



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
IBEROAMERICANA S.C.**



---

---

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“INTERVENCIÓN EN LOGOTERAPIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO  
PSICOLÓGICO DE PACIENTE CON CANCER AL LLEGAR A LA FASE TERMINAL  
(ESTUDIO DE CASO)”

# **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

LUIS MIGUEL GONZÁLEZ DELGADILLO

No. EXPEDIENTE: 410537246

DIRECTOR DE TESIS:

MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZÁLEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2015.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIAS

*Dedicar primero, este logro a mis padres los cuales me enseñaron que por más largo que sea el camino siempre tendrá un fin, así como también a nunca rendirse a pesar de que todo esté en tu contra. Por su apoyo, porque siempre están detrás de mí, sin dejar de lado a mis hermanos un millón de gracias*

*A los que me acompañaron durante este hermoso viaje que fue la universidad de los que aprendí y divertí como nunca y que su recuerdo se ira conmigo hasta el final.*

*A mis tíos que paso a paso fueron poniendo cada escalón para que yo pudiera seguir subiendo y que hasta el día de hoy no me han dejado de apoyar en nada, unos cerca y uno más lejos pero una así la distancia no fue pretexto para que no me ayudaran tío Memo y Joaquín gracias por todo su apoyo tan incondicional como siempre*

*Claro por su puesto no podía faltar mi abuelita que aunque ya no se encuentra entre nosotros, sé que desde donde este me sigue ayudando como siempre. y como sé que nos ve, pues aquí está el hecho de las desveladas de tantos dolores de cabeza y de andar de vago como decía cuando llegaba tarde esto es un éxito que se va hasta haya hasta donde este.*

*A mi jefa del servicio y practicas la Dra. María Concepción Tercero Ruiz, que día a día con el poco tiempo que estuve con ella compartiendo el gran conocimiento que ella me regalaba, y por qué nunca dejó de enseñarme y por qué el jefe siempre tiene la razón gracias !*

*Y a todas las personas que durante toda la vida me han regalado su compañía, su risa y sobre todo su tiempo gracias que hoy en día se les recuerda y admira. A todas y cada una de las personas que apareció y desapareció en el momento exacto gracias por todo porque siempre se les recuerda y recordara y que este sea el principio de lo que viene...*

# INTRODUCCIÓN

El problema del cáncer es el conjunto de enfermedades oncohematológicas, que constituyen un grupo heterogéneo de malignidades con diferentes patrones de comportamiento así como diversas respuestas al tratamiento, que comparten la gravedad, que amenaza la vida o la integridad de la persona que la padece, puesto que el diagnóstico de esta enfermedad y su tratamiento desestructuran la vida del paciente con su entorno pues están relacionadas con la muerte, sufrimiento y de esta manera las enfermedades terminales comienzan en el momento en que se hace evidente que ningún tratamiento curativo está disponible (Remor, 2003).

Dentro la filosofía existencialista su atención se centra en el análisis y descripción rigurosa de la existencia individual o modo de ser del hombre en el mundo, siendo la tesis fundamental del existencialismo, que la existencia precede de la esencia, el hombre no posee una esencia como algo determinado, sino que la va construyendo durante su existencia a través de su libertad con la búsqueda por parte del hombre, en donde el sentido de vida constituye una fuerza primaria y no una racionalización secundaria, de sus impulsos instintivos (García, 1996).

El sentido es único y específico por ser uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo, lo que significa que únicamente se logró alcanzar, cuando el hombre busca su propia voluntad de sentido; ahora bien, la logoterapia considera que el hombre es un ser trascendental con aspiraciones.

El significado de la muerte lo centra en la premisa que determina, que morir a causa de una enfermedad terminal supone sufrimiento, deterioro progresivo, dolor y cambios profundos en el bienestar general de la persona, en donde el proceso puede tomar solamente días o semanas o puede durar años. Uno de los factores que afecta seriamente la manera de como la persona enferma, así como también su familia se adaptan a la enfermedad terminal (Lukas, 1992).

En este sentido, es cuando la verdadera batalla, es la de dar el sentido a la vida frente a un diagnóstico de cáncer, en los pacientes y familiares se han observado reacciones de incredulidad, miedo, ansiedad, depresión, asimismo el resultado de esto es la formulación de preguntas para prepararse a fin de realizar un tratamiento prolongado así como exigente, en el cual el objetivo es encontrar el sentido de vida aún en las peores circunstancias (Remor, 2003).

En la logoterapia de Frankl, se intentará mostrar aquellas posibilidades que están abiertas para el ser humano. El sentido no sólo transmite un valor vital, sino que también se manifiesta siempre como un significativo “valor para sobrevivir”. En él se reconoce la dirección que conduce la vida hacia un valor, al máximo valor dadas las circunstancias (Länge, 2008).

Así es posible enfocarse al tratamiento de los síntomas físicos y del cuidado corporal, ocupándose del nivel emocional: brindando compañía; favorecer la satisfactoria relación persona a persona con quienes lo cuidan (la familia, los amigos, los miembros del equipo de tanatólogos y, eventualmente, otros enfermos), mejorar la

calidad de su vida emocional, su productividad, si el paciente está en condiciones de trabajar; ayudarlo a poner sus cosas en orden, preparándose para irse, despedirse de las personas queridas, poniendo en orden sus pertenencias para el momento en que fallezca; facilitando la expresión de los distintos sentimientos que suceden a lo largo del proceso, guiarlo para afirmar que puede mantener su esperanza hacia aquellas cosas que son significativas para él.

A partir de estos elementos este trabajo de investigación considera importante los siguientes aspectos: muchas veces se centran en los familiares, los cuidadores primarios y no al paciente que es el que está viviendo la enfermedad de forma directa, explicándoles su enfermedad, el tratamiento a seguir y se le está preparando para la muerte sin muchas veces ver su estado emocional del paciente o saber qué es lo que está sintiendo para poderlo acompañar en este proceso.

Desde hace tiempo en diferentes hospitales el trato con pacientes terminales está enfocado en aliviar el dolor, pero pocos solo se preocupan en lo que le hace falta decir al paciente el como esta y que es lo que puede llegar hacer aun con el tiempo que le resta de vida.

Frankl, abre nuevos horizontes. Su propuesta apunta hacia la realización del sentido y los valores. Su pensamiento psicoterapéutico y antropológico se articula en logoterapia y Análisis existencial.

La logoterapia es un fecundo, como novedoso sistema psicoterapéutico que da respuesta a muchas vulnerabilidades de nuestro tiempo: aburrimiento, vacío, crisis existenciales, conflicto de valores, depresión, adicción, suicidio, etc. Sobre todo, ayuda a encontrar el sentido profundo de la vida, aún en las circunstancias más adversas. La logoterapia sostiene que el amor es el único camino para tocar saludablemente lo más hondo de la personalidad humana.

Así mismo la paciente de este estudio de caso se llevo a cabo un proceso logoterapéutico, en el cual como lo hace mención Viktor Frankl autor de esta teoría, el hombre no debe buscar ser feliz, porque ser feliz lo hace cualquiera, el hombre debe de saber el cómo poder auto trascender, de esta forma obtener algo que muy pocos lo han hecho, es el ser libre y sentirse libre de todo aquello o aquel, que no le permita realizarlo.

Durante el proceso logoterapéutico de la paciente se utilizaron técnicas del autor Viktor Frankl, dentro de los cuales se encuentra el dialogo socrático, de re-flexión, modificación de actitudes, e intención paradójica en las cuales durante diferentes sesiones se trabajaron con cada una de estas, adaptándolas al estudio de caso de forma social, familiar, personal y así pueda auto trascender la paciente.

# INDICE

	Pág.
CAPÍTULO 1: CÁNCER.....	1
1.1 Definición de cáncer .....	2
1.2 Epidemiología del cáncer .....	3
1.2.1 Incidencia del cáncer .....	4
1.2.2 Variables Geograficas ambientales .....	5
1.2.3 Edad.....	6
1.2.4 Herencia .....	6
1.3 Clasificación del cáncer.....	9
1.4 Etiología del cáncer.....	11
1.5 Sintomatología .....	12
1.6 Diagnóstico .....	13
1.7 Tratamiento.....	15
1.8 Prevención.....	15
CAPÍTULO 2 PSICOONCOLOGIA .....	18
2.1 Definición de psicooncología.....	19
2.2 Funciones del psicooncologo.....	24
2.3 Tratamientos psicooncologicos.....	34
2.3.1 Psicoterapia individual con el paciente oncológico.....	35
2.3.2 Psicoterapia en grupos de apoyo.....	40
2.3.3 Ayuda psicológica a la familia del enfermo oncológico.....	41
CAPÍTULO 3: LOGOTERAPIA Y TANATOLOGÍA.....	44
3.1 Definición de logoterapia. ....	45
3.2 Antecedentes historicos de la logoterapia.....	48
3.3 Conceptos teóricos de logoterapia.....	50
3.4 Trabajo logoterapeutico.....	53
3.5 Técnicas específicas de logoterapia de Viktor Frankl .....	60
3.6 Definición de tanatología .....	73
3.7 Logoterapia y tanatología .....	80
CAPÍTULO 4: CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE MUERTE.....	87
4.1 Calidad de vida .....	88



4.2 Fase terminal.....	89
4.3 Fases de la etapa terminal.....	90
4.3.1 Fase I.....	90
4.3.2 Fase II.....	91
4.4 Temores del enfermo terminal .....	92
4.5 Etapas del duelo según el Dr. Kavanaugh.....	93
4.6 Despedida.....	106
CAPÍTULO 5 METODOLOGÍA.....	107
5.1 Planteamiento del problema.....	108
5.2 Objetivo de estudio.....	108
5.3 Tipo de estudio de la investigación.....	109
5.4 Tipo de diseño de la investigación.....	111
5.5 Test proyectivos.....	112
5.6 Técnicas de logoterapia de Viktor Frankl.....	113
CAPÍTULO 6 RESULTADOS Y SESIONES LOGOTERAPEUTICAS.....	115
6.1 Datos generales.....	116
6.2 Interpretación de los test proyectivos.....	119
6.3 Diagnóstico psicológico .....	124
6.4Técnicas de logoterapia de acuerdo con Victor Frankl.....	127
6.5 Discusión de resultados.....	133
CAPITULO 7 SUGERENCIAS .....	142
7.1 Sugerencias.....	143
BIBLIOGRAFIAS.....	144
ANEXOS.....	149

# **CAPÍTULO 1: CÁNCER**

## 1.1 Definición de cáncer

De acuerdo a González (1992), menciona que el cáncer, es el crecimiento anormal de las células que provocan enfermedades en el cuerpo, las células son unidades minúsculas que forman a los seres vivos, apareciendo cuando las células comienzan a crecer de modo anormal y se dividen descontroladamente.

A si mismo Bayes (1985), dice que las células cancerosas tienen un proceso patológico común: crecen de forma descontrolada adquiriendo tamaños y morfologías anómalas que provocan enfermedades en el cuerpo; conforme van creciendo, consumen cada vez más nutrientes del cuerpo. Son agrupadas en diversas enfermedades que comparten el agrandamiento sin control, normalmente se agrandan, se dividen, prolongándose el tiempo de vida de la célula, alterando al sistema inmunológico; quien se encarga de identificar y destruir a toda célula anómala sea o no sea cancerígena.

De igual forma Robbins (2013) dice que las neoplasias que significa, literalmente crecimiento nuevo. Una neoplasia, es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento es excesivo e incordinado respecto al de los tejidos anormales y continua aun después de interrumpir el estímulo que indujo el cambio. Para el origen de todas las neoplasias son básicos los cambios hereditarios (mutación) que permiten la proliferación excesiva y no regulada que depende de estímulos reguladores del crecimiento fisiológico. En el lenguaje medico habitual, la neoplasia se denomina tumor y el estudio de los tumores se denomina oncología de (oncos, tumor y logos, estudio de).

El cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células indiferenciadas que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis (Harold, 1997).

El cáncer no es solo una enfermedad sino muchas enfermedades ya que como lo menciona Robbins (2013) a partir del diagnóstico de cáncer en el cuerpo parecen mucho cambios desde fisiológicos como el la pérdida de peso. Así como también en términos psicológicos ya que muchas personas al enterarse del diagnóstico se deprimen por esta noticia. La mayoría de los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan; por ejemplo, el cáncer que empieza en el colon se llama cáncer de colon; el cáncer que empieza en las células basales de la piel se llama carcinoma de células basales.

## **1.2 Epidemiología del cáncer**

Robbins (2013) menciona que la epidemiología del cáncer puede contribuir en gran medida a los conocimientos sobre el origen del cáncer. El ahora bien establecido concepto de que el tabaquismo es una causa asociada al cáncer de pulmón surgió principalmente a partir de estudios epidemiológicos. Una comparación de la incidencia del cáncer de colon y hábitos dietéticos en el mundo occidental y África llevo aceptar que el contenido en grasa y fibras de dieta podría tener una función importante en la causa de este cáncer. Pueden obtenerse importantes

conocimientos de las causas del cáncer de estudios epidemiológicos que relacionen influencias concretas ambientales, raciales (posiblemente hereditarias) y culturales con la aparición de neoplasias concretas. Ciertas enfermedades asociadas a un riesgo aumentado de desarrollar cáncer (trastornos neoplásicos) también aportan claves a la patogenia del cáncer.

### **1.2.1 Incidencia del cáncer**

Puede obtenerse alguna perspectiva de la probabilidad de desarrollar una forma concreta de cáncer a partir de los datos nacionales de incidencia y mortalidad. Globalmente se calcula que en el 2006 se produjeron alrededor de 1.4 millones de casos nuevos de cáncer y 565,500 morirían de cáncer en Estados Unidos.

Durante varias décadas, han cambiado la tasa de mortalidad de muchas formas de neoplasia maligna. Es especialmente notable el aumento significativo en la tasa de mortalidad global por cáncer entre hombres atribuido, en gran medida, al cáncer de pulmón, pero esta finalmente empezó a caer. Por el contrario, la tasa de mortalidad global ha disminuido ligeramente principalmente por un descenso de las tasas de mortalidad por cánceres de cuello del útero, estómago e intestino grueso. Estas bienvenidas tendencias se han visto contrarrestadas por el llamativo ascenso entre las mujeres de la tasa de cáncer de pulmón, que no hace mucho era una forma relativamente infrecuente de neoplasia en este sexo. La decreciente tasa de mortalidad por cáncer de cuello en el útero, está directamente relacionada con el uso generalizado en los estudios de citología para la detección precoz de este tumor cuando una puede curarse. Las causas del descenso de las tasas de mortalidad

por cánceres de estómago no están claras; sin embargo, se ha especulado sobre la decreciente exposición a carcinógenos de la dieta (Robbins, 2013).

### **1.2.2 Variables geográficas ambientales**

Aunque se han realizado muchos e impresionantes adelantos en el conocimiento de la patogenia molecular del cáncer con el análisis de cánceres hereditarios, es justo mencionar que los factores ambientales que dan lugar a mutaciones somáticas son la causa principal de los cánceres esporádicos más comunes. Este concepto confirma con las diferencias geográficas en las tasas de mortalidad de formas específicas del cáncer. Por ejemplo las tasas de mortalidad del cáncer de mama son de cuatro a cinco veces más altas que en Estados Unidos y Europa que en Japón. Por el contrario, la tasa de mortalidad por carcinoma de estómago en los dos sexos es unas siete veces más alta que en Japón y en Estado Unidos.

Casi todas las pruebas indican que estas diferencias geográficas son ambientales más que genéticas. No son pocos los carcinógenos ambientales. Acechan en el medio ambiente, en el lugar de trabajo, en la comida y en los hábitos personales. Pueden ser tan universales como la luz del sol, pueden encontrarse especialmente en hábitos urbanos o limitarse a ciertas profesiones. No hay salida: parece que todo lo que hacemos para ganarnos la vida, para subsistir o para disfrutar es ilegal, inmoral o engorda o lo que es peor y más inquietante puede ser carcinógeno (Instituto Nacional del Cáncer, 2010).

### **1.2.3 Edad**

Robbins (2013) hace mención, acerca de la frecuencia del cáncer aumenta con la edad. La mortalidad por cáncer se produce con mayor frecuencia entre los 55 y 75 años de edad; la tasa disminuye, junto con la base de la población, después de los 75 años. El aumento de la incidencia con la edad puede explicarse por la acumulación de mutaciones somáticas asociadas con la aparición de neoplasias malignas. El descenso de la inmunidad que acompaña al envejecimiento también podría ser un factor el cáncer causa un poco más del 10 % de todas las muertes en los niños menores de 15 años. Los principales cánceres mortales en niños son la leucemia, los tumores del sistema nervioso central. Los linfomas, los sarcomas de tejidos blandos y los sarcomas óseos.

### **1.2.4 Herencia**

Robbins menciona también, que las pruebas ahora indican que existen no solo influencias ambientales, sino también una predisposición hereditaria para muchos tipos de cáncer incluidas las formas más comunes. Las formas hereditarias del cáncer pueden dividirse en tres grupos:

1.- Síndromes hereditarios; son los que incluyen varios cánceres bien definidos en los que la herencia de un único gen mutante aumenta en gran medida el riesgo de desarrollar un tumor. La predisposición a sufrir estos tumores muestra un patrón hereditario autosómico dominante. Como se describe más adelante se ha implicado un gen supresor tumoral en la patogenia de este tumor. Los portadores de este gen

tienen un riesgo de 10, 000 veces mayor a desarrollar un retinoblastoma habitualmente bilateral. También tienen un mayor riesgo de desarrollar un segundo cáncer, especialmente osteosarcoma.

Los individuos que heredan la mutación dictiosoma dominante tienen al nacer o un poco después, innumerables adenomas polipoides del colon y prácticamente el 100% desarrolla un carcinoma de colon a los 50 años de edad. Los tumores de este grupo con frecuencia se asocian aun fenotipo de marcador específico. Pueden existir múltiples tumores benignos en el tejido afectado como suele suceder en la poliposis familiar de colon y en múltiples neoplasias endocrinas múltiples. A veces existen anomalías tisulares que no son el objetivo de la transformación.

2.- Cánceres familiares; prácticamente todos los tipos comunes de cánceres que se producen esporádicamente tienen lugar en formas familiares. Como por ejemplo los carcinomas de colon, mama, ovario y cerebro las manifestaciones que caracterizan los cánceres familiares incluyen edad de inicio temprana tumores que se originan en dos o más familiares del caso, y a veces tumores múltiples bilaterales. Los cánceres familiares no se asocian a fenotipos de marcadores específicos. De igual forma el patrón de transmisión de los cánceres familiares no está claro, los análisis de segregación de familias extensas habitualmente muestran que la predisposición tumoral dominante aunque no puede descartarse una herencia multifactorial, ciertos cánceres familiares pueden relacionarse con la herencia de genes mutantes.

3.- Síndromes autosómicos recesivos de reparación defectuosa del ADN; un ejemplo de este tipo el cáncer en la xerodermia pigmentosa en la que la reparación



del ADN es defectuosa. En resumen no más del 5-10 % de todos los cánceres humanos forman parte de uno de los tres grupos mencionados que puede decirse de la influencia de la herencia en la gran preponderancia de los tumores malignos. Existen nuevas pruebas de que el genotipo puede influir en la probabilidad de desarrollar cánceres inducidos por el ambiente, también se ha observado una predisposición genética llamada a desarrollar mesoteliomas pero aún se desconoce el gen correspondiente (Robbins, 2013).

A nivel mundial, este padecimiento es responsable de un número importante de muertes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que hasta el 2008, fallecieron 7.6 millones de personas, aproximadamente 13% del total de fallecimientos, y estima que para 2030, aumentará a 13.1 millones (OMS, 2013). En latino américa fallecieron 1.2 millones de personas en 2008 por cáncer; afectando a los hombres principalmente en la próstata, pulmón, colon rectal, estómago; de igual forma las mujeres en la mama, pulmón, colon rectal y cervicouterino (Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2013). En México, según la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), el cáncer es la tercera causa de muerte y estima que cada año se detectan 128 mil casos nuevos. Secretaría de Salud SSA, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS, 2013).

Dada la importancia de esta enfermedad, la Unión Internacional Contra el Cáncer con el apoyo de la OMS, conmemora cada 4 de febrero el día mundial contra el Cáncer, para este año el lema es “Desenmascarar los mitos”; con el objetivo de sensibilizar a la población sobre los alcances de esta enfermedad, la necesidad de su detección y su impacto en la población mexicana, el Instituto Nacional de

Estadística y Geografía (INEGI) con los últimos datos disponibles presenta un panorama general sobre las neoplasias malignas en el país.

En México, durante el año 2011 del total de egresos hospitalarios por tumores, 55.6% son por tumores malignos; en la población infantil y joven (menores de 20 años), la proporción de egresos hospitalarios por neoplasias malignas en relación con los tumores en general es más alta que en la población adulta (70.6% y 53.2%, respectivamente).

En 2011, de cada 100 egresos hospitalarios por tumores en el país, 56 son por tipo maligno. En los jóvenes representa 71 de cada 100 y para la población adulta, 53. En México durante 2011, de cada 100 personas menores de 20 años con tumores malignos, 59 lo tienen en los órganos hematopoyéticos, siendo principalmente por leucemia (INEGI).

### **1.3 Clasificación del cáncer**

Esta clasificación se basa en el criterio del potencial conducta clásica de una neoplasia. Se dice que un tumor es benigno cuando se considera que sus características microscópicas y macroscópicas son relativamente inocentes, que se mantendrá localizado, no puede diseminarse a otros lugares y que puede extirparse con cirugía local; el paciente generalmente sobrevive sin embargo debe observarse que los tumores benignos pueden producir masas no tan bien localizadas y a veces pueden causar una enfermedad grave.

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías más amplias. Las categorías principales de cáncer son:

1.- Carcinoma el cual es el cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos. Hay varios subtipos de carcinoma, entre ellos, el adenocarcinoma, el carcinoma de células basales, el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células de transición.

2.- Sarcoma es el cáncer que empieza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén. La leucemia: cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre. El linfoma y mieloma: cánceres que empiezan en las células del sistema inmunitario. Así como también los cánceres del sistema nervioso central: cánceres que empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal (Bayes, 1985).

Los tumores malignos se conocen en conjunto como canceres, la palabra deriva del latín cáncer (cangrejo), es decir, se adhieren a cualquier parte donde crecen de forma pertinaz, de forma parecida al comportamiento del cangrejo, maligno, aplicado a una neoplasia, es una lesión que puede invadir o destruir estructuras adyacentes y extenderse a zonas alejadas para causar la muerte. Las neoplasias malignas que se originan en el tejido mesenquimatosos o sus derivados se denominan sarcomas. Un cáncer que se origina en el tejido fibroso es un fibrosarcoma y un neoplasma maligno formado por condrositos es un drosarcoma. Los sarcomas se denominan según su histogenia. Las neoplasias malignas de origen epitelial se denominan carcinomas.

Todos los tumores tanto como maligno o benigno tiene dos componentes básicos 1) la parenquima, formado por las células transformadas o neoplásicas y 2) la estroma de soporte derivado del huésped y no neoplásico, formado por tejido conjuntivo, vasos sanguíneos y células inflamatorias derivadas del huésped. El parenquimia de la neoplasia determina en gran medida su comportamiento biológico y es este componente del que deriva el nombre del tumor. El estroma es fundamental para el crecimiento de la neoplasia, dado que proporcionar el aporte sanguíneo y la base para el crecimiento de las células parenquimatosas. Para que de esta forma las células del estroma y las neoplásicas sostiene una especie de conversación de dos bandas que influye enormemente en el crecimiento del tumor (Robbins, 2013).

#### **1.4 Etiología del Cáncer**

Robbins (2013) dice que el cáncer es el resultado de la interacción de factores genéticos, externos (físicos y químicos), que producen la degeneración de las células, originando lesiones precancerosas así finalmente tumores malignos, que inicialmente se localizan en algún órgano o tejido (in situ) y al no ser tratados oportunamente pueden diseminarse a otros órganos (metástasis).

El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifásico y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber:

- Carcinógenos físicos: como las radiaciones ultravioleta, ionizantes y traumáticos.
- Carcinógenos químicos: como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua de bebida).
- Carcinógenos biológicos: como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer)

Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Sin embargo, algunas veces este proceso ordenado se descontrola. El material genético (ADN) de una célula puede dañarse o alterarse, lo cual produce mutaciones (cambios) que afectan el crecimiento y la división normales de las células. Cuando esto sucede, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita. Las células que sobran forman una masa de tejido que es lo que se llama tumor.

