forma más o menos traumática. En algunos casos se desarrollan cuadros de verdadero estrés postraumático

Fase crónica. Entendemos por una condición crónica aquella que se prolonga por un período sustancial de tiempo (de tres meses a un año). Esta fase viene marcada por la presencia permanente (y por momentos obsesiva) de la enfermedad y su progresión, con la consiguiente necesidad de un cambio constante en las estrategias de afrontamiento del enfermo y de su familia. La enfermedad y su tratamiento se viven día a día, convirtiéndose en algo cotidiano para todos: es un elemento más de sus vidas. Si la enfermedad tiene un pronóstico fatal, esta fase es un tiempo ganado, a veces un regalo inesperado, en el que se disfruta (si se puede) de la persona enferma. En otros casos, la carga y el sufrimiento excesivos la convierten en un problema sin fin.

Son varias las tareas que paciente y familia han de afrontar. Si el enfermo mejora o, afortunadamente, se cura, se verán obligados a revertir los acuerdos alcanzados, una renegociación que puede complicarse.

A estas alturas de la enfermedad, la relación con los médicos ya se ha estabilizado, como los patrones de cuidado, siempre y cuando la

enfermedad sea de curso constante; cuando es progresiva resulta muy importante la capacidad de adaptación a su avance. Pero lo que quizá resulte más definitorio de este momento sea la necesidad de compaginar el cuidado de la enfermedad con la vida familiar, de pareja individual. Mucho del malestar psicológico en esta etapa tiene que ver con la mezcla de una renuncia extrema en aras del cuidado de la enfermedad con un progresivo aislamiento social. La presencia constante de la enfermedad tiene ese doble efecto tan inevitable como pernicioso. Las crisis suelen ser su expresión, y las soluciones pasan por poner a la enfermedad en su lugar y por aumentar los contactos sociales y su calidad.

Fase terminal. Incluye la fase preterminal en la que la muerte se hace patente y domina la vida familiar, así como el duelo y la solución del duelo. La familia ha de reestructurarse para dar respuesta al aumento de las demandas afectivas y de cuidados. En la medida en que la situación médica se agrava, la familia se ve urgida a cuidar al enfermo más intensamente, al tiempo que son testigos de su decadencia final. El enfermo reclama muchos cuidados físicos y emocionales, que pueden llegar a drenar las posibilidades de los cuidadores; aumentan la irritabilidad, la conmiseración el dolor por la pérdida de la persona amada, por su sufrimiento.

Las enfermedades crónicas generalmente al ser diagnosticadas ponen a las familias frente a un gran desafío, y una crisis que como anteriormente se mencionó debe ser atendida al momento. En la actualidad el cáncer es una de las principales enfermedades diagnosticadas no sólo en México, sino en el mundo entero, existen muchos mitos tanto de la enfermedad, como de la evolución de la misma, por lo que cuando hay un diagnóstico oncológico dicha crisis es sentida no sólo por el diagnosticado, sino por toda la familia de ahí que sea de gran importancia entender la enfermedad, el proceso por el cual pasarán paciente y familia, para poder dar los primeros auxilios psicológicos en el momento adecuado y con la herramientas necesarias para tratar dicho caso.

Cáncer

En el mundo el cáncer es la primera causa de muerte, específicamente en México cada año fallecen casi 60 mil hombres, mujeres y niños a consecuencia de los diferentes tipos de cáncer, la mayoría de estos decesos se deben a que no es diagnosticado oportunamente y a la mala elección del tratamiento (Excelsior, 2005).

Génesis del Cáncer.

La American Cancer Society (A.C.S., 2005) explica que existen muchos tipos de cáncer, todos comienzan debido al crecimiento sin control de las células anormales en cualquier parte del cuerpo, también explica la génesis del cáncer de la siguiente forma:

Generalmente las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren en una forma ordenada, durante los primeros años de vida de una persona, estas células normales se dividen con más rapidez hasta que la persona alcanza la edad adulta. Posteriormente, las células normales de la mayoría de los tejidos sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o moribundas y para reparar las lesiones. En cambio las células cancerosas continúan creciendo y dividiéndose, en lugar de morir, viven más tiempo que las células normales y continúan formando nuevas células anormales.

Las células cancerosas surgen como consecuencia de daños en el ADN, (sustancia que se encuentra en todas las células y dirige sus funciones). Cuando el ADN se daña las células tienen la función de repararlo o morir, en cambio en las células cancerosas el ADN no se repara. En muchas ocasiones el ADN de las personas se daña como consecuencia de herencia genética y/o de factores de riesgo (A.C.S., 2005).

Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumente las probabilidades de que una persona padezca cáncer. Dependiendo de los factores de riesgo son los tipos de cáncer que pueden aparecer, por ejemplo, fumar es un factor de riesgo del cáncer de los pulmones, la boca, la garganta, la laringe, vejiga y otros órganos. Sin embargo, es importante recordar que estos factores aumentan el riesgo de la persona, pero no siempre "causan" la enfermedad. Muchas personas que tienen uno o más factores de riesgo nunca desarrollan un cáncer, mientras que otras que padecen de esta enfermedad no tienen ningún factor de riesgo conocido (A.C.S., 2005).

Usualmente el cáncer asume forma de tumor, pero existen algunos tipos de cáncer, como la leucemia, que no forman tumores, en estos casos las células cancerosas afectan la sangre y los órganos que producen la sangre (la médula ósea, el sistema linfático y el bazo) y circulan a través de otros tejidos en los que se pueden acumular (A.C.S., 2005).

Las células cancerosas a menudo viajan a otras partes del cuerpo donde comienzan a crecer y a reemplazar el tejido normal. Este proceso, llamado metástasis, ocurre a medida que las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos del cuerpo (A.C.S., 2005).

Aunque la enfermedad es la misma, los síntomas dependen del tipo de cáncer que sea diagnosticado, por ejemplo, el cáncer del pulmón y el cáncer del seno son enfermedades muy distintas pues los tumores crecen a distinta velocidad y responden a distintos tratamientos. Esta es la razón por la cual las personas con cáncer necesitan un tratamiento dirigido a su tipo de cáncer en específico.

Para Rolland (2000) las enfermedades crónicas suelen adoptar alguna de estas tres formas generales: progresivo, constante o recurrente/episódico, de las cuales el cáncer tiene un lugar tanto en las progresivas como en la de curso recurrente/episódico y cada una de estas formas planteará un desafío psicosocial diferente para la familia.

Según este autor casos como el de cáncer incurable deben ser catalogados como una *enfermedad progresiva* pues es continua, generalmente sintomática y se agrava con el tiempo. En estos casos el individuo y la familia se enfrentan a los efectos que produce la presencia de un miembro de la familia perpetuamente sintomático, en quien la discapacidad se incrementa de manera progresiva o escalonada. Los períodos de descanso de las demandas de la enfermedad tienden a ser mínimos, por lo que las familias tienen que estar preparadas para la adaptación y cambio de roles permanentes.

Pertenece al tipo recurrente/episódico porque este tipo tiende a alternar períodos de estabilidad de recuperación variable, caracterizados por un bajo nivel o una ausencia total de síntomas, con períodos de crisis o agravamiento. Con frecuencia la familia puede llevar una rutina normal, aunque nunca definitivamente pues el fantasma de una recaída está presente.

Las enfermedades recurrentes exigen un tipo de adaptabilidad algo diferente entre la familia y el paciente. Comparadas con las enfermedades progresivas o de curso constante, suelen requerir el mínimo de atención continua o cambio de roles. Pero la índole episódica de la enfermedad requiere una flexibilidad que permita un desplazamiento pendular entre dos formas de organización familiar: para los períodos de crisis y otra para los períodos de remisión de alguna manera, la familia está siempre preparada para dar respuesta a una crisis y hacer frente a un agravamiento de la enfermedad. Tanto la frecuencia de las transiciones entre etapas críticas y no críticas como la incertidumbre constante acerca de cuándo se producirá la próxima crisis producen tensión en la familia.

La gran diferencia psicológica entre los períodos de normalidad y los períodos de enfermedad constituye un elemento de desgaste emocional y físico de las enfermedades crónicas recurrentes. Estas afecciones suelen no ser tan graves en términos biológicos como las de curso progresivo o

constante; sin embargo, a la larga pueden convertirse en las más exigentes en términos psicosociales.

Debido a la asociación que existe entre cáncer y muerte es muy probable que al momento de ser comunicado el diagnóstico oncológico, tanto el paciente como la familia se sumerja un estado temporal de desorganización, durante el cual sean incapaces de abordar la situación, pues generalmente se presenta una negación a éste diagnóstico y en este momento será de vital importancia que el psicólogo, en este caso, intervenga pues es en este momento cuando se tomarán las decisiones respecto a los planes a futuro del paciente diagnosticado, el tratamiento al que será sometido, entre otras cosas.

Para poder intervenir adecuadamente en estos casos de crisis se deben tomar en cuenta las diferentes fases por las que podrían pasar los diagnosticados y el grado de afectación que muy probablemente habrá sobre las relaciones familiares, pues muchas veces estas últimas se ven relegadas, se les resta importancia en el tratamiento y se deja en segundo término el sufrimiento de los familiares. Las intervenciones tempranas que reconocen la importancia del dolor de todos los miembros de la familia evitan que sean marginados y movilizan su potencial como poderosa unidad psicosocial en el proceso de tratamiento (Rolland, 2000)

Capítulo 3. 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, es decir, necesita vivir en un grupo y la familia es su 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 (Levi-Strauss, 1981; en Velasco, 2001).

