

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**MANEJO DEL SUFRIMIENTO EN LA FAMILIA DE  
PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA ENFERMEDAD  
CEREBRO VASCULAR**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR**

**LUZ ELENA CAMPOS CABRERA DE CETINO  
IRMA PATRICIA CELIS SÁNCHEZ**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE**

**PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE**

**LICENCIATURA**

**GUATEMALA, 10 DE OCTUBRE DE 2007**

**MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO**

**Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín  
DIRECTORA**

**Licenciado Helvin Velásquez Ramos, M.A.  
SECRETARIO**

**Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo  
Doctor René Vladimir López Ramírez  
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS**

**Licenciada Loris Pérez Singer  
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS**

**Estudiante Brenda Julissa Chamám Pacay  
Estudiante Edgard Ramiro Arroyave Sagastume  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 1 Edificio "A"  
TEL.: 2485 1910 FAX: 2485 1913 y 14  
e-mail: usac.psic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico  
CIEPs.  
Reg. 513-2004  
CODIPs. 1515-2007

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

10 de octubre de 2007

**Estudiantes**

Luz Elena Campos Cabrera de Cetino  
Irma Patricia Celis Sánchez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

**Estudiantes:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO SÉPTIMO (17o.) del Acta CINCUENTA GUIÓN DOS MIL SIETE (50-2007), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 28 de septiembre de 2007, que copiado literalmente dice:

**DÉCIMO SÉPTIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: "**MANEJO DEL SUFRIMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR**", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

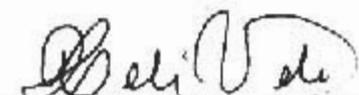
**LUZ ELENA CAMPOS CABRERA DE CETINO**  
**IRMA PATRICIA CELIS SÁNCHEZ**

**CARNÉ No.8011990**  
**CARNÉ No.8813358**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Edwin Adolfo Nájera, y revisado por el Licenciado Ivan Rocael Monzón. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciado Helvin Velásquez Ramos; M.A.  
SECRETARIO



c.c.f



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM

5a. Avenida 9-42, Zona 1, Edificio 101  
TEL - 5485 1010 FAX - 5485 0133 E.  
e-mail: ucum@psicologia.igj

REG. 513-2004  
CIEPs. 97-07

## INFORME FINAL

Guatemala, 24 de Septiembre de 2007

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informales que el Licenciado Estuardo Bauer Luna, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"MANEJO DEL SUFRIMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"**

**ESTUDIANTE**  
*Luz Elena Campos Cabrera de Cetino*  
*Irma Patricia Celis Sánchez*

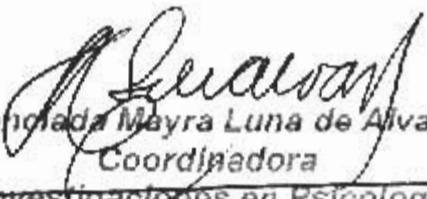
**CARNE No.**  
**8011990**  
**8613358**

**CARRERA:** *Licenciatura en Psicología*

*Agradeceré se sirvan continuar con los tramites correspondientes para obtener*  
**ORDEN DE IMPRESIÓN.**

*Atentamente,*

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
*Licenciada Mayra Luna de Alvarez*  
*Coordinadora*

*Centro de Investigaciones en Psicología - CIEPs.-*  
*"Mayra Gutiérrez"*



*MLdA/ab.*  
*c.c. archivo*



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - UCM-

Cd. Avenida 9-47 Zona 13 Edificio 151  
TEL. 2487-1100 FAX 2487-912 y 1  
E-mail: ucps@psicologia.usc.gt

REG. 513-2004  
CIEPs. 98-07

Guatemala, 25 de Septiembre de 2007

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora  
Centro de Investigaciones en Psicología  
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada de Álvarez:

De manera atenta me dirijo a usted para Informarle que he procedido a la  
revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"MANEJO DEL SUFRIMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES QUE  
HAN SUFRIDO UNA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"**

ESTUDIANTE:  
Luz Elena Campos Cabrera de Cetino  
Irma Patricia Celis Sánchez

CARNES No.:  
8011990  
8613358

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el  
Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** y  
solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

*X. Ivan Rocaf*  
Licenciado Ivan Rocaf Monzón Muñoz  
**DOCENTE REVISOR**



IRMM/ab.  
e.c.archivo

Guatemala 30 de agosto del 2006

Licenciada  
Mayra Luna de Álvarez  
Departamento de tesis  
Centro de Investigaciones en Psicología  
CIEPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Álvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido a la vista el informe final de investigación Titulado "MANEJO DEL SUFRIMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR", presentado por las estudiantes de Licenciatura en Psicología:

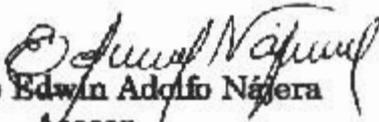
Luz Elena Campos Cabrera de Cetino  
Irma Patricia Celis Sánchez

carné: 8011990  
carné: 8613358

Dicho informe cumple los requisitos metodológicos de contenido, redacción y presentación por lo que doy mi aprobación en mi calidad de Asesor Profesional, para que pueda seguir el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciado Edwin Adolfo Nájera  
Asesor  
Colegiado 4785

Lic. Edwin Adolfo Nájera  
FISIOTERAPEUTA PSICÓLOGO  
COLEGIADO 4.785



REG. 513-2004  
CIEPs. 77-2006

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-**

5a. Avenida 9-45, Zona 1, Edificio 57-A  
TEL. 2383 14 01 FAX 2383 310 311  
E-mail: cumpsi@univ.guatemala.gt

**APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION**

Guatemala, 3 Noviembre del 2006.

**ESTUDIANTES:**

Luz Elena Campos Cabrera de Cetino  
Irma Patricia Celis Sánchez

**CARNÉS Nos.**  
8011990  
8613358

Informamos a ustedes que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

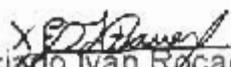
**"MANEJO DEL SUFRIMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"**

**ASESORADO POR:** Licenciado Edwin Adolfo Nájera

Por considerar que reúne los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** y les solicitamos iniciar la fase de Informe Final de Investigación..

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
Licenciado Ivan Rocael Monzón Muñoz  
**DOCENTE REVISOR**



**Vo.Bo.**

  
Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora  
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"



IRMM/ab.  
c.c. archivo



## DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN HOSPITAL ROOSEVELT

Guatemala, 29 de Agosto del 2006

Licenciada  
Mayra Luna de Alvarez  
Centro de Investigaciones de Psicología, CIEPs. "Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad San Carlos de Guatemala

Licda. de Alvarez.:

Por este medio se hace constar que las estudiantes de Psicología: Luz Elena Campos Cabrera e Irma Patricia Celis Sánchez, realizaron el trabajo de campo titulado **"MANEJO DEL SUFRIMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR"**, dicho trabajo se llevó a cabo con pacientes de consulta externa que asisten al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, durante los meses de Mayo - Agosto del presente año.

Y para los usos legales que a las interesadas convengan, se les extiende, firma y sella en esta única hoja de papel bond membretado.

Atentamente,

  
Dr. Jorge David Morales González  
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION Jefe del Departamento de  
Colegiado 4,177 Medicina Física y Rehabilitación

DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FISICA Y  
REHABILITACION  
HOSPITAL ROOSEVELT

**MADRINAS DE GRADUACIÓN**

**POR**

**IRMA PATRICIA CELIS SÁNCHEZ**

**Rosa Mireya Gularte Paredes  
Licenciada en Psicología  
Colegiado 2028**

**Claudia Antonieta Del Cid Alonzo  
Licenciada en Psicología  
Colegiado 8128**

**POR**

**LUZ ELENA CAMPOS CABRERA DE CETINO**

**Carmen Amalia Calderón Paredes  
Licenciada en Psicología  
Colegiado 5433**

**Brenda María Argueta Cobar  
Licenciada en Pedagogía y Ciencias de la Educación  
Colegiado 3625**

## ACTO QUE DEDICO

- A DIOS Y MARÍA SANTÍSIMA: Pues su amor infinito me dio la energía para ver culminado este sueño, que parecía inalcanzable.
- A MIS PADRES  
ROSITA Y ALBERTO: Mami: Aunque tu presencia física no ve este triunfo, sé que desde el cielo tu rostro sonrío al ver culminado este gran esfuerzo.  
Papi: Este triunfo es para ti, pues es el fruto del esfuerzo que tú sembraste y que ahora es una realidad.  
LOS AMO PROFUNDAMENTE.
- A SERGIO: Por tu amor y apoyo en todos los momentos que te he necesitado.
- A ROCI, SERGIO Y PAO: Por ser la luz de mi vida, mi razón de esforzarme, a ustedes mis tesoros, con todo mi amor.
- A ROSITA: Sin tu ayuda silenciosa, mi vida no podría alcanzar estas metas. Gracias hermana.
- A GREIS DE CETINO: A su cariño y ayuda en todos los momentos de mi vida.
- A PATTY CELIS: Por la paciencia y el cariño con que me alentaste a seguir en este sueño, por tu ayuda constante, por compartir este triunfo. Gracias, te quiero amiga.
- A MI: Pues he aprendido que a pesar de las vicisitudes de la vida, siempre hay en mi interior esa luz que me impulsa a ver culminados mis sueños.

## ACTO QUE DEDICO

- A MI PADRE CELESTIAL: Por permitirme disfrutar de este triunfo tan anhelado, por sentir en mi corazón Su amor, guía y protección, porque a través de esta profesión he podido ver cumplidas sus promesas y bendiciones.
- A MI HIJO KEVIN: Por tener tu compañía, apoyo y amor en estos años de preparación universitaria. Eres un hijo especial, tus cualidades evidencian nobleza, obediencia y respeto. Gracias por haberme elegido como tu mamá, te amo.
- A MI HIJA MADELYN: Por ser tú esa mujer que día a día florece con cada nueva experiencia, tu sabes lo mucho que te amo. Cuenta conmigo.
- A MIS PADRES:  
CARMEN SANCHEZ Y  
CESAR CELIS Por darme la mejor parte de sus vidas, por sus grandes esfuerzos para educarme y hacer de mí una mujer de bien.
- A MI AMADA ABUELITA:  
PETRONA Por el amor que siempre me ha dado, sus sabios consejos me han ayudado a ser mejor persona en todos los ámbitos de mi vida.
- A LUZ ELENA CAMPOS: Por escucharme siempre con un corazón sincero y dispuesto a consolarme, gracias por tu amistad y tus palabras de ánimo. Te quiero mucho.
- A LUIS HERNÁNDEZ: Por ser parte de mi vida y por demostrarme que el amor puede mantenerse íntegro en medio de este mundo rodeado de deslealtad.
- A MÍ: Por la perseverancia que demostré desde el inicio de este sueño, y por todos los obstáculos vencidos con decisión y entereza, para culminar con este éxito que hoy comparto con ustedes.

## AGRADECIMIENTOS

A nuestro Padre Celestial, por darnos el don de la constancia y la sabiduría, a pesar de nuestros desafíos personales y familiares, que pudieron habernos hecho desistir de nuestra meta de graduarnos, siempre sentimos Su presencia amorosa en nuestras vidas.

A nuestras amadas familias por la paciencia y comprensión a esas largas horas de espera y por el amor que constantemente nos expresaron durante el proceso de este sueño, ahora hecho realidad. Su apoyo y motivación fueron el impulso que nos llevé a concluirlo con éxito.

A los familiares de los pacientes, que fueron parte esencial de esta investigación, por su aporte tan valioso y su constancia durante el desarrollo de este trabajo con fines de graduación.

Al Hospital Roosevelt, en especial al Jefe de Medicina Física y Rehabilitación, Doctor JORGE DAVID MORALES GONZÁLEZ por su apoyo y respaldo incondicional.

A los profesionales en psicología, que nos orientaron, guiaron y apoyaron, particularmente a la Logoterapeuta y Orientadora Familiar Licenciada NORA RUBÍ GARCÍA DE SAMAYOA, al asesor de tesis Licenciado EDWIN ADOLFO NÁJERA GONZÁLEZ, al revisor inicial de nuestra tesis Licenciado IVAN MONZÓN y al revisor final Licenciado ESTUARDO BAUER.

## INDICE

Prólogo

### Capítulo I

1.1	Introducción	1
1.2	Marco Teórico	7
1.2.1	Enfermedad Cerebro Vascular	7
1.2.1.1	Clasificación	8
1.2.1.2	Causas más frecuentes	10
1.2.1.3	Síntomas y signos	10
1.2.1.4	Diagnóstico y tratamiento	11
1.2.1.5	Secuelas	11
1.2.2	Familia	14
1.2.3	Logoterapia	18
1.2.4	Dimensión noética o espiritual	22
1.2.5	La Tríada Trágica	29
1.2.6	El Duelo	39
1.2.7	Visión logoterapéutica	43

### Capítulo II

2.1	Técnicas e Instrumentos	49
2.1.1	Descripción de la muestra	49
2.1.2	Estrategia metodológica utilizada durante el trabajo de campo	49
2.1.3	Técnicas de Recolección de Datos	50
2.1.4	Técnicas de Análisis Estadístico	51
2.1.5	Instrumentos de Recolección de Datos	51

### Capítulo III

3.1	Presentación, Análisis e Interpretación de resultados	54
3.1.1	Encuesta	55
3.1.2	Cuestionario	57
3.1.3	Historia de Vida	61
3.1.4	Cuadro Comparativo	65
3.1.5	Análisis Global	68

### Capítulo IV

4.1	Conclusiones y Recomendaciones	71
4.1.1	Conclusiones	71
4.1.2	Recomendaciones	72
	Bibliografía	74
	Anexos	
	Resumen	

## PRÖLOGO

Realizar un estudio acerca de la Logoterapia, es un trabajo arduo y profundo. Este tema que aborda la problemática del sufrimiento que viven las familias con un paciente que ha sufrido una Enfermedad Cerebro Vascular es un enfoque muy detallado, descriptivo y formal acerca de este sufrimiento inevitable, que va implicado a una enfermedad crónica.

Las personas que realizaron este trabajo, analizan y describen esos sentimientos tan humanos que son el dolor y el sufrimiento. Abordan el tema de El Duelo, dando a conocer las diferentes fases por las que va atravesando la persona que sufre de alguna pérdida, no sólo de un ser querido, sino la pérdida de algo valioso para ellos, como la salud, el trabajo, la familia, su rol familiar o su autoestima.

A través del desarrollo de este estudio, se puede entender cómo el hombre se ve a sí mismo como un ser que sufre, que siente dolor por otro y que llega por momentos ha no encontrarle sentido a ese sufrimiento, situación que lo lleva a la angustia y a la desesperación.

En el transcurso de este trabajo se mantiene el interés de quien lo lee, pues descubre cómo, paso a paso, la Logoterapia va encaminando a este encuentro del familiar agobiado y desesperado con un sentido de vida, aún dentro de ese sufrimiento inevitable.

Invito a las personas que tiene en sus manos este valioso material, para que puedan aprovecharlo como un instrumento teórico y técnico, que demuestra que la psicoterpia basada en la Logoterapia tiene éxito en el apoyo para el manejo del sufrimiento y el encuentro de un sentido aún dentro del dolor.

Licenciada Nora Rubí de Samayoa

Logoterapeuta

## **CAPITULO I**

### **1.1 INTRODUCCION**

La presente investigación se realizó en el Hospital Roosevelt, que es una institución pública de especialidades y de referencia, cuenta con personal altamente calificado en las diferentes áreas de la medicina (Interna, Dermatología, Cardiología, Ortopedia, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología, Pediatría, etc.). Esta institución brinda los tratamientos necesarios en las áreas de Emergencia, Consulta interna y Consulta externa a la población guatemalteca de toda edad y origen. Fue en el área que ocupa el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, donde se llevó a cabo la presente investigación. Este departamento se encuentra ubicado en el tercer nivel del edificio central, se organiza en cuatro secciones: Clínica de Médico Fisiatra, Sección de Terapia Ocupacional, Sección de Fisioterapia y Sección de Terapia del Lenguaje, coordinados por el Jefe del Departamento que es médico fisiatra. La labor de estas Secciones, es brindar rehabilitación a pacientes con diversos diagnósticos médicos, dentro de los cuales, y con un alto porcentaje, se encuentra la Enfermedad Cerebro Vascular. Estos casos son referidos dentro del Hospital por las medicina **A** y **C** que atienden a pacientes de sexo masculino, y las medicinas **D** y **E** que cubren a la población femenina. Al ser consultadas las estadísticas de este Departamento, se encontró que durante el año 2005 se evaluaron 71 pacientes internos y 57 casos en la consulta externa, diagnosticados con Enfermedad Cerebro Vascular, de éstos, 54 casos eran de sexo masculino y 74 de sexo femenino, en donde el 59% estaban comprendidos entre 50 y 75 años de edad.

Para lograr la rehabilitación integral en los pacientes, se reúne el equipo multidisciplinario, que debe estar conformado por médico fisiatra, terapeutas físicos,

terapistas ocupacionales, terapistas del lenguaje e idealmente con un psicólogo. Por esta razón, fue en la Sección de Terapia del Lenguaje donde se detectó la necesidad de implementar un programa de apoyo psicológico a la población que asiste a este servicio, que se dirigiera específicamente a los familiares cercanos de los pacientes con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular (E.C.V.) para así poder abordar las crisis emocionales, económicas, cambios de estilos de vida, depresiones, vacíos existenciales, y otras situaciones afines que hasta el momento no habían sido orientadas psicológicamente. Al analizar los aspectos relacionados en la dinámica que presentan las familias de un paciente afectado por un E.C.V. surge la inquietud de profundizar en los cambios que se operan tanto en la familia, como en el paciente que es sometido a un proceso de rehabilitación.

Para ampliar el conocimiento de la Enfermedad Cerebro Vascular llamada también ataque cerebral, se dice que es cualquier anormalidad cerebral, producto de un proceso patológico que compromete los vasos sanguíneos, sean arterias, arteriolas, capilares, venas o senos venosos. Es la patología neurológica que más invalida, la que prevalece en la población adulta mayor de 65 años y hasta ahora es la tercera causa de muerte en el mundo. Los síntomas y signos son: déficit motor, sensitivo o ambos, alteraciones del lenguaje, compromisos de conciencia y otros. Por considerar que la pérdida de salud implica un proceso de duelo, en esta investigación se brindó orientación logoterapéutica a los familiares cercanos del paciente con esta enfermedad para que lograran un manejo adecuado del sufrimiento que experimentaban, al evidenciarse las limitaciones que vivía su ser querido. Se considera que el sufrimiento, en uno u otro ángulo de la vida viene a nuestro encuentro frecuentemente, antes de que podamos tomar conciencia de él, este dolor puede ser acogido o rechazado, y los resultados de

cada decisión serán distintos, pero de cualquier manera condicionan la vida humana y a veces la imposibilitan. El hombre y la mujer de todo tiempo y lugar, desean que ni él ni los seres que aman, sufran, y sobre todo, que no se mueran nunca. Incluso la tecnología a través de la ciencia ha tratado de suprimir de la conciencia los conceptos de dolor, enfermedad y muerte, sin embargo, esto mismo ha suscitado un sentimiento de vacío existencial, pues la necesidad más humana que es la de hallar “un sentido para la propia vida” no se puede satisfacer desde la perspectiva tecnológica. Fue entonces cuando surgió el interés de profesionales como estudiantes de psicología en abordar este tema desde un enfoque que profundiza en lo humano, como lo es la logoterapia.