## **1.5 Sintomatología**

A la larga, la importancia de las neoplasias radica en sus efectos sobre los pacientes. Aunque los tumores malignos son desde luego, mas amenazadores que los benignos, cualquier tumor incluso benigno puede causar morbimortalidad. En efecto, unos y otros, pueden causar problemas por 1) localización y comprensión de estructuras adyacentes, 2) actividad funcional como síntesis de hormonas o desarrollo de síndromes paraneoplásicos, 3) hemorragia e infecciones cuando el

tumor ulcerar a través de estructuras adyacentes, 4) síntomas por rotura o infarto, y 5) caquexia o deterioro progresivo.

La localización es fundamental en los tumores benignos y malignos. Un pequeño (1cm) adenoma hipofisario puede comprimir y destruir la glándula normal circundante y dar lugar a un hipopituitarismo. Muchos pacientes sufren de una pérdida progresiva de grasa corporal y masa magra, además de debilidad profunda, anorexia y anemia, conocido como caquexia. De igual forma los complejos síntomas que se producen en pacientes con cáncer y que no pueden explicarse fácilmente por la diseminación local o a distancia del tumor o por la elaboración de hormonas naturales al tejido de origen del tumor se conocen como síndromes paraneoplásicos (Robbins, 2013).

## **1.6 Diagnóstico**

### Métodos morfológicos

En la mayoría de los casos, el diagnóstico de laboratorio del cáncer no es difícil. Los dos extremos del espectro benigno-maligno no plantean problemas; sin embargo en el medio se encuentra la tierra de nadie, donde lo más sensato es andar con cuidado. Los médicos clínicos tienden a subestimar las contribuciones que hacen al diagnóstico de una neoplasia. Los datos clínicos son inapreciables para el diagnóstico patológico óptimo para los cuales tenemos varios métodos para poderlo realizar tales como:

1) Aspiración con agua fina: en el cual se utiliza para comportar la aspiración de células de una masa, seguido del examen citológico del frotis. Este procedimiento suele utilizarse en lesiones palpables que afecta las glándulas mamarias, tiroides, ganglios linfáticos y glándulas salivales. Las modernas técnicas de imagen permiten extender el método a estructuras más profundas, como hígado, páncreas y ganglios linfáticos pélvicos. Evita la cirugía y sus riesgos, aunque comporta algunos problemas, como el pequeño tamaño de la muestra y los errores del muestreo en manos expertas puede ser muy fiable, rápida y útil.

2) Las extensiones citológicas (Papanicolaou) este método se ha utilizado ampliamente para el descubrimiento de carcinoma de cuello de útero, con frecuencia in situ, pero ahora se utiliza en otras formas de sospecha de neoplasia maligna como carcinoma de endometrio.

3) Inmunohistoquímica: es un complemento potente de la histología habitual la detección de citoqueratina por anticuerpos monoclonales específicamente marcador con peroxidasa que un linfoma de células grandes y de forma análoga, la detección de antígeno específico de la próstata en depósitos metastásicos por inmunohistoquímica permite realizar con seguridad el diagnóstico de un tumor primario de la próstata. La detección inmunocitoquímica de receptores de estrógenos permite el pronóstico y dirigir la intervención terapéutica de cánceres de mama.

4) Citometría de flujo; se utiliza para el clasificar leucemia y linfomas. En este método se utilizan anticuerpos fluorescentes contra moléculas y antígenos de diferenciación

de la superficie celular para obtener el fenotipo de las células malignas (Anders R, 2009).

## **1.7 Tratamiento**

La percepción de la población ante un diagnóstico de cáncer es la de una muerte inminente; sin embargo, los nuevos tratamientos permiten la sobrevivencia con la ayuda de médicos especialistas como oncólogos, algólogos (especialistas en el tratamiento del dolor), psicooncólogos y rehabilitadores. Para que un tratamiento sea exitoso, se deben considerar los factores individuales, los del tumor y los institucionales. Entre los individuales destaca la importancia de reducir el tiempo que tarda una persona en buscar atención médica, síntomas, edad, sexo, estado inmunitario, psicológico, económico y su estado de salud general; en los del tumor, la localización, estadio (o nivel de diseminación), grado de diferenciación histológica, su agresividad así como la presencia de metástasis, entre los institucionales, la accesibilidad, capacitación del personal para otorgar un diagnóstico acertado, tratamiento, seguimiento adecuados, así como de los estudios de gabinete, además de los recursos propios del hospital (humanos, capacidad y recursos físicos) (Díaz y García, 2000).

## **1.8 Prevención**

En la actualidad tener cáncer no implica una sentencia de muerte, ya que un porcentaje alto es curable con un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado; por



eso es imprescindible que los gobiernos cuenten con programas de salud pública enfocados a la detección temprana; además es primordial asegurar el tratamiento así como el trato humanitario para los pacientes en fase terminal por medio de cuidados paliativos como atención médica, fortalecimiento de redes de apoyo, así como tratamientos físicos, psicológicos e incluso de tipo espiritual, con la finalidad de dar una mejor calidad de vida a la población en la última fase de la enfermedad World Health Organization (2007).

A nivel mundial, la OMS contempla una estrategia integral para el control del cáncer. En la región de las Américas, la OPS plantea las siguientes medidas (Panamerican Health Organization (2012): hace mención de promoción de políticas de control de riesgos conductuales, dietéticos las cuales disminuyan el consumo de tabaco y alcohol, al mismo tiempo promuevan una alimentación balanceada, la actividad física. Esto a su vez repercutirá en diagnósticos tempranos. Mayor acceso a tratamientos integrales, oportunos, en dado caso, a tratamientos paliativos.

Finalmente, también se han realizado esfuerzos que repercuten en la disminución de factores de riesgo de padecer cáncer como la obesidad, de tal forma que se ha abogado por la disminución de porciones de comida denominada “chatarra” o la promoción de estilos de vida saludables con la activación física de la población. Sin embargo aún hay mucho por hacer para lograr una lucha integral contra esta enfermedad, en la cual todos los sectores de la sociedad tienen un papel preponderante.

En el informe más reciente realizado por el INEGI, en la que los datos sobre mortalidad abarcan hasta 2010, el año más reciente del cual se tiene información completa. El informe determinó que de 2001 a 2010, los índices de mortalidad de

todos los cánceres combinados disminuyeron en 1,8 por ciento al año en hombres y en 1,4 por ciento al año en mujeres. Los índices de mortalidad en niños de 14 años de edad y menores disminuyeron en 1,9 por ciento al año. Los índices de mortalidad en hombres disminuyeron en 11 de los 17 cánceres más comunes (pulmón, próstata, colon y recto, leucemia, linfoma no Hodgkin, esófago, riñón, estómago, mieloma, cavidad oral y faringe y laringe) y aumentaron en melanomas de piel, cánceres de tejidos blandos y cánceres de páncreas e hígado. Durante el mismo período de 10 años, los índices de mortalidad en mujeres disminuyeron en 15 de los 18 cánceres más comunes (pulmón, seno, colon y recto, ovario, leucemia, linfoma no Hodgkin, cerebro, mieloma, riñón, estómago, cuello uterino, vejiga, esófago, cavidad oral y faringe y vesícula biliar) y aumentaron en cánceres de útero, páncreas e hígado (INEGI, 2012).

La disminución sostenida en los índices de mortalidad para la mayoría de los cánceres es un indicador importante de nuestro éxito en el control de este grupo de enfermedades complejas, pero no está avanzando tan rápido como quisiéramos, manifestó el director del NCI, doctor Harold Varmus (2010). Así mismo, el informe enfatiza la necesidad de tener en cuenta el estado de salud integral de los pacientes con cáncer porque muchos de ellos padecen otras enfermedades de consideración que pueden afectar su supervivencia.

## **CAPÍTULO 2: PSICOONCOLOGÍA**

## **2.1 Definición de psicooncología**

De acuerdo con Holland (1992), creadora e impulsora del campo de la psicooncología, ésta consiste en el estudio de las respuestas emocionales de los enfermos en cada etapa del cáncer, de sus familiares, y de los profesionales de la salud (área psicosocial). Así mismo los factores psicológicos, comportamentales y sociales que afectan a la mortalidad y morbilidad por cáncer (área psicobiológica).

De esta definición se deriva que un psicooncólogo es conocedor del mundo afectivo de las personas con cáncer así como de sus familiares, al mismo tiempo de la interacción entre variables psicológicas, médicas. Para ello necesita poseer ciertas habilidades y conocimientos que le permitan, entre otras cosas (Die Trill, 2003) como conocer e identificar las reacciones emocionales apropiadas de los enfermos ante el cáncer, sus tratamientos para así de esta forma distinguirlas de las que son expresión de un trastorno médico, psiquiátrico o psicológico (por ejemplo, un psicooncólogo debe diferenciar entre ansiedad reactiva a una enfermedad potencialmente mortal, ansiedad como parte de un cuadro confusional producido por una alteración metabólica o por la posible progresión de la enfermedad).

De igual forma el proporcionar el tratamiento psicológico adecuado a dichas reacciones en cada momento del proceso, ello requiere de conocimientos profundos de la psicología clínica y de las psicoterapias más eficaces, así como de la habilidad necesaria para integrar éstas en el cuidado médico del enfermo. El poder identificar

las alteraciones emocionales que se desarrollan en los familiares del enfermo oncológico, distinguiendo aquellas respuestas “normales” de las patológicas.

Proporcionar ayuda psicológica adecuada a los familiares del enfermo (padres, cónyuges, hijos, hermanos, etc.) en todas las fases de la enfermedad, incluyendo el duelo y la supervivencia. De igual forma el conocer e identificar las alteraciones emocionales que pueden surgir en los miembros del personal sanitario que trabajan en oncología, como reacciones de estrés o ansiedad ante la sobrecarga asistencial, sentimientos de impotencia ante determinados casos clínicos, burnout, depresión reactiva a la exposición diaria al sufrimiento humano a la muerte.

De igual forma proporcionar ayuda psicológica adecuada a los miembros del equipo asistencial, por ejemplo, desarrollar grupos de apoyo para ellos, o derivar a otro especialista si fuera necesario, e identificar factores emocionales, comportamentales, sociales que aumenten el riesgo de padecer cáncer, para que así de esta forma crear programas para reducirlos o evitarlos. El psicooncólogo debe formar parte del equipo hospitalario que preste asistencia profesional al enfermo de cáncer. Esto significa que deberá colaborar con todos los diferentes especialistas (el cirujano, el oncólogo médico, el radioterapeuta, el inmunólogo, el genetista, el personal de enfermería, los técnicos, etc.) que de una u otra manera participan del cuidado.

Para conseguir esto, el contacto directo, continuado con estos profesionales es indispensable el deber reforzarla por los informes psicooncológicos insertados en el

historial médico del enfermo así como también por la participación del psicooncólogo en sesiones clínicas, comités, etc.

Desde hace más de 50 años en el mundo se ha permitido la participación del psicólogo como del psiquiatra en el ámbito de la oncología. En México desde 1980 con la visión del iniciador y ahora reconocido como el padre de la psicooncología mexicana el Dr. Juan Ignacio Romero Romo, médico psiquiatra, da los primeros pasos en la psicooncología en el Instituto Nacional de Cancerología de México, uno de los iniciadores de las clínicas del dolor así como de las unidades de cuidados paliativos en el país; gracias a la apertura, apoyo del Dr. Arturo Beltrán Ortega director general del Instituto en aquellos años, se dan los inicios de esta disciplina, además con el apoyo de grandes y reconocidos oncólogos médicos, cirujanos oncólogos, radioterapeutas, algólogos, psiquiatras y psicólogos, empiezan a fusionar objetivos de un trabajo integral “transdisciplinario”.

En junio de 1987 se funda la Sociedad Mexicana de Psicooncología A.C. (SMPO, A.C.) Al año siguiente da inicio la primera generación en la especialidad de psicooncología con duración de tres años con sede en el Instituto. Con la llegada a la dirección general del Dr. Jaime de la Garza Salazar en 1993, la psicooncología se ve fortalecida, pues nuestro director da las pautas para la firma de convenios de intercambio con diversas instituciones de salud y académicas, como el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez, El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, Facultad de psicología de la UNAM, algunos de los centros oncológicos. Además el Dr. De la Garza brindó las instalaciones del Instituto, como lugar sede para las actividades de la Sociedad Mexicana de Psicooncología A.C. En la

actualidad, con el Dr. Alejandro Mohar Betancourt, director general desde 1997, se han reafirmado los criterios para establecer líneas de manejo integral para los pacientes con cáncer, la familia así como del equipo médico, fortalecimiento del apoyo para el desarrollo de los programas académicos de la (SMPO).

En el año 2003, se establece el Comité de Psicooncología en la Sociedad Mexicana de Oncología, bajo la presidencia del Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo, desde entonces se permite mayor participación, trabajo conjunto entre las instituciones, por lo tanto el compromiso es mayor siendo así cada vez más fructífero en beneficio de nuestros pacientes, pues son a ellos a quienes nos debemos, ofrecemos nuestro trabajo como equipo multi, inter y transdisciplinario.

En salud mental desde la psiquiatría, la psicología, alude al concepto de Enlace, referido desde la década de los 80's, la psicooncología se refiere a la interacción de la oncología, la cirugía, la radioterapia la hormonoterapia, inmunoterapia que son las modalidades de tratamiento específico para el cáncer; su interacción con otras áreas o disciplinas afines como la psicooncología, la tanatología, las clínicas del dolor, las unidades de cuidados paliativos; a los procesos, técnicas de rehabilitación física, foniátrica, psicológico, emocional, espiritual del ser humano que padece cáncer, del impacto en la familia así como de las repercusiones que humanamente en la triada de relación "médico-paciente-familia" con frecuencia se presenta en el equipo médico tratante, llamado "desgaste profesional y emocional" (Comité de Psicooncología en la Sociedad Mexicana de Oncología[CPSMO]2003)

La psicooncología, para poder “ser” y “estar”, requiere del apoyo, soporte e interacción de los especialistas en oncología, antropología, ciencias de la comunicación, filosofía, sociología, derecho, ética, religión; entre otras como una forma de fusionar su acción en la búsqueda del bienestar del ser humano, que antes que ser paciente o enfermo, es persona que piensa, siente, puede, debe y tiene el derecho de participar en la toma de decisiones de aceptar o no las alternativas de tratamiento médico, psiquiátrico o psicooncológico que se le ofrezca sin que ello signifique ser “un mal paciente” (Holland, 1992).

Estas subdivisiones o especialidades, han llegado a ser entendidas como súper y/o híper especialidades; con el riesgo muy alto de “seccionar”, “parcializar”, frecuentemente “limitar” el manejo integral, debido a falta del intercambio conceptual, técnico, estratégico entre las disciplinas, a través de las disciplinas y más allá de toda disciplina. Luego entonces para una atención integral, de cooperación, interdependencia, intercambio, interpenetración e interconectada, si o solo sí podrá referirse como una atención transdisciplinaria. (Holland, 1992).

Santiago Genovés (1995); en su conferencia “Entre ciencia, humanismo, violencia” fundamenta que el objetivo central es; buscar los puntos de fusión entre las diferentes disciplinas o ciencias. En el área que nos ocupa, partiendo del principio: “En oncología; no es posible, no dañar”. El paciente, la familia o cada uno de los integrantes de equipo de atención, ven, viven y sienten de cerca que a pesar de los grandes avances científicos, tecnológicos por conocer más las características del cáncer; orígenes, repercusiones; así como de nuevas terapéuticas oncológicas; también es evidente que se deja de lado la parte humana de toda relación



interpersonal; conllevando a una relación inhumana, insensible, llena de violencia u agresividad; para la integridad: física, social, cultural, psicológica, moral, económica, espiritual entre otras; de cada uno de los participantes.

Lo anterior, permite hacer un alto para entender el concepto de disciplina, ampliamente desarrollado por Edgar Morín (2003) quien dice: la categoría “disciplina” tiene una función organizacional en el seno del conocimiento científico. Las disciplinas se constituyen mediante la demarcación, división y especialización del trabajo, desde ahí, responden a los distintos dominios predeterminados por el paradigma dominante. Las disciplinas tienden naturalmente a la autonomía que ejercen a través de la delimitación de sus fronteras, de la lengua que ellas constituyen, de las teorías que le son propias, de las técnicas que elaboran, utilizan en sus investigaciones. Morín (1998) continua diciendo: las disciplinas tienen una historia, es decir: nacen, se institucionalizan, evolucionan, se dispersan, etc. justamente así se sucede en medicina; por ejemplo en oncología, en las áreas de la salud mental como la psiquiatría, la psicooncología, la filosofía, la antropología, entre otras, viven y son parte de un proceso evolutivo. Por ello, afirma; ninguna disciplina puede, exclusivamente, desde su interior conocer todos los problemas referentes a su propio despliegue así como su confirmación.

## **2.2 Funciones del psicooncólogo: intervención psicológica**

Las funciones de un psicooncólogo han sido descritas previamente, y se pueden englobar bajo las categorías siguientes: labores asistenciales (de prevención, evaluación, diagnóstico, y tratamiento psicooncológico), labores docentes, así como

labores de investigación (Die Trill, 2003). Las labores asistenciales como lo son las generalidades en la cual el psicooncólogo debe de estar formado para realizar una amplia gama de actividades asistenciales que abarquen la evaluación así como el tratamiento de personas que padezcan una enfermedad maligna a su mismo tiempo de sus familiares, para de esta forma facilitar la dura labor del personal sanitario que trabaja con enfermos de cáncer.

Tanto la evaluación como el tratamiento psicooncológicos han de adaptarse a la fase de la enfermedad, pudiéndose evaluar, tratar ya sea a un individuo sano que pertenece a un grupo de riesgo por ser portador de una mutación genética determinada, como a enfermos recién diagnosticados, o en tratamiento activo, o en remisión, a otros cuya enfermedad haya regresado, a pacientes en la fase terminal, o a supervivientes de cáncer.

Igualmente, tanto la evaluación como el tratamiento deberían adaptarse a la localización tumoral, de manera que el psicooncólogo podrá trabajar tanto con un paciente laringectomizado o traqueostomizado que presente limitaciones para comunicarse verbalmente, como con una mujer colostomizada que haya desarrollado problemas psicológicos y de relación derivados de la alteración en la imagen corporal, con un enfermo con cáncer de pulmón que se siente culpable de haber producido su enfermedad con el tabaco, o con un joven moribundo preocupado por la relación y la comunicación con sus hijos menores antes de morir.

En condiciones óptimas, el psico-oncólogo debería poder trabajar tanto con niños como con adultos, pues en muchas ocasiones se requerirá su ayuda no sólo para pacientes oncológicos infantiles sino también para los hijos de los pacientes con cáncer. En caso de carecer de estos conocimientos será su responsabilidad hacer la derivación adecuada.

El psicooncólogo debería tener capacidad para trabajar con los diferentes problemas psicológicos así como los psiquiátricos que desarrollan los enfermos con cáncer, de modo que sepa qué hacer en el caso de que un enfermo con un tumor de cabeza o cuello, exprese deseos de morir o ideación autolítica; cuando un superviviente tenga problemas de reinserción laboral, familiar o social tras el tratamiento activo, o cuando otro paciente tenga una fobia que le impida recibir el tratamiento médico adecuado (por ejemplo, fobia a las agujas que interfiera con la administración de quimioterapia, o claustrofobia que impida la administración de radioterapia).

Será responsabilidad del psicooncólogo identificar e implantar el tratamiento psicológico del que más se pueda beneficiar el enfermo en cada momento del proceso médico. De ahí la necesidad de que posea una buena formación en psicología clínica y una determinada capacidad para ser creativo en la implantación de técnicas psicoterapéuticas (Die Trill, 2003).

La labor asistencial del psicooncólogo se extiende a la familia del paciente con cáncer, dado que el cáncer es una enfermedad familiar que afecta a los distintos

miembros de una familia de diferentes maneras. Conocer cómo funciona una familia, el impacto de la enfermedad sobre ella, la calidad del apoyo que ofrece al paciente, así como otras muchas variables relacionadas con el funcionamiento familiar, permitirá al psicooncólogo realizar evaluaciones de igual forma sugerir terapias familiares que faciliten la aceptación y adaptación de los diferentes miembros de la familia a las distintas fases de la enfermedad. Un tercer ámbito de actuación asistencial del psicooncólogo incluye al personal sanitario en el cual establece lazos de comunicación, facilitar el trabajo del médico y de la enfermera a través de la colaboración mutua, identificar situaciones de difícil manejo para el personal sanitario, proporcionarles información acerca del funcionamiento psicológico del paciente así como de la familia, para así compartir la responsabilidad del cuidado, son solo algunos de los quehaceres diarios del psicooncólogo hospitalario.

Facilitar el trabajo personal a estos profesionales es fundamental, debido a que se enfrentan a diario al sufrimiento ajeno, al deterioro físico y psíquico, a la muerte, a los dilemas éticos, morales, también a la necesidad de tomar decisiones médicas complejas en contextos médicos, sociales y personales del paciente cada vez más complicados. Todo ello se añade a unas cargas asistenciales crecientes en unos entornos institucionales que apoyan, cuidan poco del profesional generalmente entregado a su vocación. El psicooncólogo puede facilitar un auto-análisis básico por parte del profesional sanitario en oncología, con el fin de aumentar su sensación de bienestar al igual de satisfacción laboral así como ayudarlo a identificar emociones profundas que surgen de la interacción entre su trabajo diario y su vida personal. Es fundamental que estos profesionales aprendan cómo manejar tanto determinadas cuestiones personales como otras relacionadas con el paciente, que pueden interferir en su rendimiento así como su satisfacción laboral y personal (Die Trill, 2012).

Las labores de prevención del psicooncólogo se pueden concretar en las siguientes actividades: Trabajar con poblaciones físicamente sanas que tienen un elevado riesgo de desarrollar cáncer, implantando psicoterapias encaminadas a favorecer la adaptación psicológica global de un individuo sano que vive con la amenaza de sufrir o transmitir una enfermedad potencialmente mortal. En este sentido, la unidad de psicooncología cubre la atención psicológica a personas sanas portadoras o potencialmente portadoras de mutaciones genéticas que les predisponen a desarrollar cáncer en el futuro, y forma parte de la Unidad de Cáncer Heredo-Familiar del hospital.

Desarrollar e implantar programas de prevención del cáncer y de modificación de comportamientos de riesgo, por ejemplo, fumar, beber, tanto en poblaciones sanas como en otras afectadas por cáncer (por ejemplo, en el caso de pacientes con tumores de cabeza o cuello que entran en remisión tras haber sufrido la enfermedad, sin embargo, siguen practicando hábitos tabáquicos o de ingesta etílica que aumentan su riesgo de recaída. Identificar a aquellos pacientes oncológicos que tienen mayor riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas o psiquiátricas durante el proceso de enfermedad.

Para ello se debería hacer un screening de todos aquellos pacientes que acudan al servicio de oncología hospitalario previamente a la confirmación del diagnóstico o nada más confirmarse este. Implantar programas de intervención psicoterapéutica o psicoeducativa para evitar el desarrollo de alteraciones psicológicas o psiquiátricas (por ejemplo, trastornos del estado del ánimo o de ansiedad) en los enfermos oncológicos o en sus familiares durante el curso de la enfermedad.

Desarrollar intervenciones psicoterapéuticas preventivas para los miembros del personal sanitario, por ejemplo, llevar a cabo grupos de trabajo o talleres teórico-prácticos sobre el burnout y las formas de prevenirlo (Die Trill, 2012).

El psicooncólogo realiza evaluaciones psicooncológicas comprensivas del enfermo así como de su familia que integran factores médicos, psicológicos y sociales, con el fin de descartar la presencia de psicopatología que interfiera con la adaptación global del paciente o del familiar, de identificar posibles causas médicas subyacentes al trastorno psicológico o psiquiátrico, siendo así de esta forma el definir áreas problemáticas del funcionamiento y necesidades que requieran intervención psicooncológica. Debe igualmente evaluar a candidatos a diferentes tratamientos oncológicos: cirugías extremadamente mutilantes, trasplante de médula ósea, etc., complementando dichas valoraciones los protocolos de tratamiento médico.