La familia tiene una disposición característica de una época y cultura concretas. Adopta aspectos nuevos en relación a determinados cambios y es esto es lo que precisamente se ha de intentar explicar (Caparros, 1981).

Aparte de las variaciones y de la adaptación necesarias en la vida cotidiana de la familia, es también evidente que las familias tienen a veces que enfrentarse con situaciones que representan una gran exigencia de adaptación a los cambios, por ejemplo cuando se incorporan nuevos miembros —nacimientos y matrimonios— y cuando se produce la pérdida de otros —alguien se marcha de casa o muere- (Dallos, 1996).

Así, la familia es la unidad del crecimiento, la experiencia y la realización, ya que sirve a la continuidad biológica al proporcionar un patrón grupal socialmente sustentado para que el varón y la mujer se unan y puedan cuidar a sus hijos. 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 sexual), 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, 1969; en Velasco, 2001).

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 enfrentar los problemas y conflictos siempre cambiantes es lo que mantiene el equilibrio relativo entre la tendencia de ésta a afrentarse 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 imposibilitan, o bien, se dejan de lado (Velasco, 2001).

Ciclo Vital de la Familia.

El concepto de ciclo de vida de la familia se formuló por primera vez en sociología. Desde principios del decenio de 1970-79, la mayoría de los terapeutas familiares han prestado mucha atención a este concepto como marco para realizar un adecuado diagnóstico de la problemática familiar, así como para planificar su tratamiento.

Dallos (1996) menciona que Duvall aplicó la idea del modelo del ciclo vital a la familia, y destacó cómo las familias hacen frente a un gran número de importantes tareas en su evolución. El primero que expuso las posibles aplicaciones de este modelo en la práctica de la terapia familiar fue Jay Haley, que describe en su libro las técnicas terapéuticas de Milton Erickson, y también cómo este último descubrió, a través de su extenso trabajo terapéutico con individuos y familias, que los problemas estaban a menudo asociados con períodos críticos de cambio y transición en las familias.

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 la vida familiar, es decir, que ambos tienden a entrelazarse perfectamente. De este 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 (Simn et al., 1988; en Velasco).

Los sistemas familiares están sometidos permanentemente al doble proceso de cambio y de estabilidad: cambio, por las necesidades internas de la familia en cuanto al desarrollo de sus miembros, y por las exigencias externas de la vida cotidiana; estabilidad, para asegurar la continuidad y selección de patrones estables de interacción en un contexto determinado. Este contradictorio proceso de continuidad y crecimiento, de cambio y permanencia, se da a través de un equilibrio dinámico que es fundamental para asegurar el crecimiento psicosocial de los miembros del sistema (Bronfman, 2001).

En cada estructura familiar, se distinguen diferentes subsistemas: el conyugal, el parental y el fraterno. Cada uno de ellos cumple distintas funciones: la del conyugal consiste en promover el desarrollo de las personas que forman la pareja; la del parental, en asegurar la crianza y educación de los hijos; la del fraterno, en propiciar la socialización del niño

a través del grupo de pares. Estas funciones pueden ser cubiertas por distintos miembros de la familia, o por personas ajenas a la misma, en forma temporal o permanente (Bronfman, 2001).

Existen dos mecanismos que garantizan la flexibilidad de un sistema familiar: la diversificación y estabilización. El primero se refiere a la diversidad de las interacciones; el segundo remite a la consolidación y repetición de las soluciones que de antemano se conducen, “por eso se puede afirmar la hipótesis de que el proceso del cambio y el paso de un estado evolutivo a otro sobreviene cuando la relación de fuerzas entre las tendencias a la conservación y las tendencias al cambio de los equilibrios alcanzados se modifica a favor de estas últimas” (Andolfi, citado en Bronfman, 2001).

Existen fundamentalmente dos tipos de cambios que afectan directamente las funciones y la evolución de la familia: los cambios intrasistémicos – nacimiento de hijos, adolescencia, alejamiento o separación del hogar, muerte de algún familiar, divorcio, etc.- y los cambios fuera del sistema familiar – cambios de domicilio, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, etc.- que se relacionan con el funcionamiento familiar y requieren un proceso de adaptación, que garantice al mismo tiempo la cohesión familiar y el crecimiento psicológico de cada uno de los miembros (Bronfman, 2001).

Cuando el sistema se encuentra frente a una posibilidad de cambio que se vislumbra traumática, una reacción disfuncional es obrar de modo que uno de sus miembros asegure la mitigación del stress que aquella produce y lo asegura por la expresión de una sintomatología (Bronfman, 2001).

Así los sistemas de creencias desempeñan un papel fundamental en la configuración de la capacidad de respuesta y adaptación de una familia que debe hacer frente a una afección crónica. A enfermedades tales como el cáncer o las cardiopatías debe otorgárseles un significado que los pacientes y sus familias puedan usar para orientarse y para ganar fuerzas

en la tarea de convivir con una enfermedad crónica (Rolland, 2000).

Algunas familias están mejor equipadas que otras para hacer frente a un cambio rápido. Las familias capaces de tolerar cambios afectivos altamente cargados, resolver problemas y utilizar eficazmente recursos externos cuentan con una ventaja para hacer frente a enfermedades de comienzo agudo. El estilo de respuesta de otras familias puede ser más afín al cambio gradual pues abordan los problemas despacio pero con resignación (Rolland, 2000).

La Familia en México.

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 esa 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, 1986; en Velasco, 2001).

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, representan la relación social básica del individuo. La mayoría de las veces, estos lazos de parentesco son aquellos que ligan a la familia nuclear con la familia extensa, es decir, con abuelos, tíos, primos, compadres e incluso otras personas aún menos cercanas a la familia nuclear (Velasco, 2001).

De este modo, la imagen que el propio individuo mexicano se presenta a sí mismo cuando piensa en su familia está 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 más occidental, es decir, a lo que comúnmente se denomina familia nuclear, formada básicamente por los padres y los hijos (Velasco, 2001).

Reacciones ante la enfermedad.

Velasco (2001) expone una serie de etapas que pasan tanto pacientes como familiares al enterarse de una enfermedad crónica y posiblemente mortal como el cáncer, estas etapas pueden ir desde la negación hasta la aceptación.

La primera etapa es la negación, aquí el paciente puede hacer una negación total de su padecimiento y diagnóstico, e intentar normalizar su vida, con el propósito de minimizar el dolor y la ansiedad. En la medida en que el proceso crónico es más asintomático, favorece en mayor medida una huida de este tipo. Sin embargo son pocas las personas que permanecen en esta etapa durante mucho tiempo.

Reacciones de agresión o rechazo activo: los sentimientos que caracterizan esta etapa son enojo, ira, resentimiento y coraje, el enfermo crónico raramente expresa sin rodeos su agresividad, en cambio fuera de la consulta puede ser más franco ("¿qué se habrán creído?, decime que tengo que comer sin sal). Un patrón de conducta relativamente frecuente es el "pasivo-agresivo". La agresividad se canaliza a través de una resistencia pasiva, casi inaparente, a las indicaciones del profesional de la salud (pérdida de recetas, olvidar las citas, etc.). Si esta fase llega a reconocerse y el paciente se siente aceptado y entendido en cuanto a lo que está pasando el enojo disminuirá, pues se sentirá sobre todo respetado.

La tercera etapa es la del 'regateo' o 'pacto': esto es cuando la persona y/o familiares se dan cuenta de que el enojo no cambia su situación, comienzan a prometer algo 'muy significativo' a cambio de obtener la curación o la prolongación de la vida del paciente.

En la cuarta etapa surge la depresión, pues es cuando el paciente y su familia se percatan que el regateo no remediará la situación, hay dos áreas a través de las cuales se explica este estado de ánimo en el individuo enfermo: a) la carga emocional y económica que el paciente siente que llega a ser para sus seres queridos y b) el duelo anticipado por la separación que sufrirá de sus familiares. Generalmente esta etapa es silenciosa, aún cuando la necesidad de contacto físico tiende a aumentar.

Finalmente se llega a la etapa de resignación lo cual posibilitará para todos la aceptación de la enfermedad, iniciando pues, el proceso de vivir 'día a día' con ella.

Impacto del diagnóstico en una familia.

La aparición de una enfermedad crónica o terminal en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical en el interior de ésta y también un cambio en su entorno (Robles, 1987).

Para Rolland (2000) la reorganización de la vida, esconde un eufemismo que abarca desde un cambio en el sentido y las prioridades vitales hasta lo que en psicología de la salud es denominado «estilos de vida»; seguramente, lo uno y lo otro están muy conectados, y probablemente resulte ingenuo intentar cambiar lo uno sin lo otro. Lo cierto es que resulta importante examinar el impacto de esos estilos en la salud y, bajo supervisión médica, animarse a cambiarlos. No resulta fácil modificar hábitos de consumo de alcohol, de tabaco, de ejercicio, de dietas, etc., pero de conseguirlo, no sólo se consigue mejorar la salud (y la enfermedad), sino que también se incrementa cierta sensación de control

sobre la enfermedad. Ahora bien es realmente importante comprender el impacto que tiene el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer en una familia, para así poder orientar hacia el camino mas sano la confrontación de la enfermedad y lo que conlleva tanto para el paciente como para la familia.

Pues el cambio estará dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de la capacidades del enfermo, que requiere ser atendido, cuidado y medicado (Robles, 1987).