La logoterapia es definida como una psicoterapia que mira al futuro, a los cometidos y sentidos que la persona tiene que realizar en él, acompaña al hombre en búsqueda de su sentido y le ayuda a vivir de acuerdo a una escala de valores propia, que le da seguridad, coherencia, autoestima y un proyecto de vida auto-trascendente. Considera que la persona recupera su capacidad de sufrir, y si es necesario, de encontrar un sentido incluso a su sufrimiento. Al aceptar el reto de sufrir valientemente, la vida tiene hasta el último momento un sentido, que lo conserva hasta el fin.

Durante la aplicación de esta psicoterapia, se abordaron las tres fases del programa logoterapéutico, que son: la fase de diagnóstico, fase de terapia y la fase de seguimiento. En cada una de estas fases, se aplicaron métodos y técnicas terapéuticas específicas que permitieron abarcar la dimensión humana que Víctor Frankl denomina como “ontología dimensional”, en donde el hombre es un ser bio-psico-espiritual que vive en comunidad y abierto a la trascendencia.

Así la enfermedad como proceso natural, se consideró que generalmente estaba ligada al sufrimiento pues amenazaba la sensación de integridad y entereza de la

persona. Con alguna frecuencia quien enfrenta una enfermedad comprende su estado aceptándolo; no obstante el impacto que generó el diagnóstico de una enfermedad crónica como la Enfermedad Cerebro Vascular, tuvo connotaciones mucho más profundas para quien lo vive, ya que lo cuestiona acerca de su finitud y de la calidad de sus relaciones, así como sobre el propósito y el significado de su existencia.

En esta investigación se dio un aporte profesional al relacionar directamente en esta experiencia a los pacientes con secuelas de E.C.V. y sus familiares cercanos para dar un soporte psicológico, espiritual y sociofamiliar que les permitió una vida digna. La selección de la muestra fue de un familiar cercano a cada uno de los 13 pacientes escogidos con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular, que asistían al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt. Se aplicaron instrumentos de evaluación y recopilación de datos, como Encuestas, Cuestionario sobre el estado del sufrimiento, Historia de Vida (Acontecimientos de Vida, Situación Actual, Visión Noética, Historia de Pérdidas) elaborados por las estudiantes de psicología para obtener información y datos cualitativos sobre el problema planteado en esta investigación.

Las terapistas del lenguaje, como estudiantes de psicología nos planteamos las siguientes preguntas ¿Están siendo abordadas adecuadamente las crisis existenciales que pueden terminar en vacío existencial, cambios económicos, laborales, inversión de roles familiares que puedan estar presentes ante la pérdida de capacidades físicas y cognitivas en el paciente con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular en el ambiente familiar? ¿Puede haber pérdidas del sentido en sus vidas si no reciben el apoyo psicológico necesario como parte de la rehabilitación de su paciente? ¿Puede una enfermedad crónica afectar la dimensión: psicológica, sociofamiliar, física y espiritual en las personas que las padecen? ¿Pueden los familiares cercanos de estos pacientes encontrar

sentido a su sufrimiento al enfrentar la realidad y comprenderla aún en circunstancias dolorosas de la persona que enfrenta las secuelas de una Enfermedad Cerebro Vascular? Los principios logoterapéuticos que afirman que la vida tiene sentido en todas las circunstancias, que el hombre es dueño de una voluntad de sentido y que la persona es libre dentro de sus limitaciones físicas, psicológicas y sociales, para consumir el sentido de su existencia, ¿Podrán ser aplicados en este caso donde las secuelas de la Enfermedad Cerebro Vascular ha privado el desempeño y la autonomía del paciente dentro de su medio sociofamiliar?, con el afán de encontrar respuestas ha estas interrogantes, este estudio se planteó como objetivos el verificar la efectividad de la aplicación de la logoterapia, como técnica psicoterapéutica para el manejo del sufrimiento que afrontan los familiares cercanos a un paciente con secuelas de una Enfermedad Cerebro Vascular (ataque cerebral), así como identificar el estado del sufrimiento que genera en las familias el tener un paciente con secuelas de E.C.V. y conocer cómo ellos encontraron un nuevo sentido de vida a través del proceso logoterapéutico manejando su libertad, voluntad y responsabilidad. A la vez que se desarrolle una nueva y adecuada dinámica familiar que les permita superar el sufrimiento innecesario o inevitable, al enfrentar y observar las discapacidades de su ser amado.

La justificación más relevante en esta investigación tuvo su importancia a nivel psicosocial, ya que las personas que conformaron la muestra formaban parte de un grupo familiar y una sociedad. A causa de las características psicológicas y físicas que presentó la persona con secuelas de E.C.V., la dinámica familiar se vio afectada debido al impacto de este paciente en la familia y surgieron respuestas emocionales de aceptación en otros miembros de la familia. En esta dinámica familiar las obligaciones y los derechos están lejos de una buena clarificación. Los afectos, temor a la muerte,

sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, rivalidad, sufrimiento y tantos otros factores que se despliegan en las relaciones interpersonales, impiden cualquier tipo de organización sobre el rol del enfermo. Esta situación pudo generar en los miembros de las familias rasgos similares a un proceso de duelo, el cual se presenta en todo ser humano en situaciones como la presencia de una enfermedad limitante en un ser querido, la pérdida de la imagen que brinda seguridad económica y emocional a una familia, la pérdida del trabajo, la pérdida de la facultad de ser eficaz y por lo tanto, la pérdida del sentido de vida o la experiencia del vacío existencial (depresión noógena).

Para que el proceso terapéutico brindara un verdadero apoyo a las personas que sufrían por los cambios de roles familiares, por la pérdida económica sufrida al enfermar el jefe de la familia o por la angustia que presentaban al no poder enfrentar la nueva dinámica familiar; se consideró necesario el apoyo psicológico como parte de la rehabilitación. Al ser evidente la carencia de apoyo emocional que sufrían tanto los pacientes como sus familiares cercanos y tomando en consideración que actualmente no había atención psicológica para ellos en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, se propuso tomar en cuenta los resultados de esta investigación para la integración de la psicología en el equipo multidisciplinario de dicho Departamento, pues fue evidente con este estudio, el beneficio que obtuvo la población que asistía a recibir atención al mismo.

La información encontrada como antecedentes del problema en los archivos de la Biblioteca de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, pone de manifiesto que la logoterapia ha sido poco aplicada en las investigaciones que se refieren al manejo emocional de las personas que sufren de enfermedades crónicas. Entre los años de 1997 al 2004 se encontraron registros de tres

tesis relacionadas con logoterapia que concluyen que ésta contiene los elementos necesarios para la superación de los trastornos psicológicos propios de una persona con enfermedades terminales como el cáncer y el VIH/SIDA, sin embargo, en cuanto al tema de esta investigación que le dio relevancia al sufrimiento que experimentaba el familiar de estos enfermos y a su manejo, podemos determinar que no se ha realizado otro estudio que de apoyo a la familia, pues se han centrado más en los enfermos terminales. Siendo esta investigación denominada “Manejo del sufrimiento en la familia de pacientes que han sufrido una Enfermedad Cerebro Vascular”, se puede afirmar que no se encontró que fuera abordado en un estudio similar.

## **1.2 MARCO TEORICO**

A continuación se da una descripción teórica de los elementos que conforman esta investigación.

### **1.2.1 Enfermedad Cerebro Vascular (E.C.V.):**

Los doctores RD. Adams, M. Víctor & MC. Graw (1995), al respecto señalan que: El término enfermedades cerebro vasculares: Denota cualquier anormalidad del cerebro que es resultado de un proceso patológico de los vasos sanguíneos, sean arterias, arteriolas, capilares, venas o senos venosos. El cambio patológico en dichas estructuras asume la forma de oclusión por trombos o émbolos, o de rotura, y las anormalidades que surgen en el encéfalo son de dos tipos: isquemia, con infarto o sin él, y hemorragia. En orden de frecuencia, las enfermedades cerebro vasculares ocupan el tercer lugar como causa de muerte en el mundo occidental, después de las cardiopatías y el cáncer, cuando menos la mitad de todos los pacientes neurológicos, en términos generales, tienen algún tipo de enfermedad de esta índole (p.313).

### 1.2.1 Clasificación:

Neurológicamente, los ECV se clasifican de la siguiente forma: Hemorragia cerebral, Embolia cerebral y Trombosis cerebral. (Salud Hoy, 2003 Abril), al respecto señala que: Cuando una persona sufre una trombosis (obstrucción de una arteria por un coágulo o trombo) o una hemorragia cerebral se produce la muerte en pocos minutos de una zona del cerebro con la consecuencia de pérdida de determinadas funciones, con mayor frecuencia de índole motora, es decir relacionadas con el movimiento.

#### a) Hemorragia Cerebral:

Es la ruptura de una arteria en el interior del cerebro usualmente se asocia a hipertensión arterial y se manifiesta por un ataque severo, repentino, con frecuencia acompañado de cefalea intensa. La hemorragia cerebral puede ser catastrófica (p.1-3). RD., Adams et al. (1995) al respecto señalan que: La hemorragia cerebral es un derrame o salida de la sangre del vaso, especialmente grave si es muy abundante y de localización intraparenquimatosa, normalmente se produce en la región de la cápsula interna por ruptura de la arteria lenticuloestriada. Las causas más importantes de la hemorragia intracraneal son las de tipo primario intracerebral, la rotura de un vaso neurisma saculado, y malformaciones arteriovenosas (MAV) y traumatismo, (Adams, et al. 1995) que incluyen hematomas epidural y subdural.

De todas las enfermedades cerebro vasculares, ésta es la más impresionante y la que justifica en mayor grado el nombre de “apoplejía”. Literalmente, el individuo cae fulminado o siente un dolor intensísimo de cabeza que evoluciona con gran rapidez al coma. En caso de una hemorragia masiva puede morir en cuestión de horas o días. En la necropsia se advierte que en coágulo en un hemisferio ha distendido el encéfalo y teñido

de sangre el líquido ventricular y subaracnoideo. En un 20% a 30% de los casos la hemorragia puede tener menor magnitud.

Pronóstico: en promedio, 66% de los sujetos con hemorragia intracerebral primaria y casi todos los que están en coma terminan en la muerte. Raras veces la extracción quirúrgica del coágulo salva la vida, a pesar de que en unos cuantos pacientes con hemorragia lobar o cerebrosa es posible la supervivencia (p.331-332).

b) Embolia Cerebral:

Adams, et al. (1995) señalan que: La embolia cerebral es una obstrucción u oclusión, de un vaso del cerebro ocasionado por un coágulo, embolia o malformación del vaso en cuestión o una masa de material extraño que ha sido transportado a este sitio (embolia grasa o embolia gaseosa). En el infarto embólico muchos de los émbolos que llegan al cerebro nacen en el corazón, otros provienen de pulmones, aorta o grandes arterias craneales. A diferencia del trombo que adhiere a la pared del vaso, la partícula embólica es friable y migratoria. El émbolo puede desintegrarse antes de que ocurra necrosis tisular, (RD., Adams et al. 1995) o si el tejido ha sufrido infarto puede volverse hemorrágico cuando se reanude la circulación. Los émbolos tienden a alojarse en las ramas más pequeñas de las arterias cerebrales, y por ello surgen muchos más síndromes parciales de lo que se observa con las trombosis. Las ramas de las arterias cerebrales medias son el sitio más frecuente del ataque embólico.

Pronóstico: la reversión del déficit neurológico tiende a ser más rápida y existe el peligro de recurrencia de la embolia (p.327-329).

c) Trombosis Cerebral:

Obstrucción u oclusión de un vaso en el cerebro provocada por la formación y fijación de un coágulo en la pared arterial. Más de la mitad de los individuos que

presentan un accidente trombo tico han tenido ya uno o varios episodios breves, llamados ataques isquémicos transitorios (AIT), cuyo diagnóstico y tratamiento pueden evitar el accidente definitivo.

Pronóstico: Si el médico atiende al enfermo desde el comienzo de su problema, es difícil que pueda predecir sus resultados y consecuencias. En todos los grupos de personas con accidentes de esta índole durante un lapso de años se advierte una mortalidad creciente (R.D., Adams et al. 1995 p.315, 323-325).

#### 1.2.1.2 Causas más frecuentes:

“Las causas más frecuentes de Enfermedad Cerebro Vascular son: Trombosis artero esclerótica, hemorragia cerebral hipertensiva, crisis isquémica transitoria, embolismo” entre otras (La Academia Americana de Neurología Anual Meeting 1993). “Los factores de riesgo más frecuentes de Enfermedad Cerebro Vascular son: Hipertensión arterial, diabetes, obesidad e inactividad física, adicción a drogas, tabaco, alcohol, anticonceptivos orales, raza, factores hereditarios, placas ulceradas en la aorta, crisis isquémicas transitorias, factores cardiacos” y otros (Academia Americana Meeting, et al. 1993).

#### 1.2.1.3 Síntomas y Signos:

Los síntomas y signos más orientadores de Enfermedad Cerebro Vascular según La Academia Americana (1993) son: Déficit motor, déficit sensitivo, déficit motor y sensitivo, otras alteraciones motoras (ataxia, incoordinación, temblor), alteraciones del lenguaje, otras disfunciones corticales: amnesia, agnósica, apraxia, confusión, vértigo, mareos, crisis epilépticas, compromiso de conciencia, cefalea, nauseas y vómitos, signos meníngeos, otros: Babinski, signos de descerebración o decorticación.

#### 1.2.1.4 Diagnóstico y tratamiento del individuo con accidente cerebro vascular:

RD. Adams et al. (1995) señalan que el médico debe tratar diversos problemas nacidos del accidente cerebro vascular, y cada uno de ellos obliga a un tratamiento particular según el estado clínico del sujeto y la enfermedad subyacente. En el caso de un accidente cerebro vascular completado recientemente o en evolución en un individuo no comatoso, lo cual constituye un problema clínico muy frecuente, habrá que identificar el tipo de accidente por métodos clínicos y de laboratorio para que el paciente reciba tratamiento. Es probable que el individuo sobreviva, y por ello hay que hacer planes a largo plazo para su rehabilitación y evitar nuevos accidentes de este tipo (p.335).

#### 1.2.1.5 Secuelas:

“Cada ECV es diferente y las secuelas van a depender de la parte del cerebro que afecta, de la extensión de la lesión y el estado general de salud de la persona”, presentan signos físicos, cognitivos, de comunicación y emocionales” (Guía de práctica clínica número16 (1995, Mayo).

##### a) Signos físicos:

Hemiplejia (parálisis de un lado del cuerpo), hemiparesia (debilidad de un miembro del cuerpo), problemas de equilibrio, de coordinación y fuerza, problemas en el control de esfínteres, etc.

##### b) Signos cognitivos:

Se refieren a problemas de memoria, razonamiento, atención, pensamiento, disgrafía, discalculia, negligencia corporal (no percibir o ignorar un lado del cuerpo), etc.

c) Signos de comunicación:

La dificultad en el lenguaje expresivo (disartria, estereotipias, perseverancias, anomia, etc) y en el lenguaje receptivo (dificultad en la comprensión e interpretación de la información que puede ser escrita, verbal o gestual).

d) Signos emocionales:

Se refieren a labilidad emocional (explosiones de llanto, risa o furia), necesidad de dependencia, mecanismos de defensa, ansiedad, frustración, depresión etc. Debido a la dependencia que el paciente desarrolla hacia su familia, el rol de ésta se vuelve primordial, sin embargo, el ambiente en el que vive un individuo es mucho más que un mundo físico, incluye la estrecha relación e interacción personal dentro del grupo familiar (p.3-4).

La rehabilitación neurológica:

Es un programa supervisado por un médico y diseñado para las personas con enfermedades, traumatismos o trastornos del sistema nervioso. “Con frecuencia puede mejorar la funcionalidad, aliviar los síntomas y aumentar el bienestar del paciente” (Afasia Globales, (s.f.) [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)) ¿Qué condiciones pueden mejorar con la rehabilitación neurológica? Trastornos vasculares: como los ataques cerebrales isquémicos (causados por coágulos de sangre) y los ataques cerebrales hemorrágicos (causados por sangrado en el cerebro), entre otros. Los programas de rehabilitación neurológica se pueden llevar a cabo como paciente interno o en clínica externa. Lo conforman entre otros: Neurólogo/neurocirujano, ortopeda/cirujano ortopedista, fisiatra, internista, fisioterapeuta, logopeda (especialista en lenguaje) y psicólogo/psiquiatra. La recuperación después de un ataque cerebral: “El proceso de recuperación tiene diferentes

aspectos que incluyen el tratamiento, recuperación espontánea, rehabilitación, y el regresar a la vida cotidiana” (Guía de práctica clínica, 1995, Mayo p.2).

a) Tratamiento y Rehabilitación:

Este se inicia en el hospital durante el “cuidado intensivo” para tratar de asegurar que el paciente sobreviva, la prevención de otro ataque y cuidar de cualesquiera otros problemas médicos. La recuperación espontánea sucede naturalmente en la mayoría de los pacientes. Pronto después del ataque, la persona recupera algunas capacidades que había perdido con el ataque. Este proceso es más rápido durante las primeras semanas, pero a veces puede prolongarse por largo tiempo. Rehabilitación son los pasos específicos para ayudar a la recuperación, se inicia cuando el paciente aún está bajo cuidado intensivo y, para muchos continúa después en un programa de consulta externa (p.2).

En el año de las personas con discapacidad, la doctora Karina Rodríguez, señala que en la rehabilitación integral el psicólogo cumple las siguientes funciones:

- Miembro del equipo interdisciplinario que permite el apoyo al paciente para tener una adaptación a su nueva realidad.
- Apoya en el proceso para favorecer cambio de actitudes.
- Brinda apoyo emocional y psicoterapéutico a la familia.
- “Orientación en la búsqueda de alternativas que permitan promover, conservar o incrementar la motivación intrínseca de la persona, su autoestima y la capacidad de adaptación y control de su situación durante el transcurso de la enfermedad” (Jaimes, 2002).

La vida cotidiana es la última etapa de recuperación, es cuando el paciente regresa a su comunidad y vida diarias después del cuidado intensivo o de rehabilitación.

Esta etapa puede prolongarse por el resto de la vida de la persona. Tanto ésta como su familia van a aprender a vivir con los efectos del ataque cerebral. En La Guía Práctica Clínica (1995) se señala que muchas compañías de seguro de salud ayudan a pagar los costos de la rehabilitación, ésta depende grandemente del aspecto económico, sin embargo en la presente investigación, el costo de este programa fue cubierto por la familia y/o el paciente, así como el medio de transporte que necesita para acudir a rehabilitación.

b) Metas de rehabilitación:

Las metas de rehabilitación dependen de los efectos del ataque cerebral, lo que el paciente podía hacer antes del ECV y los deseos del paciente. Las metas deben ser realistas. Lograr las metas del programa no quiere decir que se ha terminado la recuperación. Sólo quiere decir que el paciente y su familia están listos para continuar con la recuperación sin asistencia (p.13).