Las evaluaciones deberán identificar a pacientes y familias de riesgo, esto es, aquéllos que tengan historias psiquiátricas, conflictos familiares o personales, previos al diagnóstico oncológico que puedan acentuarse durante el curso de la enfermedad. Este es el caso de pacientes con intentos de suicidio pre mórbidos, el de aquellos que carezcan de apoyo familiar, social o el de pacientes con trastornos de personalidad cuyo comportamiento puede fácilmente interferir con la administración adecuada de cuidados sanitarios.

Es especialmente importante incluir determinadas variables en la evaluación inicial del paciente oncológico. Entre estas se incluyen: La historia de pérdidas previa al diagnóstico, dado que el cáncer constituye un proceso de pérdidas, siendo la de la salud la primera a la que se enfrenta el paciente a la cual también le siguen pérdidas de funciones, habilidades, capacidades, roles, amigos, trabajos, o incluso de la vida. La presencia de ideas autolíticas o de deseos de muerte, frecuentes a lo largo del proceso oncológico, generalmente en momentos de dolor físico mal controlado, depresión no tratada, y progresión de la enfermedad. La presencia de factores orgánicos que pudieran estar causando síntomas psicológicos o físicos. Cuando no se identifica la causa médica de un síntoma se tiende a atribuir éste, con frecuencia erróneamente, a causas psicológicas (Die Trill, 2012).

Tal es el caso de pacientes que debutan con síntomas neurológicos (por ejemplo, mareos) y en quienes el tumor aún “no ha dado la cara”. Los sistemas de apoyo, dado que a lo largo del proceso oncológico es necesario contar con fuentes de apoyo sólidas, que sepan, estén dispuestas a acompañar en el sufrimiento prolongado y en la incapacidad. Además, durante el curso de la enfermedad tienden a perderse relaciones que el paciente había considerado significativas hasta la aparición del cáncer.

Es importante en la evaluación del paciente saber distinguir entre una respuesta “normal” y una respuesta psicopatológica al diagnóstico y/o tratamientos. A pesar de que la mayor parte de los enfermos afrontan la enfermedad con valentía, eficacia, padecer un cáncer aumenta el riesgo de que una persona desarrolle alteraciones

psicológicas o psiquiátricas debido al enorme estrés que conlleva padecer una enfermedad que es crónica, grave, y a su vez potencialmente mortal.

A esto se añaden el estigma, la incertidumbre, las preocupaciones asociadas al cáncer. Los pacientes pueden desarrollar un trastorno psiquiátrico (por ejemplo, un trastorno afectivo, un trastorno de ansiedad, ataques de pánico) simplemente en respuesta al temor o al conocimiento de que padecen un cáncer, a su vez requerir para ello tratamiento psiquiátrico mayor.

Muchos miembros del personal sanitario consideran que determinadas reacciones psicopatológicas de los pacientes son “normales”. Pensamientos del tipo: “si yo tuviera un cáncer también me habría deprimido” son frecuentes entre los profesionales e influyen en que determinadas reacciones “anormales” a la enfermedad así como sus tratamientos pasen desapercibidas y no reciban el tratamiento psicológico o psiquiátrico indicado. Incredulidad seguida de un periodo de caos emocional caracterizado por síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad, alteraciones del apetito, sueño y capacidad de concentración, suelen acompañar a pensamientos intrusivos acerca del diagnóstico y temores acerca del futuro inicialmente, ante la confirmación del diagnóstico oncológico (Die Trill, 2012).

Estos síntomas suelen desaparecer al cabo de unas semanas con el apoyo de la familia, de los amigos así como también del personal sanitario, junto a la definición



de un plan de tratamiento médico que supone el inicio de una posible solución al cáncer siendo así el consiguiente aumento de las esperanzas de recuperación.

Las intervenciones psicológicas profesionales en general no son necesarias en este momento del proceso oncológico, a no ser que los síntomas de malestar emocional persistan en el tiempo o sean de una intensidad intolerable. La prescripción de un ansiolítico para la sedación diurna y de un hipnótico que normalice los patrones de sueño puede ayudar al paciente a pasar esta primera etapa (Massie, 1998). Hace mención también que en algunos pacientes persisten elevados niveles de ansiedad y depresión durante semanas o meses.

Esta reacción prolongada de malestar emocional no es adaptativa y frecuentemente requiere de la intervención de un psicooncólogo. Generalmente, la psicoterapia de apoyo breve basada en el modelo de intervención en crisis es de gran utilidad. Con ella se ofrece apoyo emocional, se proporciona información que facilita la adaptación del enfermo a la crisis, se hace énfasis en sus habilidades, de igual forma se favorece el uso de técnicas de afrontamiento empleadas eficazmente por el enfermo en el pasado. En ocasiones el tratamiento psicoterapéutico se combina con la administración de psicofármacos.

Los individuos que afrontan el cáncer eficazmente utilizan muchos de los mecanismos de defensa maduros que ha descrito Vaillant (1986) tales como el humor, el altruismo, la sublimación, la anticipación y la supresión. Sin embargo, la

defensa menos madura, la negación temporal, es tan frecuente en esta población que puede ser considerada como una respuesta normal en circunstancias graves como lo es la de padecer un cáncer.

En muchos casos la negación permite recibir el tratamiento antineoplásico manteniendo una calidad de vida aceptable. Mientras que el 53% de los pacientes diagnosticados de cáncer exhiben una respuesta normal ante el estrés de padecer la enfermedad, el 47% cumplen criterios para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico. De estos últimos más de dos tercios, el 68%, padecen ansiedad y depresiones reactivas o situacionales (trastornos de adaptación con el ánimo deprimido o ansioso); el 13% tienen depresión mayor; el 8% trastornos mentales orgánicos; el 7% trastornos de personalidad; y el 4% trastornos de ansiedad pre-existentes al diagnóstico oncológico.

Siendo así casi el 90% de las alteraciones psiquiátricas identificadas son manifestaciones del cáncer o de su tratamiento. Solamente un 11% de estas alteraciones representaban trastornos psiquiátricos preexistentes (trastornos de personalidad y trastornos de ansiedad pre mórbidos), lo cual sugiere que la mayor parte de los individuos afectados de cáncer tienen respuestas normales ante la situación médica, siendo aquellas reacciones más patológicas no sólo una minoría sino también respuestas fundamentalmente reactivas a la situación estresante que el enfermo está viviendo (Derogatis,1983). Generalmente, en los casos de trastornos psiquiátricos pre-existentes, éstos tienden a exacerbarse durante el proceso de la enfermedad.

### **2.3 Tratamientos psicooncológicos**

La rehabilitación psicológica del enfermo con cáncer consiste en proporcionar de una manera sistemática las técnicas psicológicas, psicoeducativas necesarias para modificar determinados comportamientos del paciente que le impiden aceptación así como la adaptarse adecuada o eficazmente a la enfermedad. En general, los objetivos de estas técnicas son aumentar la moral, la auto-estima, la capacidad del enfermo de afrontar el cáncer, a la vez que se reduce su nivel de angustia, ansiedad o tristeza así como la aceptación de la enfermedad y el sufrimiento como parte de la existencia (Die Trill, 2012).

Los tratamientos psicooncológicos están también encaminados a aumentar la sensación de control del enfermo en su lucha contra el cáncer de esta manera ayudarle a resolver los problemas diarios con los que enfrenta la enfermedad. Existen diferentes modalidades de tratamiento psicológico que tienen distintas aplicaciones en el entorno oncológico.

Por ejemplo, ciertos tratamientos han sido empleados con éxito en el control de efectos secundarios de la terapia antineoplásica, como las náuseas y los vómitos anticipatorios inducidos por la quimioterapia que surgen antes de la administración del tratamiento; de la angustia así como de la ansiedad producidas por la radioterapia; del dolor crónico y agudo; de la ansiedad, el dolor asociados a la realización de pruebas diagnósticas, de algunos trastornos sexuales secundarios a la

enfermedad o a su tratamiento, por citar algunos ejemplos. También se han empleado terapias psicológicas eficazmente en mejorar la calidad de vida, la adaptación emocional del paciente. Incluso algunos estudios publicados en revistas de reconocimiento internacional han intentado demostrar que las terapias psicológicas pueden prolongar la supervivencia del paciente con cáncer (Spiegel, 1989).

Sin embargo, posteriormente se han identificado importantes deficiencias metodológicas de estas investigaciones que han anulado la credibilidad de sus resultados. A continuación se describen las principales modalidades de tratamientos psicológicos empleados en la rehabilitación emocional del paciente oncológico (Spiegel, 1989).

### **2.3.1 Psicoterapia individual con el enfermo oncológico**

La psicoterapia constituye una alternativa para aquellos enfermos que rechazan los psicofármacos. En el caso de emplearse como adyuvante a éstos, esto puede ser más eficaz que cualquiera de las dos modalidades terapéuticas por sí solas. Además, no produce efectos secundarios ni interfiere con los efectos de otros tratamientos médicos. La psicoterapia individual en oncología se emplea con varios objetivos.

Entre ellos cabe mencionar el mejorar la sensación de malestar psicológico que experimenta el paciente durante el proceso oncológico reduciendo los sentimientos de confusión, angustia, tristeza, temor; así como facilitar la adhesión terapéutica, la adaptación a los cambios físicos, psicológicos que producen los tratamientos como también la misma enfermedad; el favorecer la adaptación a la supervivencia frecuentemente caracterizada por temores a la recaída, por las numerosas secuelas físicas, emocionales producidas por los tratamientos recibidos, o por grandes dificultades para retomar las actividades pre mórbidas; facilitar el enfrentamiento a las cuestiones existenciales y psicológicas que surgen en el paciente, especialmente en fases avanzadas y terminales del cáncer, facilitar el desarrollo de nuevos vínculos y relaciones después de haber sufrido el cáncer, o la resolución de relaciones previamente conflictivas, facilitar la comunicación del paciente con personas significativas de su entorno(Die Trill, 2012).

La psicoterapia individual con el paciente con cáncer debería centrarse en un principio, en la enfermedad así como en sus implicaciones, explorándose únicamente aquéllos aspectos de la vida pasada, presente del paciente que afecten su adaptación al cáncer. Generalmente se emplean psicoterapias de apoyo breves, orientadas a solucionar crisis, en las que se facilita la expresión afectiva, la identificación de temores, preocupaciones acerca de la enfermedad de igual forma a sus consecuencias, en la cual se permita explorar, aclarar e interpretar temas psicodinámicos que son relevantes en la situación inmediata. La eficacia terapéutica está determinada, en parte, por la sensación de continuidad que la psicoterapia le proporciona al paciente durante el curso de la enfermedad. En ocasiones la historia pasada del enfermo interfiere con su adaptación a la enfermedad o con su aceptación de los tratamientos médicos (García 1999).

La psicoterapia debe adaptarse al nivel de funcionamiento del paciente de acuerdo a sus necesidades. Una recomendación general sería mantener una sesión semanal o bimensual de 40-45 minutos en el caso de pacientes ambulatorios, y sesiones más frecuentes de igual forma más breves en pacientes que están ingresados, limitándose éstas en el caso de que el paciente sufra dolor o malestar. En general, la psicoterapia estará encaminada a reforzar así como mantener los mecanismos de afrontamiento adaptativos del paciente en su enfrentamiento al cáncer.

En otros casos, el terapeuta confrontará al paciente con los mecanismos empleados si éstos no fuesen los adecuados. Los objetivos de la psicoterapia también varían en función del momento en el que el paciente se encuentre en el proceso de la enfermedad. Así, en una primera etapa, tras la confirmación del diagnóstico, se intentará, entre otras cosas, aliviar el caos emocional y la ansiedad que generan la incertidumbre acerca de la eficacia de los tratamientos, el curso del cáncer, la respuesta terapéutica, etc.

Cuando el paciente entra en remisión, el enfrentamiento previo al cáncer y el mayor acercamiento a la muerte que ha experimentado durante la enfermedad pueden estimular una exploración de problemas que, de no haber recibido diagnóstico oncológico alguno, hubiera tolerado o mantenido, como pueden ser algunos problemas conyugales o familiares. En otros casos, la psicoterapia con el superviviente de cáncer estará orientada a ayudarlo a afrontar los cambios en su vida que hayan impuesto la enfermedad, tratamientos, como sucede por ejemplo en el caso de pacientes que son cabeza de familia y que se ven obligados por la

enfermedad a ceder parte de sus responsabilidades a sus más allegados (García 1999).

El enfrentamiento más cercano a la muerte en aquellos pacientes con enfermedad más avanzada o terminal implica en muchos casos la presencia de temores, preocupaciones, angustia significativos que requieren una atención especial. El acompañamiento o apoyo psicológico en esta situación adopta un matiz diferente, e implican ayudar al paciente en sus cuestionamientos filosófico-existenciales y en sus revisiones vitales, así como favorecer la resolución de duelos y cuestiones que hayan quedado “pendientes” de resolver. Independientemente del momento en el que se encuentre el paciente, ayudarle a encontrar sentido es fundamental. Explorar lo que significa estar enfermo, tener dolor, sufrir o morir varía enormemente de un paciente a otro.

Así, hay pacientes para quienes la quimioterapia “funciona” si produce toxicidad como náuseas o vómitos, y no produce el efecto deseado sobre el tumor cuando no experimentan efectos secundarios. Corregir estas ideas erróneas tiene importantes implicaciones para la buena adaptación emocional a la enfermedad.

El psicooncólogo aplicará diferentes técnicas psicoterapéuticas según el problema o dificultad con el que se encuentre el paciente. Así, las técnicas cognitivas y conductuales se emplearán fundamentalmente para el control de síntomas tales como el dolor, el insomnio, la ansiedad generalizada y la producida por la

administración de pruebas médicas invasivas, las náuseas o vómitos condicionados a la quimioterapia, las fobias que impiden la administración de pruebas o tratamientos médicos (García, 1999).

Proporcionar información psicoeducativa y entrenar en habilidades concretas es igualmente importante: relajación, control del estrés, solución de problemas. Estos tipos de terapias son eficaces durante así como después de la administración de tratamientos antineoplásicos. Las psicoterapias de corte humanista están basadas en la filosofía existencial y en sus premisas (“La existencia no es inferior a la esencia”), así como en la idea de que el enfrentamiento a la propia mortalidad puede generar ansiedad pero enriquecer, además, la propia existencia. Su orientación al presente (aquí y ahora) se ve enriquecida por tanto por el enfrentamiento a la incertidumbre del futuro.

Entre sus objetivos se encuentran el desarrollo de relaciones auténticas (p.ej., eliminando mitos de invulnerabilidad, evitando fantasías acerca de la propia vida): “Admit what is truthfully occurring”. Esta orientación tiene sus aplicaciones en las etapas más avanzadas de la enfermedad, aunque es recomendable a lo largo de todo el proceso médico. La psicoterapia de orientación psicodinámica explora el pasado y su relación con el momento actual. Intenta identificar el papel que han jugado las relaciones pasadas en el comportamiento presente del paciente. Esta orientación también es eficaz a lo largo de todo el proceso oncológico, especialmente durante la etapa de supervivencia en la que el paciente tiene más “espacio psicológico” para realizar el ejercicio de introspección necesario para alcanzar conclusiones elaboradas.



Hay que tener en cuenta que probablemente, durante el tratamiento activo, el paciente, ahora más debilitado físicamente, verá reducida su posibilidad de iniciar e implicarse en este tipo de psicoterapia. Otra técnica aplicada en psicooncología es el psicodrama, que utiliza la actuación como medio de auto-conocimiento y sanación. Durante el juego dramático se suman el lenguaje corporal y gestual al verbal; el paciente no relata algo sobre sí mismo sino que todo su ser habla por él; surge así una integración. El paciente se convierte en el verdadero protagonista de su labor terapéutica, siendo así que la acción, por sí, produce una movilización de sus potenciales creativos (López Barberá, 1997).

### **2.3.2 Psicoterapia en grupos de apoyo**

La psicoterapia de grupo ha demostrado ser extremadamente beneficiosa en oncología debido, entre otras cosas, al apoyo social que proporciona al enfermo con cáncer. Aunque existen numerosos grupos de auto-ayuda, los grupos psicoterapéuticos están dirigidos por profesionales, en ellos participan enfermos o sus familiares. Los terapeutas emplean diversas técnicas psicoeducativas al igual psicoterapéuticas para explorar, en una situación grupal, cuestiones relevantes a la adaptación a la enfermedad.

Se imparten sugerencias prácticas e información médica a la vez que se facilita el apoyo mutuo de igual forma se entrena a los participantes en el uso de diferentes pautas que facilitan el enfrentamiento al cáncer. Los grupos de terapia en oncología

han demostrado ser eficaces al mejorar el estado afectivo del paciente, en promover la adaptación a la enfermedad así mismo como en reducir el dolor, entre otras cosas. Pueden realizarse con enfermos hospitalizados o ambulatorios. Pueden estar dirigidos a pacientes con una patología tumoral concreta (por ejemplo, grupos de pacientes con tumores cerebrales) o pueden ser heterogéneos en cuanto al tipo de tumor. Pueden estar igualmente dirigidos a personas en tratamiento activo, en remisión o con enfermedad avanzada (Barbera,1997).

### **2.3.3 Ayuda Psicológica a la Familia del enfermo oncológico**

García (1999) hace mención que dado que el cáncer afecta no sólo al enfermo sino a toda su familia, la psicoterapia es en muchas ocasiones más eficaz si se incluye la participación familiar. Es más, con frecuencia es la familia el objeto de intervención psicoterapéutica, especialmente en situaciones de conflictividad familiar o de complejidad médica o progresión de la enfermedad.

Aunque algunos autores informan sobre un impacto positivo del cáncer sobre las relaciones familiares, otros describen elevados niveles de estrés o ansiedad asociados a la enfermedad. A menudo se evita reconocer conflictos familiares por considerarlos imposibles de solucionar, especialmente cuando una enfermedad grave está presente en la vida de la familia. Problemas familiares frecuentes en oncología incluyen la falta de comunicación entre los miembros que la componen, conduciendo esto a conspiraciones de silencio que no hacen sino aislar al paciente

de sus seres más allegados, preocupaciones acerca de la posibilidad de heredar o transmitir el cáncer genéticamente, la intensificación de conflictos previos al diagnóstico, la influencia negativa de patrones de relación familiar desadaptativos sobre la adaptación del paciente a la enfermedad, los sentimientos de impotencia por parte de los familiares al no saber cómo ayudar al enfermo a la vez que intentan manejar sus propios miedos y angustia, los sentimientos de profunda tristeza en los familiares al estar expuestos al deterioro progresivo y sufrimiento de un ser querido, la presencia de secretos familiares que generan relaciones deshonestas e inseguras (por ejemplo, casos en los que al someterse los familiares a pruebas para la donación de médula ósea, se descubre que el paciente no es hijo o hermano biológico de sus padres o hermanos).

Las familias frecuentemente perciben el cáncer como una serie de crisis médicas que retan profundamente sus recursos emocionales, físicos, económicos. Al igual que el paciente con cáncer, su familia generalmente tiende a sentirse más vulnerable en momentos puntuales del proceso oncológico, la confirmación del diagnóstico, la administración del tratamiento con el consiguiente manejo de efectos secundarios, la finalización del tratamiento médico, el enfrentamiento a la progresión de la enfermedad, la muerte o supervivencia del enfermo. Son numerosas las fuentes de estrés a las que se han de enfrentar los familiares: monitorización de síntomas, administración de tratamientos en el domicilio; sensación de “no poder llorar ni quejarse” ante el enfermo “que es quien realmente sufre”; aislamiento social; proporcionar cuidados emocionales; apoyar al paciente en sus decisiones médicas, aun estando en desacuerdo con ellas; mantener las actividades familiares usuales en la medida de lo posible, etc.

El trabajo familiar implicará averiguar el efecto que tiene la enfermedad sobre cada uno de los familiares más cercanos del paciente; identificar al cuidador principal para de esta forma brindarle apoyo así como pautas de cuidado; identificar las distintas maneras que tiene cada miembro de la familia de afrontar la situación, los problemas de igual modo las dificultades de relación que han surgido o se han acentuado a raíz del diagnóstico e intentar aliviar las situaciones familiares anteriormente descritas. El apoyo psicológico a la familia es pues crucial en oncología puesto que, además de facilitar la cohesión, la adaptación familiar al cáncer, favorece la adaptación psicológica del paciente. Otros objetivos terapéuticos incluyen fomentar la colaboración y comunicación con el personal sanitario; reducir el aislamiento, fomentar la realización de actividades familiares; facilitar la transición familiar de una etapa de la enfermedad a otra; así como el apoyar la flexibilidad, la acomodación a las diferentes etapas del proceso oncológico (García, 1999).

## **CAPÍTULO 3: LOGOTERAPIA Y TANATOLOGÍA**

### 3.1 Definición de Logoterapia

La logoterapia está encaminada primordialmente al tratamiento de las *neurosis noógenas* que en casos extremos pueden degenerar hacia una patología con manifestaciones somáticas o psicológicas. Esta nosografía novedosa de las neurosis planeada por Frankl tiene su etología en conflictos existenciales, por lo demás están presentes en la historia vital de cada persona, pues nacen a partir de una crisis espiritual, un dilema existencial, un conflicto de valores, la sensación de falta de sentido, la frustración de la voluntad de sentido y el vacío existencial.

Las manifestaciones más comunes de este tipo de problemáticas son la frustración existencial que surge de la frustración de la voluntad de sentido, que degenera en búsquedas fútiles, insustanciales y, en casos radicales, vacío existencial, en el cual subyace la vivencia extrema del absurdo y la pérdida del horizonte axiológico y de sentido. Ambas son, a decir de Frankl, manifestaciones de nuestra manera de vivir actual. La 'sintomatología' particular para estos padecimientos queda comprendida en lo que se conoce como triada neurótica de masas (Frankl, 1994).

Junto al desarrollo antropológico, terapéutico que significa la logoterapia y el análisis existencial, debemos reconocer en nuestro autor un énfasis existente que propicia el diálogo entre la filosofía con la medicina, en particular entre la filosofía de la existencia, la psiquiatría así como la psicoterapia. Esto tiene dos implicaciones: por un lado, que la filosofía tenga algo que decir, «no sólo sobre la psiquiatría sino también a la psiquiatría» Allers (1963) menciona que por otro lado, los psiquiatras abandonen sus parcelas empíricas y pragmáticas para reflexionar acerca de su

disciplina y su objeto de estudio: el ser humano. Esta es la base fundamental de un movimiento conocido como psiquiatría fenomenológica-existencial, de la cual sobresalen personalidades como la de von Gebsattel, Allers, Binswanger, Boss, Straus, Minkowski y Jaspers, entre otros. Al igual que Viktor Frankl.

Tal vez la diferencia que caracteriza a la perspectiva de Viktor Frankl de entre las demás, pueda resumirse de la siguiente manera: el énfasis en la tridimensionalidad antropológica de la persona (biológica, psicológica y espiritual), con la primicia de esta última, la preponderancia de la responsabilidad como facultad humana primera, la cual conduce al tema del sentido de la vida como un recurso terapéutico de igual forma como un reconocimiento antropológico inherente al ser humano. El sentido es captado por la conciencia espiritual humana; asimismo, el análisis existencial como la logoterapia pone el acento en el carácter auto trascendente de la persona, la cual ontológicamente se presenta como un ser abierto al mundo el cual está orientado para el mundo.

Frankl menciona que, un examen similar podría extenderse a otras perspectivas existenciales ha atinado al ayudar a las personas a escucharse más profundamente y así librarlas de su sordera ontológica. Pero en lo que respecta al análisis existencial y la logoterapia, Frankl explica que cumple una tarea complementaria, pero indispensable: ayudar a la persona a dirigir su mirada más allá de sí mismo, como bien es su posibilidad ontológica (Frankl, 2002). Con esto se estaría librando a la persona no tanto de su sordera como de su ceguera ontológica. Así, con su

propuesta Frankl argumenta ir un paso adelante de la perspectiva contrastada siempre colaborando solidariamente, pues su preocupación radica no solamente en el ser, sino también en el sentido de ese ser.

La logoterapia es un método psicoterapéutico de clarificación y acompañamiento para ayudar a todos aquellos que buscan el sentido de sus vidas o viven un conflicto de valores ante una experiencia de vacío existencial. El conocer permite que se identifique y se dé nombre a las emociones o sentimientos que en nuestro cuerpo aparecen cuando contactamos un recuerdo; a los niños enfermos y sobre todo cuando se encuentra en fase terminal, se puede evitar un daño si la comunicación e información es veraz. Por lo cual se genera confianza, porque el antídoto al miedo es la verdad (Rubio, 2002).