La tensión en los miembros sanos de la familia que se encargan de cuidar al enfermo tiende a aumentar, tanto por el riesgo de agotamiento al que están expuestos como por el agregado de tareas de cuidado del enfermo a medida que la enfermedad avanza. La flexibilidad familiar, en términos tanto de la reorganización de roles como de la disposición para recurrir a ayuda externa, es de vital importancia (Rolland, 2000).

Con las enfermedades progresivas, se debe ser consciente de que, del mismo modo que un maratonista, la familia puede «tocar fondo» (literalmente, agotar su resistencia física, emocional o financiera y/o su capacidad para reformar su sistema). Llegados a este punto, la familia puede necesitar hacer una reestructuración radical de su manera de hacer frente a los cambios necesarios (Rolland, 2000).

A decir de este autor cuando una familia basa su estilo de vida y su sentimiento de capacidad en términos de la recuperación del diagnosticado corre el riesgo de derrumbarse debido a la incompatibilidad entre su ideal de cuidados y el tratamiento, pues se debe estar consciente de que un error tanto en los cuidados, como en el tratamiento puede tener graves consecuencias negativas, que repercuten en toda la familia.

Doka (1993; en Navarro, 2004) habla de algunas otras variables que deben ser tomadas en cuenta, afirma que la naturaleza de la enfermedad, el dónde y el cómo suponen diferencias notables, es decir, el cáncer de

mama no sólo amenaza la vida, sino que también puede cuestionar el atractivo físico de la mujer. Igualmente, las diferencias en el tratamiento, sus efectos primarios y secundarios, tienen un impacto poderoso en la forma en que se vive la enfermedad.

Este autor también hace referencia a los efectos psicológicos y sociales. Afirma que algunas enfermedades amenazan la identidad (por ejemplo, aquellas que afectan a la apariencia física o a los órganos sexuales). Otras amenazan la movilidad, o ciertas funciones cerebrales, o generan incapacidades específicas (por la pérdida de un miembro, por ejemplo). Otras tienen como consecuencia el rechazo social por su carga estigmatizante (como las de transmisión sexual, singularmente el sida), o imponen el aislamiento social (por falta de movilidad, por la apariencia física (Navarro, 2004).

Otras variables importantes que deben ser tomadas en cuenta, son los recursos económicos de las familias, pues cuando éstas cuentan con recursos limitados suelen tener que decidir a qué tareas se justifica darles más prioridad. La situación puede implicar la toma de una decisión dolorosa y atemorizante, especialmente si las consecuencias son de importancia. En estos casos los profesionales pueden ayudar a una familia a evitar crisis sentando las bases para un cambio que mejore su capacidad de permanencia y ayudar a definir cuales serán las tareas con más prioridad, dentro de los límites.

Para conocer y comprender las expectativas que tienen las familias acerca de curso de la enfermedad, Rolland recomienda formular a cada familiar preguntas como las siguientes:

¿Qué información le han proporcionado el equipo médico o determinados profesionales acerca del curso previsible de su enfermedad o la de su familiar?

¿Qué se le dijo acerca de lo imprevisible que podría ser el curso de la dolencia?

¿Difiere esa información de las expectativas de la familia o del familiar enfermo acerca del curso de la enfermedad y su grado de imprevisibilidad?

Estas preguntas ayudan a establecer qué se le dijo específicamente a la familia y a cuáles miembros de manera directa. También ayudan a poner en claro si, a pesar de lo dicho por los médicos, los miembros de la familia mantienen sus propias ideas, basadas en su experiencia anterior u otras fuentes de información. Los profesionales pueden enterarse así de la existencia de puntos de vista discrepantes dentro de la familia que pueden ayudar a explicar los conflictos entre sus miembros acerca de cómo se debe hacer frente a la enfermedad. De ese modo pueden evaluar quién está bien informado, quién no y por qué. ¿El médico eligió comunicarse únicamente con ciertos miembros de la familia? ¿Los miembros clave de la familia decidieron quién recibiría la información directamente de la fuente? ¿Se les dio diferente información a los distintos miembros de la familia (el paciente o los niños, por ejemplo) y por qué razones (por sobreprotección o debido a distinciones acerca de lo que es apropiado para la edad)? Preguntas como éstas revelan si el equipo médico ha brindado información coherente. Si «los expertos» expresan puntos de vista divergentes acerca del curso esperado de la enfermedad, pueden generar un tremendo desasosiego en la familia.

Ahora bien es importante explicar como es que el funcionamiento adecuado de las redes tiene una importancia crucial cuando se presentan situaciones inesperadas o de crisis y las familias demandan cierto tipo de bienes o servicios. No obtenerlos en esos momentos puede tener diversos grados de repercusión en el sistema familiar que en el extremo se pueden traducir en la muerte de alguno de los miembros del grupo familiar (Bronfman, 2001).

Cuando se presenta una enfermedad como el cáncer la identidad puede quedar muy afectada. El enfermo puede sentir que su cuerpo le ha traicionado (por su fragilidad), o sentir que adquirió una identidad

indeseada (porque la enfermedad le estigmatice), puede suceder que su identidad profesional se vea profundamente afectada. Es importante discutir todas estas experiencias allí donde el paciente encuentre audiencia: con su médico, con su pareja, con amistades, con grupos de autoayuda, con psicólogos y de forma profesional, si ello resultara necesario (Navarro, 2004).

La aparición de ideas irracionales en estos casos es frecuente, pues al recibir una noticia de esta magnitud es común que la gente haga atribuciones de esta enfermedad a alguna maldición, a la mala suerte, o bien a un castigo divino, la gente generalmente se pregunta que ha hecho para merecer esta enfermedad, dejando de lado los factores de riesgo a los que ha estado expuesto, la herencia, entre otras causales, es por esto que la Terapia Racional Emotiva resulta de gran ayuda para corregir estas ideas erróneas y con esto aumentar la calidad de vida del paciente y su familia.

Capítulo 4. Terapia Racional Emotiva (TRE)

Antecedentes

Albert Ellis en su adolescencia tenía problemas de timidez, temblor al hablar en público y especialmente ansiedad para relacionarse con mujeres, para superar estos problemas, empezó a utilizar técnicas cognitivo-conductuales, familiarizándose así con ellas. Comenzó a practicar la psicoterapia y la terapia sexual y marital pero después de conseguir el doctorado en Psicología Clínica optó por aprender psicoanálisis sin embargo al no hallar resultados satisfactorios con esta orientación, comenzó a desarrollar su propia forma de hacer terapia que daría lugar a la TRE en 1955, una orientación que afirmaba que si las personas adquiriese una sana filosofía de la vida, sería raro que se encontrasen emocionalmente perturbadas (Ellis, 1989).

En el libro *Práctica de la Terapia Racional Emotiva* Ellis habla sobre las influencias filosóficas y psicológicas que tiene la TRE.

Influencias Filosóficas

Las principales influencias filosóficas de la TRE provienen entre otras de la filosofía escrita por Epiceto y Marco Aurelio, ellos apuntaban a que las alteraciones psicológicas tenían una causa filosófica y restaba importancia a los factores psicoanalíticos y psicodinámicos. En esencia, desde el punto de vista estoico, que mantenía que las personas se alteran no por las cosas en sí, sino por su visión de las cosas, siendo éste el núcleo de las aproximaciones cognitivo-conductuales de hoy en día en la psicoterapia (Ellis, 1989).

La TRE hace hincapié en la flexibilidad y antidogmatismo del método científico y sostiene que el absolutismo rígido es la esencia de las alteraciones humanas y de la filosofía cristiana podríamos decir que proviene la teoría del valor humano, pues en esta se habla de condenar el pecado pero perdonar al pecador. Y por último el humanismo ético le heredó la filosofía de que niega que todos los hombres sean dioses o demonios (Ellis, 1989).

Influencia Psicológicas

En su libro Ellis menciona que tuvo una preparación como analista en la escuela de Karen Horney, y fue ella quien con su concepto sobre “la tiranía de los debería”, influyó en el énfasis sobre la primacía del pensamiento evaluativo dogmático y absolutista en el desarrollo y mantenimiento de muchas de las alteraciones psicológicas.

Los trabajos de Adler también tuvieron un impacto en el desarrollo de la TRE en varios aspectos, pues este autor fue el primer gran terapeuta que realmente estudio los sentimientos de inferioridad, a este respecto la TRE ha insistido en el tema de la autoevaluación y la ansiedad que conlleva; Adler al igual que la TRE se ocupó de hablar de los significados, valores, propósitos y metas de las personas, y de la misma forma la TRE copia de Adler su interés en la utilización de una enseñanza activo – directiva, la importancia de lo social, la apariencia humanística y balística, y el empleo de un tratamiento psicológico cognitivo – persuasivo.

Aunque a la TRE se le llamó al principio Psicoterapia Racional, siempre utilizó métodos conductuales, así como técnicas cognitivas y emotivas en la práctica de la terapia. En los 30 años de existencia la TRE ha tenido varias modalidades terapéuticas (individual, en grupo, marital y familiar), las cuales han sido practicadas por distintos tipos de profesionales, con una

gran variedad de clientes, que sufren de una amplia gama de alteraciones psicológicas. A parte de su utilización en psicoterapia y counseling, los principios racional–emocivos han sido aplicados a la educación, industria y comercio. Lo más reciente ha sido su aplicación a la educación pública en la forma de talleres.