1.2.2 Familia:

“Entendemos por familia, el conjunto de personas de la misma sangre que viven bajo el mismo techo, particularmente padre, madre e hijos. En nuestra cultura la organización familiar comprende una generación “que dirige” y configura, formada por los padres con sus diversos papeles, y una generación “que es dirigida”, constituida por los hijos” (Gómez 1996). Aunque en otras culturas la familia puede tener una estructura distinta, sigue sin duda manteniendo su característica esencial como es la de ser una unidad estable y armónica, facilitadora de todas las posibilidades de desarrollo de sus miembros. “La familia se sitúa en una posición intermedia entre el individuo y la sociedad, también ha de funcionar de manera tal que satisfaga las necesidades biológicas, educativas y sociales de las personas que la forman, al mismo tiempo que

educa a sus miembros para que se adapten al sistema de valores y de relaciones sociales que imperan en esa sociedad”. Manrique (citado en Vásquez, 1998). “La familia es el primer ambiente que encuentra el hombre tras su nacimiento. En ella se moldea la personalidad y se determina el desarrollo físico y psíquico” (Gómez, 1996). El papel de la sociedad y en primer término la sociedad familiar en el desarrollo de la personalidad es decisivo. No puede llegarse a tal desarrollo, es decir, no puede llegarse a un desarrollo humano, sin el contacto social en los primeros años de la vida. “La unidad familiar tiene la capacidad de mejorar las tensiones y las dificultades de la vida diaria para los diferentes miembros de dicho grupo” (Gisper 1983, pp.59-61). Transmite costumbres de la cultura en la que todos viven y proporciona, a través de los padres, apoyo emocional que ayuda al progreso de los hijos; la familia también ayuda a los padres a determinar cuales son los valores que deberán transmitir a los hijos. Las familias hacen frente a las tensiones de diversas maneras. A veces comparten entre sí las preocupaciones; se complementan en los deseos, las aspiraciones y las formas de comportarse.

La familia en relación con la enfermedad:

Se ha postulado que la interacción entre el individuo enfermo y su familia ocurre en una serie de subsistemas que incluyen a la persona, a la familia, a la comunidad y al sistema de valores de cada uno de estos elementos. Dentro de este mismo contexto podemos mencionar que los factores económicos también intervienen en la dinámica familiar. La tensión económica obliga al individuo a cambiar de auto estimación personal, provoca angustia y depresión, precipita rupturas dentro de marco familiar y social y desorganiza la vida familiar. Además, la tensión económica puede agregar una carga adicional o tensiones sociales y familiares que ya existían (p. 81).

Todo estado patológico, cualquiera que sea su gravedad y carácter, es percibido por quien lo padece y por su grupo de pertenencia (familia y sociedad) como un estado negativo. La enfermedad está asociada a la debilidad, a la inseguridad, a la ansiedad ante posibles complicaciones futuras y ante consecuencias del presente, a la amenaza de nuevos conocimientos y al sufrimiento sabiendo que éste se caracteriza por ser de dos tipos el inevitable y el innecesario. Gisper en “Enciclopedia de la Psicología Edad Adulta” señala que todo este cúmulo de sentimientos negativos hace que, muchas veces, la enfermedad sea en un principio negada, presentándose la ocultación y disminución de los síntomas, optimismo negativo en cuanto al carácter pasajero o posibilidad de curación espontánea del mal. El paciente y su familia cercana, suelen temer al diagnóstico y al tratamiento, esto los lleva a resistirse a aceptar la presencia de la enfermedad como un hecho crítico que debe ser tratado por personal especializado (p.82). “Como han confirmado numerosos estudios de investigación, el ámbito sociofamiliar, por su capacidad de apoyo, es un significativo promotor de la salud, tanto física como psicológica, y un factor estrechamente relacionado con la recuperación de la enfermedad” Saranson (citado en S. Duck, 1997). “El apoyo familiar y social supone un complejo proceso que implica una interacción entre estructuras sociales, relaciones sociales y atributos personales” (Heller 1983, p.87). Dentro del mismo, el apoyo mutuo proporcionado por los miembros de la familia y las relaciones familiares juegan un papel único. De hecho, “la mayoría de las redes sociales de las personas está constituida por miembros de la familia y muchos de los sentimientos de las personas en cualquier estructura social, tienen que ver con su interacción con miembros de la familia” Sarason (citado en J: Buendía 1999, p.19). Por ello, actualmente los investigadores se interesan por estudiar los procesos del apoyo social que afectan a la salud de los sujetos dentro de

la familia y por encontrar el tipo más eficaz de apoyo en el contexto de las relaciones familiares. “Todo ello no hace más que poner de manifiesto la gran importancia que tiene el que se conozca y se valore la influencia de la familia y del medio social en los problemas del paciente y el que se establezca la adecuada colaboración entre todos los recursos sanitarios y sociales de la comunidad” (Gómez 1996 p.42). “Independientemente del concepto que se tenga del apoyo social, no hay duda de que las relaciones personales íntimas específicas, principalmente las relaciones familiares, juegan un papel importante un “contacto social significativo” en proporcionar apoyo para aumentar la salud”, (Cassel 1976) esta expresión de apoyo favorece cualquiera de las siguientes creencias: a) ser importante para otro y amado; b) Ser estimado y valorado y c) pertenecer a una red de comunicación y obligación mutuas en la que, en caso de necesidad, puede contarse con la ayuda de otros. La familia es el primer y más influyente contexto para este tipo de creencias (p.110). En estos casos las familias presentan además características comunes y específicas como: falta de conocimiento de la problemática del paciente, falta de orientación psicológica y apoyo emocional a la familia y al propio paciente, alteración de la dinámica familiar, inversión de roles, presencia de signos de depresión que inician con enojo, frustración, desesperanza hasta llegar a una verdadera depresión que proyecta la presencia del vacío existencial. También se observan algunas características específicas como baja autoestima, dependencia, aislamiento, agresividad o ansiedad y la pérdida del sentido de la vida. La presencia de estos rasgos psicológicos y conductuales en la familia de un paciente con secuelas de E.C.V. que se encuentra en proceso de rehabilitación, se puede convertir en un obstáculo difícil de superar, si no se aborda de una manera psicoterapéutica adecuada a las necesidades de los pacientes que sufren enfermedades crónicas como una

Enfermedad Cerebro Vascular; se consideró que el manejo logoterapéutico puede apoyar a estas familias.

### 1.2.3 Logoterapia:

La logoterapia es una corriente psicológica existencialista llamada por muchos autores la tercera escuela vienesa de psicoterapia, su aplicación está basada en el estudio de Víctor E. Frankl que se centra en el hombre y en la búsqueda de su ser. “Es una psicoterapia que mira al futuro, a los cometidos y sentidos que el paciente tiene que realizar en el futuro. Logos significa: sentido, significado, propósito. “La logoterapia es una respuesta llena de esperanza, pues se aplica en casos donde la falta de recursos económicos y la falta de tiempo impiden una psicoterapia prolongada” (Lukas, 2000 p.9). Además por ser una corriente que se basa en valores, es una alternativa para ayudar a familias de pacientes que padecen de enfermedades crónicas, como menciona la doctora Lukas (discípula de Víctor Frankl) “al sufrimiento quisiéramos desaparecerlo, evadirlo, ignorarlo, pero difícilmente incluirlo, enfrentarlo y aceptarlo” (Lukas, 2000 p.9). El apoyo que la logoterapia da a los familiares cercanos al paciente con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular, permite que éste sea visto con paciencia, con dignidad, confiriéndole un sentido al sufrimiento que vive la familia y el paciente mismo.

Víctor Frankl desde hace años, vinculó nuevos métodos psicológicos desarrollando un género nuevo de orientación científica. Él ha podido vincular lo psicológico y lo psicoterapéutico con lo filosófico “desarrollando en la logoterapia una teoría constante no reduccionista y una práctica psicoterapéutica efectiva que ha podido incluso, desarrollar técnicas propias tanto de diagnóstico como de tratamiento” (Lukas, 1996).

La implicación social se refiere al vínculo del desarrollo de una metodología aplicada dentro de un grupo familiar que se encuentra afectado por la presencia de un paciente con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular, siendo el manejo del sufrimiento de este grupo, la razón primordial para la aplicación de la logoterapia.

Existencialismo y logoterapia:

Todos los autores existencialistas concuerdan en usar el método fenomenológico al abordar un tratamiento con un paciente, “esto significa entrar en el mundo de su experiencia y escuchar los fenómenos que relata sin ningún prejuicio previo que distorsione la comprensión” Yalom (1984) citado en Frankl (1989), sino de una forma empática con la utilización del método del Diálogo Socrático. En el Material de trabajo: Especialización en logoterapia. Teoría y Práctica de la entrevista logoterapéutica I y Supervisión (s.f.) del Instituto de Ciencias de la Familia, al respecto señala que el Diálogo Socrático es la herramienta más útil y la que se usa con más frecuencia en la logoterapia, (p.76) juega un papel importante en el proceso del autoconocimiento, a la vez permite el acceso al camino espiritual. Este diálogo no es una discusión intelectual, ni una argumentación y menos aún una manipulación, sino que es una enseñanza-aprendizaje de las experiencias útiles que se dan entre el paciente y el psicoterapeuta, la meta es ayudar al que busca ayuda a sentirse bien por el hecho de encontrar algo significativo. Durante este diálogo, el psicoterapeuta recoge ideas y sentimientos del paciente haciéndole preguntas basadas en lo que él expresó, son como logopistas que encuentra en las palabras que escucha. Una logopista es una frase o una palabra con significado inclusive no verbal expresada en un tono relevante (p. 77). Dentro del diálogo Socrático existen algunas frases de apertura ya establecidas como: \* Háblame de algo bueno y nuevo en tu vida. \* Dime alguna vez que fue difícil pedir ayuda pero lo

hiciste de todas maneras. \*¿Qué te haría sentirte bien? \*¿Qué te detiene para hacer las cosas que te harían sentirte bien? (p. 79). El psicoterapeuta escucha cuidadosamente las respuestas y elige o escoge la información más importante. En logoterapia el que ayuda es más activo que en otras terapias.

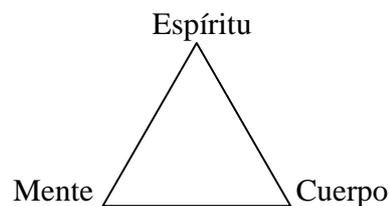
La teoría que Víctor Frankl desarrolla, al estar fundamentada sobre la tradición existencialista, toma en cuenta las limitaciones humanas y la dimensión trágica de la existencia. May (1978) citado en Lemus:[<http://www.logoforo.com>] señala que es un gran optimista pero no basa ese optimismo en la negación u omisión de las limitaciones sino en la posibilidad de trascender y de encontrar sentido, incluso en la tragedia. Intuye que el sufrimiento puede no ser en vano, puede abrir nuevas y profundas perspectivas en la persona y transformarse en un logro personal. Lemus, en “Similitudes y diferencias entre la psicoterapia existencial y la psicología humanista” [<http://www.com>] et al. al respecto señala que Frankl menciona el concepto central de su teoría –el sentido de la vida- desde muy temprano, pero es en los campos de concentración donde lleva a la práctica su teoría. Las auténticas facultades humanas de la autotrascendencia y el autodistanciamiento fueron verificadas y convalidadas en forma existencial en los campos de concentración. Este empirismo en su más amplio sentido de la palabra confirmó “la voluntad de sentido” y la auto-trascendencia y sus efectos terapéuticos. Parte de su persona responde a través de su vivencia a la pregunta que, como psiquiatra, intenta responder: “¿Cómo puede uno despertar en un paciente el sentimiento de que tiene la responsabilidad de vivir por muy adversas que se presenten las circunstancias?” (Frankl, 1989). “De acuerdo con la logoterapia, la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida” (Frankl, 1996).

Cada ser humano se enfrenta al sentido de su propia vida para luego rectificar la orientación de su conducta. Es la propia persona la que debe descubrir el sentido de su existencia. En esto “la voluntad” interviene siempre, (Frankl, et al.1996) para cumplir un sentido potencial o bien para perderlo. Intenta conseguir que el paciente vea el mundo como realmente es, no intenta emitir ningún juicio, debido a que la verdad se impone por si misma. La logoterapia se centra en tres modos de encontrar el sentido de la vida: a) Por el sufrimiento b) Realizando una acción c) Teniendo algún “principio”.

A su vez, se encuentran cinco fases las cuales son: 1) Autodistanciamiento, permite que la persona pueda verse de afuera hacia su interior. En esta fase se aplica el Diálogo Socrático. 2) Auto descubrimiento, se impone como importante el conocer quién soy, identificando cualidades, defectos y potencialidades. 3) “Cambio de actitudes, una actitud puede definirse como hábito de pensamiento que se refleja en un comportamiento” (Fabry, 2000 p.30) el cambio de actitudes permite que te observes controlando tus propias situaciones y no como una víctima de estas mismas situaciones. 4) Trascendencia, se origina en compromisos que trascienden los intereses personales o del “yo” hacia seres a quienes servir o seres a quienes amar. 5) Suprasentido, se refiere al reconocimiento de un Ser Divino, es cuando el hombre permite que el espíritu trabaje abriéndose una ventana espiritual... Una meta en logoterapia es la búsqueda del suprasentido. El licenciado José Luna (1999) et al. al respecto señala que la logoterapia espera que el paciente recupere su capacidad de sufrir, si fuera necesario y de encontrar un sentido incluso al sufrimiento. Al aceptar el reto de sufrir valientemente, la vida tiene hasta el último momento un sentido y lo conserva hasta el fin (p.28). La logoterapia es una corriente que se basa en valores, una alternativa para ayudar a familias de pacientes que padecen de enfermedades crónicas.

Los términos como depresión noógena son utilizados en logoterapia, la depresión noógena nace entre los principios morales distintos, los cuales son aspiraciones humanas por una existencia significativa y la frustración de este anhelo, no todos los conflictos son necesariamente neuróticos, pueden ser más bien una “angustia espiritual”.

El “ser” está conformado por tres aspectos básicos:



#### 1.2.4 Dimensión noética o espiritual:

Dentro de estos tres aspectos la dimensión noética o espiritual, contiene los pilares sobre los que se apoya la logoterapia. “El self noético o espiritual del hombre no puede enfermar, no puede morir, existe más allá de los límites del espacio y del tiempo” (Guttman, 1998) es de opinión que la dimensión noética contiene la esencia de la vida. Esta dimensión es donde adoptamos decisiones, determinaciones (incluso contra las limitaciones del cuerpo y la psique), nuestro núcleo sano, al no enfermar, se bloquea por la enfermedad biológica o psicológica, es entonces tarea nuestra como psicólogos eliminar el bloqueo y permitir al espíritu humano cumplir sus obligaciones y quehaceres (p.41). Guttman et al. (1998) al respecto señala que todos estos recursos del espíritu humano pueden ser empleados por el individuo para contrarrestar la enfermedad y los traumas que la vida acarrea.

La espiritualidad se suma a los recursos internos de una persona, se hace patente sobre todo en los pensamientos y sentimientos, alimenta la propia identidad y nos ayuda

a desarrollar la sabiduría. La logoterapia dice que la forma de mejorar la conducta de las personas es en primer lugar y por encima de todo la remoralización y la rehumanización del ser humano. Dentro del marco de la logoterapia lo “espiritual” no tiene una connotación religiosa sino que se refiere a una dimensión específicamente humana (p.46). El significado de la vida, el significado del momento y el supra significado son parte de la dimensión noética o espiritual y contiene esos valores que guían nuestros pensamientos, sentimientos y conducta (Guttman, 1998). La dimensión noética es un ingrediente poderoso en la unidad de todo el hombre (p.54).

De Barbieri (s.f.) [[www.logo-terapia.com](http://www.logo-terapia.com)] al respecto señala acerca de la espiritualidad y la trascendencia que esta dimensión espiritual es una capacidad que trasciende la variedad de las diferentes clases de ser. El hombre experimenta esta capacidad como una “libertad frente a su ello (impulsos)”, y una capacidad “de desprenderse de si mismo”. Lo importante entonces es esta libertad, una libertad para ser responsable. El hombre descubre esta dimensión espiritual en cuanto la busca.

“La dirección espiritual comprensiva y exigente, paciente y estimulante constituye una poderosa ayuda para el encuentro consigo mismo de forma íntima, el principio de lo verdadero al que ajustar y adaptar la propia vida, cuando descubrimos la verdad de quienes somos y de lo que debemos hacer con nuestras vidas, sólo entonces comenzamos a ser libres. Young (1998) al respecto señala que la espiritualidad invita a reflexionar pero no empuja ni impulsa. Esta libertad se muestra en la voluntad humana, o sea, en la capacidad de tomar decisiones que cada uno tiene. Esta facultad existe en el ser humano como una orientación a crecer, a realizarse. No es un impulso a buscar un placer y/o el poder, sino una razón para ser feliz. Esta “razón” está definida como un sentido que el ser humano tiene que buscar y encontrar por su propia cuenta. Nadie

puede darle este sentido simplemente porque viene por medio de las propias decisiones. Dada la unicidad e irrepitibilidad de cada uno nadie puede apropiarse del sentido de otro. Cada uno tiene su propia voluntad de sentido. En este mundo el ser humano realiza su propia existencia a través del uso libre, responsable y consciente de todas sus facultades. El ser humano sufre de todo tipo de enfermedad y del malestar consciente de que la muerte lo espera. Sufre directa o indirectamente teniendo que compartir el sufrimiento de otros. Experimenta también la tensión que viene de la conciencia de tener que encontrar iniciativas para responder al sufrimiento y para desarrollar las capacidades que tiene.

Todo esto llega al hombre como un desafío, una tarea y más importante, una responsabilidad. Es un ser en camino, invitado a hacerse cargo de toda su realidad. La ignorancia de esta totalidad o de cualquiera de sus partes o cualquier intento de manipuleo hace que el ser humano caiga en un vacío existencial, (Young et. al. 1998) se refiere a una frustración que viene de la falta de un sentido que él o ella tiene que encontrar por su propia cuenta. Por eso “el sentido no solo debe, sino que también puede ser encontrado, y para encontrarlo el hombre es guiado por la conciencia. Esta orientación hacia el deber implica la auto-trascendencia. Para los que la tienen, la vida se transforma en misión. Las situaciones más difíciles de la vida forman la prueba más grande de este acontecimiento. De ésta brota la esperanza. Tener una 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.

Las necesidades espirituales de las personas con Enfermedad Cerebro Vascular, están relacionadas con la búsqueda de significado y propósito en la vida, los cuestionamientos acerca del dolor, el sufrimiento, la muerte y la afirmación de valores

de creación, experiencia y actitud. Ante situaciones dolorosas e inevitables como la enfermedad, la aceptación y el adecuado manejo del dolor, ayudan a disfrutar el día a día a pesar de su condición. La dimensión noética o espiritual de la persona con E.C.V. cobra especial importancia cuando por el proceso de enfermedad se afecta la adaptación a su ambiente con el consecuente impacto negativo en la ocupación. “Es a través de la espiritualidad que la persona puede trascender los problemas de orden físico, psicológico y sociofamiliar asociados a la enfermedad” (Jaimes, 2002).

La dimensión espiritual aplicada en pacientes con enfermedades crónicas:

“En 1992 Blain, Townsend, Krefting & Burwash presentaron una definición de la espiritualidad pertinente al desempeño ocupacional, allí sugieren que la espiritualidad de la persona es su verdadera esencia y que esta se conecta con todas las cosas y experiencias de su vida. Afirman que para mantener el bienestar espiritual el individuo debe permanecer en conexión con el sí mismo, con los otros y con el resto de la creación, como también permitirse expresar su verdadera naturaleza” (Jaimes, 2002). La espiritualidad, según la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional (CAOT) es “una visión del yo en el futuro”, (Jaimes, et al. 2002) entendido el individuo como un todo, un ser holístico compuesto por la interacción compleja de factores que incluyen componentes dentro de la persona, se requiere explorar el significado que le da a las experiencias diarias y las actividades que le ofrecen significado a su sí mismo y a su vida.