Se basa en un aspecto espiritual o existencial, en donde el ser humano se reencuentra en sí mismo, es por eso que la logoterapia se basa en una filosofía explícita de la vida, que se basa en tres supuestos fundamentales que son: la libertad de la voluntad, la voluntad de sentido y el sentido de la vida, (Balcázar,2003).

La logoterapia considera que el hombre es un ser trascendental con aspiraciones; es una criatura en búsqueda de metas; consciente de una dimensión más alta que lo llama y se realiza en la medida en que responde a ese llamado, dentro del terreno metodológico, es un enfoque hacia el mundo de la vida. (Balcázar,2003).



La logoterapia personalista-fenomenológico, es existencial-humanista, genérico, mecánico y previo; puesto que es un encuentro personal siempre único, precisando llevar a cabo adecuadamente las instrucciones metodológicas, en donde se observa un mundo ingenuo del que se partió, un mundo ideático a que se llegó, pues si la esencia lograda no explica con profundidad la realidad del mundo de la vida, entonces es que no sirve, debiéndose volver a comenzar con una observación más amplia, todo lo anterior es fundamental para el logoterapeuta Díaz (2011).

Para Rudolf Allers, Oswald Schwarz y Victor Frankl, los tres estudiantes de la universidad de Viena definen a la logoterapia mencionando que, el hombre no es solamente un ser social y psicosomático, sino que además, tiene la potencialidad de lo espiritual, a través de la búsqueda de sentido, que tal vez el hombre no pueda evitar el sufrimiento, pero otorgándole un sentido lo puede transitar de otra manera, porque cada persona tiene que encontrar su propia respuesta, ya que ésta sólo es válida para sí mismo respecto de un tiempo determinado de su vida; por lo cual, el ser humano y sus situaciones existenciales están sujetos a un cambio constante de la misma manera el “sentido” que en cada caso se debe consumir (Balcázar, 2003).

### **3.2 Antecedentes históricos de la logoterapia**

En la década de los cincuenta y sesenta apareció en los Estados Unidos la Psicología humanista como tercera fuerza, junto al psicoanálisis y el conductismo, la

inmigración de muchos europeos durante el dominio nazi fue un apoyo para la renovación cultural como humanística que empezaba en los Estados Unidos, muchas personas se sentían desamparadas. Debido a esto se intensificó la preocupación por cuestiones filosóficas, creando interés por la filosofía existencialista, que precisamente en Europa estaba en sus inicios conceptuales y que los científicos inmigrantes llevaban consigo (Martínez, 1996).

La psicología existencial tiene sus raíces en los siglos XIX y XX, es una consecuencia del pensamiento filosófico existencial europeo de Kierkegaard (padre del existencialismo), así como de dos de sus principales exponentes contemporáneos: Heidegger y Sartre. Entre los psicólogos actuales que hicieron contribuciones importantes encuentra Frankl, Van den Berg, Laing y May (Balcázar, 2003).

El análisis existencial hace referencia directa a un modo de acercarse al ser humano que está en el mundo y dentro de un contexto histórico-social concreto, donde se hace un análisis sobre la existencia humana y no un análisis de la existencia porque la existencia en sí misma no puede ser analizada (Frankl, 1990).

La logoterapia surge, por su parte, en un campo de concentración, en esas circunstancias Frankl no puede sino preguntarse por el sentido de la vida, a la logoterapia se le llama la tercera escuela vienesa, es decir, como un sistema psicoterapéutico que hace referencia directa al logos, como canal específico de acercamiento a los padecimientos humanos, asumiendo algunas perspectivas esenciales del existencialismo con el fin de evidenciar aspectos y cuestiones que

permiten alcanzar la plena comprensión del modo del ser del enfermo psíquico (Frankl, 1993).

### **3.3 Conceptos teóricos de logoterapia**

La particularidad más notoria de la logoterapia consiste en emparentar el concepto de salud con el sentido de la vida. La logoterapia procura ayudar al hombre a encontrar un sentido para su existencia. No se trata de otorgar un sentido sino de ayudar a que cada uno encuentre el propio.

El hombre es un ser trascendental con aspiraciones; es una criatura en búsqueda de metas; consciente de una dimensión más alta que lo llama y se realiza en la medida en que responde a ese llamado, su particularidad más notoria consiste en emparentar el concepto de salud con el de sentido de la vida, procurando ayudar al hombre a encontrar un sentido para su existencia (Balcázar, 2003).

Se asumen algunas perspectivas esenciales del existencialismo con el fin de evidenciar aspectos o cuestiones que permitan alcanzar la plena comprensión del modo de ser del enfermo psíquico, una filosofía explícita de la vida misma.

Al fomentar la aceptación de incertidumbre, miedo y enfermedad, no se busca que el paciente se encare con “el diablo” o “la maldad”. Lo que sí se fomenta es la aceptación de las circunstancias de vida, la conquista de los miedos, la tolerancia o admisión de lo desconocido. También se busca reconocer las emociones conflictivas para librarse de temores, culpas y resentimientos.

La libertad del ser humano consiste en que para él está abierto un gran número de posibilidades externas y de comportamientos personales, pero con la libertad va unido un encargo, este será en descubrir cuál será el referente que permitirá orientar en el momento de decidir. Dado que decidir requiere una certeza, que se trata de un compromiso personal (Längle, 2008).

Voluntad de sentido: Constituye los impulsos instintivos, este sentido es único y específico, en cuanto es uno mismo y uno solo el que tiene que encontrarlo; únicamente así, logrará alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido.

Frustración existencial: La de sentido del hombre puede también frustrarse, y en tal caso la logoterapia le llama neurosis neógena, denota algo que pertenece al núcleo “espiritual”, haciendo dimensión en lo humano.

Neurosis neógena: No nacen de los conflictos entre impulsos e instintos, sino más bien de los conflictos entre principios morales distintos.

Vacío existencial: Se manifiesta sobre todo en un estado de tedio, el hastío que causa más problemas que la tensión.

El sentido de Vida: El hombre no debería inquirir cuál es el sentido de la vida, sino comprender que es el amor a quien se inquiera, en una palabra, a cada hombre se le pregunta por la vida y únicamente puede responder a la vida respondiendo por su propia vida, sólo siendo responsable puede contestar a la vida.

La esencia de la existencia: “Vive como si ya estuvieras viviendo por segunda vez y como si la primera vez ya hubieras obrado tan desacertadamente como ahora estás a punto de obrar”, la logoterapia intenta hacer al paciente plenamente consciente de sus propias responsabilidades, el paciente decide si debe interpretar su tarea vital siendo responsable ante la sociedad o ante su propia conciencia, por lo cual el logoterapeuta amplía y ensancha el campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible.

El sentido del amor: El amor constituye la única manera de aprehender a otro ser humano en lo más profundo de su personalidad, nadie puede ser totalmente conocedor de la esencia de otro ser humano si no le ama, en logoterapia el amor no

se interpreta como un epifenómeno de los impulsos e instintos sexuales en el sentido de lo que se denomina sublimación.

El sentido del sufrimiento: Cuando uno se enfrenta con una situación inevitable, insoslayable, siempre que uno tiene que enfrentarse a un destino que es imposible cambiar, ya que lo que más importa de todo es la actitud que tomemos hacia el sufrimiento, nuestra actitud al cargar con ese sufrimiento. Hay situaciones que priva de la oportunidad de ejecutar su propio trabajo y de disfrutar de la vida, pero lo que nunca podrá desecharse es la inevitabilidad del sufrimiento. Al aceptar el reto de sufrir valientemente, la vida tiene hasta el último momento un sentido y lo conserva (Frankl, 2002).

### **3.4 Trabajo logoterapéutico.**

El trabajo logoterapéutico llevado a cabo con los pacientes enfermos terminales es aquel, en el cual el profesional (logoterapeuta), desempeña un papel doble, ya que como se menciona en el capítulo anterior de psicooncología, debe de ser capaz de trabajar con varias disciplinas en la misma persona tales como doctores, oncólogos, enfermeras, trabajadores sociales, el trabajo multidisciplinar de todos llegará a que no solo el paciente se sienta bien con su proceso de tratamiento médico, sino que a la vez se dé tiempo de poder ver las capacidades que aun estando enfermo él puede lograr, asimismo adaptarse a todos los pacientes con los cuales trabaje de una forma que estos, pueda tener una mayor atención en las cuestiones emocionales, durante la etapa en la que se encuentra de igual forma logren obtener el objetivo de

la logoterapia que es romper las barreras de la incomunicación, facilitándole al enfermo terminal, el hablar y depositar en otro los miedos, las angustias, incluso el terror, sin la preocupación de dañar o empeorar las cosas como puede ocurrir con su familiar, es por ello que el psicólogo:

Propicia la calidad de vida en esta etapa, fomenta la unidad, la cooperación y la comunicación entre el paciente y los miembros de la familia, ayuda a las familias en el proceso de aflicción y de duelo posterior al fallecimiento (Remor, 2003).

Frankl (2000) hace mención que la búsqueda de sentido se concreta, según el parecer logoterapéutico, de tres maneras posibles: realizando una acción o una tarea, a través del amor, en el sentimiento por algo o por alguien y finalmente se puede hallar el sentido en el sufrimiento inevitable. Viktor Frankl lo sintetiza, señalando que el sentido se concreta a través de valores que denominó como: Valores de creación: son realizados por el aporte del ser humano al mundo a través del trabajo, la creación o transformación de una realidad dada; Valores experiencia: Se realizan a partir de lo que el hombre recibe del mundo en forma de experiencia estética o de amor; Valores de actitud: se cristalizan en virtud de actitudes que la persona asume frente a circunstancias irreparables, irreversibles o fatales, a su actitud frente a la triada trágica de muerte, dolor y culpa.

La frustración de esta búsqueda de sentido es lo que se conoce en logoterapia como frustración existencial. Dicha frustración no nace de conflictos no resueltos en el área

instintiva o impulsiva, sino más bien, de conflictos en la dimensión de lo específicamente humano o dimensión espiritual.

Para entender la dimensión espiritual en Frankl y lo que ella abarca, no hay que recurrir a ninguna referencia a aspectos religiosos ya que lo espiritual para el psiquiatra vienés no es sinónimo de religioso. Lo espiritual solo puede comprenderse a la luz de la antropología frankleana, es decir la idea de hombre que propone la logoterapia.

La fe en el sentido que se le presenta al hombre como algo por encontrar, realizar, supone que el hombre sea inteligente para conocerlo y libre para realizarlo. "Nuestra autocomprensión nos dice que somos libres". Sin libertad, no podría el hombre autotranscenderse, ir más allá de lo que es en este momento, pues estaría atado o determinado por su presente. Esta auto trascendencia, posibilitada por la libertad, deja su huella en la comprensión de la misma libertad.

Pero, además de lo que el hombre con su capacidad natural de conocer llega a saber de su libertad, desde el punto de vista de la fe, la libertad tiene una marcada significación en la tradición judeo-cristiana: "La verdadera libertad es signo eminente de la imagen divina en el hombre". Ahora bien, la libertad deja al hombre libre frente a la misma libertad y, así como la fe lleva al hombre a autotranscenderse, a conocer más allá de lo que el entendimiento natural es capaz, así el hombre puede también, desde una óptica reduccionista, enmascarar la libertad y negarla.



Toda psicoterapia se apoya en una idea de hombre implícita o explícita, que da coherencia e integridad al accionar psicoterapéutico. En la logoterapia dicha antropología es explícita: Se habla de lo humano como de una unidad en una multidimensionalidad. Es posible reconocer en el hombre una dimensión biológica, una psicosocial y otra espiritual, esta última es la dimensión de lo específicamente humano. Lo espiritual encuentra en lo biológico y lo psicosocial su instrumento de expresión, pero ella misma no es un epifenómeno de lo biológico o de lo psicológico sino que es una dimensión fundante de la realidad del hombre.

La antropología frankleana, no solo tiene el mérito de incorporar la dimensión espiritual a lo humano y las consecuencias prácticas que de ello derivan en términos médicos o psicológicos, sino que brinda una respuesta muy interesante al problema siempre vigente de la dualidad mente-cuerpo. Viktor Frankl escapa a la trampa del dualismo, proponiendo una idea de hombre que se sustenta en lo que él llama la unidad en la multiplicidad ; el hombre es uno pero tiene varias dimensiones a saber una biológica, una psicológica, una sociocultural, y una espiritual que coexisten en la unidad de lo humano.

Cuando Frankl habla de lo espiritual hace referencia a conceptos como libertad-responsabilidad, creatividad, protagonismo, valores, ética, Frente a los condicionamientos psicofísicos, lo espiritual se abre como lo facultativo en el ser humano, como aquello que no siendo puede ser, aun a pesar de. Es ese espacio, desde el cual se eligen aquellas opciones que irán construyendo la existencia personal. En la concepción frankleana el hombre es un gerundio permanente, es un

ser siendo, arquitecto de su vida a partir de sus elecciones, Viktor Frankl es un psiquiatra que sin negar lo no consciente recupera y jerarquiza la tarea consciente.

Es la conciencia en su doble condición de órgano de percepción y de órgano de sentido quien orienta al hombre en sus decisiones, quien lo coloca de cara a su libertad pero también a su responsabilidad. Es la conciencia la verdadera brújula en la búsqueda de sentido. En alguna medida ser hombre es para Frankl ser consciente.

La voluntad de sentido del paciente se le podría llamar a la tensión radical y sana del hombre para hallar y realizar un sentido, un fin, además es expresión de la autotranscendencia. En otras palabras, encontrarle sentido a todas aquellas situaciones que obligan al hombre a enfrentarse consigo mismo. Si no se encuentra un sentido a la vida podríamos caer en depresión, o una experiencia de vacío existencial; con esto podemos afirmar que la búsqueda fundamental del ser humano no se basa en la búsqueda de la felicidad, sino, de la voluntad de sentido, y esta misma lleva a la felicidad.

Y su libertad en el caso del hombre, al hablar de su libertad, Frankl se refiere principalmente a tres esferas. El hombre es un animal, pero muy peculiar, pues aunque tiene instintos está libre de ellos: "El hombre posee instintos, pero los instintos no le poseen a él. Él hace algo a partir de los instintos, pero los instintos no le constituyen a él". El hombre, incluso en los actos más espirituales, dado que es

uno, no puede actuar al margen de sus instintos; pero esto no quiere decir que esté determinado por ellos: "En el hombre no hay instintos sin libertad, ni libertad sin instintos". El hombre ciertamente puede dejarse llevar por sus instintos, pero tiene que decidirlo. Al no identificarse con ellos, como ocurre con los animales, dado que es más que sus instintos, el hombre tendría que decidir reducirse a ellos, lo cual supone haber decidido previamente para enfrentarlo son los principios fundamentales de la logoterapia.

Frankl (1988), hace mención que sólo se tiene que hacer consciente que en lo profundo del inconsciente, la persona jamás deja de reconocer esta verdad y que el individuo se vea a sí mismo desde una nueva perspectiva, que conozca tanto sus limitaciones como sus potencialidades para que de esta forma descubra su sitio en la vida: el modo en que se adapta a la totalidad de la existencia, sus relaciones con otras personas, la superación de sus fracasos y el cumplimiento de sus tareas.

El deber implica la autotranscendencia, porque la vida se transforma en misión; las situaciones más difíciles de la vida forman la prueba más grande de este acontecimiento porque la misión es ubicarse en el mundo como persona entera que intenta trascenderse en toda situación. El hecho de no llegar a tener una misión, genera el vacío existencial (Ramírez, 2011).

Durante el encuentro con su paciente el logoterapeuta asume una postura ecléctica, recurriendo a todos aquellos aportes provenientes de otras escuelas de psicoterapia como el psicoanálisis o las terapias cognitivo-conductuales que crea pertinente

incorporar al tratamiento para complementar su trabajo específico, así como también hará uso de los conocimientos neurobiológicos y psicofarmacológicos que considere de interés en beneficio de su paciente.

La logoterapia con su enfoque dinámico de la realidad humana, se aparta de cualquier concepción estática del concepto de salud y sostiene una idea de la salud como proyecto de vida. Al hablar de salud desde esta perspectiva se incluyen aspectos que superan lo estático de la sola ausencia de síntomas para incluir en la definición de salud planteos tales como: la salud como respuesta a necesidades biológicas, psicológicas y espirituales la salud como posibilidad de compromiso y participación, como posibilidad de establecer vínculos afectivos, de convivir, la salud debe tender a la promoción del hombre y de todos los hombres.

A partir de la visión antropológica frankleana con su multidimensionalidad biospicasocioespiritual la enfermedad (lo fáctico) pierde su rol protagónico y se convierte en acontecimiento vital que propone una respuesta al ser humano. Esta transformación conduce a una humanización del concepto de enfermedad que colorea intensamente el quehacer terapéutico devolviéndole al hombre doliente su rol protagónico. Es el terapeuta quien podrá establecer una vía de comunicación tal que se expresen los miedos ante las circunstancias ineludibles (Frankl, 1988).

### **3.5 Técnicas específicas de logoterapia según Víctor Frankl**

La logoterapia da gran importancia a la relación del paciente y el terapeuta. Frankl (1987) dice en su libro "Psicoanálisis y Existencialismo", que esta relación entre las dos personas es el aspecto más significativo del proceso terapéutico, un factor más importante que cualquier método o técnica.

El proceso terapéutico consiste en una cadena continua de improvisaciones.

Esta relación debe contrapesar los extremos de la familiaridad humana y la separación científica. Esto quiere decir que el terapeuta no debe guiarse por la nueva simpatía en su deseo de ayudar al paciente, ni a la inversa, reprimir su interés humano por la otra persona, reduciéndose a la pura técnica.

Frankl expresa que el logoterapeuta puede entablar un diálogo mayéutica al estilo de Sócrates. Sin embargo, no es necesario llegar a debates sofisticados con los pacientes.

Los problemas existenciales o espirituales son complicados, por lo que es necesario que el psicólogo tome una postura determinada con respecto a los valores. El logoterapeuta debe estar alerta para no imponer al paciente su propia filosofía, tiene que impedir la contratransferencia al paciente, respecto de su filosofía personal, de su personal concepto de sus valores, ya que el concepto de responsabilidad implica

que el paciente debe ser responsable de sí mismo. El logoterapeuta sólo tiene que proporcionarle la experiencia de su responsabilidad.

Técnica de Diálogo Socrático: En este método, los participantes intentan investigar de un modo más o menos estructurado la verdad y el valor de sus opiniones. El material de la investigación es su propia experiencia, tanto si se trata de una experiencia que han vivido aquí y ahora o de algo memorable que les sucedió en el pasado. La conversación adquiere significado como diálogo, más que como debate formal o discusión informal. Los participantes intentan comprenderse unos a otros y se comprometen en un tema en común.

El intento de pensar con cuidado, detenimiento y profundidad distingue este método de otras formas de conversación, como los debates, las tormentas de ideas (brainstorming) o las sesiones de pensamiento creativo y las cuales el fin es movilizar la voluntad de sentido, durante el diálogo existencial-analítico, se identifican nuevas posibilidades hacia el descubrimiento del sentido, metas, proyectos y tareas significativas aplicables a la experiencia concreta, apoyado en la mayéutica, es decir desde un cuestionamiento profundo de lo significativo en el mundo del paciente guiándolo hacia el autoconocimiento y la presión de su responsabilidad de sus acciones.

La estructura de un Diálogo Socrático varía de acuerdo con la época y el contexto, pero el elemento común a casi todas las propuestas es que un grupo analice una cuestión inicial. Esta cuestión puede ser elegida de antemano por la persona que

dinamiza el diálogo aunque es preferible que los participantes elijan la pregunta por sí mismos. Las formas en que los participantes encuentran una pregunta adecuada que les interese de verdad varían según la creatividad del facilitador, la tradición y el contexto en el que se desarrolla el diálogo. Además de encontrar una pregunta adecuada, el diálogo requiere analizar un momento de vida de uno o más de los participantes y que puede ser un suceso del presente (aquí y ahora o una experiencia del pasado (Frankl, 1987).

El efecto es que uno ya no busca la respuesta fuera de sí mismo, sino que se acerca al autoconocimiento, Y la pregunta de si esos momentos son positivos y por qué lo son puede responderse inmediatamente. En un Diálogo Socrático que facilite recientemente, los participantes querían explorar la siguiente pregunta: ¿deberías tolerar el absurdo? Al hablar sobre ello y al tener que escucharse a sí mismos y a los demás, tuvieron que preguntarse varias veces si en ese preciso momento estaban escuchando algo absurdo, y si así era porque lo estaban tolerando. Esta experiencia aumento e intensifico el diálogo de manera significativa.

Los objetivos de un diálogo socrático varían en función del tiempo y la energía que se le dedique. Algunos objetivos mínimos que puedes alcanzar en un taller de unas cuantas horas son los siguientes:

- Obtienes la sensación de que estás pensando con preguntas en vez de con respuestas.
- Experimentas lo que significa pensar detenidamente con otras personas sobre un problema común que a todos importa.
- Escuchas con cuidado lo que se está diciendo e intentas comprenderlo.

- Este atento a todo lo que pasa.
- Aprendes a formular correctamente sensaciones y pensamientos complejos o vagos.
- Descubres aspectos de tu propia actitud a la hora de conversar (impulsos, monólogos, etc.).
- Te vas incomodando cada vez más cuando haces afirmaciones abstractas que no aclaran nada a nadie.
- Adquieres sensibilidad para la investigación (que incluye paciencia, concentración, atención, etc.)
- Experimentas diferencias en los puntos de vista y aprendes a tratar con ellos, mientras te concentras en el tema que se está investigando.

Técnica: Intensión Paradójica; También ofrece una contribución eficaz en el campo de la técnica psicoterapéutica a través sobre todo de la intención paradójica y de la de-reflexión. Obviamente, para la aplicación de estas dos técnicas es de fundamental importancia la perspectiva antropológica. De hecho, solo una consideración del hombre en su totalidad, en su dimensión espiritual (donde se manifiestan el humorismo, el amor, la conciencia y la tensión a los valores) está en posibilidad de acentuar la capacidad de auto-distanciamiento. La toma de postura, realizada por el hombre con la fuerza de su dimensión espiritual no se dirige sólo hacia las circunstancias externas o hacia estados de ánimo particulares. Esta se manifiesta



también en la ironía, en el humorismo, en la capacidad para reírse de sí mismo (Frankl, 1984).

Frankl llegó a la determinación de que existe un factor patógeno en su etiología. Las reacciones neuróticas de tipo ansiosas, compulsivas y sexuales tienen en común el así llamado “mecanismo de la ansiedad anticipatoria”. Esto quiere decir que, el síntoma por sí mismo sería efímero e inocuo, pero la ansiedad lo fija, haciendo que la atención del paciente se concentre en torno a él. Los movimientos con los que se manifiesta este mecanismo son:

- 1) Un síntoma, que por sí mismo es del todo inofensivo
- 2) La fobia refuerza o fija el síntoma del paciente: la ansiedad intensifica los latidos del corazón.
- 3) La consecuencia es una mayor consolidación (del todo justificado por el paciente) de la fobia, que sigue en un reforzamiento del síntoma.
- 4) El círculo diabólico, en el cual el paciente ha caído, hace que regrese continuamente sobre el mismo. Y se vuelve necesaria la intervención del terapeuta que rompa ese círculo, dando al paciente un espacio de libertad y de independencia.

Convencido que el miedo transforma en realidad aquello a lo que se le teme, Frankl considera necesario “quitarle el viento a las velas del miedo neurótico” y esto puede suceder sólo si el sujeto aprende a actuar por encima y fuera del miedo.

Reacciones ansiosas una de las cosas temidas casi en forma paroxística por los pacientes es la ansiedad. Tienen temor de tener que soportar fenómenos ansiosos y la preocupación de que tales fenómenos en efecto se presenten hace que se pueda hablar de la “ansiedad por la ansiedad”, en el sentido de una expectativa angustiante y enervante del regreso de un ataque de ansiedad parecido al que experimentaron con anterioridad. Sin embargo, lo que estos temen no es la ansiedad en sí misma. De hecho el verdadero motivo se esconde en otra parte, en el miedo a que la excitación nerviosa pueda provocarles un daño a la salud. Lo que de modo específico temen es ser víctimas de un colapso, de un infarto o de una apoplejía apenas salgan de casa. Temen sentirse mal o desmayarse en la calle y tal ansiedad refuerza eventuales fenómenos somáticos de insuficiencia vegetativa.