Principales Conceptos Teóricos.

La TRE esta basada en un conjunto de suposiciones que giran en torno a la complejidad y fluidez de la existencia humana. Partiendo de este punto de vista sobre la naturaleza humana, la RET se asienta en los siguientes conceptos teóricos (Ellis, 1989):

- *Objetivos, propósitos y racionalidad:* De acuerdo a la teoría de la TRE, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida, y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone que en el establecimiento y persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor consciencia de que viven en un mundo social. Cuando las personas tienden a ir directamente hacia sus metas lo racional según la teoría TRE es “lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, por el contrario lo irracional es lo que les frena (Dryden, 1984). Sin embargo, la racionalidad no puede definirse de forma absoluta, ya que es relativa por naturaleza.
- *Énfasis humanístico:* La TRE no pretende ser puramente objetiva, científica o técnica, sino que es una aproximación humanístico–existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Asume que ningún ser humano, por muy antisocial y horrible que parezca, puede catalogarse como condenable o subhumano. Pone un énfasis especial en la importancia de la capacidad de desear y elegir en un momento

dado, sin dejar de lado la posibilidad de que algunas conductas estén en parte determinadas por lo biológico, social y otras fuerzas.

→ *La interacción de los procesos psicológicos y la cognición:* Las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada sino que se superponen significativamente, esto ocurre particularmente en el campo de las alteraciones psicológicas. Una de las mayores contribuciones de la TRE al campo de la terapia cognitivo – conductual es la distinción entre Creencias racionales e irracionales.

Las creencias racionales podrían definirse como cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial, se les llama racionales porque son relativas, no implican el logro de objetivos y propósitos básicos.

Por otro lado las Creencias irracionales son llamadas así en primer lugar porque son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de “tengo que”, “debo”, etc.; y segundo porque provocan emociones negativas que interfieren en la persecución en la obtención de metas.

Así pues las creencias racionales son el fundamento de los comportamientos funcionales, mientras que las creencias irracionales están en la base de las conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo, y abuso de sustancias tóxicas.

→ *Dos perturbaciones humanas fundamentales:* Existen dos categorías principales de perturbaciones psicológicas: perturbaciones del yo y perturbaciones incómodas.

Una *alteración del yo* es cuando una persona se hace peticiones a sí misma, a otros y al mundo, y si esas peticiones no se satisfacen en un pasado, presente o futuro, la persona puede llegar a perturbarse

condenándose a sí mismo. La autocondena incluye:

- 1) el proceso de dar una reprimenda negativa a mi "self", y
- 2) clasificar a mi "self" como malo o infravalorarlo. La alternativa racional y saludable a la autocondena es la autoaceptación, que implica negarse a dar una reprimenda al "self", y reconocer fallos.

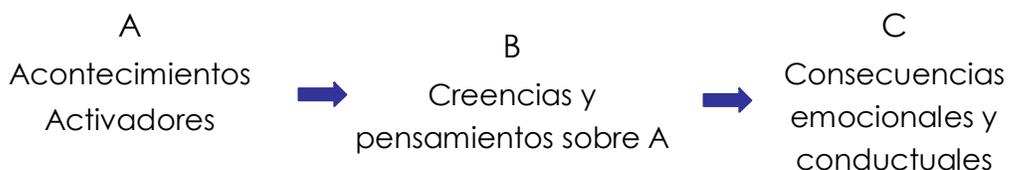
En las *perturbaciones incómodas* la persona de nuevo hace peticiones a sí mismo, a otros y al mundo, pero se trata de órdenes dogmáticas que crean bienestar y condiciones de vida cómodas que deben existir. Cuando estas peticiones no se satisfacen en el pasado, presente o futuro la persona se perturba. Tolerar el malestar con el fin de lograr nuestros objetivos y una felicidad a largo plazo es la alternativa racional y saludable a cualquier demanda de gratificación inmediata.

Por lo tanto, para la TRE la autoaceptación y un alto nivel de tolerancia a la frustración son los dos pilares básicos de un estilo de la vida psicológicamente sano.

El ABC de la TRE: un amplio marco de referencia.

Esta teoría de la personalidad y del cambio de personalidad, acepta la importancia de las emociones y de las conductas, pero pone un énfasis especial en el papel de las cogniciones, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales.

Para la TRE existe un esquema en el que:



Por ejemplo: una persona llega a un lugar donde hay varios desconocidos

que lo miran fijamente (A). Según el tipo de interpretaciones que haga sobre este hecho, es decir, según lo que piense (B), reaccionará a nivel emocional y conductual (C) de una forma u otra. Así pues si piensa de manera positiva ante este hecho (les gusta a los demás) se sentirá mejor que si piensa que lo evalúan negativamente. Es decir en función de lo que piense será como actuará.

En el libro *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*, Ellis (1989) desglosa el ABC de acuerdo a los siguientes puntos:

Acontecimientos desencadenantes o activadores (A).

La teoría TRE de la personalidad y de las alteraciones de la personalidad comienza describiendo los intentos de la gente de ver realizados sus objetivos y enfrentarse a un conjunto de acontecimientos desencadenantes o activadores (A) que pueden ayudarles a conseguir esos objetivos o por el contrario obstaculizarlos. Los acontecimientos desencadenantes suelen estar en el presente y ser corrientes o bien pueden ser las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona hacia esos hechos, pero se hallan envueltos en recuerdos o pensamientos (conscientes e inconscientes) de experiencias pasadas. Los individuos están dispuestos a buscar y responder a estos acontecimientos debido a 1) sus predisposiciones biológicas o genéticas; 2) su historia constitucional; 3) su aprendizaje social e interpersonal; y 4) sus patrones de comportamientos innatos y adquiridos.

Los acontecimientos activadores no existen en estado puro; casi siempre interactúan unos con otros incluyen parte de B y C, además las personas ponen algo de sí mismas en los As (sus metas, deseos y tendencias fisiológicas).

Creencias (B) Sobre los Acontecimientos Activadores.

Las personas tienen innumerables creencias (B) cogniciones, pensamientos o ideas –sobre los acontecimientos Activadores (A); y estas creencias ejercen una fuerte influencia en sus consecuencias (C) cognitivas, emocionales y comportamentales.

Las Bes pueden tomar formas muy diferentes porque cada persona tiene cogniciones muy diferentes. Sin embargo, en la TRE el interés se centra en las Creencias racionales (rB), responsables de las conductas de autoayuda y en las creencias irracionales (iB), que conducen a comportamientos de autodestrucción. A continuación se expondrán las principales Creencias (B):

Observaciones no evaluativas. No van más allá de los datos que disponemos. No son evaluativos porque no tienen ninguna relación con nuestros objetivos. Cuando tales observaciones tienen alguna implicación respecto a nuestros objetivos se convierten en evaluativos.

Inferencias No evaluativos. A estas cogniciones se las denomina inferencias, porque van más allá de los datos disponibles. Las inferencias son unas hipótesis que se extraen de nuestras observaciones, y pueden ser correctas o incorrectas. Estas inferencias no son evaluativos cuando no tienen relación con nuestros objetivos, y cuando sí la tienen, se convierten en evaluativos.

Evaluaciones preferenciales positivas. estas cogniciones se denominan así porque: 1) son relativas, pocas veces se dicen pero van implícitas en las cogniciones; 2) se refieren a lo que la persona evalúa como positivo. A menudo son clasificadas como “racionales” desde el punto de vista de la TRE ya que ayudan y favorecen el que una persona consiga sus objetivos y propósitos básicos.

Evaluaciones de Obligación positivas: Son absolutas y dogmáticas, se refieren a lo que la persona evalúa como positivo de forma devota. Según esta teoría se suelen clasificar como "irracionales" ya que inhiben e impiden que se consigan el resto de propósitos y objetivos básicos. Estas evaluaciones son todas absolutas y positivas. Las evaluaciones del "yo" y el mundo son positivas y totalmente exageradas.

Evaluaciones Preferenciales Negativas: Se les llama así porque una vez más son: 1) relativas, no absolutas; y 2) se refieren a lo que la persona considera como negativo. También se consideran racionales por la TRE ya que ayudan y favorecen el que una persona consiga sus objetivos y propósitos básicos.

Evaluaciones de obligación negativas: Se les denomina así porque; 1) son absolutas y dogmáticas y 2) se refieren a lo que la persona considera como negativo de una forma devota.

Consecuencias Emocionales y Conductuales (C).

La (C) se sigue de la interacción entre A y B. utilizando una fórmula matemática, se puede decir que $A \times B = C$. Ésta casi siempre está influida y afectada pero no exactamente "causada" por A, porque los seres humanos por naturaleza reaccionan a los estímulos dentro del medio. Y lo que es más, cuando A tiene mucho poder tiende a afectar profundamente a C.

Cuando C consiste en una alteración emocional, la causante más directa suele ser B, sin embargo, hay alteraciones emocionales que a veces pueden surgir de una A muy poderosa y también de factores del organismo que son independientes y pueden "causar" de hecho las consecuencias "C".

Cuando varias As fuertes y poco frecuentes causan o contribuyen de forma significativa a las Ces, o cuando factores fisiológicos “crean” C, suelen ir acompañadas por B también.

Las Ces suelen consistir en sentimientos o conductas, pero también puede tratarse de pensamientos. Las Ces que siguen de A y B nunca son virtualmente puras sino que incluyen e interactúan inevitablemente con A y B.