El concepto de espiritualidad también ha sido trabajado dentro del modelo práctico de la atención centrada en el cliente donde se ve la espiritualidad como un componente esencial del individuo quien está en una interacción dinámica entre mente y cuerpo, es la que da la visión del propósito de vida en cada persona y se considera que dicha

expresión se va configurando a través de los procesos de socialización de los sistemas de creencias y de valores. En esta práctica, la inclusión de lo espiritual admite la visión positivista del hombre, (Jaimes, et al. 2002) dándole importancia al sentido del yo de la persona, sus creencias sobre su poder y control y el significado que le da la vida, componentes que se adquieren por la interacción con el ambiente y se estructuran internamente. Jaimes (2002) al respecto señala que esta dimensión espiritual del individuo no es simplemente un componente de su ser, sino que implica al sí mismo, pues cada persona es un ser es espíritu, que lo hace parte integral del universo y existe y permanece como un todo a pesar de una enfermedad o lesión. Se cree que cada individuo tiene un mundo intrínseco que lo motiva a la acción.

Dimensión espiritual que se puede integrar tanto en estados de salud como de enfermedad, también ante una crisis espiritual donde la persona entra en el cuestionamiento de sus creencias, valores y propósitos, crisis que se puede ligar a los cambios implícitos en los procesos de rehabilitación (p.31). Brendan Howar y Jay R. Howard (1996 citado en Jaimes 2002) refieren que los procesos terapéuticos pueden ser vistos como “jornadas de reconciliación y transformación espiritual”, pues el significado asociado a la ocupación ofrece una dimensión espiritual.

La familia debe diseñar experiencias de acción que partan de los intereses, necesidades y del sistema de creencias y valores de su familiar con la enfermedad crónica (ECV), teniendo presente que a pesar de la discapacidad existente la persona es consciente de su deber y derecho a tener una vida con propósito y significado, o bien de resignar su dimensión espiritual. Jaimes (2002) al respecto indica que ¿como se puede convertir la actividad terapéutica en una experiencia de crecimiento espiritual? aspecto dado en parte por la misma calidad de vida y significaciones internas que posea el

terapeuta, por un componente espiritual que además de existir dentro de sí sea congruente con su sí mismo, por acciones que involucren al otro o bien al propio usuario como ser en transformación y por su capacidad de llevar una existencia creativa, de lo contrario actuará como terapeuta desligada de su condición humana, negándose posibilidades de aprendizaje y crecimiento (p.35). La logoterapia, ésta se propone acompañar al hombre en búsqueda de sentido y ayudarlo a que viva de acuerdo a una escala de valores propia que le de seguridad, coherencia, autoestima y un proyecto de vida auto-trascendente. La logoterapia insiste en que la psicoterapia “englobe en su imagen del hombre la totalidad de ser hombre, mantiene que puede captar esta “totalidad” en una “ontología dimensional” que considera al hombre como un ser bio-psico-espiritual que vive en comunidad y abierto a la trascendencia.

La visión de la persona humana:

Para Frankl: a) La persona no se puede subdividir, ni escindir porque es una unidad. b) El hombre no es sólo una unidad, sino que es también una totalidad. c) “Cada persona es absolutamente un ser nuevo” (Galeano, 1989). d) La persona es espiritual. La persona es un fin en sí mismo y no un medio; por eso no le compete el tener un valor utilitario, sino el tener dignidad. e) La persona no está determinada por sus instintos sino orientada hacia el sentido. f) La persona es yoica, o sea no se halla bajo la dictadura del “ello”. g) La persona no es sólo unicidad y totalidad en sí misma, sino que representa un punto de interacción, (De Barbieri (s.f.) [Celae logoterapia.com.uy] es de la opinión que un cruce de tres niveles de existencia: lo físico, lo psíquico y lo espiritual. h) La persona es dinámica y tiene capacidad de distanciarse y apartarse de lo psicofísico. Existir significa salirse de sí mismo y enfrentarse consigo mismo. i) El animal no es persona, puesto que

no es capaz de trascenderse y de enfrentarse a sí mismo. j) La persona no se comprende a sí misma sino desde el punto de vista de la trascendencia.

Del homo faber al homo patiens:

De Barbieri (s.f.) señala que el homo faber –escribe Frankl- es exactamente lo que se denomina una persona de éxito; sólo conoce dos categorías y sólo piensa en ellas: éxito y fracaso”. El homo faber llena de sentido su existencia produciendo. ¿Cómo una persona así podrá soportar la vida, cuando a causa de una enfermedad ni siquiera se le concede la posibilidad de tomar las riendas de su propio destino? En tal caso cuando ya no es posible acción alguna-, parece lógico que el “homo faber” se desespere –un objetivo con el que no había contado en su proyecto vital- y renuncie a seguir viviendo. El homo patiens, por el contrario es aquel que ha optado por actitudes valiosas, en lugar de por la realización en sí de sólo valores creativos. El homo patiens es consciente de que puede realizarse hasta en el fracaso más rotundo y en el descalabro más extremo. Para el hombre doliente el no desesperarse constituye ya un modo de realización, se realiza a pesar del aparente fracaso. En el ámbito clínico las anteriores actitudes ante la enfermedad tienen una gran relevancia (De Barbieri et al. (s.f.). El homo faber suele responder ante las limitaciones del sufrimiento o rebelándose con odio –por falta de sumisión- o renunciando a luchar contra ella –por falta de valor-; en cualquier caso, no acepta aquello que le sucede y, sobre todo, no obtiene de ello ningún valor.

“Por el contrario, el hombre doliente encuentra en el sentido de su sufrimiento no sólo una dignidad ética sino además una dignidad antropológica que es lo que en verdad le realiza personalmente” (Frankl, 1994). El hombre doliente descubre en el sufrimiento y la tristeza la posibilidad de sacrificio voluntario, donde se le revela que la esencia del hombre consiste en ser una persona que se entristece y sufre. La tristeza representa un

sentimiento vital doloroso y paralizador que se experimenta ante la pérdida de un bien, se considera como sufrimiento psíquico. La tristeza manifiesta dos peculiaridades:

a) Una deficiencia de plenitud en cualquiera de las esferas que conforma la existencia (física, psíquica, social o espiritual). La tristeza como un termómetro existencial nos evidencia que algo no marcha bien en nuestra vida. b) Pescador (s.f.) en su libro “No te rindas ante la droga” dice que representa un factor negativo en la dinámica existencial, que paraliza o dificulta el desarrollo de las energías y cualidades madurativas del ser humano. Es importante profundizar en el conocimiento del dolor y del sufrimiento, como sentimiento contrario a la alegría, debido a que no todo el dolor es malo ni toda alegría es buena. El sufrimiento y la tristeza bien aceptados pueden ser principios de salud psíquica (p.16). El sufrimiento forma parte de la tríada trágica, la cual está conformada también por la culpa y la muerte.

#### 1.2.5 La Tríada Trágica:

El sufrimiento:

“El sufrimiento es una reacción del organismo vivo ante aquello que lo afecta. Remite a la vida, por más doloroso que resulte soportarlo, y mueve al sujeto a ponerle fin” (Arfouilloux, 1995 p.18). El Sufrimiento es una de las realidades más conflictivas de la experiencia humana, ya que desafía nuestro sentido de búsqueda de paz y felicidad. Su impacto es tan grande que solo cobra significado en lo más profundo del ser humano, el espíritu, el cual queda desvelado y al descubierto al encontrarse la persona en situación límite. El sufrimiento contiene una dimensión psicológica y espiritual que se añade al dolor físico. Le Breton (1999): Entiende el sufrimiento como significación que un individuo da a una experiencia que percibe como dolorosa. Afirma que siempre que

un individuo tiene una percepción dolorosa le atribuye un significado, no hay dolor sin sufrimiento, es decir, sin la atribución de un significado en este caso afectivo.

a) Significado del dolor:

El doctor Juan Pescador (s.f.) al respecto señala que ningún ser humano puede eludir el dolor que se presentará tarde o temprano, en cualquiera de sus modalidades: corporal o anímico, físico o moral. El dolor es uno de los pocos módulos en los que se mide y revela de forma inconfundible el verdadero valor de un hombre, según y como se pronuncie en el hombre, contribuirá a la edificación de su estructura interna hacia su madurez, o lo derribará hundiéndolo en una experiencia configurada por egoísmo y amargura. El dolor como toda forma de sufrimiento, al provocar privaciones, comporta, en el fondo, cualquiera que sea su causa y su expresión, un elemento reactivo bipolar. El dolor puede conducir tanto al egoísmo como a la generosidad, a la contracción de la vida, a la apertura de sí mismo y a las posibilidades espirituales del hombre. “El dolor cumple unas funciones de gran trascendencia en el complicado mundo psicológico del hombre” (Pescador (s.f.) et al.p.18). Entre estas funciones sobresalen tres de especial importancia:

El dolor como estímulo de madurez: Nada esencial prospera en la vida sin dolor. Cuando el humano sufre, debe centrarse cada vez más en el núcleo de su personalidad y lo invitan a pasar de lo falso a lo auténtico, de lo trivial a lo verdaderamente sustancial del ser humano, estimulando al hombre a avanzar por el camino de la madurez. En el dolor se desvanece la ilusión de que todo en la vida responde al orden de lo placentero; madurez es libertad.

El dolor como experiencia de limitación: El dolor nos recuerda la limitación de nuestro ser, desbarata las ilusiones con las que tratamos de encubrir el verdadero

carácter de nuestra naturaleza, facilita el reencuentro de los criterios con los que se calibra la verdadera humanidad.

El dolor como anticipación de la muerte: El dolor puede estimular al hombre a aferrarse a los valores materiales amenazados la muerte no nos aguarda solo al final de la vida, esta presenta a los largo de toda la vida y “Levanta la cabeza” en cada dolor. El que sabe pronunciar un “sí” sincero con voluntad de sentido- al dolor, (Pescador (s.f.) et al.) abraza espontánea, consciente y libremente su ser para la muerte y para la vida que ha sido impuesta (p.19). Para Víctor Frankl: El Sufrimiento alberga muchas posibilidades de sentido, y una de ellas, es que comprendemos mejor el sentido de nuestra dignidad antropológica y en consecuencia de nuestra trayectoria humana para conducirnos a una sólida y verdadera felicidad.

“El sufrimiento “normal” o auténtico es aquel que se vive ante el destino inevitable, absurdo y doloroso. Es aquel que debe despertar la búsqueda de los valores del tercer orden: los actitudinales. En el sufrimiento auténtico, inevitable, se disminuye el exhibicionismo, no se hace un espectáculo del sufrimiento” (Luna, 1999). En el dolor y sufrimiento sin esperanza, difícilmente se vislumbra una meta que valga la pena perseguir, pero aún así, la elección de actitud permanece abierta. A menudo el sufrimiento nos deja sin esperanza. Nos sentimos impotentes cuando enfrentamos una situación fatal; la muerte de una persona cercana, una enfermedad incurable, o un destino injusto. Lo que causa gran desesperación en el aparente sin sentido de la situación y nuestra propia impotencia. Pero el sentido se puede encontrar detrás de cada sufrimiento, y cada crisis ofrece la oportunidad para una nueva y más saludable actitud.

El ser humano sufre de todo tipo de enfermedad y del malestar consciente de que la muerte lo espera. Sufre directa e indirectamente teniendo que compartir el sufrimiento

de otros. Experimenta también tensión que viene de la conciencia de tener que encontrar iniciativas para responder al sufrimiento y para desarrollar las capacidades que tiene.

“El sufrimiento alberga muchas posibilidades de sentido: un rango de valor muy superior a la posibilidad de sentido del producir. El hombre doliente hace suya la afirmación de Goethe de que “no existe ninguna situación que no se pueda ennoblecer o por el actuar o por el soportar” ( Barbieri: (s.f.) Celae. logoterapia.com.uy). “En la vida real el sufrimiento de otro ser humano conmueve una cuerda profunda en el interior de nuestros corazones. Porque sabemos que tal destino puede ser también el nuestro, y si no es el nuestro, el destino de algún ser querido” (Guttman, et al. 1998 p.65). En logoterapia la auto-trascendencia, el auto-sacrificio, el sufrimiento y el dolor son verbales; para otros autores “se reconocen tres tipos de sufrimiento: 1) El asociado a un destino inalterable. 2) El que llega como resultado de una experiencia emocional dolorosa y 3) El que surge de una vida sin significado” (Guttman, et al. 1998).

El asociado a un destino inalterable: Guttman et al, 1998), es de la opinión que un hijo adulto por ejemplo, puede sufrir cuando esté presente alguna de estas condiciones en relación a sus progenitores, es decir, el progenitor puede tener una enfermedad [crónica como un ataque cerebral], ha experimentado una experiencia emocionalmente dolorosa, el progenitor una vez que ya no pueda trabajar o cumplir las tareas que previamente le proporcionaban finalidad y satisfacción.

Para Frankl el sufrimiento innecesario o carente de motivo es solo masoquismo, señala que el hombre está dispuesto a acoger sobre sus hombros cualquier sufrimiento tan pronto como pueda apreciar algún significado en él. Porque sin este descubrimiento el sufrimiento puede convertirse en desesperación y auto- destrucción (p.66).

La logoterapia se encarga de que los enfermos inviertan las energías mentales que necesitan para la recuperación y para la activación del poder curativo de enfermedades crónicas.

El sufrimiento que se deriva de una experiencia emocionalmente dolorosa: Las experiencias emocionales pueden causar tanto sufrimiento como el dolor físico. “El sufrimiento deja de ser sufrimiento en alguna medida en el momento que adquiere un significado, como el del sacrificio” Frankl (1962 citado en Guttman, 1998).

El sufrimiento que surge de una vida sin significado: “Una vida inútil, vacía de propósitos o metas puede conducir a lo que la logoterapia de Frankl ha denominado “vacío existencial” (Guttman et al. p.69). Una vida vacía causa dolor y sufrimiento, este tipo de sufrimiento tiene una finalidad, dice Frankl, nos previene de la apatía, el sufrimiento nos hace madurar, crecemos por él, nos hace más fuertes.

Nadie puede escapar definitivamente del dolor, del sentimiento de culpabilidad y por supuesto, nadie vive para siempre. Las enfermedades causan mucho dolor a unos y a otros, porque todos los seres humanos están regidos por el terrible poder del sufrimiento. La única capacidad del ser humano que supera las circunstancias limitadoras del dolor y sufrimiento inevitables y que convierte la tragedia humana en un éxito, es el poder del espíritu humano.

El doctor Cousins ha recogido los temores de aquellos que padecen una enfermedad terminal y especialmente una enfermedad crónica. “Según Cousins, los temores que causan un sufrimiento indebido a los pacientes son los siguientes:

a) El miedo a ser inútil constituye una enfermedad en sí misma” (Guttman, et al. 1998 p. 60). b) El miedo a no ser capaz de funcionar en el futuro con la misma normalidad anterior actúa como un muro entre el mundo exterior y el enfermo. c) La resistencia

del enfermo a quejarse, por temor a ser etiquetado de “quejista”. d) La insistencia en no “convertirse en una carga para la familia”, le conduce al aislamiento. e) El conflicto entre la necesidad de estar solo y el terror a la soledad. f) La falta de autoestima, este sentimiento inconsciente de que la enfermedad es la prueba de no estar preparado para la vida. g) El temor a las decisiones adoptadas a sus espaldas, que no se haya dado toda la información que quiero saber y, al mismo tiempo, el miedo a saber la verdad. h) El vacío emocional del contacto humano, de una sonrisa o un abrazo, de todos esos vínculos humanos que la ciencia nunca llegará a sustituir (p.60).

b) Aceptación del sufrimiento:

Para Frankl, el valor y el mérito del sufrimiento está en relación proporcional con la capacidad de saber aceptarlo, no con disposiciones tristes y exasperadas, sino con actitud positiva y de sentido, hecho que sucede cuando somos conscientes de que es un factor que incrementa y desarrolla la personalidad, la hace más fuerte y equilibrada, y también más comprensiva del dolor ajeno. Pero esta libre y positiva aceptación del sufrimiento, no significa que el sujeto doliente se sumerja en sus sufrimientos por una especie de atracción, rechazando sin más, cualquier posibilidad de ser amortiguado o evitado, como respondiendo a las exigencias de una personalidad masoquista o desquiciada. “El mérito de aceptar libremente el sufrimiento no se debe interpretar el asumir voluntariamente un dolor o sufrimiento que se podría evitar.

“El como se sobrelleva un sufrimiento ineludible, encierra ya un sentido del sufrimiento” (Rialp, 1965 p.68). “Lo esencial en la forma de su disposición es “el como” se sobrelleva el sufrimiento para poder vislumbrarse un sentido con significado, de lo contrario, se interpretará como un acontecimiento absurdo y sin sentido, destructivo de la persona, como un odiosa causa de tristeza y desesperación” (Frankl, 2000, p.87).

Cuando el sufrimiento se concibe como algo inexplicable y pavoroso, sin posible justificación, se intenta enmascararlo por todos los medios y el rechazar sistemáticamente el sufrimiento y el sacrificio que inevitablemente la realidad nos demanda, se puede conseguir al precio de aceptar una vida falseada en sus cimientos (Rialp, 1965). Es indudable que el sufrimiento, cuando adquiere un sentido superior y se acepta como un hecho normal y positivo de nuestras existencias, se constituye en una fuente inagotable de enriquecimiento y progreso en todos los órdenes (p.68). “La logoterapia es especialmente apta para manejar cuestiones de culpabilidad, sufrimiento y muerte. Porque cada una de éstas contiene muchas oportunidades para la auto-trascendencia y para el descubrimiento del significado de la vida” (Guttman, et al. 1998 p.60).

#### La Culpa:

“La culpa es un gran sufrimiento, y más dolorosa, porque es causada por nosotros mismos” (Luckas, 2000 p.99). Los sentimientos de culpabilidad persisten en los hijos adultos debido a que el equilibrio entre expectativas y conducta real rara vez suele ser exacta. Al atender a un progenitor cuando enferma, rara vez se escapa del sentimiento de culpabilidad. Estos sentimientos aumentan cuando las expectativas por parte del progenitor o del hijo no pueden ser satisfechas. Los hijos también pueden sentir culpabilidad por no atender tanto como podrían a su progenitor necesitado.

Hay multitud de factores estresantes en las relaciones progenitores-hijos que producen culpabilidad: la inversión de roles y los sentimientos de dependencia (Guttman, et al. 1998) que pueden ser rechazados o a los que pueden resistirse padres e hijos, las tensiones asociadas cuando se debe compartir el domicilio si esto no se hace voluntariamente. Algunos de estos motivos de estrés pueden estar relacionados con los

residuos de conflictos previos entre progenitores-hijos y de tensiones que aún permanecen sin resolver, y pueden causar sentimientos de culpabilidad en ambas partes. Las exigencias laborales y la atención al enfermo que debe prestar el responsable, que en la mayoría de casos suele ser la hija o nuera del enfermo, y las necesidades de los progenitores ancianos y las necesidades de los propios hijos puede ser otra fuente de sentimientos de culpabilidad (p.61).

En logoterapia se diferencian tres tipos de culpabilidad: real, neurótica y existencial. La culpa real surge de la realidad y presenta a su vez dos modalidades:

a) Sentimientos de culpabilidad derivados de algún acto que se cometió y fue básicamente erróneo. Esta es la “culpa por comisión”. b) La culpabilidad que se siente porque algo que se suponía debía ser hecho no se ha efectuado. Esta es la “culpa por omisión” (p.62).

La culpabilidad neurótica es aquella que siente una persona sin haber cometido ningún mal. La culpa neurótica está causada por intención o el deseo de hacer algún mal. Esta intención tiene profundas raíces inconscientes en la mente de la persona. Cuando alguien desea secretamente la muerte de un progenitor anciano o discapacitado, (Guttman, et al. 1998) y el progenitor muere repentinamente por causas naturales, entonces la persona que deseaba la muerte experimenta culpa por haber “matado” al progenitor y puede obsesionarse con su sentimiento de culpa. Tal culpa no tiene una causa real, pero la persona culpable no puede librarse de los sentimientos (p.62).