La mayor parte de los pacientes temen que el estado en el que se encuentran sea el precursor o directamente el inicio de la locura, los pródromos o los síntomas de una psicosis”. De manera particular la ansiedad se manifiesta cuando se piensa que se puede cometer algo grave y espantoso en perjuicio de uno mismo.

Reacciones compulsivas. Mientras las neurosis de ansiedad tienen una causa somática de la ansiedad primaria (por lo general un hipertiroidismo al que se agrega una ansiedad anticipatoria de carácter reactivo), las reacciones compulsivas parten de la esfera psíquica. “También una predisposición psicopática, además de neuropática, puede aparecer entre los ‘factores constitucionales’: y es precisamente sobre la psicopatía anancástica que se instala según sea el caso una u otra caracterización particular de la ansiedad frente a sí misma. Se llega así a ideas que se imponen al sujeto como una coacción; la reacción del paciente consiste en el temor de terminar convirtiendo en realidad esas ideas obsesivas que de manera tan

absurda le vienen a la mente: tiene miedo de convertir los pensamientos en acciones”.

Cuando se encuentra frente a ideas obsesivas, no busca huir de casa como haría en el caso de la ansiedad, sino que busca luchar contra sí mismo, combatir las, superarlas a toda costa y temiendo afrontarlas cara a cara, cae en un círculo vicioso. De hecho, “la presión interna (a la cual está sometido el paciente), a través de la presión contraria (que el paciente ejerce) se potencia en una presión interna todavía mayor”. Y está claro que al enfrentar la idea obsesiva queda cada vez más vuelto a sí mismo, potenciando el fenómeno de auto-observación (Frankl, 1984).

Siendo así lo que importa desde el punto de vista terapéutico es construir un puente al neurótico, de manera que pueda ser superado de manera definitiva el racionalismo exasperado. Y como regla Frankl usa una palabra de orden: “Lo más razonable es no querer ser demasiado razonables”.

Lo esencial de ella consistiría en educar a los pacientes a querer aquello que temen, y aquello de lo que intentan librarse desesperadamente. Recordemos que “paradoja” significa epistemológicamente “lo que es contrario a la opinión general, a la previsión, etc...”. La logoterapia no es la única escuela que utiliza la paradoja en psicoterapia. Pero, veremos con la descripción de la técnica comparada con otras escuelas, como la intención paradójica de Viktor Frankl mantiene su autonomía, y pertenece

indudablemente a la matriz antropológica logoterapéutica ya que está basada en una dimensión específicamente humana, la del humor.

La intención paradójica para Frankl los tipos de reacciones de ansiedad, compulsivas, tienen como común denominador una espera de la ansiedad, una acentuada preocupación por que suceda algo. En el caso de las reacciones ansiosas, el paciente teme desmayarse, ser afectado por un colapso o un infarto y busca huir de su propia ansiedad no moviéndose de casa. En el caso de las reacciones obsesivas, teme que las molestias puedan degenerar y le hagan cometer acciones reprobables, por lo que emprende una lucha a muerte con la obsesión buscan hacer desaparecer las ideas compulsivas. Confronta nuestro sentido común ya que es un proceso mediante el cual el paciente es animado a hacer, o a desear que ocurra aquello que precisamente teme, se instruye al paciente a que intente reírse de su propio sufrimiento y de esta manera afronte el temor que le provoca la expectativa de fallar (Frankl, 1984).

A decir de Frankl (1999), al aplicar la intención paradójica se moviliza también la capacidad exclusivamente humana del humor. “Cuando un paciente está abrumado por un problema del cual no tiene una visión clara, Frankl trata de exagerar cómicamente el problema a los ojos del paciente al grado que le parezca ridículo y cómico”

Asimismo el objetivo de la intención paradójica es “amortiguar los miedos individuales de los pacientes” Frankl (1984). De igual forma explica que el miedo

patógeno es sustituido entonces por un deseo paradójico. Se refiere a que a individuos con algún trastorno de ansiedad lo que los bloquea es el miedo, pero no el miedo a algún objeto externo, sino el miedo al miedo mismo, que entre más se piensa en él, más aumenta y como consecuencia sobreviene el fracaso en lo que se intenta.

La intención paradójica trata de desmontar ese círculo vicioso ordenando desear precisamente lo más temido. A una persona que tartamudea y le causa angustia e inhibición, se le pide que tartamudee lo más que pueda hasta que logre que los demás se burlen de él. Al intentarlo, sucede lo mismo que con el sudor, el tartamudeo por alguna razón desaparece. Esta técnica ha sido utilizada en contextos diferentes donde lo único en común es la angustia por la expectativa de fracaso o por la expectativa de colapsarse por no poder responder adecuadamente a las situaciones que se presentan. Esto último, nos explica que es especialmente cierto en algunos tipos de obsesiones y fobias caracterizados por su gran despliegue de angustia (Frankl, 1984).

En el verdadero sentido de la palabra, la logoterapia se basa en el principio logoterapéutico del “antagonismo psiconoético”, que se refiere a la capacidad específicamente humana de separarse, no sólo del mundo, sino también de uno mismo.

Técnica; De-reflexión; busca precisamente evitar la autoobservación compulsiva, haciendo que el paciente se ignore a sí mismo. Pero para ignorar algo, se necesita que actúe prescindiendo de eso y se dirija a otra cosa. Y en la medida en que logre poner en primer plano en su consciencia un objetivo que pueda restituir a la vida su plenitud de sentido, como para que valga la pena vivirla, pasarán a segundo plano su persona y sus dificultades.

Entonces, más que investigar sobre complejos y conflictos no resueltos de la edad infantil, en el intento de eliminar el síntoma, es más importante en muchos casos esforzarse en separar la atención del síntoma. El principio de fondo de la de reflexión consiste en aprender a ignorarse a sí mismo, en el reconocimiento de que para llegar a lo más íntimo, a la propia realización se necesita atravesar el camino de los otros, del mundo. Se necesita ignorar a sí mismo. Recordando la frase de Bernanos: "Odiarse a sí mismo es más fácil de lo que se cree; lo difícil está en olvidarse de sí mismo", Frankl escribe: "Mucho más importante que el exagerado desprecio de sí mismo (hiperconciencia) o la soberbia auto consideración (hiperconciencia), está el completo olvido de sí (Frankl, 1988).

La de-reflexión en sí misma contiene aspectos positivos y negativos. El paciente ignorará su ansiedad anticipatoria; pero la cambiará por alguna otra cosa. Mediante la de-reflexión, el paciente es capaz de ignorar su neurosis y localizar su atención fuera de sí mismo. Se dirigirá hacia una vida llena de potenciales significados y valores que tienen un especial atractivo para sus potencialidades personales.

De esta manera busca, asimismo, animar al paciente a que reviva al menos por un momento la situación con miedo, esto es, animarle a que haga lo contrario de lo que le dicta su actitud hacia esa situación. Todo esto se deberá llevar a cabo en una atmósfera lo más humorísticamente posible.

El resultado de esta técnica es un cambio de actitud hacia los propios síntomas. El paciente es ahora capaz de ponerse a cierta distancia de sus síntomas, de alejarse de su neurosis... Si se tiene éxito, y el paciente deja de huir así como luchar contra sus síntomas, o aún más, si los exagera, entonces observaremos que los síntomas disminuyen siendo así de esta maneja dejando de obsesionar al paciente.

El terapeuta debe hacer consciente el inconsciente espiritual, sólo para hacerlo regresar al inconsciente, debe convertir la potencia inconscia (potencia inconsciente) en un actus conscio (acto inconsciente), pero únicamente con el objetivo último de restablecer una espontaneidad en las operaciones inconscientes (Frankl, 1988).

Técnica; Modificación de actitudes, la ampliación del campo de visión retoma aquí su importancia y para ello se apoya en la visualización, en la fantasía guiada, en la confrontación, en la búsqueda de alternativas significativas, de manera que se amplíe la consciencia de la persona para poder hacer una elección más libre y responsable.

Consiste en ampliar la consciencia del paciente para poder hacer una elección más libre y responsable, con búsquedas significativas para lograr una confrontación de la situación de manera afectiva. En la cual se hace énfasis en comportamientos claves a practicar, y así más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y así poder ver las nuevas, como motivadores de cambio (Frankl, 1988).

Existen 3 pasos que deben de dar dentro de la modificación de actitudes y son

Que el paciente pueda poner distancia entre él y sus síntomas; En este el "compañero existencial" -como se le llama al cliente o paciente- aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él.

Reducir los síntomas; en esta se busca que el paciente complete la reducción de sus síntomas, los cuales se han trabajado en las sesiones anteriores de logoterapia tales como la intención paradójica y de reflexión.

Orientarse hacia el sentido; se busca complementar el hecho de ser libre en los fundamentos básicos de la logoterapia para la autotranscendencia de cada persona.

De igual forma podemos decir que Frankl incluye otro elemento del inconsciente: el espiritual, haciendo énfasis en la búsqueda de significado de la existencia, lo cual no



necesariamente se refleja en la búsqueda de dios u otro ser sobrenatural. No solamente subsisten en el interior de la conciencia humana una impulsividad natural sino también una espiritualidad natural.

La cura de muchos traumas estaría dada por el reconocimiento de tal sustrato y la posterior toma de conciencia es decir, de responsabilidad frente a esa condición. Para Frankl la espiritualidad no tiene que ver sólo con un ejercicio tautológico de búsqueda de refugio, es un "modo de existir humano".

En la arquitectura profunda de la psiquis humana, se encuentra una espiritualidad inconsciente que pretende siempre la trascendencia. Aquí la teoría de la logoterapia, que pretende la sanidad en función de la recuperación de sentido, expone funciones profundas de la conciencia y la toma de decisiones ante las formas cotidianas del existir.

La Logoterapia se convierte en un instrumento de conexión para el ser humano, puente entre su vida inconsciente y su manera de vivir. No habría nada más enfermizo en el humano que una vida incoherente. Pero no se trata de una incoherencia puramente discursiva, se trata pues de un conflicto mucho mayor entre la conciencia y la responsabilidad. Son las decisiones las que resultan en fracaso o triunfo, Implica una fuerte responsabilidad así como una actitud frente a las

existencias. La fuerza de las decisiones radica en la propia existencia, de tal modo que jamás se puede renunciar a ella. Se trata entonces de una elección consciente o inconsciente, pero decisión al fin y al cabo, que posibilita construir y posicionarse frente al sentido del Logos, la propia esencia así como trascendencia de cada persona (Frankl, 1986).

### **3.6 Definición de tanatología.**

El término Tanatología deriva del griego thanatos que significa muerte y logos que significa estudio o tratado, lo cual podríamos decir que estudia la muerte como el proceso de morir así como la muerte misma, es una disciplina científica cuya finalidad principal es curar el dolor de la muerte o la desesperanza, estos dolores son los más grandes que el ser humano puede sufrir, es humanizar el proceso de la muerte para proporcionar a la persona una muerte digna, así como ayudar a los dolientes a elaborar procesos de duelo. Es una ciencia humana que trabaja con los enfermos terminales, con sus familiares, con cualquier persona que haya sufrido una pérdida (pues cualquier tipo de pérdida produce un duelo), interviene en crisis (como intentos de suicidio) y brinda apoyo al equipo médico. Basada en el principio de cuidar más allá de curar.

El conocimiento científico de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, social y

espiritual para vivir en plenitud, es así como se define a la tanatología (Kublerr- Ross, 1976)

Por lo cual se refiere a la "Ciencia de la muerte" este término fue acuñado en el año 1901 por el médico ruso Elias Metchnikoff, quien en el año 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina. En este momento, la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y todo lo relativo a cadáveres desde el punto de vista médico legal.

En 1930 como resultado de los grandes avances de la medicina empieza un periodo en el que se confina la muerte en los hospitales. Ya para la década de las cincuenta esto se va generalizando cada vez más y así el cuidado de los enfermos en fase terminal es trasladado de la casa de las instituciones hospitalarias, dando por resultado que la sociedad de esta época "escondiera" la muerte en un afán de hacerla menos visible para que no le recordara los horrores de la guerra que acababa de terminar.

Después de la década de los sesenta se realizaron estudios serios sobre todo en Inglaterra que nos muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuido a solo 25%. Durante esa época se hace pensar a todos que la muerte es un evento sin importancia y que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico convirtiéndola en un hecho ordinario. Tecnificándola y programándola se le relega y se le considera un hecho insignificante.

La tanatología fue aceptada como ciencia a partir de los años 50's. Desde su concepción y hasta la actualidad, se ha tratado a la tanatología de manera interdisciplinaria e incluye la evaluación de nuestra relación con la muerte y no tanto a las especulaciones o creencias (religiosas, culturales o de otra índole). La meta última del tanatólogo es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza sobre la situación real. Esto incluye una mejor calidad de vida, una muerte digna y en paz. ¿Qué implica una muerte digna?

- Calidad de vida durante esta etapa final.
- Atención adecuada.
- Ayuda para resolver problemas.
- Morir rodeado de gente cariñosa.
- No ser objeto de experimentación.
- Respetar y darle gusto al paciente.
- Presentar opciones reales para su situación actual.
- No dar expectativas falsas.

La doctora Kübler-Ross, una de las grandes especialistas en tanatología, concebía “la muerte como un pasaje hacia otra forma de vida”. En base a distintos estudios científicos, describió que los pacientes terminales pasaban por 5 etapas, muchas de ellas en su fase de agonía y previo a la muerte: negación: en donde el paciente reacciona así, a manera de defensa, ante la realidad, buscando otras opciones o buscando evidencias que muestren que el diagnóstico que reciben es un “error” o quieren cambiar de médico. Ira o Enojo: el enfermo se rebela contra la realidad,

frecuentemente se pregunta ¿Por qué yo? Todo le molesta, todo le incomoda, nada le parece bien. Recordar su estado le inunda de enojo y rencor, a veces se necesita de esta fase para poder aceptar esta condición. Pacto o Negociación: asume su condición, aparece una etapa de tratar de negociar con el tiempo, dejar de hacer algo para prolongar la vida. Depresión: aparece cuando se adquiere conciencia de que todas las fases fracasan y que la enfermedad sigue su curso hacia el final, apareciendo la dependencia de ciertas actividades. El “volverse una carga para los demás” facilita la aparición de esta etapa. Aceptación: durante esta etapa se van resolviendo varios procesos, problemas o situaciones que ayudan al paciente a aceptar su condición. La persona prefiere estar sola, duerme mucho, renuncia a la vida en paz y armonía, no hay ni felicidad ni dolor.

Dentro del estudio de la tanatología se incluyen aspectos tales como: Ayudar a crear en las personas sistemas de creencias propios sobre la vida y la muerte, no como una fantasía o castigo sino como la aceptación de la muerte como un proceso natural. Preparar a la gente para asumir la muerte propia y la de las persona cercanas. Educar a tratar en forma humana e inteligente a quienes están cercanos a la muerte. Entender la dinámica de la pena desde un punto de vista humano, donde se acentúe la importancia de las emociones. Uno de los puntos más importantes dentro la tanatología es el principio de Autonomía el cual le permite al individuo tomar sus propias decisiones relacionadas con el proceso de morir. La dignidad de la persona se comprende sólo a través del respeto a la libertad.

La Dra. Elizabeth Kùbler Ross es quien se da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de la muerte y

define a la tanatología como una instancia de atención a moribundos, por lo que se le considera la fundadora de esta ciencia. Es ella a través de su labor que hace sentir a los moribundos miembros útiles y valioso de la sociedad y para tal fin crea clínicas cuyo lema es ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente sin dolor y respetando sus exigencias éticas ( La rueda de la vida, 1995).

La Tanatología está adquiriendo gran importancia a nivel mundial, y México no es la excepción, ya que han aparecido varias organizaciones de vanguardia, sin embargo estas organizaciones trabajan en conjunto y/o dependiendo de instituciones hospitalarias para enfermos de cualquier tipo y condición de gravedad después de la Segunda Guerra Mundial, el mundo estaba encantado con los recuerdos de las muchas bajas. Durante este período de reflexión, muchos filósofos existenciales comenzaron a considerar la vida y los problemas de muerte.

Una en particular era Herman Feifel, psicólogo estadounidense que es considerado el pionero del movimiento moderno de muerte. Feifel rompió el tabú de las discusiones sobre la muerte y el morir con la publicación de su libro *El sentido de la muerte*. En este libro, Feifel disipa los mitos que los científicos y los profesionales tenían acerca de la muerte y la negación de su importancia para el comportamiento humano. Se ganó una gran atención y se convirtió en un clásico en el nuevo campo, incluso como lo hizo aportes de pensadores eminentes como el psiquiatra Carl Jung, el teólogo Paul Tillich y filósofo Herbert Marcuse.

A través del significado de la muerte, Feifel pudo sentar las bases para un campo que eventualmente sería conocido como Tanatología. El campo era mejorar la educación de la muerte y la terapia de duelo.

Así mismo los objetivos de la tanatología, no está directamente relacionado con los cuidados paliativos, cuyo objetivo es proporcionar tratamiento a las personas que mueren y sus familias. Según la Organización Mundial de la Salud, "cuidado paliativo es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan el problema asociado con una enfermedad potencialmente mortal", que implica el "tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales".

En 1903, el científico ruso, Metchnikoff, que era famoso por su trabajo en microbiología y el descubrimiento de la fagocitosis, abogó por que sin una atención sistemática a la muerte, ciencias de la vida no estaría completa. A través de este argumento, Metchnikoff pidió el establecimiento de una disciplina científica dedicada al estudio de la muerte. Sostuvo que los que morían tenían pocos o ningún recurso para la experiencia de la muerte y que un estudio académico ayudaría a los condenados a muerte para tener una mejor comprensión del fenómeno de esta forma reducir el miedo de ella.

Metchnikoff basó sus ideas para un estudio interdisciplinario sobre el hecho de que mientras los estudiantes de medicina tuvieron sus encuentros obligatorios con

cadáveres a través de estudios anatómicos casi no había instrucciones sobre cómo cuidar a los moribundos, ni hubo ninguna investigación sobre la muerte incluido en el plan de estudios. Porque pocos estudiosos y educadores de acuerdo con Metchnikoff, el apoyo que necesitaba para la realización de su propuesta no se materializó durante décadas.

Asimismo el tanatólogo puede definirse como un "especialista en enfermos terminales", pero con finalidades específicas, ya que no se trata de un paliativista, ni de un urgenciólogo, ni de un intensivista, ni de un algólogo. La definición de lo que es el enfermo terminal, es diferente a la definición médica del término. En tanatología, un enfermo terminal es:

"Una Persona que padece una enfermedad por la que posiblemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico". Hacemos hincapié en las palabras: Persona (ver al paciente como lo que es: Persona Humana), Posiblemente (ni siquiera probablemente), Tiempo relativamente corto (bajo el punto de vista del enfermo o su familia), Conoce el diagnóstico (si es una enfermedad que enfrenta al paciente a su propia muerte, cambia la vida del paciente, al menos en cuanto a sus emociones y en cuanto a su visión de la vida, a partir del momento mismo de conocer el diagnóstico médico).



De esta manera, la labor tanatológica debería comenzar en el momento en que se le diga su diagnóstico al enfermo y a su familia. Lo que médicamente es enfermo terminal, en Tanatología se le llama enfermo en fase terminal (Kûbler Ross, 1995).

### **3.7 Logoterapia y tanatología**

Aunque es obvio decirlo, es común a las dos disciplinas la razón de ser, su origen así como su fin: la persona. Esta persona que cumple un ciclo natural de la vida: nace, muere. Se da de forma natural la convivencia de estas dos disciplinas en el espacio existencial de la persona pues forma parte de su esencia: el sentido, la muerte. Como la vida no tiene sentido sin la muerte o la muerte no tiene sentido sin la vida; así, la tanatología en este abrazo con la logoterapia se enriquece para lograr una buena muerte, una muerte con sentido. Y la logoterapia encuentra motivos de sentido en la tanatología tomando en cuenta la muerte, como el bien morir.

El abrazo es fecundo pues para que la persona logre esa buena muerte que es finalidad de la tanatología, necesita una buena vida, que sólo se llega a través de una vida plena de sentido, razón de ser de la logoterapia. “te mueres de la misma forma como viviste”. Llenamos de sentido nuestra existencia realizando valores: “creando algo, a saber, configurando el mundo; viviendo algo, asumiendo el mundo; y padeciendo, es decir, el sufrimiento del ser por lo que le plantea el destino” (Frankl, 2000).

Dedicaremos la atención al valor vivencial para explicar la pérdida y el duelo, tema central de la tanatología asimismo de la logoterapia, lograr explicar el delgado pero firme hilo las cual las une y/o diferencia una de la otra.

El valor vivencial hace referencia a la experiencia, el encuentro y el amor por lo que necesariamente está inmerso en el mundo de las relaciones que plantea Buber. Este mundo está definido por la “palabra primordial” (Buber, 1984): Yo – Tú. Las esferas de este mundo de relación son a decir del autor:

Primera esfera: nuestra vida con la naturaleza. La describe “como una relación oscuramente recíproca que está por debajo del nivel de la palabra”

Segunda esfera: nuestra relación con los hombres. Dice de ella, “una relación manifiesta que adopta la forma del lenguaje. En ella se puede dar y aceptar el Tú”

Tercera esfera: comunicación con las formas ininteligibles. La explica como “una relación envuelta en nubes que se devela poco a poco. Es muda, pero suscita una voz. No se distingue ningún Tú, pero nos sentimos llamados y respondemos creando formas pensando, acutando”

El siguiente esquema trata de explicar de forma gráfica el duelo y su fin:

## YO – TÚ

El Yo se conoce en la relación con el Tú y el Tú también se convierte en Yo que se conoce a través del Tú.

### Pérdida: YO – O

No es sólo sufrir la pérdida, el Yo se vuelve inescrutable ante sí mismo. El Yo ya no tiene al Tú que le permitía conocerse. Por lo tanto, esta pérdida contiene la posibilidad de aprender un modo de des-posesión que se revela en el desconocimiento de mi (Yo). Por lo tanto,

### La virtud del duelo

Es posicionar al Yo como desconocimiento, como devenir. Yo no ya como afirmación o posibilidad.

### Entonces, regresando a la relación YO – TÚ

“Tú eres lo que yo gano a través de esta desorientación y esta pérdida. Así, es como se hace lo humano, una y otra vez, en tanto aquello que todavía no conocemos” (Buttler, 2004).

Comprender así una pérdida nos abre la ventana de una infinidad de posibilidades para el Yo. Por otro lado, una forma de honrar al Tú ya que gracias a su partida nos despose, nos alienta a elegir una de estas muchas posibilidades. Es aquí donde los conceptos de la logoterapia en cuanto al sentido del sufrimiento nutren para hacer de esta experiencia camino y del sufrimiento una posibilidad de autoconfiguración.

La pérdida evoca necesariamente la vulnerabilidad del hombre. La persona que se pone al frente de su humanidad. El valor actitudinal permite la realización de sentido en una situación que provoca tanto sufrimiento como la pérdida por muerte de un ser amado con quien hemos realizado el valor vivencial.

La capacidad de sufrimiento es el acto de autoconfigurarse que desarrolla la persona ante las situaciones concretas que le plantea el destino, en este caso la muerte. Lo contrario a esta capacidad es la apatía o la incapacidad de sufrir (Buttler, 2004).

Jaspers, dice que el ser del hombre es “ser decisivo”, es decir, nunca “es” sino que cada uno decide lo que “es”. Por lo que es en el acto de decidir que el hombre se define.

Frankl (2000) menciona que ante la situación de pérdida, que estamos tratando, ya hablamos de que el Yo se desconoce y se abre un vacío ya que se perdió el Tú de la relación. En el duelo existe la posibilidad, no nada más de decidir con el uso de la libertad, responsabilidad, sino también así como lo más vital, de decidirse. Sin restar importancia a la actuación como otro factor indispensable para el desarrollo de la personalidad, ya que no es suficiente con sólo elegir.

Por tanto, la autoconfiguración tiene como factores relacionales: el destino, la persona que soy, el carácter que tengo y la personalidad que llevo a ser. El sufrimiento existe y basta con preguntarle a una esposa que ha perdido a su esposo, a un hijo que ha perdido a su madre o a su padre, a unos padres que han perdido a un hijo... Para Frankl existen dos tipos de sufrimiento que vale la pena diferenciar. El primero, es el no real o evitable. Hace referencia al dolor que causan situaciones, creencias, pensamientos o problemas que tienen solución. El segundo, es el real o inevitable. Son situaciones que no dependen de nosotros que causan dolor; principalmente las que plantean el destino (Frankl, 2000).