Alteraciones Psicológicas.

La teoría racional emotiva afirma que la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van percibiendo a lo largo de su vida, son el fondo de una alteración psicológica, pues estas evaluaciones se verbalizan en forma de palabras dogmáticas como “debo”, “debería”. Estas creencias son consideradas como irracionales por la teoría de la TRE, porque suelen (aunque no siempre) impedir y obstaculizar que las personas persigan sus metas y propósitos más importantes. Un “debo” de carácter absoluto no tiene porque conducir necesariamente a una alteración psicológica, pues esta teoría afirma que una filosofía absolutista normalmente conduce a una alteración, mas no dice que siempre será así. Por eso, la TRE adopta una posición antiabsolutista, incluso respecto a la concepción de la naturaleza de la alteración humana (Ellis, 1989).

Por otro lado si las personas se adhieren a la filosofía de “obligaciones” éstas tienden a llegar a conclusiones irracionales derivadas de los antes mencionados “debo y tengo que”, a estas derivaciones se les clasifican como irracionales porque también sabotean los propósitos y las metas básicas de una persona (Ellis, 1989).

Cuando las necesidades perturbadoras (pseudonecesidades) no se cumplen, surgen los pensamientos (cargados de emociones) derivados de esas exigencias absolutistas, que según el autor son:

1. Tremendismo: la cual generalmente ocurre cuando al percibir un suceso, éste es valorado como malo en más del 100%, es decir se llega a una conclusión exagerada y de carácter mágico que se deriva de creencias habituales.
2. No Soportantis: significa creer que no se puede experimentar ninguna felicidad nunca, y bajo ningún tipo de condiciones.
3. Condena: representa la tendencia humana de clasificarse a uno mismo o a otros como "subhumano" o "inservible", se presenta cuando él u otro hace algo que no "debe" hacer o no hace algo que "debiera" hacer. La "condena" puede aplicarse también al mundo o a unas condiciones de vida que se consideran "miserables" por no dar a la persona lo que él o ella se merecen.

Ellis (1989) menciona en su libro que el "tremendismo", "no – soportantis" y la "condena" son procesos irracionales secundarios, en el sentido de que se derivan de una filosofía de "obligaciones", estos procesos pueden ser primarios en ocasiones. También habla sobre la manifestación de Wessler (citando en Ellis, 1989) acerca de que más bien son procesos primarios y que los "debo y tengo que" se derivan de ellos. Sin embargo, la filosofía de las obligaciones por un lado, y los "tremendismo", "no – soportantis" y la "condena", por otro lado, son procesos interdependientes y eslabones "diferentes" en la cadena "cognitiva".

En el libro de Ellis se habla también de que la TRE ha podido constatar que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados. En este sentido la TRE se muestra de acuerdo con los terapeutas cognitivos en que tales distorsiones cognitivas son una manifestación de una alteración psicológica. La TRE destaca algunas de las distorsiones

cognitivas más frecuentes, las cuales casi siempre proceden de los “debos y tengo que”:

- * Todo o Nada.
- * Salto a las conclusiones y non sequiturs negativos.
- * Adivinar el futuro.
- * Fijar la atención en lo negativo
- * Descalificar lo positivo
- * Siempre y nunca
- * Minimización
- * Razonamiento emocional (como lo siento así, debe ser cierto)
- * Etiquetar y sobregeneralizar
- * Estafa
- * Perfeccionismo

El objetivo de la terapia será detectar y cambiar tanto las evaluaciones erróneas de la realidad (fruto de las distorsiones) como las creencias dogmáticas y absolutistas (exigencias y derivados) que las originan.

Salud Psicológica.

Para la teoría de la TRE, el rasgo principal de las personas psicológicamente sanas es una filosofía de relativismo o del “deseo”. Esta filosofía reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de deseos, preferencia, anhelos, etc., pero si no se convierten estos valores relativos en dogmas e imposiciones probablemente estas personas no adquirirán una alteración psicológica. Sin embargo una persona sana puede experimentar emociones negativas apropiadas cuando no ve cumplidos sus deseos. Se considera que estas emociones tienen una motivación constructiva, en el sentido de que ayudan a que las personas superen los obstáculos para conseguir sus metas, y también les ayuda a adaptarse positivamente cuando no se cumplen sus deseos.

La teoría racional-emotiva postula tres derivaciones principales de la filosofía del deseo. Se las considera racionales porque ayudan a que las personas alcancen sus metas, o crean metas nuevas si las antiguas no pueden realizarse (Ellis, 1989).

La primera derivación importante, conocida como “evaluar y analizar lo negativo”, es la alternativa racional al “tremendismo”. En este caso si una persona no consigue lo que quiere, reconoce que es malo. Pero como no piensa “tengo que conseguir lo que quiero”, esta persona colocaría el resultado de su evaluación en un punto del continuo mal que va de 0 a 100% y no clasifica esta situación como horrible, una valoración más bien mágica que se situaría en el 101%, en un continuo que podría llegar al infinito. En general, para una persona que vive la filosofía del deseo, cuanto más fuerte es su deseo, mayor será su desilusión si no consigue lo que quiere (Ellis, 1989).

La segunda derivación importante se le conoce como “tolerancia” y es la alternativa racional a la “no-soportantis”. La persona 1) reconoce que ha sucedido (o que puede suceder) un acontecimiento no deseable; 2) cree que esta dentro de lo posible el que esto pasara, como así ha sido; 3) sitúa el acontecimiento en un punto del continuo del mal; 4) procura cambiar el acontecimiento indeseable, o acepta la “cruda” realidad si no la puede modificar, y 5) empieza a perseguir activamente a otras metas, aún en el caso de que no se pueda variar la situación (Ellis, 1989).

La tercera derivación, se le llama “aceptación” y es la alternativa racional a la “condena”. La persona acepta que ella misma y los demás pueden fallar, que los seres humanos tienen limitaciones y son demasiados complejos como para poderlos clasificar. Además, se aceptan las condiciones de vida tal y como son. La gente que sigue una filosofía de aceptación reconoce plenamente que el mundo es muy complejo y funciona de acuerdo a unas leyes que a menudo se escapan al control de

las personas. Es importante aclarar que la aceptación no implica resignación. Para la filosofía racional de la aceptación, una persona asume que todo lo que existe debe existir pero no tiene porque existir para siempre (Ellis, 1989).

Ellis (1989) menciona 13 criterios de salud pública que maneja la teoría de la TRE:

1. Interés en sí mismo: Las personas sensatas y, sanas emocionalmente suelen interesarse en primer lugar por sí mismas, y colocan sus propios intereses al menos un poco por encima de los intereses de los demás.
2. Interés social: El interés social es racional y positivo, porque la mayoría de las personas optan por vivir y divertirse en una comunidad o grupo social; sino actúan moralmente, protegen los derechos de los demás, y favorecen la vida en sociedad, es poco probable que lleguen a crear esa clase de mundo en el que ellos mismos puedan vivir cómoda y felizmente.
3. Autodirección: La gente sana asume la responsabilidad de su vida a la vez que coopera con los demás. Este tipo de personas no piden ni necesitan demasiada ayuda de los otros.
4. Alta tolerancia a la frustración: Los individuos racionales se otorgan a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse. Se abstiene de condenarse o condenar a otros como personas, por un comportamiento inaceptable u ofensivo.
5. Flexibilidad: La gente sana y madura suele ser de ideas flexibles, abierta al cambio, pluralista y no fanática cuando omite opiniones sobre otros. No dictan reglas fijas y rígidas para sí mismos ni para los demás.
6. Aceptación a la incertidumbre: Los hombres y las mujeres sanos

aceptan la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y en continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta y probablemente nunca existirá.

7. Comprometerse en ocupaciones creativas: Para la mayoría de las personas resulta saludable y satisfactorio implicarse de forma vital en algo fuera de sí mismos y a poder tener al menos algún interés creativo.
8. Pensamiento científico: Los individuos sanos tienden a ser más objetivos, científicos y racionales que los que tienen alguna alteración. Son capaces de tener sentimientos profundos y de actuar correctamente, pero también regulan sus acciones y emociones reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias según les lleve a conseguir metas a corto o largo plazo.
9. Autoaceptación: Las personas sanas se alegran de estar vivas y se aceptan a sí mismas simplemente por el hecho de vivir y tener la capacidad de divertirse. Rechazan la idea de medir lo que valen por sus logros externos o por lo que los demás piensan.
10. Arriesgarse: La gente sana emocionalmente tiende a arriesgarse e intentar hacer lo que pretenden, incluso cuando hay muchas posibilidades de que fracases.
11. Hedonismo de larga duración: Las personas bien adaptadas aspiran a conseguir los placeres del presente y del futuro, pero no suelen sacrificar el mañana por el bienestar pasajero de un momento. Son hedonistas, esto quiere decir que buscan la felicidad y evitan el dolor, pero tienen asumido que no van a vivir eternamente y que es mejor pensar a la vez en el hoy y en el mañana, sin obsesionarse con las gratificaciones inmediatas.
12. Antiutopía: La gente sana acepta el hecho de que las utopías son

inalcanzables y de que nunca conseguirán todo lo que quieren, ni podrán evitar todo el dolor. Piensan que es poco sensato esforzarse por alcanzar el placer, felicidad y perfección totales, o la total falta de ansiedad, depresión, descontento y hostilidad.