La culpabilidad existencial es diferente de la culpa real y de la culpa neurótica. Sentimos sus efectos como confusión, vacío, inquietud y falta de significado que constituyen el “vacío existencial” en nuestras vidas. Las tres áreas donde se expresa la culpa existencial se relacionan con nuestra desatención de las necesidades del self, de los

otros y del mundo que nos rodea. En el primer momento: sentimos culpa existencial porque no logramos satisfacer nuestra necesidad personal en ninguna de las esferas física, intelectual ni espiritual de nuestras vidas la segunda: es el que se relaciona particularmente con la responsabilidad filial del sujeto. Esta área se refiere a la responsabilidad de entenderse a sí mismo, de relacionarse positivamente con la otra persona, de percibir al otro en su plenitud humana. La culpa existencial puede reconvertirse en una búsqueda del cumplimiento de la llamada a aceptar la responsabilidad hacia otros. Puede ser una experiencia positiva para nosotros si estamos dispuestos a reconocer y adoptar la responsabilidad que la vida coloca en nuestro camino (p.63). La tercera: es cuando nos negamos a relacionarnos con la naturaleza, con el mundo en que vivimos y cuando rechazamos nuestra responsabilidad sentimos culpa existencial. Desatender este fantástico mecanismo que tenemos, ignorar o reprimir la llamada de acción durante un período prolongado puede generar la culpa neurótica, o aún peor, puede generar depresión o pérdida del interés por la vida. Pero “cuando aprendemos a percibir el regalo de esta culpa, ese aumento de conciencia sobre las potencialidades inherentes en la vida, entonces podemos convertir cualquier situación difícil en un triunfo personal” (Guttman, et al. 1998 p. 63).

Los logoterapeutas manejan la culpa admitiéndola y tratando de cambiar la conducta del cliente, no sólo para que la enmiende cuando sea posible, sino también para aprender a partir de la propia culpa con el fin de no repetir tales conductas. En logoterapia, la culpa se considera como una oportunidad para cambiar, para abandonar los viejos patrones de toma de decisión y de conducta y para tomar mejores decisiones en el futuro.

La muerte:

Para Guttman (1998) et al. la logoterapia ha elaborado una filosofía de la agonía y la muerte. La insistencia logoterapéutica en el significado incondicional de la vida incluso ante la realidad de la muerte de todos los seres humanos, Frankl defiende que nosotros somos las únicas criaturas conscientes de su propia muerte (p.71). La actitud individual ante el destino que espera a todos los seres humanos es lo que cuenta. Los valores actitudinales de Frankl hacia la vida y la muerte van siempre dirigidos a otras personas y no a sí mismo. Es la atención a los otros, a su bienestar, paz mental, comodidad y consuelo lo que permite que los valores actitudinales superen a todos los restantes. “En logoterapia las situaciones de desesperación pueden convertirse en valentía humana, adoptando una postura positiva y fortalecedora de la vida ante la muerte. No se necesita ser Frankl para demostrar este principio logoterapéutico. Las personas corrientes han demostrado repetidamente que una actitud personal valiente hacia la muerte y la agonía sólo depende de la persona y no de sus circunstancias (p.72). El poder curativo de la esperanza es un factor muy valioso. La falta de esperanza conduce a la desesperación e incluso al suicidio. Sin esperanza, sin atención, sin dirección y sin una razón para vivir por alguien o por algo, tales personas pueden perder el interés por la vida. El apoyo psicológico que se brinda en estos casos, implica considerar si la persona a causa de una enfermedad piensa que no se le concede la oportunidad de tomar las riendas de su propio destino y que esta pérdida de salud física y psíquica, sean una respuesta a “pérdidas” anteriores en su vida. El conocimiento de cómo ha afrontado estas pérdidas tiene relación con el “duelo”.

### 1.2.6 El Duelo:

“El duelo es una reacción normal y necesaria frente a una pérdida” (Quesada, 1999). Las pérdidas pueden ser de diferentes tipos: físicas, sociales así como, perder a un ser querido. El proceso de duelo requiere de: a) tiempo, b) energía, c) disposición de la persona a elaborarlo de acuerdo a sus recursos internos y externos. “Desde el día que se nace de una u otra forma, se empieza a procesar duelos” (Quesada et al.) por lo que “la elaboración de procesos de duelo acompañan al ser humano desde el inicio hasta el fin de la vida y la elaboración de estos procesos se convierten en un instrumento para hacer crecer, madurar y desarrollar herramientas para sobrevivir física, emocional, social, y espiritualmente. Los duelos son experiencias trascendentales en la vida de las personas” (Quesada 1999 p.2). Normal en este caso significa lo que más frecuentemente experimentan los seres humanos ante la pérdida. El proceso de duelo se divide en tres etapas:

#### a) Shock:

Este período se caracteriza por una sensación de irrealidad que lo inunda todo. Las personas se sienten, o se ven a sí mismas, como en una pesadilla de la cual desean despertar lo antes posible una vez que la realidad se impone sobre el dolor, la persona pasa a la segunda etapa.

#### b) Período de desorganización:

“Esta es la etapa más larga y dolorosa del proceso de duelo. Aquí se interioriza el impacto de la pérdida” (Quesada et al. p.4). El ego se siente fuera de balance, el equilibrio que trae la rutina se perdió. El dolor embarga al ego y no se prolonga y no se puede ver otra cosa que no sea dolor alrededor. Este período se prolonga por meses y en ocasiones sobrepasa holgadamente el año. Son frecuentes los trastornos en el sueño, la

falta de libido y de apetito. Físicamente se experimenta depresión, cansancio y falta de voluntad para vivir, fácilmente se llora, se irrita o se explota. Las alucinaciones de los sentidos son frecuentes en este período, sobre todo las que tienen que ver con el sentido de la vista, tacto, olor y oído. Son frecuentes los sentimientos de cólera, sobre todo al inicio y lástima por uno mismo. La autoestima está baja, se sienten negativos ante todo, no se le encuentra sentido a la vida, se pueden tener pensamientos suicidas. La depresión es la realización de la pérdida, la interiorización. Quesada (1999) al respecto son de la opinión que durante este tiempo de depresión las personas están particularmente más dispuestas a enfermarse, ya que la respuesta inmunológica no tiene la misma capacidad de respuesta defensiva cuando se está deprimido, que cuando no se está deprimido.

c) Período de organización:

Lentamente se incorpora el doliente a la rutina de la vida. Los períodos de paz y alivio se prolongan en tiempo e intensidad. Se retoman las actividades sociales. Las personas se sienten mucho más positivas de cara al futuro, aún cuando se encuentren solas. Hay dolor pero no tiene la intensidad, ni la desesperanza que tenía al inicio del proceso de duelo (p.5).

Las cuatro tareas de un proceso de duelo normal:

Estos cuatro pasos en la elaboración del duelo se consideran indispensables. Cuando no se avanza en el duelo, se revisan estos pasos y rápidamente el profesional de salud puede hacerse una idea a partir de dónde el doliente no avanza en su duelo. Se puede descubrir que en muchas ocasiones ni siquiera ha comenzado. La primera tarea es aceptar la realidad perdida y no solamente decirlo; debe traducirse en acciones de la vida

diaria. Encarar la realidad de la muerte del ser querido, no está y no va a volver. Que la reunión con esa persona es imposible, por lo menos en esta vida.

La segunda tarea es sentir, un duelo es un proceso que no se puede detener, pero que tampoco se puede acelerar para “terminar antes”. La única forma en que se puede “gastar” el dolor (Quesada 1999) es sintiéndolo y expresándolo. El permitir que el dolor fluya naturalmente de la misma forma en que se produce, garantiza que no se pospone o que no se reprime, que no se retrase, y además que no se complique o enmascare. El permitir que el dolor fluya implica que también fluye la recuperación (p.6-7).

La tercera tarea es ajustarse, el doliente por lo general no es consciente de esos roles, sino hasta que se produce la pérdida. Esto implica que se deben asumir nuevos roles, (Quesada 1999) no siempre sintiéndose que se está preparado para ellos, por ejemplo: una esposa que en ausencia de su esposo debe asumir roles de protección, de ser proveedora, autosuficiente, competitiva, etc. Las personas fácilmente se abandonan a sentimientos de impotencia y desesperanza y se niegan a desarrollar recursos internos y externos que les permita adaptarse a la pérdida.

La cuarta tarea es retirar, la energía emocional, psíquica, espiritual y hasta la energía libidinal de una relación en donde la contraparte ya no está, y reinvertirla en sí mismo, en una nueva relación, en un nuevo hobby o trabajo, etc. (p.7-8).

Duelo anormal o patológico:

Definir y delimitar qué es un proceso de duelo anormal no siempre es fácil. “El duelo anormal puede aparecer y expresarse de diferentes formas y a diferentes niveles” (Quesada et. al. p.11). Algunos aspectos referentes a los duelos pueden influir significativamente para que una persona que podría haber elaborado un proceso de duelo normal no lo haga; los antecedentes personales del doliente son importantes de conocer.

¿Tiene esa persona una historia de depresiones en el pasado? Es o no es conocido en el ámbito familiar y social como una persona con problemas o con una personalidad problemática. La edad, sexo, estado civil, profesión, hablan sobre los recursos internos y externos que tiene el individuo para elaborar un duelo. Sabemos que las personalidades con desórdenes tienen mayor dificultad a la hora de enfrentar un duelo. También las variables sociales, los aspectos religiosos, étnicos y culturales, son importantes. Cuando hablamos de duelo anormal se refiere a sinónimos como: duelo patológico, retrasado, exagerado, no resuelto, (Quesada 1999) duelo complicado o crónico. Todos estos criterios se refieren a la intensificación del duelo, a un duelo sin progreso que resulta interminable y que no se mueve hacia la asimilación o acomodación (p.13). Otros factores que influyen en la posibilidad de que un duelo se elabore en forma normal o anormal son los cambios abruptos de roles. “El duelo es un proceso doloroso pero natural y saludable ante la pérdida de algo valioso, del cual generalmente mucha gente progresa y se fortalece empleando sus propios recursos internos, además de contar con el apoyo y el afecto de la familia y los amigos” (Fonnegra, 1989 p.7). Algunas veces tal situación no prosigue un curso normal sino que se estanca, se desvía o se complica y sobrevienen síntomas físicos, (Fonnegra et al. 1989) síntomas psiquiátricos y una evidente desorganización en la vida como consecuencia. En tales casos, se aconseja buscar la intervención de un profesional de la salud mental” (p. 7). Si se evidencia un estado de depresión debe ser tratada. Jerí (1992) en su libro “Depresión en la práctica médica general” señala que: la depresión es el estado de ánimo bajo, donde el elemento esencial es la tristeza. La sensación de tristeza no parece disminuir después de un par de semanas, y las actividades diarias tales como dormir alternar socialmente o trabajar, se pueden ver afectadas. Una persona con depresión puede tener adicionalmente estos

síntomas: A) Baja autoestima, desesperación y sentimientos de culpa. B) Cambios significativos en el peso y apetito. C) Pensamientos relacionados con la muerte y el suicidio. D) Fatiga, pérdida de energía.

Acontecimientos Vitales:

“Los acontecimientos vitales (AV) no son causa de enfermedad depresiva, pero sí un factor precipitante” (Cervera, 1980 p.22). La enfermedad grave de un familiar es un acontecimiento vital que puede provocar depresión, definiendo lo que son los acontecimientos vitales: es todo suceso que cambia el equilibrio “seguridad-angustia” de una persona o de una familia debido a que se presenta en forma: inesperada, indeseada, incontrolable y cargada de emociones. Cervera (1980) al respecto señala que la forma en que una persona percibe un acontecimiento de vida y el desequilibrio que éste puede causar), depende de dos variables: Variable interna: es decir, las características biológicas y psicológicas propias de su personalidad. La variable externa: el soporte emocional y social que reciba durante el período de necesidad. Ambas variables determinan el llamado “estado de vulnerabilidad” de cada persona (p.19). La familia como un sistema psicodinámico, requiere de la relación armónica entre las personas que la integran contribuyendo éstas a mantener la integración, la estabilidad y el bienestar, sin embargo por las características ya mencionadas de un acontecimiento vital, es capaz de provocar disfuncionalidad familiar en los casos mencionados anteriormente.

1.2.7 Visión logoterapéutica:

La logoterapeuta Elizabeth Lukas (1996) es de la opinión que fundamentando la técnica logoterapéutica, se apoya en el estudio de las actitudes del sujeto frente a situaciones límite, de sufrimiento inevitable. A este aspecto Frankl ha introducido el concepto de “tríada trágica” refiriéndose al natural e inevitable enfrentamiento del

hombre con la vivencia del sufrimiento, la culpa y la muerte; siendo ésta natural e inevitable pertenece a la incondicional realización de nuestra existencia. El sufrimiento estaría movido por la pérdida de un valor, la culpa por la conciencia de una elección equivocada (es el riesgo de la libertad responsable) y la angustia ante la muerte, por el simple hecho de ser finitos y fugaces; como puede notarse, todas son circunstancias “naturales e inevitables” (p.15). Lukas menciona que en el curso del programa psicoterapéutico, se dan tres etapas:

En la etapa de diagnóstico el terapeuta obtiene la mayor información posible sobre el paciente, por medio de preguntas y respuestas. En la etapa de terapia, el terapeuta da la mayor ayuda posible al paciente, por medio del ofrecimiento y aceptación de la terapia. En la etapa de seguimiento, el terapeuta quiere dejar al paciente lo más independiente y bien que sea posible, por medio de control y retroalimentación.

La relación del hombre con el sentido y sus actitudes al respecto, se grafican en un cuadrante de ejes como a continuación se describe:



Tomando en cuenta los cuadrantes que quedan establecidos, encontramos individuos que pueden vivenciar una “unión buena” de éxito y sentido; otros que aún fracasando en sus metas, (Lukas et al. 1996) pueden significar el fracaso y vivenciar significativamente ese sufrimiento; otros, no solamente se sienten fracasados, sino que, además viven el vacío y la desesperación; finalmente, otros que aún con éxito total, encuentran que sus vidas carecen de sentido (p.16-17).

Dentro de la investigación se formuló la siguiente hipótesis: Los resultados de la logoterapia, dependen de las estrategias que la familia utilice para el manejo del estado de sufrimiento y el sentido de éste. Para esta hipótesis las variables establecidas que la orientaron fueron:

Variable A: Estado del sufrimiento

En base al cuestionario aplicado a los familiares del paciente con E.C.V. se hace la descripción de esta variable que explica el estado de sufrimiento en que se encontró a los familiares:

- Vacío existencial: Es una frustración que viene de la falta de un sentido que él o ella tiene que encontrar por su propia cuenta, el sentido no solo debe buscarse, sino encontrarse y para ello el hombre es guiado por la conciencia.
- Una vida sin sentido: La sensación de falta de sentido, con un sentimiento de vacío, cuando el hombre no encuentra sentido a su vida, es posible que satisfaga esa primaria y elemental necesidad de entregarse a la satisfacción de otras necesidades, jerárquicamente más bajas (sexo, alcohol, etc). Toda persona humana tiene necesidad de encontrar un sentido para su propia existencia.

- Dolor: El dolor es uno de los pocos módulos en los que se mide y revela de forma inconfundible el verdadero valor del hombre, según como se pronuncie en el hombre, contribuirá a la edificación de su estructura interna hacia la madurez, o lo derrumbará haciéndolo vivir una existencia configurada por egoísmo y amargura.

Además también el sufrimiento puede ser de dos tipos, el inevitable: es el que no se puede modificar, convertido en destino inevitable como la muerte o la pérdida de la salud debido a una enfermedad crónica. El innecesario: es el que no viene marcado por el destino, sino que el mismo individuo se provoca su infelicidad, o en otras palabras él lo busca.

- Intensidad

La intensidad del sufrimiento se refiere al grado de energía que los familiares cercanos al paciente con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular, experimentaron en el sufrimiento, considerando la fuerza y la eficacia al afrontarlo.

- Duración

El sufrimiento para la familia, pudo haberse iniciado en el momento que le confirmaron sobre el diagnóstico médico de su paciente, durante su permanencia en el hospital, cuando le indicaron el retorno a casa o durante la rehabilitación. Al recibir los beneficios del programa de rehabilitación que incluyó el apoyo logó terapéutico, se esperó que esta duración se redujera en tiempo, a través de la aceptación y el manejo adecuado del sufrimiento.

- Magnitud

Cada familiar de estos pacientes le dio la importancia o la grandeza a su sufrimiento. La logoterapia pretendió guiarlos hacia la trascendencia, ya que ésta albergó muchas posibilidades de “sentido” para las personas que experimentaron la enfermedad de un ser querido.

Variable B: Estrategias.

Las estrategias determinaron la manera en que los familiares cercanos dirigieron sus habilidades para afrontar el sufrimiento, las cuales puede ser a través de:

➤ La estrategia noógena:

Esta dimensión contiene la esencia de la vida, es donde se adoptan decisiones, donde se toman determinaciones incluso contra las limitaciones del cuerpo y de la psique, el self noético no puede enfermar. La espiritualidad se suma a los recursos internos de una persona. Se hizo patente sobre todo en los pensamientos y sentimientos.

➤ La búsqueda del sentido de vida:

El sentido de la vida puede ser descubierto al realizar valores en tres dimensiones:

- a) Valores de creación (son los que el ser humano le da al mundo en forma de trabajo, creación, transformación, etc.)
- b) Valores de experiencia (Son los que un ser humano recibe gratuitamente del mundo en forma de vivencia estética, contemplación de la naturaleza, el encuentro amoroso).
- c) Valores de actitud (son la postura que el ser humano toma ante aquellas situaciones tipificadas por su irreparabilidad y fatalidad. Actitud ante la “tríada trágica”: culpa, sufrimiento dolor y muerte).

Por lo expuesto anteriormente, las familias de pacientes que sufren secuelas de una Enfermedad Cerebro Vascular vivencian sentimientos de dolor, de tristeza o de sufrimiento, que pueden ser manejados de forma espiritual con el apoyo de las técnicas que brinda la logoterapia que les ayuda a encontrar un sentido a su vida.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### 2.1.1 Descripción de la muestra:

Para el trabajo de investigación, la muestra estuvo formada por los familiares cercanos de pacientes que asistían al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, con un diagnóstico de Enfermedad Cerebro Vascular, familiares de sexo masculino y femenino, mayores de edad, sin condición socio económica específica ni grado de escolaridad. La meta inicial fue una muestra de 20 casos, muestra de tipo intencional o de juicio (no aleatoria), se incluyeron sólo las personas que eran los familiares cercanos de los pacientes afectados por secuelas de E.C.V. La meta se vio limitada a 13 casos debido a situaciones laborales fuera de nuestro alcance en el Hospital Roosevelt, lo cual afectó la afluencia y el servicio de pacientes en la Consulta Externa. Los casos que fueron seleccionados como muestra estuvieron informados sobre el proyecto a realizar para contar con su colaboración y responsabilidad en la asistencia a sus citas, así como la disposición de completar la información de los instrumentos de recolección de datos que eran pertinentes. Las personas que finalizaron el proceso logoterapéutico en la presente investigación fueron 10.

#### 2.1.2 Estrategia metodológica utilizada durante el trabajo de campo:

Las técnicas y procedimientos de trabajo de esta investigación se aplicaron en seis fases.

- Primera fase: Acercamiento con la Jefatura del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt con el fin de obtener autorización para realizar el trabajo de campo en esta Institución y contar con la colaboración del equipo multidisciplinario de rehabilitación.