Frankl explica el sentido del sufrimiento en su libro *El hombre doliente*, de la siguiente manera: Sufrimiento = obrar + incremento (crecer).

El sufrimiento nos ofrece una posibilidad de obrar pero también la oportunidad de un incremento, es decir, de crecer. El proceso del sufrimiento tomando en cuenta estos dos factores sería de la siguiente manera:

Asumo el sufrimiento por lo tanto crezco. Y en este proceso se activa el metabolismo y siento un incremento de fuerza. El metabolismo funciona transformando la sustancia o el material bruto que es el destino, convirtiéndolo en fuerza. Esta fuerza es la capacidad de sufrimiento. Así, la persona no puede configurar el destino exteriormente, no puede cambiar la situación. Pero es la capacidad de sufrimiento que le permite dominar el destino desde dentro, transformando el destino del plano fáctico (exterior) al plano existencial (interior).

Por ejemplo el factum: una enfermedad que es dada, pasa por un proceso de elaboración existencial dentro de la persona quien puede decir: “padezco la enfermedad, que me es dada como una tarea, mi responsabilidad radica en lo que yo vaya a hacer con ella, la actitud que voy a tomar” la esfera propia del tema es la segunda: nuestra relación con los hombres para explicar el duelo desde esta perspectiva (Frankl, 2000).

Para entender la dinámica del duelo, Butler (2004) propone considerar la central dependencia que vincula al Yo – Tú. Las relaciones humanas vistas desde esta perspectiva son relaciones de des-posesión basadas en el acuerdo tácito “un ser para otro, un ser en tanto a otro”. Es decir, nos confronta a la vulnerabilidad humana. Es en la pérdida del Tú donde reconocemos las diferentes maneras en que el otro me desposee de mí, invitándome a desconocerme. El Yo no es principio ni posibilidad; es en la relación Yo – Tú que el Yo accede a su subjetividad.

Basado en estos conceptos el duelo se entiende como el reconocimiento de la pérdida del otro. Cuando nos dolemos por la muerte del otro, realizamos un proceso, que en un principio es inconsciente que al llegar a la aceptación se vuelve consciente, que la pérdida nos cambiará para siempre y de forma definitiva. Por lo tanto, el fin del duelo es aceptar esta transformación.

Sufrimiento = obrar + incremento (crecer) + madurar (hacia la mismidad)

El verdadero resultado del sufrimiento es un proceso de maduración que consiste en la libertad interior a pesar de la dependencia exterior. Los valores creativos y vivenciales dependen de la realización. En cambio, los valores de actitud son libres de condiciones y circunstancias, libres para dominio interno del destino y libres para el sufrimiento auténtico. Por lo tanto, es en las situaciones extremas que la persona alcanza la libertad interior que es la piedra de toque para la madurez plena:

Sufrimiento = obrar + incremento (crecer) + madurez (hacia la mismidad) + enriquecerse.

El enriquecimiento es el encuentro de la verdad. Para mí, el encuentro con el amor incondicional, es decir, el encuentro con la vida.

En el desarrollo de estas ideas se puede mirar desde un ángulo específico, el abrazo fecundo de la tanatología con la logoterapia. Es un abrazo que se vive en el centro mismo de la persona como experiencia existencial, también, como lo hicimos aquí, desde las ideas. Aporta elementos vivenciales y conceptuales para comprender la propia existencia: la vida como posibilidad plena de sentido así como la muerte, las pérdidas, los duelos, el sufrimiento, también como posibilidad de sentido que nos pone en contacto con la vulnerabilidad del hombre y por lo tanto con la humanidad misma (Frankl, 1991).

## **CAPÍTULO 4: CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE MUERTE**



De igual forma Lukas (1992) menciona que, así como es importante la calidad de vida, es importante ofrecer al paciente una muerte con la calidad que ella espera, teniendo en cuenta sus deseos así como sus necesidades, anticipar el final para conocer sus expectativas sobre el lugar de la muerte, la meditación para el dolor. La muerte digna es la que ocurre dentro del respeto de la dignidad humana, siendo todas aquellas condiciones y circunstancias que resulten manejables

#### **4.1 Calidad de vida**

Farberman (2006), incluye una amalgama muy subjetiva y personal de funcionamientos satisfactorios que el médico y los familiares del paciente deben explorar cuidadosamente antes de decidir que conducta seguir.

Psicología: Comprende el sufrimiento, la ansiedad, la incertidumbre, la sensación de ser un estorbo.

Ocupacional: Comprende la posible renuncia a su actividad, trabajo u oficio y el enfrentar una vida vacía, sin retos ni exigencias, debido a las limitaciones que impone la enfermedad.

Social: Comprende el sentimiento de abandono por parte de la sociedad y el deseo de rehuir a los amigos debido a los síntomas molestos y desagradables.

Física: Comprende el dolor, síntomas como náuseas, vómitos o asfixia y la limitación o cancelación de la vida sexual.

La única esperanza de un enfermo terminal no es recuperarse, cada persona tiene sus propias esperanzas las cuales hay que descubrirlas para así de esta manera

cumplir con estas. La esperanza de morir bien atendido, de igual forma con los síntomas de la enfermedad adecuadamente controlados, así como la confianza en el médico, enfermeras, psicólogo, así como de su familia debe de ser mutua ya que es aquí donde se le brinda la mayor calidad de vida, que el paciente terminal aún tiene (Farberman, 2006).

## **4.2 Fase terminal**

La fase terminal de la vida se inicia cuando el médico juzga que las condiciones del paciente han empeorado hasta tal punto que ya no es posible ni detener o invertir el curso de la enfermedad; es cuando el tratamiento se hace básicamente paliativo y se concentra en la reducción del dolor. En tales condiciones surge un sin número de dilemas controversiales, cuya resolución afectan de modo considerable tanto al enfermo y sus familiares como al médico (Remor, 2003).

Las reacciones emocionales del enfermo, se irá evitando el alarmarse por los evidentes cambios físicos que están ocurriendo, que tratarán de ignorar el paso del tiempo, una dimensión que progresivamente se agota y, finalmente, que reducirán los niveles de ansiedad ante a los signos que acompañan la proximidad de la muerte.

Frente al enfermo que luce agonizante siempre surge el temor de hacer o no hacer algunas cosas, además de conllevar dolor, dificultad para respirar, pérdida de apetito, delirio, desajustes cognitivos, insomnio, depresión, náusea, fatiga, etc.

La noticia de la enfermedad terminal provoca una situación de crisis en la familia, se viven momentos de gran desorganización emocional, el terapeuta, además de contener, canalizar, ayudar a elaborar las ideas y sentimientos, debe actuar como organizador externo.

Analógicamente, el sufrimiento no es siempre un fenómeno patológico; es más un síntoma neurótico, sobre todo cuando nace la frustración existencial, y ésta no es en sí misma ni patológica ni patógena, el interés del hombre, incluso su desesperación por lo que la vida tenga de valiosa, es una angustia espiritual pero no es en modo alguno una enfermedad mental (Remor, 2003).

### **4.3 Fases de la etapa terminal**

De acuerdo a las fases de la etapa terminal que refiere Faberman (2010), se cita lo siguiente.

#### **4.3.1 Fase I**

Comienza en el momento en que se hace evidente que ningún tratamiento curativo está disponible, con conocimiento de que se trata de una enfermedad que, sin tratamiento, lleva la muerte en un lapso acotado de tiempo. Entonces se planifica un tratamiento paliativo.

En esta etapa generalmente se inicia el proceso de aflicción, también es el momento de tomar decisiones sobre el futuro inmediato, de encuentros profundos con familiares así como conocidos, al igual que puede convertirse en un estado de reflexión en que se redimensionan profundas cuestiones relacionadas con el sentido de la vida y los vínculos interpersonales.

#### **4.3.2 Fase II**

Es el período en que el paciente ingresa en un estado de agonía. Puede durar semanas o días, es común que en este período el paciente manifieste conductas regresivas, constituyen una etapa de refugio.

El estado clínico puede mostrar deterioro significativo, y el paciente estar expuesto a un mayor riesgo. Es frecuente que se observe en el paciente un proceso de pasividad e introversión progresiva que acompañan el deterioro físico. No debe dejarse a los familiares solos en el manejo de todas las decisiones relativas al cuidado del paciente, para crear estrategias terapéuticas.

Por lo que vivir con una enfermedad terminal es una experiencia vital desafiante para la persona, los miembros de su familia y los profesionales que proveen la atención.

#### **4.4 Temores del enfermo terminal**

Muchos son los temores que experimenta el enfermo al acercarse el momento de la muerte. El tener a alguien digno de toda su confianza y que lo escuche, ya es un gran alivio. En muchos casos los enfermos sienten temor de compartir sus angustias con los familiares; no quieren preocuparlos, causarles más sufrimiento y esto significa para él la condena a sufrir en silencio, a aislarse y reducir dolorosamente la comunicación con sus seres queridos. A esto se llama conspiración del silencio.

Tiene temor a lo desconocido, al curso de la enfermedad, al dolor físico y al sufrimiento; temor a inspirar compasión, a perder el control de sí mismo, a la autonomía en la toma de decisiones; temor a la pérdida de partes del cuerpo e invalidez; temor a dejar a la familia y a los amigos; temor a la soledad, a la regresión, a la dependencia; temor a la pérdida de la identidad propia, temor a la muerte, a ser privado de su dignidad (Remor, 2003).

- A lo desconocido, al curso de la enfermedad.
- Al dolor físico y sufrimiento.
- A la pérdida de partes del cuerpo y a la invalidez.
- A inspirar compasión.
- A perder el control de sí mismos y la autonomía en la toma de decisiones.
- A dejar a su familia y a sus amigos.

- A la soledad por el abandono de los demás.
- A la regresión, la dependencia, a volverse niños.
- A la pérdida de identidad propia.
- A la muerte en sí y al proceso previo.
- A morir privados de la dignidad.

#### **4.5 Etapas del duelo según el Dr. Robert Kavanaugh (1972)**

1ª Etapa: El impacto emocional la cual se presenta cuando algún ser querido y próximo fallece, o sufre de una enfermedad terminal, o cuando se rompen relaciones amistosas o amorosas, o por la pérdida de algo significativo.

También se da de igual manera cuando es la persona misma la que se entera que posee una enfermedad incurable, que ha perdido la salud; o cuando se da cuenta que esa pérdida ha quedado atrás en sus vidas, por ejemplo, el comienzo de la tercera edad, o cuando pierde su belleza física, dando como resultado el impacto emocional.

Cuando se presentan circunstancias, como las anteriormente mencionadas, “la mente bloquea la realidad de lo que no sabe sobre el caso, como si el dato recibido

no estuviera computado en nuestro programa mental y por eso la persona niega la realidad". Esto es como si se tratara de un mecanismo de defensa inconsciente, que le da a la persona una esperanza de estar equivocado, en donde él no puede ser...en realidad es.

La presencia del impacto emocional produce que este mecanismo de defensa sea, tanto una negación mental, como una acción afirmativa, llevando a la persona a un entumecimiento emocional, en donde se encuentran tan agotados y desgastados, que son incapaces de sentir nada.

En las personas extrovertidas, el impacto emocional se manifiesta como un comportamiento trágico, con síntomas como: explosiones histéricas, llanto, golpes, arrojando objetos, etc., en cuanto que en las introvertidas, por el contrario, la persona se aísla y no desea ver ni hablar con nadie (Kavanaugh, 1972).

2a Etapa: La desorganización de sí mismo, es cuando se entra en esta etapa, la persona puede llegar a decir: ¡es que no sé qué hacer!, percibiendo así, una falta de claridad, distorsionando el mundo que la rodea y sus emociones no responden a su voluntad: a veces expresándose con llanto, sin coherencia y desconsolablemente; en otras, hablando sin control, diciendo ¡no sé.... no sé! o simplemente quedándose callada.

Dentro de este descontrol, decide ir a ver al médico, esperanzada, sin embargo, al minuto siguiente se desanima y no va. Después acepta descansar un poco, pero de pronto se va a arreglar situaciones pendientes.

Con este comportamiento queda claro que el doliente no se comprende a sí mismo y por consiguiente no es comprendido por los demás, o sea, que su YO al no contactarse con sus emociones, estas se expresan sin control, por lo cual no está en posibilidades de tomar decisiones importantes, por lo menos no en ese momento. Lo que sí se puede hacer, es tratar de aceptarlo tal y como se manifiesta, desde el amor, la comprensión y el aprecio (Kavanaugh, 1972).

3ª Etapa: El sentimiento de coraje, Kavanaugh (1972) menciona que la persona se rebela contra todo, contra lo que tiene más próximo, contra sí mismo, ya que la herida emocional se encuentra más honda cada vez, presentándose así el coraje y el desamparo. En ocasiones agrade al ausente o se desquita hacia algún objeto querido. Se menciona un ejemplo donde un adolescente se lanzó contra su muñeco preferido, lo hizo pedazos y lo lanzó por la ventana; algunas veces maldicen a Dios y se preguntan ¿por qué.... por qué a mí?

El momento más delicado es cuando el dolor llega a uno mismo. Si el ser querido muere en un hospital, la persona maldice a los médicos haciéndolos responsables; otro caso sería: si se tratara de un secuestro y la persona no apareciera, el doliente



insulta a los policías. Un empleado que fue despedido, habla horrores de su jefe, o una mujer que se enoja con su padre porque tiene una enfermedad terminal.

Los casos anteriormente mencionados ejemplifican que cuando se odia, es que el amor se encuentra herido. Por otro lado, el enojarse con facilidad es un síntoma de falta de defensa del yo, convirtiéndose así en un yo desprotegido, mientras que el enojarse en serio, el irritarse o enfurecerse, es sentir un abuso en la relación de otro, conmigo.

El enojarse por una pérdida, es la primera reacción natural ante una herida que debe ser sanada, sin embargo, nuestra cultura reprime la liberación de este coraje, considerándolo como un comportamiento prohibido, y lo único que sugiere es aguantarse sin ese sentimiento, lo cual convierte a la persona en víctima de un sistema valorativo inhumano, un rol social para el que no se está preparado.

Por tal motivo, la sociedad siempre trata de impedir que la gente se enoje y le da miedo que se expresen de esa forma, ya que la educación de alguna manera así lo ha impuesto, viéndolo como una falta de educación. Sin embargo, hoy por hoy sabemos que si ese enojo no se expresa, se transforma en una ira reprimida, en síntomas de la devaluación de uno mismo, como el descuido del arreglo personal, indiferencia, ansiedad, hostilidad reprimida, pérdida de la memoria, falta de iniciativa y no sólo eso, sino que aunado a esta energía envenenada, se producen reacciones

físicas (somáticas), como: palpitaciones, mareos, temblores, nerviosismo o vómitos, entre otras, considerándose como señales de que la persona no vale gran cosa.

Los profesionales de la salud concuerdan en que la presencia de úlceras o algún tipo de cáncer se deben precisamente a la expresión somática (física) de esa ira reprimida por no haber logrado procesar adecuadamente alguna pérdida, por consiguiente, es imperativo tratar de ayudar al doliente a que saque o exprese su coraje, con la ayuda de algunas técnicas psicoterapéuticas

4ª Etapa: El sentimiento de culpa, el llegar a esta etapa quiere decir que se va dejando atrás el coraje. La persona se va dando cuenta un poco más de la realidad, se contacta con sí misma y, al hacerlo, empieza a experimentar la culpabilidad: “ese sentimiento que deriva de la conciencia de haber obrado en forma incongruente con nuestra libertad y nuestra responsabilidad” (Kavanaugh, 1972).

El sujeto finalmente, al ya no salirse fuera de sí y contactarse con sí mismo, deja de culpar a todos y empieza a recordar con resentimiento lo que hizo o dejó de hacerle a la persona desaparecida. “Lo que pasó o no pasó, lo que se hizo o no se hizo, la persona lo va recordando desde el fondo de su emotividad herida, a donde ahora se encuentra. Por eso idealiza lo pasado. Lo recuerda desde el contexto real y doloroso en el que se encuentra y lo trae allí, colocando lo que recuerda fuera del contexto

real en el que pasó y por eso se experimenta culpable: por eso se siente responsable”.

Se dice que la culpa es la sombra de la responsabilidad, y la persona, en esta etapa, se siente responsable por los asuntos incompletos o por los errores cometidos. Está convencida que pudo haber prevenido o impedido que sucedieran los acontecimientos pasados, que repasa una y otra vez los hechos, obteniendo el mismo resultado, lamentando no haber podido hacer nada, generando así, una culpa mayor.

En este punto, la persona se encuentra con una gran necesidad de cariño, de comprensión y de aceptación; de sentirse escuchado tal como reconfortado, así de culpable como se siente. Una necesidad de oírle decir a alguna persona importante para ella un: ¡nadie es todopoderoso!, hay situaciones en la vida que van más allá de nuestras decisiones, y desde allí empezar su proceso del perdón: del perdonarse a sí mismo. (Kavanaugh, 1972).

Este concepto del “perdonarse a sí mismo” es difícil de comprender en nuestra cultura, ya que hemos sido educados para que el perdón se lo demos a otros y que los otros sean los que nos perdonen, y por tal motivo resulta contradictorio, ya que nada se nos dice de perdonarnos a nosotros mismos. Pero, cabe señalar, que a

pesar de ser ésta una conducta hacia el exterior nos impide expresar el coraje y por tal motivo nos sentimos culpables.

Lo lógico sería, que en vista de que fui yo el que me culpé, tratar de liberarme de esa culpa, aunque el otro no me perdone; y que el otro no me perdone, es SU problema, no el mío. Esto daría como resultado, que cuando yo logre perdonarme a mí mismo, pueda yo también perdonar a los demás.

Considerando lo anterior, podemos ver que al hablar del perdón, es hablar de todo un proceso de elaboración, el cual requiere de tiempo y constancia, en donde el sentimiento de culpa suele surgir de vez en vez y que es necesario recurrir a esas palabras de afecto y de comprensión para poder ir curando las heridas poco a poco.

En otras palabras: “el coraje, la culpa y el perdón no son cosas, sino relaciones, tanto con uno mismo, como con los otros; son sentimientos para con uno mismo y sentimientos para con los otros. Son manifestaciones del espíritu, y no materia manipulable. Son vivencias que nuestra cultura latina y occidental no han sabido qué hacer con ellas” (Kavanaugh, 1972).

Por consiguiente, queda claro que a medida que la persona logre aceptar plenamente su culpa, desde ese momento, comenzará a perdonarse a sí misma.

5ª Etapa: la aceptación de la pérdida o experiencia de soledad en esta quinta fase toca el dolor sufrido, el más profundo dolor, el que finalmente se transformará en salud al lograr perdonarse a sí mismo. Es darse cuenta de quién es realmente y de lo que ha perdido. Es un periodo de soledad, de incomplitud, de enfrentar el sentirse solo... completamente solo, aunque esté rodeado de todo el mundo.

Yo, sin la persona que quería.

Yo, sin la salud que antes gocé.

Yo, sin el empleo que me daba seguridad.

Yo, sin casa; o sin copas; o sin droga...

Este es un momento culminante en el proceso del duelo y se necesita de una compañía significativa y valiosa para el doliente en este momento en el que se siente tan solo y que probablemente lo esté. El darse cuenta de esto le causa angustia, ya que el impacto de la pérdida, hoy por hoy, ya es una realidad, y al mismo tiempo, también le causa un vacío.... un vacío que necesita ser llenado.

Para poder lograr lo anterior, la persona requiere de la fuerza suprema del espíritu. Una fuerza que implica una actitud valiente para poderse enfrentar a la pérdida como

tal y dejarla ir, soltarla, quedarse solo, y como se dijo anteriormente, completamente solo en el mundo.

Ahora bien, cuando esta Valentía no aparece, puede suceder alguna de estas consecuencias: se regresa a la etapa de la culpa o el enojo, estancándose. Se intenta reemplazar o sustituir la pérdida: por ejemplo, una madre que busca el reemplazo de su esposo y lo hace a través de las expectativas que pone en alguno de sus hijos. Se casa, no por un nuevo amor, sino para llenar el hueco dejado por su esposo y exige inconscientemente que su nuevo cónyuge sea como su anterior esposo. En cambio: “aceptar su soledad, experimentarse solo, darse cuenta de que solo sigue viviendo; que solo comienza a vivir y hasta mejor que antes, es haber concluido esta etapa de esta manera estar dando el salto a su alivio” (Kavanaugh,1972).

6ª Etapa: El alivio, es una nueva sensación que es la consecuencia de la valentía. Es darse cuenta que aunque aquella pérdida o aquel suceso, ya pasó, la persona sigue viviendo, se sigue haciendo a sí misma, sin ellos.

Es ser libre.... sentir la libertad: “esa facultad humana de determinar los propios actos, que junto con la espiritualidad y la responsabilidad, es un elemento constitutivo de la existencia humana” (Kavanaugh,1972).

Pero, “libre como un pájaro al que le han abierto la jaula y no acierta a volar; o como un ciego que comienza a ver y cree que está soñando; o como un niño que comienza a dar sus primeros pasos y con frecuencia se cae. La experiencia de alivio se siente al principio ambivalente y contradictoria”.

A continuación se plantean cuestionamientos en los cuales se puede ejemplificar más esta idea, como en: la posibilidad de que una persona se pueda sentir liberada, después de haber estado atada tanto tiempo al sufrimiento.

El pensamiento de que un hijo pudiera estar mejor muerto, que sufriendo.

En si un divorcio pudiera ser la oportunidad para sentirse libre e iniciar nuevas relaciones.

En que después de una jubilación, se puedan hacer cosas que antes no.

El poder sentirse más humano, a partir de la presencia de un cáncer.

El que antes, siendo dependiente del alcohol, no se apreciaban cosas ni situaciones que hoy, en la abstinencia, se puedan gozar contactándose con las emociones y disfrutarlas.

Lo anterior sirve para que la persona se dé cuenta de cuán sumergida está en la realización de su existencia, en donde todo fluye, pasa, mientras que ella permanece; en donde aún las personas significativas que se encuentran a su alrededor participan de ese ir y venir; en donde se valora a sí misma, pero reconociendo que necesita de los demás; en donde los acontecimientos empiezan, pero que al mismo tiempo terminan, y así de esta manera, poco a poco, comienza el restablecimiento (Kavanaugh, 1972).

7a. Etapa: El restablecimiento de sí Kavanaugh (1972) menciona que es en este periodo donde la persona se integra nuevamente a su mundo, lentamente, apoyado de sí mismo, y experimentando nuevos sentimientos. Todas sus emociones anteriores, como el enojo, la negación, la culpabilidad y el perdonarse, se disipan y dan entrada a una nueva forma de vida llena de gozo y confianza, de fortaleza y esperanza, en donde lo pasado permanece sólo como un recuerdo, pero cada vez menos doloroso. A partir de ese momento se empiezan a hacer nuevos proyectos, ya sin el que se fue.

A manera de conclusión: “La presencia de un amigo, o de un consejero da soporte, ayuda; es un apoyo, es un punto de referencia y de contacto con mi realidad circundante, pero yo soy el que me voy levantando a mí mismo”. Cuando el dolor se reprime, crece, y cuando se manifiesta, surge de forma inapropiada. Esto indica que hay que enfrentarlo lo más pronto posible para poder elaborarlo adecuadamente: “es necesario sufrir para dejar de sufrir”.

En una primera etapa, el dolor se percibe como una opresión excesivamente dolorosa e incesante, en donde la persona se debe dar la oportunidad de sentirlo. En una segunda etapa, se producen los síntomas relacionados con el dolor y, finalmente, aparece una etapa de estabilización.

En relación a los síntomas, el desahogarse llorando es saludable, ya que ayuda a liberar la tensión, no obstante, hay ocasiones en donde la persona no logra llorar,



pero no es motivo de preocupación ni inquietud, ya que no es la única forma de hacerlo. El amor no se mide con la expresión de las lágrimas, ni es un parámetro para el dolor.

Es muy comprensible, y no hay motivos para asustarse, en que en el proceso de un duelo existan momentos de bloqueo emocional, sintiéndose como anestesiado y ausente, en un mundo de irrealidad que puede durar durante algún tiempo.