13. La propia responsabilidad de sus alteraciones emocionales: Los individuos sanos aceptan gran parte de responsabilidad que tienen en sus propias alteraciones, en lugar de echar la culpa de forma defensiva a los demás o a las condiciones sociales, por sus conductas, pensamientos y sentimientos autodestructores.

Terapia Racional Emotiva y la Familia

En el libro 'Práctica de la terapia racional emotiva', Ellis (1989) sostiene que cuando los miembros de una familia se perturban o trastornan emocionalmente (por ejemplo con ansiedad, depresión, hostilidad, autocompasión o disfunciones conductuales) en el punto C (consecuencia emotiva y conductual), precedido todo ello de una experiencia Activadora significativa o un Acontecimiento desencadenante, A puede contribuir significativamente a C aunque no sea su «causa». Por el contrario, las Consecuencias perturbadoras (en individuos y en familias) son principalmente (pero no exclusivamente) creadas por B el sistema de creencias de una familia. Cuando aparecen Consecuencias (C) indeseables o disruptivas, éstas pueden atribuirse a las Creencias irracionales de las personas (B), exigencias, órdenes o expectativas absolutistas, perturbadoras e irrealistas sobre: (1) sí mismos, (2) otros, y/o (3) el mundo. Cuando las personas refutan adecuadamente (en el punto D), sus Creencias irracionales (B) y se enfrentan a ellas de forma lógica, empírica y racional, las consecuencias perturbadoras se minimizan o desaparecen, y casi nunca se reproducen.

La terapia de familia TRE, se ocupa de las premisas filosóficas más importantes que están a la base de los sentimientos de desilusión que

tienen las personas respecto a sí mismas y a su familia. Pero además, emplea métodos cognitivos, emotivos y conductuales para enseñarles habilidades de comunicación, sexuales, de relación, etc., que les ayuden a mejorar sus relaciones familiares (Ellis, 1989).

Este autor explica que la teoría ABC de la TRE mantiene que la «causa» básica o principal de las Consecuencias (C) emocionales perturbadoras en la vida familiar (o en cualquier otra actividad humana) no se encuentra en las experiencias Activadoras que le suceden a la familia en A, sino en las Creencias irracionales (iB) de los cónyuges y los niños con respecto a estas As. En teoría, las personas pueden tener multitud de iB, pero pueden reducirse a tres principales “debo”, cada uno de los cuales está dividido en subcategorías. Son los siguientes:

- «Debo (o debiera o tengo que) actuar bien y/o obtener la aprobación de las personas que conozco. ¡Es horrible (o espantoso o terrible) que no lo consiga! ¡No puedo soportarlo! ¡Soy una desgracia de persona cuando fallo en esto!»
- «Tú debes tratarme con respeto y consideración. ¡Es horrible que no lo hagas! Cuando me fallas, ¡eres una mala persona y no puedo aguantarte ni a ti ni a tu miserable comportamiento!»
- «Mis condiciones de vida deben ser como yo quiero, ¡y es terrible cuando no son así! ¡No soporto vivir en un mundo tan horrible! ¡Es un lugar totalmente abominable!»

Cuando en los miembros de una familia aparecen uno o más de estos tres “debo” importantes, o alguno de sus derivados, es muy probable que también haya alguna forma de perturbación emocional y/o conducta disfuncional. Pero si se identifican claramente estas órdenes absolutistas e irrealistas hacia sí mismos, los otros y el universo, y si trabajan duro para vencerlas y sustituirlas por preferencias, será muy extraño que se perturben por algo, aunque todavía tengan fuertes sentimientos apropiados de

displacer, frustración, desilusión y dolor.

La TRE propone tres clases diferentes de insight que se podrían conseguir:

Insight No.1: las «causas» de los problemas prácticos de una familia están en las situaciones ambientales pero las «causas» de sus problemas emocionales (o sus problemas por los problemas prácticos) descansan sobre todo en las Creencias irracionales (iB) acerca de las Experiencias Activadoras por las que pasa la familia.

Insight No. 2: no es importante conocer lo que perturbó originalmente a los miembros de una familia (o cómo se perturbaron), en la actualidad se sienten trastornados porque aún se están adoctrinando a sí mismos con las mismas iB del pasado. Aunque hayan aprendido esas iB de sus padres o de otros agentes socializantes de la infancia, todavía continúan reteniéndolas y repitiéndolas. Por eso, su auto-condicionamiento es más importante que los primeros condicionamientos externos.

Insight No. 3: si los miembros de una familia llegan a los insight no. 1 y 2, y se dan cuenta de que son ellos mismos los que han creado y mantenido sus propios pensamientos perturbadores, no por ello van a cambiar automáticamente sus Creencias irracionales. Solo si trabajan y practican con constancia en el presente y en el futuro para pensar, sentir y actuar contra estas iB, serán capaces de cambiarlas y de sentirse mucho menos perturbados.

Los principales objetivos de la terapia familiar racional-emotiva son los siguientes:

1. Ayudar a todos los miembros de la familia, o al menos a la mayoría, a que vean que han estado perturbados durante mucho tiempo por tomar demasiado en serio las acciones de otros miembros de su familia; y que tienen la oportunidad de no trastornarse tanto por ello, sin importar cuál sea el comportamiento de los demás.

2. Ayudar a las familias a continuar manteniendo, incluso a aumentar sus deseos y preferencias (incluidos sus deseos de amor, amistad, y responsabilidad familiar), pero mantenerse alerta y renunciar a sus exigencias, demandas, etc., con el fin de que el resto de la familia actúe como deseo.

3. Animar a los padres e hijos a que se sientan tristes, dolidos, frustrados, disgustados y determinados a cambiar las cosas cuando no consiguen lo que quieren, o consiguen lo que no quieren dentro y fuera de la familia. Asimismo, hay que demostrarles cómo diferenciar estos sentimientos negativos apropiados de los sentimientos de ansiedad severa, depresión, hostilidad, autocompasión, baja tolerancia a la frustración; y cómo minimizar los últimos, reconociendo, sintiendo y a veces incluso aumentando los primeros.

4. No perder de vista e insistir en sus creencias irracionales -los absolutistas «debiera», «tengo que» y «debo»- que invariablemente se encuentran a la base de los sentimientos inapropiados y las conductas disfuncionales; por otro lado, es necesario continuar refutando y enfrentándose a estas ideas, para reemplazarlas por una filosofía de la vida racional, lógico-empírica y de base científica.

5. Aprender una variedad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales que están a su disposición para combatir las irracionalidades y animarles a que piensen, sientan y actúen de manera más apropiada y enriquecedora.

6. Mientras cambian sus actitudes y filosofías perturbadoras, investigan formas más eficaces de resolver problemas prácticos -disgustos y frustraciones reales- que les impiden a ellos "al resto de la familia ser tan felices como quisieran. En términos de la TRE, mientras cada uno en particular trabaja en sus B (Creencias irracionales), simultáneamente todos trabajan para cambiar las A (acontecimientos Activadores) que

acompañan y contribuyen a las B y a las C (Consecuencias disfuncionales y perturbadoras).

Aprender, no sólo a manejar eficazmente las crisis actuales que haya en la familia y no trastornarse por ellas, sino que también (y lo que es más importante) llegan a darse cuenta de que no importa lo que les suceda a ellos y a sus parientes más cercanos en el futuro, porque tomarán una postura racional-emotiva de aceptar las cosas, no se trastornarán por ello, y procurarán encontrar soluciones tanto emocionales como prácticas a los problemas familiares (y de otra clase).

En la terapia de familia TRE cada miembro se hace responsable de su propio cambio y de intentar modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.

Como en los métodos de counseling familiar de Dreikurs (citado en Ellis, 1989) se recomienda dar a los niños la oportunidad de establecer normas familiares, junto con sus padres y otros adultos, para que no traten de escabullirse echando la culpa a otros de lo que hacen. También se enseña a los adultos de la familia cómo tomar la responsabilidad de sus propias actividades, incluso cuando otros individuos de la familia están actuando mal y contribuyendo a las dificultades. Se enfatiza continuamente que un sólo miembro de la familia no puede cambiar a los demás (aunque puede animarles a hacerlo), y el que una persona cambie depende de sus propias actitudes y esfuerzos y no de la manera en que le traten los demás.

Los clientes tienen la responsabilidad de acudir a las sesiones de terapia y de hacer las tareas para casa. Si no les gusta lo que sucede durante la terapia, se les anima a que expresen en voz alta sus sentimientos y objeciones hacia lo que se está realizando. También se les pide que verbalicen los sentimientos hacia otros miembros de la familia y lo que les gustaría que cambiara, o no cambiara, dentro del sistema familiar.

Los clientes son totalmente responsables de su propio cambio, ya que, en realidad, ningún terapeuta puede cambiarles. Sólo ellos pueden modificar su propia conducta (o rehusar hacerlo), y nunca se les echará la culpa por elegir no cambiar. Ellos tienen el control de su destino emocional y el poder alterar sus pensamientos, emociones y conductas. Pero si se obcecaban en llevar a cabo actos que les destruyen, es su decisión y tienen todo el derecho a hacerlo, aunque siguen teniendo la opción de cambiar.

Ellis (1989) maneja como las principales técnicas usadas en terapia familiar las Cognitivas y las Conductuales, las cuales se describirán a continuación:

Técnicas Cognitivas

Las terapias cognitivas se han desarrollado a partir de que hay pacientes cuyo comportamiento se basa principalmente en realizar juicios onde la única opción que encuentran es el razonamiento dicotómico; además de ello, los pacientes suelen realizar generalizaciones excesivas y existen algunos cuyos juicios y comportamiento depende excesivamente de las opiniones de otras personas.