- Segunda fase: Se realizó una reunión con los familiares de pacientes con E.C.V. y se aplicó la Encuesta elaborada por las investigadoras con el propósito de conocer quiénes de ellos serían los casos seleccionados para el presente proyecto y que necesidad de apoyo psicológico manifestaban.
- Tercera fase: Se aplicó El Cuestionario y la Historia de Vida, para obtener datos sobre los casos seleccionados y conocer el tipo de sufrimiento y las estrategias que estaban utilizando para manejarlo.
- Cuarta fase: Se inició la aplicación de la logoterapia con las tres etapas de tratamiento dirigido a los familiares cercanos a los pacientes con secuelas de E.C.V.
- Quinta fase: Se dio el cierre del proceso, mediante una actividad grupal con todas las personas que recibieron logoterapia, donde manifestaron haber encontrado la estrategia adecuada para el manejo de su sufrimiento.

### 2.1.3 Técnicas de recolección de datos:

Las técnicas de recolección de datos estuvieron basadas en Charlas, Encuestas, Cuestionario e Historia de Vida.

- a. Charla: Es una conferencia en donde se presenta un tema determinado de una forma sencilla y se espera la participación activa de todos los participantes. Esta actividad se realizó con los familiares de pacientes con Enfermedad Cerebrovascular, el médico fisiatra, terapeuta ocupacional, terapeuta físico, terapeuta del lenguaje y las investigadoras de este proyecto, con el propósito de informar a la familia sobre síntomas y manejo de medicamentos que debían tener en cuenta para el cuidado de la salud del paciente, el rol que desempeña la familia en el

proceso de rehabilitación desde el punto de vista multidisciplinario, en el que se involucraría el apoyo psicológico a través de la logoterapia.

- b. Encuesta: Es un conjunto de técnicas destinadas a reunir de una manera sistemática datos sobre el conocimiento de la enfermedad cerebro vascular y la necesidad de la atención psicológica, se realizó en forma grupal con todos los participantes a la charla impartida a los familiares de pacientes con E.C.V.
- c. Cuestionario: Son preguntas que se proponen con el fin de averiguar la verdad de un estudio en cuestión; se realizó en forma individual dirigida a los familiares cercanos de pacientes con E.C.V. para definir el tipo de sufrimiento que viven.
- d. Historia de Vida: es un tipo de anamnesis o historia personal que se elaboró con el propósito de recabar datos generales de tipo familiar, social, acontecimientos de vida, visión noética e historia de pérdidas así como ubicar a los familiares en un estado del cuadrante logoterapéutico.

#### 2.1.4 Técnicas de Análisis Estadístico:

Se utilizó la estadística descriptiva para resumir la información, ordenar, clasificar y tabular adecuadamente los datos sobre el estado del sufrimiento, así como los datos relevantes encontrados en ciertos instrumentos de investigación.

#### 2.1.5 Instrumentos de recolección de datos:

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación abarcaron contenido del marco teórico en función del conocimiento que los familiares de un paciente con secuelas de una Enfermedad Cerebro Vascular tienen sobre este tema, así como los datos recopilados sobre el tema del sufrimiento, duelo, pérdidas y acontecimientos vitales que definen el sentido de vida de cada persona con o sin una visión noética o espiritual.

Para profundizar en estos puntos, se utilizó la encuesta, cuestionario y la Historia de Vida los que se describen a continuación:

Encuesta: Esta consistió en 10 preguntas de tipo si/no, las cuales exploraban el conocimiento que la familia de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, han recibido a nivel médico, sobre el cuadro clínico de esta enfermedad y sobre la necesidad de recibir como parte de la rehabilitación de sus pacientes el apoyo psicológico.

Objetivos de la encuesta:

- ❖ Crear un acercamiento inicial con la población escogida como muestra para la presente investigación.
- ❖ Determinar el nivel de conocimiento que la población tenía respecto a la Enfermedad Cerebro Vascular (pregunta 1-6).
- ❖ Conocer qué orientación habían recibido las familias sobre el proceso de rehabilitación en este diagnóstico (pregunta 7).
- ❖ Determinar la necesidad de proporcionar apoyo psicológico a las familias que atienden a un paciente con secuelas de un E. C. V. (pregunta 8,10).

Cuestionario: Este contenía preguntas abiertas que daban algunos datos generales del familiar cercano del paciente con ECV, cuestionamientos sobre la existencia del sufrimiento, la aceptación o negación del mismo, su intensidad, su magnitud y su duración.

Objetivos del Cuestionario

- ❖ Determinar el tipo de sufrimiento que viven los familiares cercanos a un paciente con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular (pregunta 1, 3, 6, 9, 10).
- ❖ Conocer las estrategias que utilizan los familiares para sobrellevar este sufrimiento y poderlos orientar así a través de la logoterapia (pregunta 2, 4, 5, 7).

Historia de Vida: Con la elaboración de preguntas abiertas, las investigadoras ampliaron la información que los familiares cercanos brindaban sobre la presencia de ciertas emociones, sentimientos, acontecimientos de vida, visión noética o espiritual, historia de pérdidas o duelos anteriores no resueltos y además se podía ubicar a estas personas en el cuadrante logoterapéutico.

#### Objetivos de la Historia de Vida

- ❖ Recabar información sobre los datos generales del familiar y del paciente con secuencias de E.C.V. (inciso I y II).
- ❖ Conocer el motivo de consulta del familiar del paciente que daba a conocer la necesidad de apoyo psicológico en esta nueva situación (inciso III).
- ❖ Identificar emociones, conocer sus Acontecimientos de Vida, su Situación Actual (emocional, económica y laboral), su Visión Noética, la Historia de sus Pérdidas (duelos anteriores) para ubicarlos desde una Visión logoterapéutica en los cuadrantes (Inciso IV al VIII).

Estos instrumentos de recolección de datos permitieron que la información brindada por los familiares cercanos de pacientes con secuelas de E.C.V. diera consistencia al proceso de investigación que se estaba llevando a cabo.

### **CAPÍTULO III**

#### **3.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Este estudio fue motivado por el contacto directo con las familias de casos de pacientes con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular que han sido referidos al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Los pacientes atendidos por las investigadoras (estudiantes de psicología) en la clínica de Terapia del Lenguaje contaban de la necesidad de recibir un apoyo a nivel psicológico para sobrellevar este cambio de vida que les causaba sufrimiento y desesperación. Tomando en cuenta que la rehabilitación no debe ser solamente a nivel físico, era evidente la falta de un apoyo emocional para manejar adecuadamente los sentimientos de tristeza, dolor y sufrimiento que los familiares cercanos sentían al afrontar la realidad que representaba el tener en casa un paciente con secuelas de E.C.V., se utilizó la logoterapia como una respuesta llena de esperanza que ayuda a que el paciente sea visto con paciencia, con dignidad y unicidad por su familia, permitió además que el sufrimiento fuera enfrentado como un nuevo sentido de vida ante la realidad en estos casos.

Las personas que formaron la muestra seleccionada, expresaron su beneplácito al ser parte de los que fueron escogidos para esta investigación, debido a que el apoyo emocional a nivel profesional no está al alcance de toda la población.

Para la presentación de resultados se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo, explicando la evolución que presentaron y la etapa de logoterapia a la que lograron llegar durante la presente investigación. Los resultados específicos que se obtuvieron de la aplicación de las técnicas e instrumentos fueron:

### 3.1.1 Encuesta preliminar

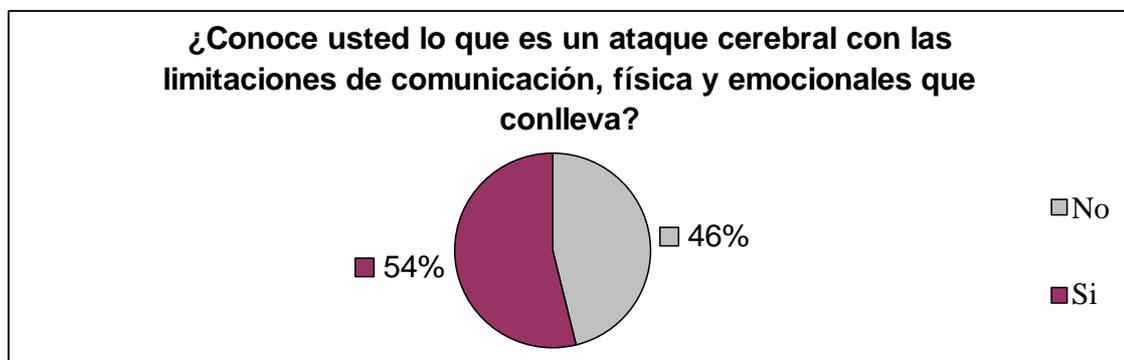
En el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación se aplicó la encuesta preliminar a los familiares cercanos de los pacientes con secuelas de E.C.V. que asistían a rehabilitación.

Dicha encuesta permitió tener un panorama general sobre el problema planteado en esta investigación, donde se evidenció lo siguiente:

- 1) Existe una orientación médica que algunas veces no es explicada a los familiares de un paciente con un diagnóstico de Enfermedad Cerebro Vascular, como por ejemplo las posibles causas que originan la enfermedad, el uso de medicamentos y seguimiento de los especialistas que los ayudarán a mantener el cuidado de sus pacientes.
- 2) Los familiares indicaron que han recibido orientación del Departamento de Medicina y Rehabilitación sobre el manejo del paciente en casa.
- 3) Se encontró que 8 de 10 de los encuestados, se sentía optimista en cuanto a la recuperación y rehabilitación de su familiar enfermo.
- 3) Al preguntarles si consideraban necesario recibir apoyo psicológico mientras fueran parte de la rehabilitación que estaba recibiendo su familiar con secuelas de E.C.V. en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, se obtuvo una respuesta afirmativa en todos los encuestados (los encuestados fueron hijos, hermanos, esposos, sobrina y nuera).

A continuación se representan gráficamente algunas de las preguntas y respuestas de esta encuesta:

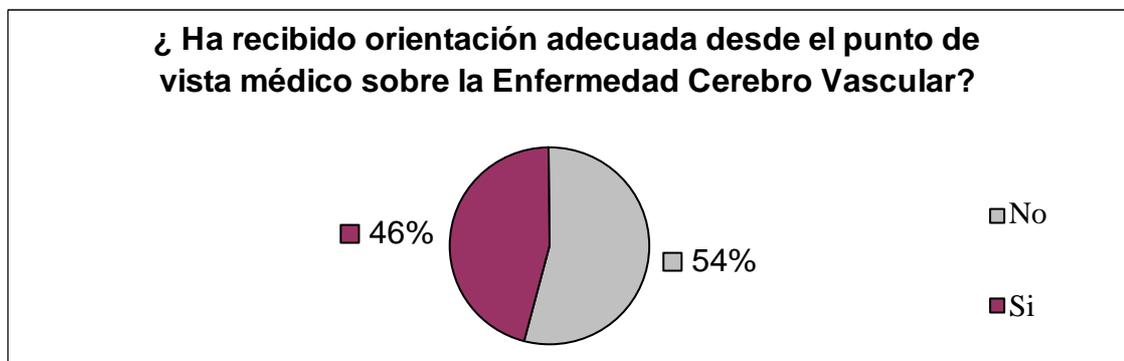
**Gráfica 1**



Fuente: Encuesta aplicada a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

**Interpretación:** El 54% del total de personas, respondió que tienen cierto conocimiento acerca de las limitaciones que su familiar puede sufrir en el habla y en sus movimientos. También indican entender ciertos sentimientos que su familiar con ataque cerebral o Enfermedad Cerebro Vascular, está manifestando. El 46% respondió que no conoce esta información.

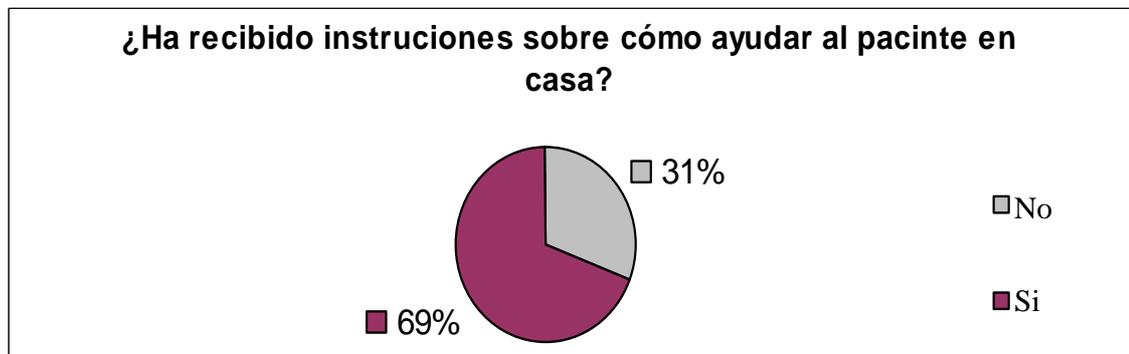
**Gráfica 2**



Fuente: Encuesta aplicada a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

**Interpretación:** El 54% del total de la población encuestada respondió que no ha recibido una orientación adecuada desde el punto de vista médico. El 46% informa que sí ha sido orientado sobre este diagnóstico. Se hace la aclaración que esta información médica en ocasiones sí es dada por el especialista, pero en términos que no son siempre comprendidos por la familia.

Gráfica 3



Fuente: Encuesta aplicada a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

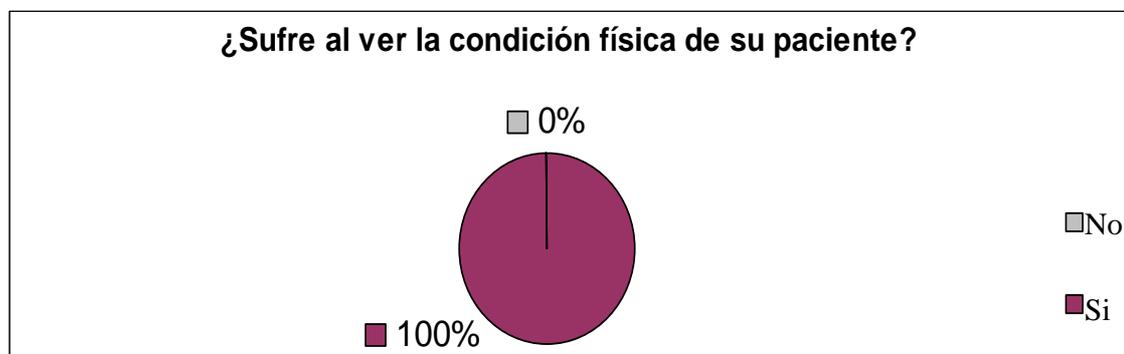
**Interpretación:** El 69% de los encuestados informa que ha sido instruido por el equipo multidisciplinario de rehabilitación, sobre la forma de cómo movilizar, trasladar, estimular y atender a su familiar enfermo en casa. El 31% de ellos señaló que no ha recibido estas indicaciones. Se hace la observación que el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación da orientación a todas las familias sobre cómo ayudar al paciente en casa, este 31% podría responder a situaciones específicas como: inasistencias, poca instrucción, desinterés, etc.

### 3.1.2 Cuestionario:

Las preguntas se elaboraron de forma abierta, los participantes respondieron que sufrían al ver la condición actual de su familiar, la mayoría indicó que este sufrimiento era sobrellevado con mucha fe en Dios, con paciencia, con fortaleza, ayudando y apoyando a su familiar enfermo. Todos indicaron que tenían sentimientos de tristeza, algunos de frustración-desesperación, y una minoría señaló cólera y temor. También refirieron “aceptar” el sufrimiento y obtener algo positivo para su vida con esta situación, que los hacía acercarse y apoyarse en su espiritualidad, impulsándolos a actuar en beneficio de su familiar. Dentro de la descripción del sufrimiento que sentían la mayoría lo consideró como inevitable, sufriendo más por lo que han perdido y por la falta de ayuda que no reciben de los demás miembros de su familia.

A continuación se representan gráficamente las respuestas a este cuestionario:

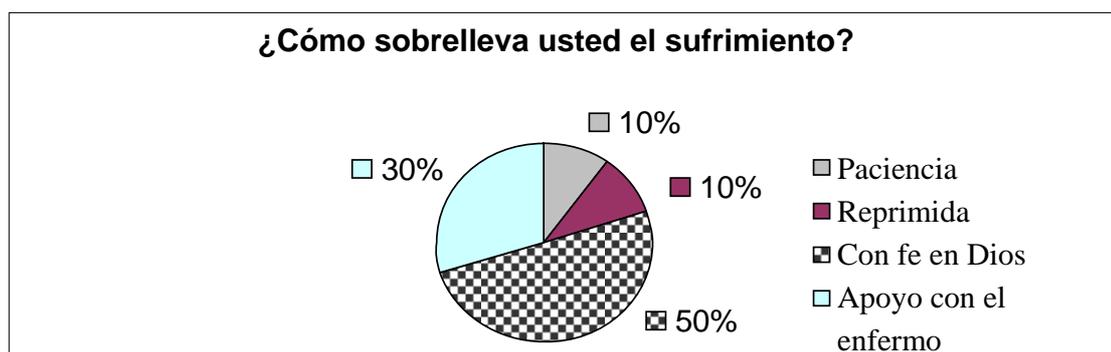
**Gráfica 4**



Fuente: Cuestionario aplicado a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

**Interpretación:** Todos los entrevistados respondieron estar sufriendo al ver a su familiar imposibilitado de realizar sus actividades cotidianas, el verlos con falta de movimiento, dependiente y sin la capacidad física de moverse para realizar las actividades que antes efectuaban con agrado.

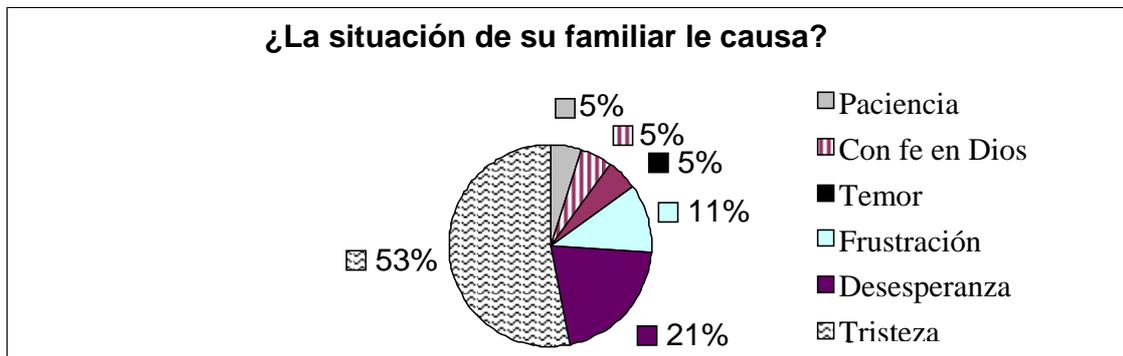
**Gráfica 5**



Fuente: Cuestionario aplicado a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

**Interpretación:** El 50% de los entrevistados manifiestan fe en Dios al enfrentar el sufrimiento, han tenido un acercamiento por medio de oraciones y asistiendo a grupos de su determinada creencia religiosa, el 30% apoya al enfermo en su actual condición, tratando de que se sientan bien, brindándoles palabras de ánimo y acompañándolos a las terapias de rehabilitación. El 10% expresa tener paciencia, la cual ponen de manifiesto cuando observan a su familiar con desesperanza y tristeza. El otro 10% de los entrevistados expresa reprimir sus sentimientos para no hacer sufrir a su familiar con E.C.V.