La persona doliente necesita ser paciente con ella misma, ser más compasiva así como tratar de no exigirse demasiado. Muchas veces la sociedad los obliga a “ser fuertes” sin necesidad, ya que el sentirse mejor no es de la noche a la mañana; se requiere de tiempo, de voluntad, de energía y de un arduo trabajo personal para dejar de preguntarse el por qué, de esta forma lograr substituirlo con el para qué (Kavanaugh,1972).

El tiempo es de gran importancia para la recuperación, al igual durante este proceso uno se pierde en él sin darse cuenta. Hay que estar consciente de qué es lo que se hace con ese tiempo y ponerse en movimiento, para lograr equilibrar lo que sucedió siendo así de esta manera recordar con amor y así crear un mejor mañana.

Refugiarse en las drogas, el alcohol o medicamentos no prescritos para “encubrir” el dolor, sólo lleva a la persona a una dependencia, retrasando o deteniendo el proceso del duelo. Hay que lograr la aceptación con una actitud positiva ante la pérdida, reconociendo y enfrentando el dolor para poder vivir dignamente, en salud mental.

González (2004) menciona que: “cuando no renunciamos, el duelo no se realiza”, por consiguiente, viviremos en un mundo irreal, negando la pérdida, quizá haciéndolo desde el amor que profesamos hacia el ser querido, sin embargo, esto no le restituye la vida y nos quedaremos atrapados por siempre.

Cuando no existe la negación, es sano integrar (mediante un rescate emocional que implica renunciar en un acto de voluntad) y volver a traer a ese ser hacia nuestro corazón, dándole un espacio en nuestro interior manteniéndolo con vida dentro de nosotros.

En palabras de Bucay (2008), “la negación de la pérdida es un intento de autoprotección contra el dolor y contra la fantasía de sufrir”, resultando en un desvío, en un estancamiento, por consiguiente, el proceso de elaboración del duelo normal es el camino más saludable.

## 4.6 Despedida

Fonnegra (2001) hace mención que el paciente suele desear despedirse, poder dar las últimas instrucciones y hacer la paz con aquellas personas que tuvo diferencias, hechos estos que toman su tiempo, que no pueden ser satisfactoriamente realizados si se retrasan demasiado, o porque hacia el final el paciente puede estar muy débil, padecer trastornos cognitivos inducidos, o por la propia evolución orgánica de fracaso multi orgánico. Las personas encuentran más difícil despedirse de aquellos con los que tuvieron una relación conflictiva. Es un escenario en el que se quieren previamente aclarar cosas, atar cabos, para poder decirse adiós. Estos problemas deberán ser confrontados con la familia, allegados, amigos y el paciente para que puedan ser resueltos del modo oportuno y se procurará ayudarles para que tengan una comunicación más abierta entre sí. Debe prestarse atención a la despedida de los miembros del equipo, enfermería, médicos, psicólogos, etc.

La oportunidad de decir adiós que una enfermedad ofrece a los familiares, amigos es muy valiosa, la cual aporta gran alivio, así se trate de un triste alivio, al paciente y su familia: compartir las lágrimas, reiterarse los afectos, perdonar fallas, heridas previas, abreviar las distancias afectivas, manifestar agradecimiento por lo vivido, dolor por tener que separarse. El contacto físico, un abrazo, una caricia o una mirada, dicen tanto o más que las palabras las cuales constituyen interacciones de profundo valor humano de las cuales los sobrevivientes jamás se arrepienten; más bien se lamentan de no hacerlo en vida (Fonnegra, 2001).

## **CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA**

## 5.1 Planteamiento del problema

¿Cómo será el acompañamiento psicológico para un paciente con cáncer al llegar a fase terminal empleando una intervención con técnicas logoterapéuticas?

## 5.2 Objetivo de Estudio

**Objetivo General:** Describir el acompañamiento psicológico para un paciente con cáncer al llegar a la fase terminal, empleando una intervención con técnicas de logoterapia

### Objetivos específicos

Identificar las necesidades de acompañamiento de un paciente con cáncer al llegar a la fase terminal.

Aplicar una batería de pruebas (persona bajo la lluvia, HTP, test de familia, Machover) para detección de necesidades psicológicas de la familia y del paciente con cáncer.

Análisis de resultados de las pruebas aplicadas

Diseñar una intervención logoterapéutica para un paciente con cáncer al llegar a la fase terminal.

Realizar la intervención logoterapéutica para el acompañamiento psicológico en un paciente con cáncer al llegar a la fase terminal.

Análisis y descripción de la intervención logoterapéutica del paciente enfermo terminal con relación a la teoría de Viktor Frankl.

### 5.3 Tipo de estudio de la Investigación

Estudio de caso el cual Yin (1989) considera el método de estudio de caso apropiado para temas que se consideran prácticamente nuevos, pues en su opinión, la investigación empírica tiene los siguientes rasgos distintivos:

- Examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real
- Las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes
- Se utilizan múltiples fuentes de datos, y
- Puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos.

Sin embargo, el prestigio de esta metodología es bajo y no suele considerarse como una buena estrategia para realizar investigación científica (Stoeker, 1991).

Por lo que la investigación empírica en el campo de la empresa utiliza básicamente métodos cuantitativos. Pues el conflicto se originó cuando se consideró que este método no cumple con los requisitos de fiabilidad científica asociados a los métodos cuantitativos (Stoeker, 1991), y se generó el debate: metodologías cuantitativa versus cualitativa alrededor de la validez y fiabilidad de la investigación.

De allí que Eisenhardt (1989) conciba un estudio de caso contemporáneo como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios

casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría

En este sentido, Chetty (1996) indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa que es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren.

- Permite estudiar un tema determinado.
- Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas.
- Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable.

Permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen, y juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado.

## 5.4 Diseño de la Investigación

Un estudio descriptivo es aquél en que la información es recolectada sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación). En ocasiones se conocen como estudios “correlacionales” o “de observación.” La Oficina de Protección de Investigación Humana (OHRP) define un estudio descriptivo como “cualquier estudio que no es verdaderamente experimental.” En investigación humana, un estudio descriptivo puede ofrecer información acerca del estado de salud común, comportamiento, actitudes u otras características de un grupo en particular. Los estudios descriptivos también se llevan a cabo para demostrar las asociaciones o relaciones entre las cosas en el entorno.

Los estudios descriptivos pueden implicar una interacción en una sola ocasión con grupos de personas ( estudio transversal) o puede seguir a algunos individuos a lo largo del tiempo (estudio longitudinal). Los estudios descriptivos en que el investigador interacciona con el participante puede involucrar encuestas o entrevistas para recolectar la información necesaria. Los estudios descriptivos en que el investigador no interacciona con el participante incluye estudios de observación de personas en un ambiente o estudios que implican la recolección de información utilizando registros existentes (por ejemplo, la revisión de historiales médicos).



Frecuentemente el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe,1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia describir lo que se investiga.

## **5.5 Test proyectivos**

### **Test proyectivo de la Casa-Árbol y Persona “HTP”; Buck, J. y Warren, W. (1995)**

Se trata de una prueba proyectiva la cual tiene como objetivo obtener información acerca de la manera en como la persona experimenta su yo en relación con los demás y su ambiente familiar, facilita la proyección de la personalidad y áreas de conflicto.

### **Test de Persona Bajo la Lluvia; Emmanuel F. Hammer (1985).**

Ofrece información sobre las condiciones que simbolizan tensión ambiental y cómo reacciona la persona ante situaciones estresantes y no estresantes, explorando cuales son las situaciones que le causan angustia o por las que se siente amenazada.

**Test del Dibujo de la Familia de Lluís, J. (1978):** Mediante el dibujo simbólico permite valorar cómo percibe las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye en él.

**Test Proyectivo de Karen Machover (1996), “Figura Humana”.** Mediante el uso de esta prueba se obtienen rasgos de personalidad, como ansiedad, conflictos y compensaciones. La prueba refiere una situación angustiante o amenazante para la persona.

### **5.7 Técnicas de logoterapia según Víctor Frankl utilizadas:**

**Diálogo Socrático:** Un Diálogo Socrático es la forma más popular del método socrático. En este método, los participantes intentan investigar de un modo más o menos estructurado la verdad y el valor de sus opiniones, con la intención de responder a las preguntas elegidas por ellos mismos.

**Intensión Paradójica:** En esta técnica se moviliza la capacidad de autodistanciamiento, su objetivo es acabar con la ansiedad anticipatoria que refuerza el síntoma, va acompañado de un sentido del humor, y es sustituido por un deseo paradójico probando que el síntoma desaparezca, en donde se intenta

voluntariamente aquello que trata evadir de manera ansiosa. Siendo así una "reorientación existencial".

**De reflexión:** En sí misma esta técnica contiene aspectos positivos y negativos. El paciente ignorará su ansiedad anticipatoria; pero la cambiará por alguna otra cosa. Mediante la de-reflexión, el paciente es capaz de ignorar su neurosis y localizar su atención fuera de sí mismo. Se dirigirá hacia una vida llena de potenciales significados así como de valores que tienen un especial atractivo para sus potencialidades personales.

**Modificación de actitudes:** Consiste en ampliar la consciencia del paciente para poder hacer una elección más libre así mismo responsable, con búsquedas significativas para lograr una confrontación de la situación de manera afectiva. Que hace énfasis en comportamientos claves a practicar, para así más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y así poder ver las nuevas, como motivadores de cambio.

## **CAPÍTULO 6: RESULTADOS Y SESIONES LOGOTERAPÉUTICAS**

## **6.1 Datos generales**

Nombre: Luz

Edad: 52 Años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Obrera

Religión: Católica

Estado civil: Casada

Diagnóstico médico oncológico: Riposarcoma Reperitoneal.

La paciente fue atendida en el consultorio privado ubicado en el domicilio laboral de Manuel Bernal No. 1 en Almoloya del Río, Estado de México, estando libre de interrupciones, la iluminación y espacio es el adecuado para la realización de dicho estudio.

Integrar un estudio de caso a fin de identificar signos y síntomas asociados al proceso logoterapéutico en fase terminal.

Las Técnicas psicológicas, logoterapéuticas y test psicológico que se utilizaron para el presente estudio fueron:

**Entrevista semi-estructurada:** Con el objetivo de recabar información sobre sus datos generales, dinámica familiar y social,

**Observación directa:** Técnica utilizada por el psicólogo, para observar signos y síntomas de manera directa durante las entrevistas además de la aplicación de las pruebas psicológicas.

**Antecedentes del caso:** Se realizó una entrevista semi estructurada en la primera sesión, para recabar información de manera general y conocer los síntomas iniciales de su enfermedad; obteniendo información del hospital al cual acude a tratamiento, el tipo de cáncer que padece (Riposarcoma Reperitoneal) que se caracteriza por el crecimiento anormal de células en la parte lumbar del cuerpo; extraído por médicos, oncólogos y angiólogos.

La paciente mencionó los primeros síntomas antes de conocer el diagnóstico: que sentía mucho cansancio, los pies se le hinchaban, el dolor articular era muy constante y muy doloroso, (-todo eso paso hace ya 5 años-), ya que cuando amanecía no tenía ganas de hacer nada y aunque ella quisiera tampoco podía hacer nada por el dolor, que la incapacitaba por completo en todas sus actividades diarias.

Cabe señalar que a pesar de los intensos dolores que la paciente manifestó por meses nunca acudió al médico o un laboratorio para un diagnóstico de sus síntomas. Siguiendo así hasta su primer operación en el mes de julio de 2009, cuando le

extirparon un tumor de aproximadamente diez kilogramos, la paciente ha estado sometida a dos operaciones más en los años 2011 y 2013, en las que se le retiraron dos masas cancerígenas de aproximadamente 2 o 3 kilogramos cada una.

Desde hace ya 5 años acude al hospital general de la ciudad de México a su tratamiento de quimioterapia y radiación para ver si existe la posibilidad de eliminar las células cancerígenas.

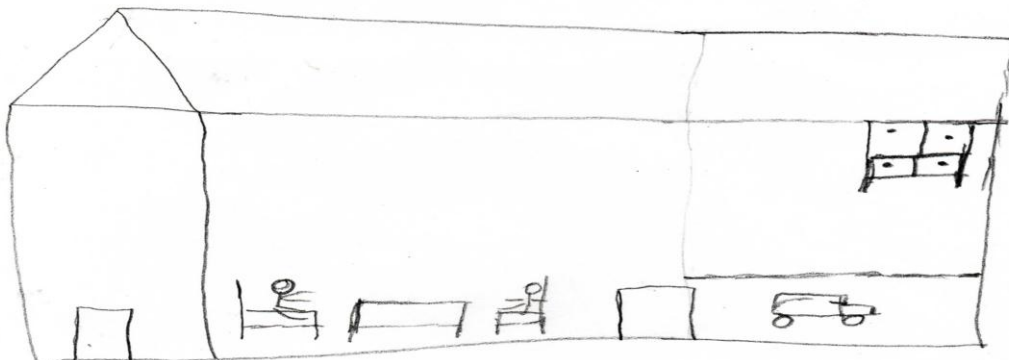
Ahora la paciente necesita de una cuarta operación, la cual le han confirmado sus doctores, que a causa de la enfermedad ocasiona el desplazamiento del riñón derecho, el páncreas, las asas intestinales y la vena cava hacia la izquierda por una masa de origen retroperitoneal, El informe anatomopatológico fue de liposarcoma bien diferenciado de 6,5 kg. de peso que engloba al riñón derecho disminuido de tamaño y presentando grandes áreas de parénquima fantasma compatibles con infarto renal con calcificación distrófica perirrenal. Es por eso que los doctores han decidido no operarla nuevamente por el riesgo latente de muerte durante la operación.

Estas técnicas se llevan a cabo para recabar información sobre el proceso de enfermedad en etapa terminal, donde el psicólogo realiza preguntas que se necesiten para clarificar cuestiones que tienen que ver con la necesidad de comprender el significado que la paciente ha dado a determinados acciones; las

preguntas son abiertas, no inducidas, nada es obvio o se da por supuesto, ya que se busca el significado que la paciente atribuye a todos los elementos de su discurso.

## 6.2 Interpretación de los test proyectivos

Test proyectivo de la Casa-Árbol y Persona "HTP"; Buck, J. y Warren, W. (1995).







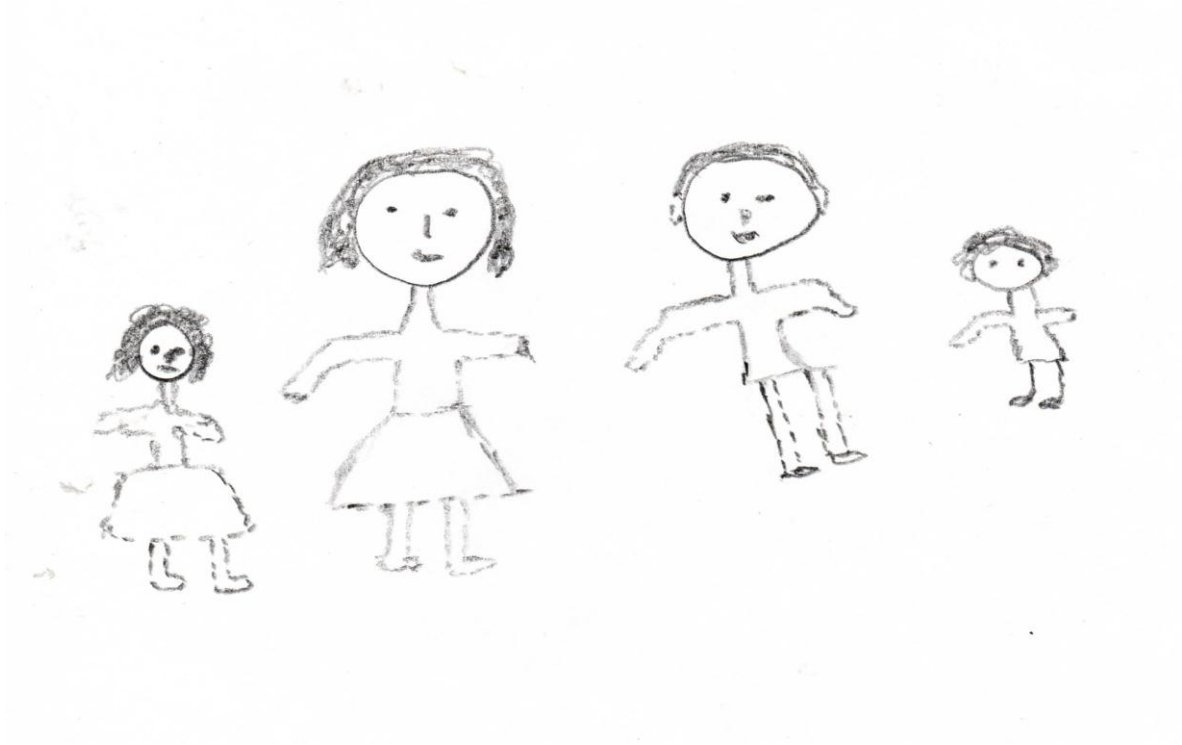
Asimismo los resultados de la paciente en esta prueba fueron los siguientes: rasgos disminución de la energía, sentimientos de devaluación, tendencias evasivas, timidez, depresión, tensión, rigidez, agresión, tendencia al aislamiento, menor tolerancia a la frustración, intentos de evasión, sentimiento de vacío interno, problemas emocionales severos, ansiedad, necesidad de apoyo, aislamiento, regresión, necesidad de seguridad, fantasía, dependencia, tendencia al retraimiento, tensión, ansiedad, aislamiento.

### **Test de Persona Bajo la Lluvia; Emmanuel F. Hammer (1985).**



En el caso de la paciente se manifiestan rasgos de timidez, aplastamiento, no reconocimiento, auto desvalorización, inseguridades temores, retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad, transmite sensación de encierro, introversión, pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, tensión, agresión, falta de defensas, inmadurez emocional, depresión, inmadurez afectiva, evasión, sentimiento de culpa, inseguridad de mantenerse de pie.

**Test del Dibujo de la Familia de Lluís, J. (1978):**



También presenta indicadores de ansiedad, angustia, impaciencia, dureza, independenciam, necesidad de búsqueda interior, ambivalencia, inseguridad, tensión, alto monto de ansiedad, bajo nivel de tolerancia a la frustración, necesidad de protección, auto desvalorización, desvalorización de las figuras parentales.

**Test Proyectivo de Karen Machover (1996), “Figura Humana”.**



Tal y como es el caso de la paciente donde se presentan rasgos como lo son presencia de conductas que descargan los impulsos hacia el exterior, timidez y retraimiento, fuera de equilibrio en relación al mundo para apoyar a su yo, tensión, temor a estar sola y de ser abandonada, inestabilidad emocional, neurosis de ansiedad provocada por estímulos de tensión para el sujeto, severas represiones, timidez, retraimiento, ello reprimido, límites del yo débiles, indecisión, miedo, disminución de las relaciones interpersonales, culpa, dependencia, inseguridad, tensión, sentirse a merced de las fuerzas ambientales, necesidad de seguridad,

paranoia, preocupación sexual, yo débil, fuerte necesidad de aprobación timidez, agotamiento posible derrumbe, conflictos sin resolver, presión, restricción.

Interpretación general de los test psicológicos empleados; la paciente manifiesta agotamiento físico, el cual debe a la situación médica personal, de igual forma también presenta manifestaciones de amenazas de la cuales no le es posible el defenderse de estas, timidez así como pobre o nula comunicación hacia las personas del exterior, necesidad de seguridad así como una fuerte necesidad de aceptación, así como también rasgos de depresión e introversión por su situación de salud.

**6.3 Diagnóstico psicológico;** la paciente muestra rasgos de trastorno afectivo con estrés postraumático (TEP).

Entendemos por afectividad la expresión de la vida emocional, es la que determina si aceptamos y rechazamos a una persona o situación que se nos presenta, y es la que promueve actitudes que nos lleva a una armonía necesaria o conveniente, inhibiendo algún otro impulso que no sea la adecuada. Todo esto, porque los estados de ánimos son realmente motivadores, la palabra sentimiento se refiere a una emoción positiva o negativa hacia determinada experiencia, o también la expresión subjetiva de cómo se vive una emoción. Y en cuanto al sentimiento es una emoción, nace por cambios que ocurren como respuesta a determinados eventos.

El TEP es un trastorno de ansiedad que suele producirse tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, enfermedad mortal, etc.), en el que está en juego nuestra vida o la vida de otras personas (Dongil, 2008).

Todo ello genera una gran activación fisiológica, un tremendo malestar psicológico acompañado de una continua hipervigilancia que mantiene la reacción de estrés, como si volviera a repetirse actualmente la situación traumática, o pudiera repetirse en cualquier momento, generando agotamiento, emociones intensas, pensamientos irracionales, sesgo atencional (todo el tiempo se piensa en lo mismo), sesgo interpretativo (estímulos que antes eran neutros ahora se viven como amenazantes y se evitan), que aumentan aún más la intensidad de las respuestas de ansiedad, sumando más impotencia, debilidad, agotamiento, etc. (Dongil, 2008).

El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) consideran al TEP como un trastorno de ansiedad e incluyen 6 criterios para su diagnóstico.

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
  2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
  2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
  3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
  4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
  5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
  6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
  7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
2. Irritabilidad o ataques de ira

3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto

#### **6.4 Técnicas de logoterapia de acuerdo Víctor Frankl:**

Sesión: De-reflexión.

2 sesiones de aproximadamente 60 minutos cada una en la cual, contiene aspectos positivos, negativos. El paciente ignorará su ansiedad anticipatoria; pero la cambiará por alguna otra cosa. Mediante la técnica de-reflexión, el paciente es capaz de ignorar su neurosis de igual forma localizar su atención fuera de sí mismo. Se dirigirá hacia una vida llena de potenciales significados, valores que tienen un especial atractivo para sus potencialidades

En esta sesión se tomó en cuenta las cosas que se han realizado en la familia desde dos puntos de vista diferentes. ¿Qué se ha logrado SIN cáncer? y ¿qué se ha logrado CON cáncer? Estas preguntas fueron hechas para cada uno de los integrantes de familia empezando por la paciente terminal, su esposo de 56 años y sus dos hijos (masculino de 32 años y femenino de 29 años, residen actualmente con ella), con los cuales se han encontrado logros de unión familiar, como lo son el estar viviendo, trabajando, así como también momentos de tensión, como lo fue el diagnóstico final de la enfermedad de la esposa y madre de familia, crisis emocionales como el saber que ya no pueden ayudar medicamente a su madre, ya que los doctores han decidido no operarla por el riesgo que representa para ella durante todo este largo proceso de ya más de 5 años.



En esta técnica se busca que la paciente reviva al menos por un corto tiempo (15 minutos) la situación de la enfermedad con miedo, esto es, sugiriéndole a que realice alguna actividad contraria de lo que le dicta su actitud hacia esa situación. Todo esto se deberá llevar a cabo en una atmósfera lo más respetuosamente posible con las emociones de cada integrante ha compartido.

Siendo el resultado un cambio en el manejo de sus propios síntomas, la paciente es capaz de ponerse a cierta distancia de sus síntomas, de alejarse de su neurosis. Si se tiene éxito, y el paciente deja de huir y luchar contra sus síntomas, y aún más, si los exagera, entonces observaremos que los síntomas disminuyen y dejan de obsesionar al paciente.

Sesión: Modificación de actitudes

2 sesiones aproximadamente de 60 minutos cada una. En esta consiste en ampliar la consciencia del paciente para poder hacer una elección más libre y responsable, con búsquedas significativas para lograr una confrontación de la situación de manera afectiva.

Dentro de esta sesión se trabajó en los roles familiares, tiene para así retomar el papel de cada uno de los integrantes, los padres como padres e hijos como hijos, y es que debido a todas las situaciones a las cuales se han estado enfrentando la

primer persona fue el esposo en esta situación él hace mención de todo lo que ha hecho y que a veces le gustaría hacer la mayoría de las cosas son relacionada a su esposa e hijos a tiempo situaciones a los que el no pudo estar, su hija, ella tuvo un cambio de rol muy trascendental y con serias revelaciones ya que en esta donde se deposita la responsabilidad laboral y domestica de la familia.

Existen 4 pasos que deben de dar dentro de la modificación de actitudes y son

1. Que el paciente pueda poner distancia entre él y sus síntomas.
2. Que modifique sus actitudes. Abrir nuevas perspectivas.
3. Reducir los síntomas.
4. Orientarse hacia el sentido.