En la terapia familiar TRE se enseña a los clientes qué es lo que hacen para sus propias perturbaciones (Ellis, 1989):

- Cómo tienen creencias irracionales (así como racionales) y como se exigen hacer las cosas bien y ser aceptados. También exigen además (especialmente a los miembros de su familia) que les traten con claridad y amor, y que las condiciones de vida sean fáciles y agradables.

- Se les enseña cómo emplear los métodos lógico-empíricos para refutar y rechazar estas creencias irracionales. En un nivel de refutación más bajo, se les explica cómo elaborar unas autorrevelaciones racionales o de enfrentamiento para sustituir sus

creencias irracionales; éstas son algunas: «Soy un ser humano con defectos que no tiene que actuar competentemente!» «Los demás harán lo que ellos quieran y no necesariamente lo que esté bien o lo que yo quiera!» «No tengo necesidad de poseer lo que deseo y puedo ser bastante feliz, incluso estando frustrado y defraudado!».

- Se les enseña a interrumpir sus pensamientos de todo-o-nada cuando hacen autorevelaciones como: «Siempre fallo», «No puedo cambiar», y «Nunca consigo lo que quiero».
- Se les proponen algunas tareas cognitivas como el buscar sus debiera y debo absolutistas. También se les enseña una filosofía más racional: «Nada es horrible, solo inconveniente» «Nada se consigue sin esfuerzo», y en una filosofía de tolerancia, flexibilidad, humanismo, y aceptación incondicional hacia sí mismos y los demás.
- Se les explica claramente algunas de las consecuencias nefastas que padecen en la actualidad por sus conductas destructivas, y cómo sufrirán inevitablemente por su baja tolerancia a la frustración, hedonismo a corto-plazo, e insistencia en salirse con la suya. Los clientes aprenden técnicas imaginativas y de relajación. (Ellis, 1989)

Los terapeutas usan la imaginación racional-emotiva para que los clientes tomen contacto con sus peores sentimientos, como el horror, la desesperación y la ira, y los cambien por sentimientos apropiados, como la desilusión, el disgusto y la pena.

También emplean role-playing para tratar de que los clientes expresen y trabajen en sus sentimientos y conductas autosaboteadoras. Los ejercicios de ataque a la vergüenza sacan a la luz deliberadamente sus fuertes sentimientos de vergüenza y derrotismo para poder superarlos.

Recurren a confrontaciones dramáticas y evocativas, especialmente con clientes que rehúsan reconocer algunos de sus sentimientos. Suelen utilizar

un lenguaje forzado para ayudar a que las personas se enfrenten a problemas y emociones a los que nunca han dado la cara. Animar a los clientes a repetir con fuerza de manera muy emotiva, frases razonables como: «NO necesito lo que quiero!» «NO TENGO que tener éxito, no importa lo DESEABLE que me parezca!» «La gente DEBIERA tratarme mal algunas veces, porque esa es su forma natural de comportarse!».

A menudo se emplea humor y la intención paradójica para atacar con fuerza las creencias irracionales de los clientes y demostrarles lo tontos que son, dan una aceptación incondicional a los clientes, y con ello les demuestran que pueden aceptarse a sí mismos, incluso cuando sus conductas sean abominables.

Técnicas Conductuales

La TRE ha sido siempre excepcionalmente conductual y cognitiva, las técnicas que más se utilizan son:

- Realizar tareas para casa, la mayoría son *in vivo* mejor que en la imaginación. Con frecuencia estas tareas consisten en permanecer en una situación matrimonial o familiar desagradable hasta que no les trastorne y, una vez que se consigue, ya se puede abandonar.
- También se emplea mucho el condicionamiento operante y los contratos, para ayudar a las familias a hacer contratos entre ellos con el fin de hacer una cosa (como comunicarse más a menudo) si el otro hace también algo a cambio (tener las cosas más ordenadas). Se enseña a los padres cómo usar las técnicas operantes para ayudar a que sus hijos cambien las conductas destructivas e indisciplinadas.
- A menudo se enseña de forma cognitiva y conductual el entrenamiento en habilidades, y el entrenamiento en aserción.

→ También se emplean otros métodos de descondicionamiento y recondicionamiento, incluidos la desensibilización encubierta, entrenamiento emocional, resensibilización sexual, e inundación. En referencia a esta última técnica, la implosión o inundación *in vivo* se recomienda a algunas familias, como la forma mejor de superar fobias muy arraigadas, compulsiones, y obsesiones que interfieren seriamente con sus vidas matrimoniales y familiares.

Como podemos apreciar el primer paso en el proceso de cambio involucra el entrenamiento del paciente para observar sus propias conductas, con el fin de que éste progresivamente empiece a interpretar eventos y experiencias en términos de lo aprendido en la intervención. Los cambios en las formas habituales de pensamiento y comportamiento de los pacientes no cambian de modo abrupto, pues los pacientes deben aprender a ejecutar nuevas conductas en vez de regresar a las viejas formas de ver las cosas, pues la relación entre el cambio cognitivo y el cambio conductual parece ser compleja e interactiva: el cambio conductual positivo promueve cambio cognitivo positivo y viceversa (Reynoso, 2005).

Capítulo 5. Propuesta Terapéutica para Pacientes Oncológicos Recién Diagnosticados y sus Familiares.

A menudo, las enfermedades crónicas se prologan durante muchos años e influyen en todos los aspectos de la vida de una persona. Por consiguiente, se cree necesario un enfoque basado en las necesidades y expectativas personales de pacientes y su forma de afrontar la enfermedad, para que puedan integrarse normalmente en la vida cotidiana; pues es importante considerar que el cáncer no sólo afecta al paciente, sino a la familia también, y que a lo largo de la enfermedad ocasiona múltiples pérdidas, pues involucra la ruptura de las rutinas, pérdida del funcionamiento familiar previo, de la salud y la integridad física.

El papel de la familia en el momento en que un paciente es diagnosticado con cáncer es fundamental pues ésta es quien dirige la forma en que se experimenta la crisis, muchas veces puede ayudar a aminorar la gravedad del diagnóstico y enfrentar de manera racional la enfermedad, pero generalmente la crisis sobrepasa a los integrantes de estas familias. Y es aquí en donde se hace evidente la importancia de desarrollar un plan de acción para reestablecer la homeostasis y reincorporar a la familia al estado óptimo de funcionalidad lo más apegado al nivel de funcionamiento antes del diagnóstico.

La importancia de una intervención inmediata durante la crisis presentada al momento del diagnóstico oncológico se justifica al tomar en cuenta que es justo en este momento en el que el paciente debe tomar decisiones importantes acerca del tratamiento que corresponde al tipo de cáncer que presenta, lógicamente para tomar esta decisión debe conocer la gama de opciones en tratamientos que existen, las ventajas y desventajas que cada uno de éstos tiene consigo y nivel de posibilidades del paciente y la familia para poder solventar los gastos económicos que generará el

mismo y muchas otras decisiones importantes que tendrán un impacto en la evolución de la enfermedad.

Como ya se explicó para lograr este reestablecimiento se requiere una intervención en crisis pues es vital reducir la mortalidad del paciente en estos momentos pues al ser diagnosticado puede llegar a pensar en el suicidio ya que la enfermedad lo rebasará, o bien pensar que no vale la pena que la familia pase por una inestabilidad económica por su culpa, que ha sido una mala persona, padre, madre o hijo y que merece morir, que no vale la pena vivir de ese modo, etc.; uno o varios integrantes de la familia puede comenzar a pensar que es injusto porque siempre han sido buenos con los demás, o que esto no debería pasarle al paciente pues siempre ha sido una buena persona, que nadie volverá a tratarlos como gente normal, que será imposible vivir con un enfermo en la familia etc., incluso algún familiar puede llegar a pensar que la enfermedad es contagiosa, todas estas ideas y pensamientos pueden catalogarse como irracionales es por esto que la Terapia Racional Emotiva resulta una muy buena opción para intervenir en estos casos.

Pues como ya se ha estudiado anteriormente la Terapia Racional Emotiva enfrenta a los pacientes con la irracionalidad de sus pensamientos y sentimientos, de manera que podrán darse cuenta de la forma en que éstos afectarán la estabilidad de la familia. Esta terapia tendría la finalidad de abrir canales de comunicación entre los integrantes de la familia, fomentará la expresión de sentimientos y generará estrategias que faciliten este intercambio, necesario para afrontar de manera más eficaz la crisis.

Es importante recordar que una intervención en crisis tiene como objetivo principal auxiliar a la persona, y en este caso a los familiares también, 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, utilizando como modelo de la TRE, así pues la estrategia a seguir sería:

1. Durante los primeros minutos se le hará ver al paciente que en este espacio podrá expresar todos sus sentimientos y pensamientos sin ningún problema, así mismo se buscará reforzar la seguridad en sí mismo y disminuir la ansiedad; al mismo tiempo que se indagará acerca de los recursos para resolver problemas que tanto el paciente como la familia han usado anteriormente o bien cuales han sido las vivencias con otros familiares enfermos.

Es importante sondear si ha habido otros casos de enfermos con cáncer en la familia, pues de esta manera saldrán a flote cuales son los mitos, tabúes, expectativas (ya sean catastróficas o no), creencias, y valores con las que se enfrentarán al actual acontecimiento.