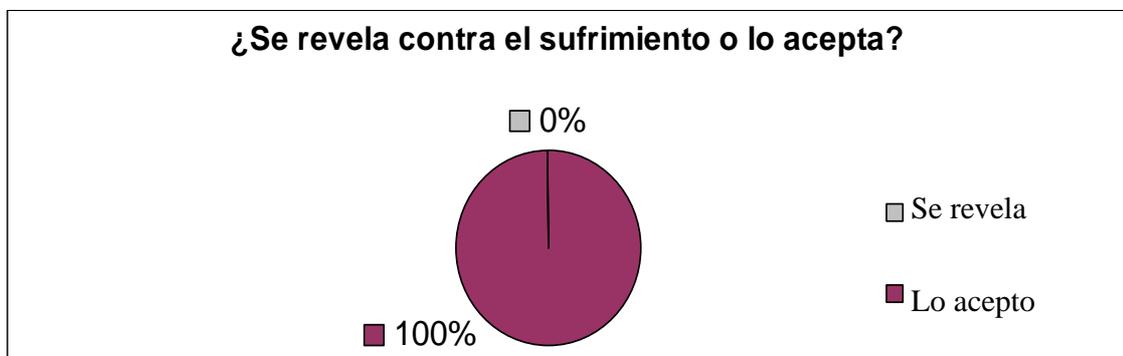
Gráfica 6



Fuente: Cuestionario aplicado a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

**Interpretación:** El 53% de las personas que contestaron el cuestionario expresaron su sentimiento de tristeza al no poder evitar el sufrimiento que afronta su familiar por verse en la situación actual y real en que se encuentran; el 21% de las personas sienten desesperanza, algunas de ellas porque han conocido o tenido otro familiar con la misma enfermedad y que han muerto; el 11% de las personas sienten frustración por no ver mejoría rápida como resultado de sus esfuerzos. El 5% expresa temor por considerar que ellos pueden también sufrir de un E.C.V. Otro 5% respondió que esta situación ha hecho que su Fe en Dios se fortalezca y el 5% respondió a esta pregunta con la determinación de tener mucha paciencia hacia su familiar con este diagnóstico.

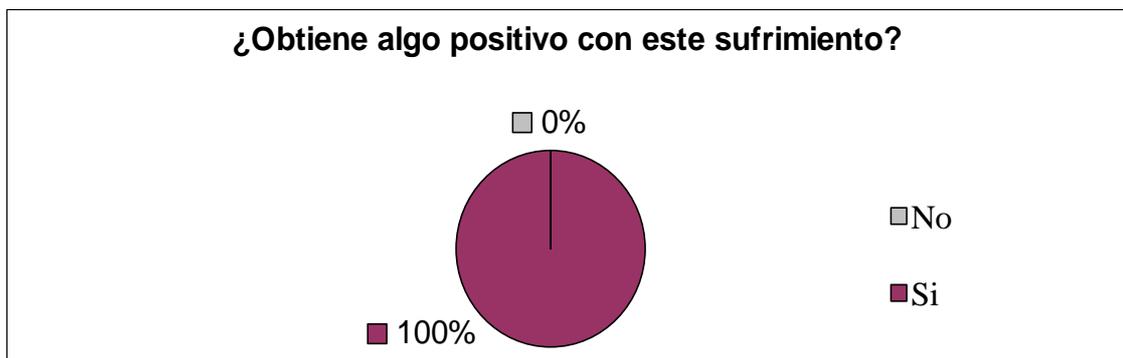
Gráfica 7



Fuente: Cuestionario aplicado a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

**Interpretación:** El 100% de las personas respondió aceptar el sufrimiento que le provoca el estado de su familiar con E.C.V. consideran que revelarse contra ese dolor solo provocaría un vacío en sus vidas y no podrían ser el apoyo que su familiar enfermo necesita en este momento.

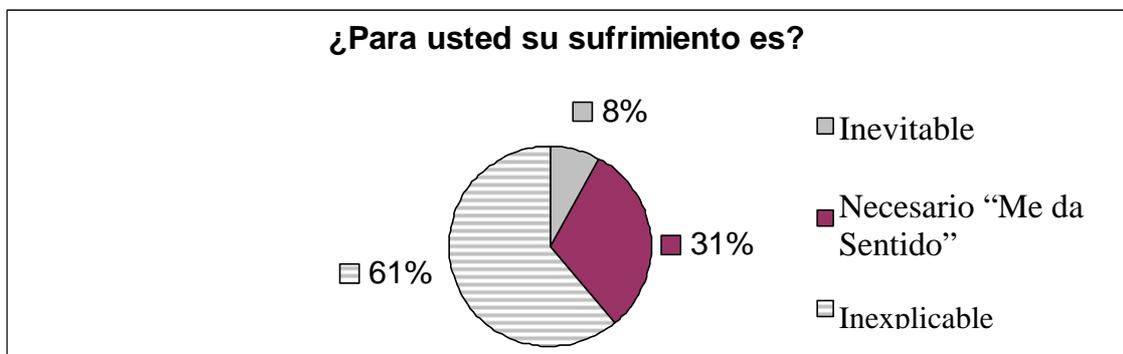
Grafica 8



Fuente: Cuestionario aplicado a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

**Interpretación:** El 100% de las personas se esfuerza por obtener algo positivo de esta situación, indican que ahora valoran el sufrimiento de otras personas, lo que les impulsa a actuar en beneficio de ellas, adquieren conciencia de que deben cuidar mejor su propia salud, han dedicado más tiempo para comunicarse con Dios y acrecentar su fe, pueden demostrar que son dignas de confianza y apoyo cuando se les necesita, manifiestan su amor a través del servicio, han perseverado por la unión familiar y consideran demostrar su perseverancia al asistir acompañando a las terapias de rehabilitación lo que les ha permitido tener una nueva experiencia.

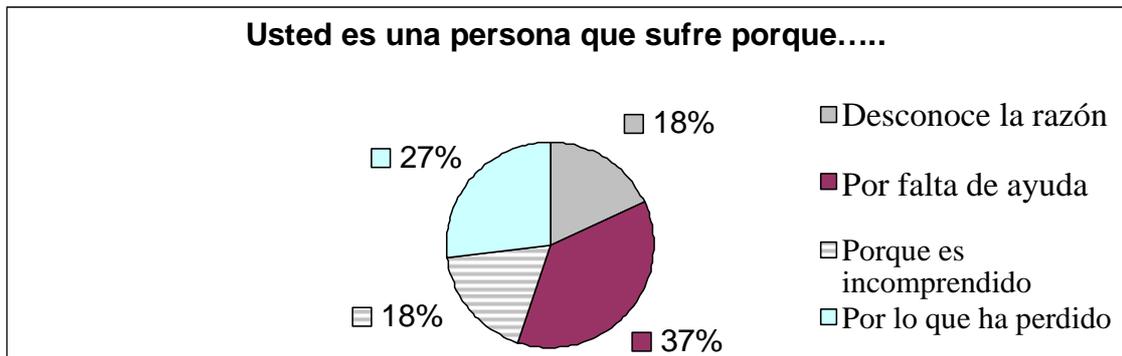
Gráfica 9



Fuente: Cuestionario aplicado a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

**Interpretación:** El 61% de los familiares consideran que su sufrimiento es necesario para darle sentido a su vida, el 31% considera que es inevitable sufrir debido a que todas las personas pueden sufrir al experimentar alguna enfermedad crónica; el 8% de las personas no puede explicar el sufrimiento que siente ante esta situación debido a que no creían posible que un familiar cercano pudiera ser víctima de una enfermedad como la E.C.V.

Gráfica 10



Fuente: Cuestionario aplicado a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

**Interpretación:** El 37% reconoce que sufren por lo que han perdido en su propia vida como: la muerte de un ser querido, pérdidas económicas, pérdida de roles familiares, el 27% sufre por falta de ayuda de otros familiares que al ver la situación del paciente con E.C.V. han negado su apoyo, el 18% de las personas sufren por sentirse incomprendidas debido a que han dejado en ellos el cuidado total del paciente y los gastos que genera su tratamiento medico; el 18% de las personas entrevistadas desconocen la razón de su sufrimiento o se niegan a profundizar en sus propios sentimientos.

Gráfica 11



Fuente: Cuestionario aplicado a familiares cercanos de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Mayo del 2006.

**Interpretación:** Como lo muestra la gráfica el 90% de los familiares considera que es feliz por tener el don de la vida, por la existencia de sus seres queridos, por la fe que tienen en Dios y por poder servir a los demás, el 10% considera que no es feliz por “su situación actual”.

### 3.1.3 Historia de Vida:

Este instrumento permitió conocer aspectos comunes que se encuentran en la categoría de acontecimientos vitales, los cuales estaban relacionados con experiencias de rechazo y

abandono recibido de los padres, recuerdos dolorosos de la niñez, pérdida de familiares queridos que les hicieron mantener duelos no resueltos, recuerdos de crisis familiares debido a problemas económicos y la frustración de proyectos personales que no pudieron realizar. A la vez este instrumento permitió conocer que todos los familiares tenían una definición espiritual (manifestaron su visión noética o espiritual al expresar su creencia en un Ser Supremo) además de ser miembros activos en sus grupos religiosos.

Para representar estos datos de forma ordenada, detallada y explícita, se elaboró la siguiente tabla que contiene información específica de cada uno de los casos investigados, se nombran los acontecimientos vitales que fueron expresados como significativos por las personas que llenaron este instrumento y dentro de los datos recabados en el inciso de Visión Noética todas las personas indicaron creer en Dios.

Cuadro 1  
Resumen de los datos de la Historia de Vida

<b>Caso</b>	<b>Acontecimientos vitales</b>	<b>Visión noética ¿Cree en Dios?</b>
I	Duelo. Recuerdos dolorosos. Problemas económicos.	si
II	Abandono. Recuerdos dolorosos. Pérdidas. Problemas económicos.	si

Continuación del Cuadro 1 en la siguiente página.

Caso	Acontecimientos Vitales	Visión noética ¿Cree en Dios?
III	Pérdidas. Abandono. Rechazo. Recuerdos dolorosos.	si
IV	Recuerdos dolorosos. Proyectos frustrados.	si
V	Recuerdos dolorosos. Proyectos frustrados. Problemas económicos.	si
VI	Recuerdos dolorosos. Proyectos frustrados. Rechazo.	si
VII	Duelos.	si
VIII	Recuerdos dolorosos. Proyectos frustrados. Problemas económicos.	si
IX	Duelo. Recuerdos dolorosos.	si
X	Rechazo. Proyectos frustrados. Abandono.	si

La información obtenida del Cuadro 1, que se refiere al resumen de los datos de la Historia de Vida, se representa a continuación en las siguientes gráficas:

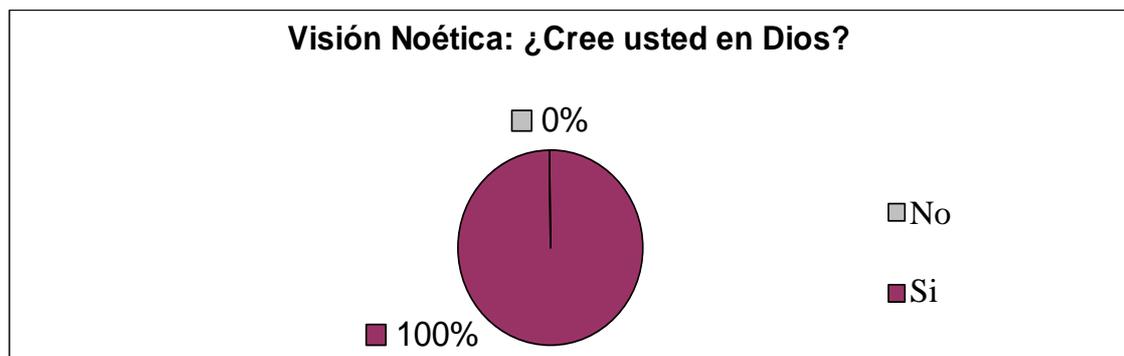
**Gráfica 12**



Fuente: Historia del Paciente, instrumento aplicado a familiares de pacientes cercanos con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Junio del 2006.

**Interpretación:** El 35% de los entrevistados manifestaron tener recuerdos dolorosos significativos en sus vidas, como maltrato infantil, rechazo por género o muerte de uno de los padres. El 17% expresaron que los cambios económicos que genera una enfermedad crónica como un E.C.V. es un acontecimiento difícil de enfrentar. El 13% de las personas vivenciaron sentimientos de abandono debido a separación de los padres o divorcios personales. El 9% refirió como acontecimiento de vida la experiencia de perder un familiar. Otro 13% manifestó haber vivido el rechazo en sus relaciones con la familia y un 13% consideraba que vivía duelos no resueltos por la muerte de algún ser querido o por pérdida de la salud.

**Gráfica 13**



Fuente: Historia del Paciente, instrumento aplicado a familiares de pacientes cercanos con Enfermedad Cerebro Vascular, que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, Junio del 2006.

**Interpretación:** El 100% de los familiares expresaron la creencia en un Ser Supremo en el que basaban su fe y a quién le profesaban respeto y temor, lo consideraban su fuente de fortaleza espiritual. Los participantes en esta investigación expresaron su Visión Noética a través de participar en alguna religión. Para la logoterapia lo importante es tener la visión de una fuerza espiritual o suprasentido que acompaña y guía sus vidas.

3.1.4 A continuación se presenta un cuadro comparativo que indica la ubicación de los casos en los cuadrantes logoterapéuticos en su fase inicial, demostrando la ubicación ocupada en la fase final del tratamiento.

Cuadro 2

<b>Caso</b>	<b>Fase inicial- cuadrante</b>	<b>Fase final- cuadrante</b>
1	III Depresión	II Frustración
2	III Depresión	II Frustración
3	I Sentido del momento	IV Suprasentido
4	II Frustración , angustia	II Frustración
5	II Frustración	I Sentido del momento
6	I Sentido del momento	IV Suprasentido
7	II Frustración	I Sentido del momento
8	I Sentido del momento	I Sentido del momento
9	II Angustia, frustración	II Frustración
10	II Angustia, frustración	II Frustración

Los cuadrantes logoterapéuticos son:



Los cuadrantes utilizados en logoterapia visualizan los signos y síntomas que presenta la persona en la fase inicial del tratamiento. El estado inicial se ubicará en estos cuadrantes con el propósito de ir desplazándolos hacia un estado de mejoría como se pudo observar en:

- Los casos 4, 9 y 10 los cuales presentaban frustración y angustia, al terminar el tratamiento disminuyó la angustia quedando únicamente frustración.
- Los casos 1 y 2 lograron superar su estado de depresión para quedar en el cuadrante II solamente con un sentimiento de frustración.
- Los casos 5 y 7 alcanzaron a manejar su frustración llegando al sentido del momento.

- El caso 8 se mantuvo en el sentido del momento sin alcanzar la fase IV que es el suprasentido.
- Satisfactoriamente los casos 3 y 6 evolucionaron del sentido del momento al suprasentido.

En la fase final de la psicoterapia se observó que los familiares cercanos lograron una reconciliación en sus tres aspectos básicos (espíritu, mente y cuerpo) dando cabida al auto perdón en algunos casos, para manejar sus conflictos internos con responsabilidad, voluntad y libertad. Luego de entender los sentimientos de tristeza y sufrimiento en ellos mismos, su pensamiento les hizo hacer conciencia del estado de su familiar enfermo y tener una visión diferente del sufrimiento, entendiendo que sufrir también dignifica y acerca a la trascendencia. Al final del proceso Logoterapéutico, los familiares del paciente con E.C.V. adoptaron decisiones y tomaron determinaciones acerca del nuevo enfoque que descubrieron para el manejo del sufrimiento, refiriendo de forma escrita, el planteamiento de nuevos propósitos como:

- Ser mejor persona.
- Comprender a otros que sufren.
- Aprender algo positivo de este sufrimiento.
- A pesar de este sufrimiento, emprender nuevas metas.
- Valorar el amor de la familia.
- El acercarse más a Dios.

Estas propuestas son una representación de que los objetivos de la logoterapia fueron alcanzados en esta investigación, pues los familiares se ejercitaron en la inversión

de energías mentales y espirituales, para la recuperación y activación de sus vidas, haciendo un compromiso personal de cumplir con ellas.

La definición espiritual de estas personas permitió que la hipótesis planteada en esta investigación fuera comprobada, mediante el manejo de la estrategia del Noos (que se refiere al área espiritual que fortalece al hombre) como un recurso interno que los familiares cercanos al paciente con secuelas de ECV utilizaron para manejar el sufrimiento.

### **3.1.6 Análisis global**

Como investigadoras en el ámbito psicológico, prestar atención a las necesidades emocionales como la calidad de vida, ayuda a las personas a hacer uso de sus recursos internos cuando se encuentran confrontando una dificultad como el prestar servicio a un familiar con secuelas de una enfermedad crónica; aliviar el sufrimiento, sentimientos de tristeza y desesperanza así como ser conscientes de las necesidades emocionales de estas familias, fueron la base para desarrollar este trabajo de investigación con fines de graduación.

Las personas cuyas vidas se vieron truncadas por la presencia de un familiar que padece una enfermedad crónica como un E.C.V., debieron encontrar un significado a ese sufrimiento buscando un apoyo profesional para reestructurar sus vidas.

En el caso de la logoterapia ésta se enfocó en que los familiares contribuyeran a una vida digna y con sentido, tanto para ellos como para sus familiares enfermos.

Como se pudo observar en esta investigación las enfermedades crónicas causan sufrimiento y dolor a enfermos y a familiares cercanos, porque todos los seres humanos estamos expuestos al sufrimiento.

Para abordar esta problemática se tuvo el primer contacto con los familiares de estos enfermos a través de una reunión, donde se aplicó una encuesta preliminar con el propósito de seleccionar a las personas que manifestaban sufrimiento y necesidad de recibir apoyo psicológico, lo cual fue manifiesto al responder los participantes afirmativamente a la pregunta número 8 (ver anexo: Encuesta). En la encuesta también se evidenció que el 54% de las personas comprendían las secuelas de un E.C.V. (ver gráfica # 1), al comprender estas secuelas, los familiares se interesaron por aprender las instrucciones sobre cómo ayudar a su paciente en casa en el 69% de los encuestados (como lo muestra la gráfica #3), esto permitió la disminución del sentimiento de angustia que el cuadro clínico de esta enfermedad les provocaba.

El segundo instrumento aplicado fue el Cuestionario sobre el estado del sufrimiento, el cual permitió una amplia información sobre las características y estrategias que empleaban para el manejo del sufrimiento. Los familiares expresaron de forma afirmativa el dolor que sentían al vivenciar la condición física de su familiar (ver gráfica #4), el 50% señaló sobrellevar el sufrimiento con fe en un Ser Supremo (ver gráfica #5), lo que permitió que el proceso logoterapéutico encaminara a los familiares a un estado de mejoría, disminuyendo los sentimientos de tristeza, dolor, frustración, temor y desesperanza que se observan en la gráfica #6. Basados en la afirmación de que existe un Ser Supremo, los familiares se vieron impulsados a no revelarse ante este sufrimiento (ver gráfica #7), sino a aceptar que existía un sentido y una razón para sobrellevarlo aún en las peores circunstancias, donde el amor por su familiar hizo posible esta experiencia.

El instrumento Historia de Vida permitió la elaboración de un cuadro comparativo de los acontecimientos vitales más frecuentes y comunes que las personas

afrontaron en sus vidas. Fue importante ver como guardaban en su interior de forma latente, recuerdos dolorosos, sentimientos de abandono o de rechazo de su niñez, duelos no resueltos y proyectos frustrados algunos de su adolescencia y otros de su edad adulta, estas experiencias fueron evidenciados a lo largo del proceso logoterapéutico. (Ver cuadro #1).