Al tomar estos pasos en cuenta es aquí donde madre e hija las dos sentadas de frente se reasignar el papel que ha cada una les corresponde ya que no que era de prioridad darle el sentido a el papel de hija ya que ella ya no existía como tal en la familia.

De igual forma los 4 pasos básicos que se dan dentro de la modificación de actitud se llevan a cabo con la realización de las técnicas que se utilizaron en la intervención logoterapéutica, como lo son la intención paradójica y la técnica de reflexión que se han desarrollado anteriormente, siendo así el último paso de esta técnica de modificación de actitudes el objetivo de la intervención logoterapéutica.

Sesión: Intensión paradójica

2 sesiones de 60 minutos cada una

En esta se busca movilizar la capacidad de auto distanciamiento, su objetivo es acabar con la ansiedad anticipatoria (ansiedad que se da por enfrentarse a un hecho o situación futura) que refuerza el síntoma, va acompañado de un sentido del humor, de esta forma el miedo patológico (consiste en movilizar la capacidad para el auto distanciamiento) y es sustituido por un deseo paradójico probando que el síntoma desaparezca, en donde se intenta voluntariamente aquello que trata evadir de manera ansiosa.

En esta sesión se hizo la presentación física del cáncer (movilizada hacia un peluche) la familia se encuentra en ciertas partes fragmentada debido a lo que ha pasado de esta forma se sacarían todas las frustraciones dentro de la familia ya que se tomaría desde dos puntos de vista una vista con beneficios y otra con maleficios esto para darse cuenta y desfogando presión de cada uno de los integrantes de la familia dentro de los cuales todos sentían enojo hacia esta, por lo que ha hecho con su mama, con su esposa, pero también hubo momentos en los que se les dio la oportunidad de decirle que ya que él había llegado a sus vidas su familia se había hecho más fuerte y que ahora nada les impediría vencerlo.

Cuando el logoterapeuta aplica la intención paradójica, no le interesan los síntomas en sí mismos, sino la actitud del paciente frente a su neurosis y a sus manifestaciones sintomáticas.

Esta técnica es especialmente efectiva en el tratamiento breve de fobias acompañadas de ansiedad anticipatoria. No es un método superficial, ya que afecta a las capas más profundas de la persona. Es una "reorientación existencial".

Sesión: Diálogo socrático

2 sesiones de aproximadamente 60 minutos cada una.

Aquí los participantes (paciente) intentan investigar de un modo más o menos estructurado la verdad y el valor de sus opiniones, con la intención de responder a las preguntas elegidas por ellos mismos. El material de la investigación es su propia experiencia, tanto si se trata de una experiencia que han vivido aquí y ahora o de algo memorable que les sucedió en el pasado. La conversación adquiere significado como diálogo, más que como debate formal o discusión informal. Los participantes intentan comprenderse unos a otros y se comprometen en una empresa común.

Esto no significa que para que el diálogo sea exitoso que el paciente tenga necesariamente que llegar a un consenso. La conciencia de la complejidad de la investigación muchas veces es mucho más satisfactoria que la obtención del consenso. El intento de pensar con cuidado, detenimiento y profundidad distingue este método de otras formas de conversación, como los debates, o las sesiones de pensamiento creativo y las cuales el fin es Movilizar la voluntad de sentido.

Después de las sesiones anteriores trabajadas con la familia completa es momento de aislar un poco a nuestra paciente durante la intervención logoterapéutica, en este punto hacia un diálogo socrático esto quiere decir preguntas con sentido de vida que se haga consciente de lo que de verdad está pasando y con diferentes preguntas se lleva a esto siendo necesaria la total participación del esta estado consciente pre-consciente de la persona durante esta sesión se trabajara no con preguntas si no tres cartas que realizara la paciente lo bueno de este método es que no se trata de hacer que saque todo lo que no ha dicho se trata de darse cuenta de lo que ahora está pasando y que puede llegar a ser o no ser se trata de que se vea a ella sola en este punto y que empiece a tomar en cuenta que el tiempo que ella tiene empieza a disminuirse poco a poco que debe de disfrutar de momentos ahora y no de extrañarlos cuando ya no pueda.

Estas cartas son a tres remitentes muy importantes

1. Carta a él Cáncer
2. Carta a todo el mundo
3. Carta a ella

El efecto de estas tres cartas es que uno ya no busca la respuesta fuera de sí mismo, sino que se acerca al autoconocimiento, Y la pregunta de si esos momentos son positivos y por qué lo son puede responderse inmediatamente.

## 6.5 Discusión de resultados

Dentro de este apartado se encuentra el análisis de dicha investigación, con el propósito de describir cómo el ser humano está vinculado con su entorno de acuerdo a sus experiencias vividas, porque su contexto entra en contacto para describir como el ser humano se relaciona con su alrededor, incluso el cómo reacciona ante determinadas situaciones, como en este caso se analiza cómo es que vive el acompañamiento psicológico con técnicas logoterapéuticas. Se inició a trabajar con este caso a partir de su diagnóstico médico final, la paciente queda consternado después de escuchar la noticia sin decir palabras, se observó las necesidades que requería como paciente al llegar a la fase terminal; buscándole un sentido a su sufrimiento a través de la logoterapia, es por ello que se da la oportunidad de trabajar con el paciente y de ahí se parte con el objetivo de describir cómo será el acompañamiento psicológico para paciente con cáncer al llegar a la fase terminal implementando un programa de intervención con técnicas de logoterapia.

Frankl (1990) hace mención que el hombre no es solamente un ser social y psicosomático porque tiene la potencialidad de lo espiritual, para la búsqueda de sentido, puesto que nadie puede evitar el sufrimiento, pero sí se le puede otorgar un sentido; por lo cual “luz” debe de ver la situación, de manera de permitirse sentir su dolor y poder expresarlo por medio del acompañamiento psicológico. La voluntad de sentido para “luz” fue hablar de su sufrimiento y confrontarlo para darle un nombre a su existencia misma, de separar al ser humano de la enfermedad.

El hombre es un ser trascendental con aspiraciones; es una criatura en búsqueda de metas; consciente de una dimensión más alta que lo llama y se realiza en la medida en que responde a ese llamado, su particularidad más notoria consiste en emparentar el concepto de salud con el de sentido de la vida, procurando ayudar al hombre a encontrar un sentido para su existencia (Balcázar,2003).

Es entonces cuando decimos que si enfermamos, dejaríamos desde ese momento de tener estas aspiraciones, por el simple hecho de no tener salud, en donde queda la parte de auto realización personal, que hacemos en ese momento nos sentamos a esperar la muerte, de igual forma muchas veces se le deja de dar la importancia necesaria a las demás cosas sin darse cuenta que no debemos de detenernos, los pacientes con enfermedades terminales solo dan por hecho el pensamiento que ahora ya todo se ha terminado para ellos y se olvidan de vivir y de esta manera poder trascender antes de morir.

Dentro de la frustración existencial según Frankl (1990), el interés del hombre, incluso de desesperación por lo que la vida tenga de valiosa, es una angustia espiritual pero no es en modo alguno una enfermedad mental, a continuación se presentan las demás posturas de acuerdo a Frankl que se presentaron durante el acompañamiento psicológico: La logoterapia nos permite encontrar el sentido a situaciones difíciles que conllevan el sufrimiento, y que éstas se conviertan así en oportunidades de crecimiento.

Dentro de la postura de la técnica de diálogo socrático, la paciente carece de un instinto que le diga lo que ha de hacer, y no de lo que quiere hacer; por lo cual se viene manifestando en un estado de tedio, el hastío que causa más problemas que la tensión, por las agujas, por las quimioterapias, de las constantes idas al hospital y que después se tenga que quedar internado por no tener una mejoría, mostrando enojo por hacer lo que los demás le dicen.

En la técnica de reflexión difiere de un hombre a otro, de una hora a otra; así pues, lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado. Por lo cual “Luz” menciona que comprendió al ser humano que habita en ella y que es el amor hacia su persona, el aceptar y cooperar los procesos que está enfrentando con el fin de asimilar lo que está ocurriendo a su alrededor.

Dentro de la postura de la técnica de intención paradójica, se le dice a “Luz”: “Vive como si ya estuvieras viviendo por segunda vez y como si la primera vez ya hubieras obrado tan desacertadamente como ahora estás a punto de obrar”; “Luz” llega a comprender dichas palabras, piensa en sus sueños y en los felices que eran antes, menciona que pueden seguir siendo una familia feliz, porque tienen que seguir brillando como una luz.

La última de las posturas de la técnica de modificación de actitudes es el sentido del sufrimiento, cuando se enfrenta ante una situación inevitable, insoslayable, por



enfrentarse a un destino que es imposible. Ahora bien, de acuerdo a lo descrito anteriormente y contestado a la pregunta de investigación de cómo sería el acompañamiento psicológico para un paciente con cáncer al llegar a la fase terminal empleando técnicas intervención con técnicas logoterapia; a continuación, se presentan los resultados de las posturas que pueden intervenir a la hora de la aplicación del programa, en el caso de “Luz” se cita lo siguiente:

Durante las sesiones y en el trabajo de intervención, se realizaron técnicas de logoterapia a través del diálogo socrático, intensión paradójica, de reflexión y modificación de actitudes, en los cuales se busca descubrir lo humano del padecimiento; recordándole siempre la importancia de lo que él todavía tiene como ser humano, que es una persona importante, y que aún puede seguir haciéndolo.

En el momento que se hace conciencia de que él es un ser humano y que le tiene que dar sentido a su sufrimiento a pesar de una enfermedad lo importante es “Luz” como persona que no por estar enfermo va a dejar de sentir o de disfrutar todo lo que hay a su alrededor, guiándolo en lo espiritual “para vivir el día a día”.

Se observó de igual forma la importancia del acompañamiento psicológico a través de una intervención logoterapéutica diseñado con técnicas de logoterapia para un paciente con cáncer al llegar a la fase terminal, se le brindó la atención necesaria al ser humano y no a la enfermedad.

De la presente investigación se desprenden una serie de conclusiones, acerca del tema de: ¿Cómo sería el acompañamiento psicológico para un paciente con cáncer al llegar a la fase terminal empleando una intervención con técnicas en logoterapia? De acuerdo a los datos arrojados se dice que el sufrimiento es algo con el que el paciente debe de enseñarse a vivir, que no por no estar enfermo no se sufre, es buscar la forma de vivir con su sufrimiento, para poderlo encaminar a un sentido de vida consiente de que vale la pena estar hoy aquí.

Es por ello que dentro de las técnicas de la logoterapia se emprendió a la búsqueda de darle el sentido y el significado a su existencia, en el que “Luz” descubrió un horizonte amplio de para qué vivir, haciendo consiente lo espiritual para dar énfasis de ser responsable.

Frankl (1990), comenta que la logoterapia considera que el hombre es un ser trascendental con aspiraciones; es una criatura en búsqueda de metas; consiente de una dimensión más alta que lo llama y se realiza en la medida en que responde a ese llamado.

Vivir con la enfermedad terminal, implica reestructurar los estilos de la familia y del paciente para lidiar con las demandas del tratamiento médico con la influencia del padecimiento en los roles a relaciones comunes (Farberman, 2010).

El significado de la muerte no siempre es sufrimiento, si la causa es una enfermedad terminal suele ser más doloroso, pero el bienestar general de la persona, puede

tomar solamente días o semanas, pero es importante no dejar de trabajar con el paciente, aunque sean otras actividades. “No hay ninguna situación en la vida que carezca de sentido, incluso los aspectos aparentemente negativos de la vida pueden llegar a convertirse en algo positivo cuando se afrontan con la actitud correcta” (Frankl,1990).

Tal es el caso de la paciente de esta investigación la cual aun después de enfrentarse a diferentes cirugías, el diagnóstico médico no le favorece en su salud física, aun así encontrándose en una situación poco común no se ha detenido para poder observar a su alrededor, asimismo tampoco ha visto que ha hecho y ha dejado sus tareas diarias para fijarse en más cosas menos en ella, en su ser, en la trascendencia de ella y de su familia, lo cual por consecuencia ha dejado el lograr una auto trascendencia y dar sentido a su vida en la etapa en la que se encuentra.

Así mismo Frankl (1988), menciona que sólo se tiene que hacer consciente que en lo profundo del inconsciente, la persona jamás deja de reconocer esta verdad y que el individuo se vea a sí mismo desde una nueva perspectiva, que conozca tanto sus limitaciones como sus potencialidades y descubra su sitio en la vida: el modo en que se adapta a la totalidad de la existencia, sus relaciones con otras personas, la superación de sus fracasos así como el cumplimiento de sus tareas.

A su vez lo llevamos a cabo en las diferentes técnicas de logoterapia tales como lo es la modificación de conducta donde la paciente puede conocer dos características importantes en las cuales ha estado; lo que ha podido lograr a través de su

enfermedad, que no ha podido hacer, esto con el objetivo de que conociera sus fortalezas y así utilizarlas de una manera en que a ella le facilitaran más las cosas tanto para ella como para su familia.

Se debe agregar lo mencionado por Ramírez (2011), El deber implica la autotrascendencia, porque la vida se transforma en misión; las situaciones más difíciles de la vida forman la prueba más grande de este acontecimiento porque la misión es ubicarse en el mundo como persona entera que intenta trascenderse en toda situación. El hecho de no llegar a tener una misión, genera el vacío existencial

Teniendo en cuenta el vacío existencial que se da por enfermedad crónica degenerativa o enfermos terminales es muy común, ya que nadie espera morir a temprana edad, todos quieren ser personas longevas, y así morir tranquilos, realizados, libres. Ante el hecho de morir a una edad adulta como la paciente crea una destrucción total de la persona de manera psico-emocional, de tal forma que lo único que le queda es aislarse de todo contacto emocional con su familia.

La fe en el sentido esta distancia con el sentido, que se le presenta al hombre como algo por encontrar y realizar, supone que el hombre sea inteligente para conocerlo y libre para realizarlo. "Nuestra autocomprensión nos dice que somos libres". Sin libertad, no podría el hombre autotrascenderse, ir más allá de lo que es en este momento, pues estaría atado estando así determinado por su presente.

No obstante la paciente se da cuenta de lo que puede lograr aun estado enferma, de los alcances de los cuales ella tiene ante diferentes situaciones, así como no sentirse castigada por algo divino y por causa su enfermedad, en las diferentes sesiones que se llevaron a cabo con la paciente se buscar darle sentido a su vida que no se sienta atada a lo que está pasando o puede pasarle.

A su vez la autotrascendencia, posibilitada por la libertad, deja su huella en la comprensión de la misma libertad. Pero, además de lo que el hombre con su capacidad natural de conocer llega a saber de su libertad, desde el punto de vista de la fe, la libertad tiene una marcada significación en la tradición judeo-cristiana: "La verdadera libertad es signo eminente de la imagen divina en el hombre" (Frankl 1991).

La autotrascendencia de la paciente se ve reflejada en la relación que ahora se da entre su esposo y sus hijos, ya que después de su diagnóstico final –(ella se aisló de toda su familia, se volvió muy irritante ante cualquier situación)- la paciente ha dejado de estar aislada de las personas que le importan y ella quiere de igual forma ha optado por realizar distintas tareas en las calles aledañas de su domicilio y como a su vez asistir a diferentes eventos sociales a los cuales no asistía desde hace 5 años.

Asimismo cabe señalar que, la libertad deja al hombre libre frente a la misma libertad, así como la fe lleva al hombre a autotrascenderse, a conocer más allá de lo

que el entendimiento natural es capaz, así el hombre puede también, desde una óptica reduccionista, enmascarar la libertad y negarla, la voluntad de sentido del paciente. Se le podría llamar a la tensión radical, sana del hombre para hallar, realizar un sentido, un fin, además es expresión de la auto trascendencia. Algo semejante ocurre con la técnica de las cartas que se realizó durante la sesiones de la técnica de diálogo socrático en las cuales se buscaba que la paciente fuera consciente de todo lo que ha pasado del mismo modo de lo que aún puede hacer antes de que tenga que morir todo esto realizándolo de varias maneras en las que al releer sus cartas se daba cuenta de todo lo que había perdido por su actitud, de lo difícil que fue desde que paso su primer operación, hasta su diagnóstico final al tratar de la misma manera que ahora tenía que disfrutar más a su familia, a su esposo, a ella misma aun y con su diagnóstico, que no tenía por qué sentir qué está sola siendo así su única tarea diaria fue hacer recuerdos para toda la vida

En otras palabras, encontrarle sentido a todas aquellas situaciones que obligan al hombre a enfrentarse consigo mismo. Si no se encuentra un sentido a la vida podríamos caer en depresión, o una experiencia de vacío existencial; tal y como se encontraba la paciente al principio de esta investigación y como prueba de esto tenemos las diferentes pruebas proyectivas aplicadas en ella, con esto podemos afirmar que la búsqueda fundamental del ser humano no se basa en la búsqueda de la felicidad, sino, de la voluntad de sentido, y esta misma lleva a la felicidad así como a la libertad (Frankl,1981).

## **CAPÍTULO 7: SUGERENCIAS**

## 7.1 Sugerencias

Especificar qué es el sentido, y el significado que le da cada persona, ya que es específico por ser uno mismo para lograr alcanzar su propia voluntad de sentido.

Se puede explicar a la persona que cumple un ciclo natural, pero con varias sesiones anteriormente donde ya se haya logrado una empatía, para que no sea muy fuerte para el participante escuchar algo que él no desea saber.

Analizar los tipos de cáncer más frecuentes en adultos, porque de acuerdo a ese conocimiento se puede saber cómo adentrarse al trabajo con el participante.

Por último es importante implementar este tipo de programas, para mejorar el estado emocional de las personas que piensan “ya no hay nada que hacer”, cuando en realidad todavía hay mucho que hacer.

Dicha investigación sirva como antecedente para futuras investigaciones.

Buscar otras posturas de otros autores.



# BIBLIOGRAFIAS

1. Barruti, S. (2012). Breve historia del cáncer. Gerontogeriatría on line. Órgano oficial de la Federación Argentina de Geriatría y Gerontología y de la Asociación Gerontológica Argentina. Recuperado el 5 de diciembre de 2013, de: <http://www.gerontogeriatria.org/component/content/article/42-recomendaciones/2009-breve-historia-del-cancer.html>
2. Corless, I. (2005) Agonía, muerte y duelo. Ed: Manual Moderno, México
3. Cicely M. Sunders Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Salvat Editores.
4. Dr. Héctor Martínez Said. Cirujano oncólogo apuntes. Del diplomado en cuidados paliativos.
5. Dra. Laura L. Tirado Gómez Epidemiología de Cáncer. Instituto Nacional de Cancerología.
6. Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2003, 17 de septiembre). Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Recuperado el 10 de enero de 2014, de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=690524&fecha=17/09/2003](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=690524&fecha=17/09/2003)
7. Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2011, 9 de junio). Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Recuperado el 10 de enero de 2014.
8. Díaz-Rubio, E. y García-Conde, J. (2000). Oncología Básica Clínica. Madrid: Arán

9. Dr. Fernando Soto. Dolor en enfermo con cáncer. Apuntes del diplomado de cuidados paliativos.
10. Dra. Verónica García Maldonado. Aspectos neurosiquiátricos en el paciente terminal. Apuntes del diplomado en cuidados paliativos.
11. Eugenio Santos y Julio Rodríguez Villanueva. El Cáncer Naturaleza Del Problema. Editorial Prensa Científica. Barcelona España. Segunda Edición 1986.
12. Elizabeth Kubler Ross. Sobre la muerte y los moribundos. Grupo editorial Random House Mondadori segunda edición 2004 Nueva York.
13. Frankl, Viktor, Psicoanálisis y existencialismo, Fondo de Cultura Económica, México, 1950, p. 173.
14. Frankl, Viktor, El hombre doliente, Herder, Barcelona, 1994, p. 182
15. Frankl, Viktor, Teoría y terapia de la neurosis, Herder, Barcelona, 1992, p. 254
16. Fizzotti, Eugenio, El despertar ético: conciencia y responsabilidad, Fundación Argentina de Logoterapia "Viktor Frankl", Buenos Aires, 1998, p 176
17. Frankl, Viktor, El hombre doliente, p. 297
18. Frankl, V. (2001) En el principio era el sentido. México: Ed:Paidós, Barcelona
19. Frankl, V. (1990) El hombre en busca del sentido. Ed: Herder, Barcelona.
20. Frankl, V. (1994) La voluntad del sentido. Ed: Herder, Barcelona.
21. Frankl, V. (1994) Logoterapia y análisis existencial. Ed: Herder, Barcelona.
22. Frankl, V. (2001) Psicoterapia existencial. Ed. Herder, Barcelona.
23. García, G. y. (1996). Lógica: teoría y práctica. Ed: Durece, México.
24. González, B. (1992). Oncología Clínica. Ed: McGraw-Hill, Madrid.

25. Gabriela A. Montes De Oca Lomeli. Directora Ejecutiva de Grupo MediQual. S. A. de C.V. División "HOSPICE MEXICO".
26. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Versión resumida. Ministerio de sanidad y consumo del gobierno vasco. 2008 Madrid España.
27. Guillermo Córdoba. Terapias complementarias en los cuidados paliativos. Apuntes del diplomado en Cuidados Paliativos.
28. González Barrón Manuel. Dolor y Cáncer.
29. Humberto Bautista Rodríguez. Psicólogo clínico/ psico-oncologo, coordinador del C.M.N.S XXI y de la sociedad mexicana de oncología (SMO).
30. Harold, B. (1997). Cáncer "Recuperar el Bienestar". Ed: Roobinbool, Barcelona.
31. Hernández. (2006). Metodología de la Investigación. Ed: Mc. Graw Hill, México.
32. Hernández, B. (2006). Metodología de la Investigación. Ed. Interamericana, México:.
33. Harrison. Principios de medicina interna Madrid Mc Graw Hill-Interamericana. España. 13a edición 1994.
34. Holland JC. Psychooncology. New York: Oxford University Press, 1998.
35. Instituto Nacional del Cáncer [INCAN]. (2013). Información general sobre la leucemia linfoblástica aguda infantil. Recuperado el 9 de enero de 2014, de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/LLAinfantil/patient>.
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)(1997) Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, Cuaderno 14, México, 39..
37. Kübler-Ross, E. (2011). La muerte: un amanecer. Ed: Luciérnaga, Barcelona
38. Längle, A. (2008). Vivir con sentido. Ed: Lumen, México.

- 39.Lukas, E. (1992). Agonía, muerte y duelo. Ed: Manual Moderno, México, D.F.
- 40.Lukas, E. (2009). Logoterapia, La búsqueda del sentido. Ed: Paidós, Barcelona.
- 41.Lukas, Elizabeth, Una vida fascinante, Ed. San Pablo, Buenos Aires, 1994, p.24
- 42.Martínez. (1996). La Psicología Humanista. Ed: Trillas, México, D.F.
- 43.Martínez, J. (2012). Querría que tu me cuidaras. Trabajo de Investigación , 1-2.
- 44.Méndez, G. (2009). La fenomenología-hermenéutica una metodología integrada para el abordaje de lo real. Revista Gerencia de la Investigación. , 1-17.
- 45.Mejía, J. (2010). Epidemiología de la leucemia linfoblástica aguda infantil. Revista de Hematología, 11 (Supl.1), 35.
- 46.Mejía, J., Flores, H., Juárez, I., Vásquez, J., Games, J., Pérez, M. et.al. (2005). Edad de aparición de los diferentes tumores malignos de la infancia. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 43 (1), 25-37.
- 47.Psic. Ricardo Domínguez Camargo. Apuntes del diplomado de cuidados paliativos.
- 48.Robbins (2013) patología humana.
- 49.Remor, E. (2003). El psicólogo en el ámbito hospitalario. Ed. Desclée De Brouwer, España.
- 50.Rodríguez, G. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. Ed: ALGIBE, México.
- 51.Serrano, G. P. (2001). Investigación Cualitativa.Ed: La Muralla, S.A., México.

52. Secretaría de Salud [SSA], Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia [CENSIA]. (2013). Importancia de la vacuna contra VPH. Recuperado el 13 de enero de 2014, de: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vinculacion/campanas/sns/vph.html>
53. Secretaría de Salud [SSA], Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud [SPPS]. (2013). Los 5 tipos de cáncer que más afectan a mexicanos. Recuperado el 10 de enero de 2014.
54. Vicent T. Devita y Samuel Hellman. Cáncer principios y practica de oncología. Tomo II. Segunda edición 1998. Salvat Editores. Barcelona España.

# ANEXOS