Por ejemplo:

Cuando el paciente ha recibido la noticia es normal que entre en estado de shock, por eso es importante pedirle sus datos personales tales como nombre, edad, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono, de modo que poco a poco se atraiga la atención del paciente al aquí y el ahora.

Acto seguido se le comentará al paciente y a sus familiares que en dicha sesión todo lo que se hablen será de manera confidencial, no hay porque quedar bien con nadie, ni porque disfrazar los sentimientos, será un momento para desahogarse.

Se enfocará entre otras cosas a pensar con calma si existe alguna duda acerca del padecimiento; si algún familiar, amigo o conocido ya ha sido diagnosticado con cáncer y como fue el proceso de esa persona.

De no tener ningún caso que comentar entonces se puede proceder a platicar acerca de anteriores enfermedades que el

paciente ha tenido o bien de cómo cree que cambiará y cómo será el proceso de ese momento en adelante, de tal forma que el paciente se de cuenta como sus pensamientos, tanto positivos como negativos, repercutirán en el transcurso de la enfermedad y sobre todo en la calidad de vida.

2. Con el fin de reducir la mortalidad se buscará que el paciente se vea a futuro, es decir hacerle preguntas como ¿que va a hacer mañana?, ¿a quien le transmitirá la noticia?.

Es importante que se indague acerca del tipo de información que se le proporcionó acerca del cáncer, su evolución y tratamientos, si es que tiene algunas dudas y cuales son (como por ejemplo si algún familiar tuvo cáncer de pulmón, y a él se le ha diagnosticado cáncer de estomago, se debe hacer énfasis en que el tratamiento a seguir en cada caso es diferente y que la evolución de éste padecimiento también lo es).

En este momento es importante contactar a la familia y sondear que es lo que piensan acerca del evento, pues a partir de este momento es imprescindible reestablecer la homeostasis familiar, pues el apoyo familiar será la mejor herramienta para evitar un suicidio. Es indispensable en este punto revisar las dimensiones del problema, pues un cáncer detectado a tiempo tiene infinitas posibilidades de ser curado.

3. Sobre la marcha se irá recabando información acerca de las diferentes ideas irracionales que tanto la familia como el paciente presenten, para así poder orientarlos y darles las herramientas necesarias para que en el futuro puedan lidiar con las diversas ideas irracionales que pudiesen tener.

Algunas de las ideas irracionales que se presentarán serán:

- ¿Por qué me tiene que dar esta enfermedad a mí? Si yo siempre he

- sido buena persona.
- De ahora en adelante ya nadie querrá siquiera cruzar palabra conmigo.
 - Para que gasto mi energía y mi dinero en tratamientos de todos modos moriré.
 - Ahora que estoy enfermo todos deberían cubrir mis necesidades.
 - Parece que toda la mala suerte la traigo conmigo.
 - ¿cómo me puede estar sucediendo esto a mí?
 - ¿Qué he hecho para merecerlo?
 - No puedo soportar que mi familia pase por esto!
 - Estoy enfermo y deberían tratarme de manera especial!
 - De seguro esa enfermedad que le dio fue porque es una mala persona.
 - No soportaré esta enfermedad.
 - No soportaré que la gente sepa de mi enfermedad.
 - Debería estar agradecido porque lo aguantamos aún enfermo.
 - Es horrible que el doctor crea que sabe como debo cuidarme.
4. Se les explicará la importancia que tiene el 'detener' estas ideas y 'modificarlas' por ideas racionales, aclarando que esto no significa hacerse falsas esperanzas, solo es dándole la debida importancia a cada una de las etapas por las cuales pasarán.
5. Se debe persuadir a la persona sobre lo importante que es dar el siguiente paso, en este caso tomar decisiones acerca del tratamiento, modo en que podrían repartirse las diferentes tareas familiares, tareas que realizará para mejorar su calidad de vida y de tiempo, etc.
6. Pedir datos suficientes para poder hacer un contacto de seguimiento, en el entendido que se ha platicado con la familia que tipo de contacto sería el mejor, telefónico o en persona.

Con esta intervención se espera que el paciente y su familia aumenten su

capacidad creativa para superar este momento crítico, que se formen nuevas expectativas de vida, comprendan que a partir de ahora su *modus vivendi* será diferente, y que las decisiones que tendrán que tomar a partir de ahora serán vitales para sobrellevar dicha enfermedad, puesto que es un proceso que tendrá que enfrentarse y será más fácil para todos si lo afrontan de común acuerdo, es decir con la cooperación de toda la familia.

Conclusión.

En base a diferentes fuentes se ha encontrado que el cáncer a nivel mundial es uno de los principales problemas de salud y representa 12% de las muertes. En México, a partir de la década de 1990, constituye la segunda causa de muerte en la población general. Los cánceres de pulmón, estómago, cervicouterino, hígado, próstata y mama son los más importantes.

Es por esto que es de gran importancia concientizar a la población sobre los factores de riesgo que existen con el fin de evitar estas enfermedades.

En el transcurso de la investigación bibliográfica para este trabajo se encontró que hay muy poca información acerca de la intervención con pacientes y familiares de enfermos crónicos como tal, la mayoría está enfocada a niños o ancianos enfermos, dejando de lado la etapa de adultez. Y a su vez en estos pocos estudios solo se habla del paciente y se deja de lado a la familia y el importante papel que juega en la evolución de la enfermedad.

Cuando un paciente es diagnosticado con Cáncer este diagnóstico produce un fuerte impacto emocional, en el que comúnmente la perplejidad y desorientación que surgen como consecuencia del diagnóstico inicial, hacen imposible que el paciente pueda darse cuenta inmediatamente del alcance de los cambios que con toda probabilidad se van a producir en su vida, motivo por el cual se recomienda sea un psicólogo quien de el diagnóstico o bien tener un psicólogo como apoyo al momento de dar la noticia pues los doctores carecen de tacto y formación para actuar ante estas situaciones, en las que el paciente puede negarse ante la gravedad del diagnóstico pensando irracionalmente que no habrá consecuencias (Saldaña, 2008).

Las ideas irracionales pueden muchas veces acabar a las personas por el solo hecho de creer que una enfermedad es lo peor que les ha pasado y dejan de lado que pueden tener una buena calidad de vida, olvidan que deben disfrutar lo mas posible el mucho o poco tiempo que estarán físicamente bien. Es por esta razón que se recomienda que los pacientes que acompañen su tratamiento médico con tratamiento psicológico para en el caso más extremo tenga una 'muerte digna'.

Es importante exponer que aunque lo ideal sea que un psicólogo bien preparado en el ámbito oncológico sea el encargado de transmitir el diagnóstico para intervenir inmediatamente y manejar el tema de la mejor manera posible, pero debido a que éste sistema está lejos de ser tangible, cabe señalar que el modelo Intervención en Crisis es apto para ser manejado por médicos los cuales son generalmente los que dan el diagnóstico a los pacientes, y que la mayoría de las veces sólo se enfocan a transmitir el diagnóstico y tratamiento a seguir, sin tomar en cuenta la situación por la que está pasando el paciente y mucho menos por darse el tiempo de orientarlo a fondo.

Bibliografía.

Bronfman, M. (2001) Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil. Buenos Aires: CRIM-UNAM.

Caparrós S., N. (1981) Crisis de la familia: Revolución del vivir. Madrid: Fundamentos.

Dallos, R. (1996) Sistemas de creencias familiares: terapia y cambio. Barcelona: Paidós,

Ellis, A. y Dryden, W., (1989) Práctica de la Terapia Racional Emotiva. España: Biblioteca de Psicología Desclée de Brower.

Navarro, Góngora J. (2004) Enfermedad y Familia: Manuel de Intervención Psicosocial. España: Paidós.

Palacios, X. (2003) El Rol del Psicólogo en Oncología (El línea). Colombia: Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento. Disponible en:
www.abacolombia.org.co

Reynoso, L. y Seligson I., (2005) Psicología Clínica de la Salud: un enfoque conductual. México: El Manual Moderno.

Robles de Fabre, T. (1987) El enfermo crónico y su familia: propuestas terapéuticas. México: Nuevo Mar.

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

Saldaña, C. (2008) Valoración integral y manejo psicológico del paciente con Cáncer: cuatro estudios de caso. Tesis Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología-UNAM, Distrito Federal.

Slaikeu, K. (c1996) Intervención en Crisis: manual para práctica e investigación. México: Manual Moderno.

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

Mueren 60 mil personas al año por cáncer en México (2008, Febrero 03) Periódico Excelsior online en:

http://www.exonline.com.mx/diario/noticia/primer/todomexico/mueren_60_mil_personas_al_ano_por_cancer_en_mexico/121393

A.C.S (2005, Junio 13). American Cancer Society: ¿Qué es el cáncer? Extraído el 15 de marzo del 2008 desde:

http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_1_1X_What_is_general.asp?sitearea=&level=

OMS (2005) Preparación de los profesionales de la atención de la salud para el siglo XXI: El reto de las enfermedades crónicas. Suiza: Ginebra. Extraído desde:

<http://books.google.com.mx/books?hl=es&id=hsVc7OYizn8C&dq=Preparaci%C3%B3n+de+los+profesionales+de+la+atenci%C3%B3n+de+la+salud+para+el+siglo+XXI&printsec=frontcover&source=web&ots=k2mx-Tz4j0&sig=b2ybmFVL4JH0YhU-TakUVb9g9c8>