Las técnicas específicas de la logoterapia permitieron que las personas pudieran verse desde afuera hacia su interior, que se conocieran, que identificaran sus cualidades, defectos y potencialidades para tener un cambio de actitudes que les permitiera actuar controlando las situaciones y encontrar un sentido de vida aún en medio de su sufrimiento. Como lo afirma la logoterapia, las personas pueden sobrellevar su propio dolor y no ser indiferentes ante el dolor de otras personas, deben reconocer la diferencia entre el sufrimiento que es inevitable y el sufrimiento que es innecesario, debido a que éste último puede desencadenar en la pérdida de su sentido de vida.

El trabajo logoterapéutico permitió a los familiares actuar no solamente por obligación, sino por convicción acerca del beneficio que su familiar enfermo recibiría, conservando su integridad como seres humanos y permitiendo que en lo posible, conservaran su rol de madre, esposo, hijo, nuera, etc.

La experiencia de apoyar psicológicamente a estas personas, permitió a las investigadoras establecer que la logoterapia brinda estrategias específicas para el manejo adecuado del sufrimiento y el dolor, debido a que proporciona herramientas psicológicas que permiten el encuentro de un sentido de vida aún, en momentos dolorosos de enfermedades crónicas.

## CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1.1 Conclusiones:

- ❖ La Enfermedad Cerebro Vascular es un evento que deja secuelas limitantes en las funciones físicas, cognitivas y emocionales de las personas y que debe ser afrontadas no sólo por el enfermo, sino también por su entorno familiar cercano.
- ❖ Las familias que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Reciben una orientación general preliminar, que los oriente sobre el manejo y cuidado de estos enfermos en el hogar.
- ❖ El familiar cercano que acompaña a la persona enferma durante el proceso de rehabilitación, experimenta ansiedad, frustración, dolor, desesperación y sufrimiento por esta situación, debido a que trae consigo acontecimientos de vida dolorosos y recuerdo de sentimientos de angustia y tristeza que le es difícil manejar, por esta razón fue muy importante el apoyo psicológico.
- ❖ La logoterapia establece estrategias específicas que orientan el manejo adecuado del sufrimiento y el dolor que viven los familiares cercanos a estos cuadros, debido a que proporciona herramientas psicológicas que permiten el encuentro con un sentido para sus vidas, aún en los cuadros dolorosos de enfermedades crónicas.
- ❖ Durante el desarrollo de la logoterapia se enfatizó en los familiares cercanos, que el manejo del sufrimiento está en relación con la capacidad de enfrentarlo y aceptarlo con actitud positiva, pues el sufrimiento dignifica a la persona,

fortalece su espiritualidad (su visión noética), incrementa su personalidad y le da un sentido a la vida.

- ❖ A través de cada caso estudiado, se confirmó que la logoterapia permite un encuentro personal interno, éste sirve de base para afrontar vivencias dolorosas, para manejar el duelo, la tristeza, la desesperación, la culpa, pero sobre todo, para sobrellevar el sufrimiento que estas situaciones provocan.
- ❖ La atención psicológica brindada a los familiares cercanos de pacientes con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular que asisten a rehabilitación al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, fue un aporte pionero y altamente valioso que se incorporó al equipo multidisciplinario, lo que permitió alcanzar el ideal de brindar una rehabilitación integral que apoyara no sólo al paciente enfermo, sino también a parte de su familia.
- ❖ La dinámica familiar tuvo cambios positivos debido a que les permitió superar el sufrimiento inevitable de enfrentar las discapacidades de un ser querido, con un enfoque espiritual que le dio un sentido a ese sufrimiento.

#### 4.1.2 Recomendaciones:

A los enfermos con secuelas de una Enfermedad Cerebro Vascular:

- ❖ Los pacientes encontraron que existe una esperanza de rehabilitación no sólo física sino emocional a través de asistir a un proceso de psicoterapia que se base en el enfoque logoterapéutico.

A los familiares que asisten acompañando a los enfermos con secuelas de E.C.V.:

- ❖ Los programas de apoyo psicológico que puedan brindarle orientación sobre el manejo de sentimientos que surgen durante los procesos de rehabilitación y que por ser dolorosos requieren de un soporte emocional profesional y de un trabajo psicológico.

Al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación:

- ❖ La creación de una Sección de Psicología dirigida a los pacientes, con el propósito de dar un soporte emocional, que incluya no sólo al enfermo, sino a la familia que lo acompaña, pues ambas partes presentan sentimientos de dolor y sufrimiento.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas:

- ❖ La inclusión de la especialidad de logoterapia en el pensum de estudios, pues esta técnica psicoterapéutica es eficaz y beneficia el manejo de los sentimientos de dolor y sufrimiento en cualquier tipo de población.
- ❖ La ejecución de otras investigaciones que consideren la logoterapia como una herramienta para fortalecer a aquellas familias que sufren por un familiar que padece una enfermedad crónica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Afasias Globales (s.f.) [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
2. Academia Americana de Neurologia Annual Meeting (1993).”Desordenes cerebro vasculares.
3. Arfoulloux, Jean Claudia (1995).”Niños tristes. La depresión infantil”.Fondo de Cultura Económica. México. pp. 201
4. Cassel J.”Las contribuciones del ambiente social a la resistencia del huésped”.Revista Americana de Epidemiología.
5. Cervera, S. (R.Zapata)(1980). Acontecimientos vitales. Revista Médica.Pamplona (España): Universidad de Navarra. pp.80
6. Colop, Arletty ( ).”Programa de atención psicológica con pacientes en fase terminal del VIH/SIDA, en la Casa Hogar José”.
7. De Barbieri, Sabatino, Alejandro. Celae logoterapia.com.uy Ed. Herder, Barcelona (1983). La voluntad de sentido. pp.360
8. Fabry, Joseph (2000).”Señales del camino hacia el futuro”. Ediciones LAG, México.
9. Fonnegra de Jaramillo, Isa (1989). “Cuando se muere un ser querido”.Fundación Omega Bogotá, Colombia. pp.6
10. Frankl, Victor (1989). “El hombre doliente”.Fundamentos Antropológicos de la Psicoterapia. Ed. Herder, Barcelona Barcelona. pp.312
11. Frankl, Victor (1994). “El hombre doliente. Barcelona, Herder Luetich, A. (2002). Beata y Sofía-Rosario:Ediciones del autor.
12. Frankl, Victor (1996). “El hombre en busca de sentido”. Editorial Herder, 18ava. Edición, España .pp.132
13. Frankl, Victor (2000). “En el principio era el sentido”. Reflexiones en torno al ser humano. Piados, Barcelona, Buenos Aires. pp.140
14. Galeano, E. (19989). “El libro de los abrazos”Ed. Del Chanchito, Mdeo.
15. Gisper, Carlos (1983).”Enciclopedia de la Psicología Edad Adulta. Ediciones Océano, España.pp. 260

16. Gómez Lavin, C. (1996). "Psicología Educativa. Autor: Logroño.
17. Guttman, David (1998). "Logoterapia para profesionales. Trabajo Social Significativo. Editorial Desclee De Broker. S.A. pp213
18. Guía de Práctica Clínica Número 16 (1995). Rehabilitación después de un ataque cerebral. Pp. 32
19. Heller, K. Swindle R.W. (1983). "Psicología de la Salud. Madrid:Ediciones Pirámide.
20. INCLUDEPICTURE ["<http://www.logoforo.com/ann/pplimages/> ].
21. Jaime Rozo, Luis F. "Revista Ocupacional. On-line" (2002). Volumen 9. Número 4. pp.68
22. J. Buendía(dir) (1999). "Familia y Psicología de la Salud. Madrid: Ediciones Pirámide.
23. Jerí (1992). "Depresión en la Práctica Médica General.
24. John Powel (1996). "La felicidad una tarea interior". 4ª Edición. Editorial Sal Térrea Santander. pp.183
25. Lemus: [<http://www.logoforo.com>] y la Psicología Humana.
26. Lukas, Elizabeth (1996). "Logotest". Editorial Almagesto, Argentina. pp. 116
27. Lukas, Elizabeth (2000). "También tu sufrimiento tiene sentido". Ediciones Lag. México, Primera Edición. pp. 188
28. Luna, José A. (1999). "Logoterapia". Editorial San Pablo, 2da. Edición Colombia, Bogotá.
29. Material de trabajo (s.f.) "Especialización en logoterapia". Teoría y práctica de la entrevista logoterapéutica y supervisión. Instituto de ciencias de la familia. pp.80
30. Merani, Alberto (1979). "Diccionario de Psicología". Editorial Grijalva, México. Primera Edición. pp. 258
31. Monzón García, Samuel A. "2003). "Introducción al proceso de la investigación Científica. Oscar De León Palacios. 3ra. Edición, Guatemala. pp.233
32. Palacios, Rodrigo (1998). "Familia y Desarrollo Humano. Editorial Alianza, Madrid.

33. Pescador (s.f.) “No te rindas ante la droga”. pp.139
34. Quesada Tristán, Lisbeth. “Compartiendo conocimientos y experiencias sobre el duelo. Evento realizado a beneficio de AGPCS, San José Costa Rica. pp. 49
35. R.D. Adams, M. Victor & Mc graw-Hill (1995).”Manual de Principios de Neurología”. Quinta Edición. Interamerican. México. Trad. Dr. Bengio Pinto. pp.544
36. R. Manrique (1998).”Familia y Sociedad”:Su papel en la atención primaria.
37. Salud Hoy. (2003, Abril) “Bienestar y Medicina Para Todos”:Apoplejía Accidente Cerebro Vascular [<http://www.saludhoy.com/htm/terc/articulo/Apoplejía.htm>]. pp.6
38. S. Duck (1997) ed. “Manual de relaciones personales””. 2da. Ed. New Cork:wiley.
39. Vásquez, Barquero JL (1998).Ed. “Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula Medica.
40. Young Einsenfrath, P (1998). La renovación del espíritu. Ed. Piados, Barcelona.

# Anexos

## PRESENTACION DE CASO

S.T. de sexo masculino 44 años de edad, originario de Totonicapán con características físicas como: tez morena, cabello negro bien recortado, ojos negros, baja estatura, con aceptable limpieza y buen arreglo personal. Actitud accesible y comunicativo, respetuoso y atento; su estado de ánimo inicial evidenciaba preocupación y tristeza.

El señor S. acompaña a su esposa a la consulta externa del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt, el 7 de Marzo del presente año. Refiere que su esposa sufrió un ataque cerebral el 14 de Enero del 2006, por presentar hipertensión. El diagnóstico médico fue de “Evento Cerebro Vascular Isquémico y Alteración de la Conciencia”.

El señor S. es tipógrafo, su especialidad es el encuadernado fino y el empastado de cualquier clase de material escrito, se graduó de Perito Contador, actualmente no trabaja en ninguna empresa y sus ingresos económicos se limitan a los trabajos que realiza por su cuenta, debe pagar alquiler de su casa de habitación y los gastos de medicamentos de su esposa. Tiene dos hijos mayores de edad quienes trabajan y aportan mensualmente una cantidad de dinero para los pagos de los servicios básicos de la vivienda. Profesa la religión Católica y asiste regularmente a un grupo de su comunidad.

### Historia de Vida

Refiere tener 25 años de estar casado, tiempo en el cual ha sido un hombre afortunado por el hecho de tener una familia integrada, armoniosa y feliz, aunque manifiesta frustración debido a que ha limitado mucho a su familia de comodidades y mejoras materiales a causa de que profesionalmente no ha logrado tener un rango económico como el que desearía (baja autoestima).

Al realizar esta entrevista, se identificaron emociones o síntomas como: culpa, desesperación y sufrimiento, refiere que su problema actual o motivo de consulta radica en la culpabilidad que siente de ver a su esposa en esas condiciones, expresa: “me siento culpable de pasar algunas calamidades porque no permití que mi esposa trabajara en todos los años de matrimonio, luego nos mudamos a Boca del Monte en contra de la voluntad de mi esposa y mis hijos, tampoco permití que pusiera su salón de belleza en la casa porque lo creí peligroso”.

### Acontecimientos Vitales.

A lo largo de su vida ha tenido acontecimientos que le marcaron su existencia, narra “Que fue niño de la calle”. Cuando tenía 6 años su papá (8<sup>a</sup> quien quería mucho) falleció a causa del alcoholismo, a los 18 meses de esto su mamá volvió a unirse a otro hombre y él pensó: “se perdió todo, perdí a mis dos padres”, se vino a la capital sin un centavo en sus bolsillos y siendo apenas un niño, vivió en un parqueo cerca del mercado de la Terminal de esta capital, aprendió a lavar carros, así estuvo por 18 meses, finalmente un abogado a quien consideraba como “cliente” y por su trabajo de lavar carros, le propuso que trabajara para él en su domicilio para realizar diversos trabajos “sencillos”.

Don S. Aceptó el trabajo. Ahí vivió varios años, esta familia lo trató muy

bien fue ahí donde se preparó académicamente, su jefe le costeó sus estudios hasta que se especializó de Tipógrafo.

Al narrar su acontecimiento manifiesta llanto constante y culpa a su madre por haberse unido a otro hombre, a sus hermanas y a él los obligaron a trabajar siendo niños y jamás recibió muestras de afecto físicas ni verbales. Cuando tenía 16 años conoció a la que sería su esposa, mantuvo un noviazgo por 3 años, asegura que su esposa es muy comprensiva, amorosa y fiel, que siempre ha sido una excelente madre y que le agradece sus cuidados en momentos de enfermedades graves que ha tenido.

Socialmente convive con personas de su misma religión, se mantiene un poco aislado de sus familiares consanguíneos, refiere que su carácter es tranquilo pero muy “sensible” porque los comentarios de su madre y familiares le causan dolor. El pensamiento que maneja sobre la vida es determinante en cuanto a su espiritualidad (Noos), considera que no se rinde fácilmente y que por haber sido un niño “sufrido” valora mucho a las demás personas especialmente a su esposa a quien siempre le ha sido fiel y la ha respetado.

Datos proporcionados en el Cuestionario.

El señor S. manifiesta en el “Cuestionario” su estado de sufrimiento a causa de la enfermedad de su esposa, afirma estar sufriendo al ver las secuelas físicas que le afectan. Esta situación actual le causa “tristeza” y “desesperación” pero a la vez le provoca reafirmar su fe en Dios. Acepta el sufrimiento y sabe que es inevitable, considera que es Dios quién tiene un propósito para todos; la tarea que tiene que cumplir es hacia su esposa e hijos, siente que lo necesitan, afirma que le satisface tener una familia estable pues sus hijos son grandes personas.

Impresión clínica: “Sentimiento de abandono, pérdida, recuerdos dolorosos, culpa y sufrimiento innecesario”.

### **Resultados obtenidos en cada fase del proceso logoterapéutico.**

**En la primera** fase el señor S. se encontraba con mucha disposición de ser ayudado psicológicamente, desde la primera sesión enfatizaba su necesidad por contar su historia y poder desahogarse llorando, aunque se observaba que luchaba por “contener el llanto” y seguir hablando, esto permitió que en sesiones futuras se pudiera avanzar en cuanto a recabar datos sobre su historia. El señor S. considera que su vida se ha centrado en su familia y en practicar su religión, ya que cuando habla de su condición económica y laboral, siente frustración y una visión de incertidumbre sobre el futuro. Sus síntomas de depresión y culpa lo ubicaron en el cuadrante logoterapéutico III.

**En la segunda fase** se evidenció más positivo en cuanto a las condiciones actuales de su familia nuclear, expresa que ahora ve que no todo en su vida ha sido negativo, que la crianza de sus hijos ha permitido que sean educados, respetuosos, solidarios con sus padres, inteligentes en sus estudios académicos y de “arte”.

Expresa su dolor sobre la pérdida de sus hermanas, contando con llanto que las amaba y que cuando ambas murieron por distintas razones siendo mujeres adultas, eso le provocó mucho dolor y pensaba en que su madre necesitaba consuelo y apoyo, sin embargo aún mantiene sus reservas hacia la relación madre-hijo, ya que según sus propias palabras “ella sigue siendo fría con él”.

Los datos tan enriquecedores de su vida abrieron la oportunidad de efectuar las técnicas de autodistanciamiento (el niño herido, la silla vacía y ¿quién soy yo') y poder sanar recuerdos dolorosos de su infancia e intentar el manejo del duelo generado por la pérdida de sus hermanas.

Su autoestima se reforzó con el apoyo **del sentido del momento**, con el análisis de sus logros y las experiencias que ha sabido superar con éxito. Las técnicas de auto conocimiento como el elaborar una lista escrita de sus cualidades, potencialidades y defectos, permitieron que el concepto sobre si mismo fuera más aertivo y lograr así un cambio de actitud.

**En la tercera fase** don S. logró disminuir sus síntomas de culpa, tristeza y frustración.

En la fase I se encontraba ubicado en el cuadrante III (depresión e ideas destructivas) siendo ineficaz. En el transcurso de la psicoterapia fue evidente una modificación de actitudes con la corrección de su auto-castigo, culpa y baja autoestima, se le condujo a encontrar su sentido de vida a través de la espiritualidad y de auto-trascender, viendo a su esposa y a sus hijos como su tarea, su misión y aprendiendo que el sufrimiento puede dejar de ser sufrimiento cuando le encuentra sentido.

La hiperreflexión permitió que dejara de centrar su atención en los eventos de su pasado ya que su esposas esta viviendo una situación real de las secuelas de una enfermedad crónica como lo es la E.C.V.

Al final de esta fase el señor S. se encuentra ubicado en el cuadrante II (con frustración pero con eficacia). En la logo terapia de grupo aportó al bien común la decisión de trazar metas para el presente y el futuro, con la convicción de que a través de su vivencia puede ayudar a otras personas (lograr la autotrascendencia).

ANEXO 1

**ENCUESTA PRELIMINAR**

**Fecha:**

**Instrucciones:**

**Responda cada pregunta según sus conocimientos.**

1. ¿Conoce usted lo que es un ataque cerebral o enfermedad cerebro vascular?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
2. ¿Conoce las limitaciones de comunicación, físicas y emocionales de un ataque cerebral?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
3. ¿Sabe usted cuáles son las causas que provocan un ataque cerebral?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
4. ¿Enfermedad cerebro vascular es lo mismo que ataque cerebral?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
5. ¿Ha recibido orientación adecuada desde el punto de vista médico sobre la enfermedad cerebro vascular?  
Si \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
6. ¿Tiene dudas sobre los medicamentos que debe usar su paciente con E.C.V.?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
7. ¿Ha recibido instrucciones sobre como ayudar al paciente en casa, de parte del equipo de rehabilitación?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
8. ¿Desearía recibir apoyo psicológico como parte de la rehabilitación de su paciente?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
9. ¿Cuántos miembros de la familia asisten con el paciente a rehabilitación?
10. ¿Es optimista en cuanto a la recuperación de su paciente?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO

#### I. DATOS PERSONALES DEL FAMILIAR:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Dirección actual: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Situación económica: Estable \_\_\_\_\_ En difíciles condiciones \_\_\_\_\_

Con quien vive actualmente:

Parentesco con el paciente que sufre de una enfermedad cerebro vascular:

#### II PARTE

##### **Instrucciones:**

Este cuestionario es de preguntas abiertas lo que significa que puede ampliar sus respuestas como usted lo considere necesario. Por favor responda todas las preguntas lo más sinceramente posible, la información aquí recabada es confidencial y de suma importancia para apoyarle en el trabajo psicoterapéutico. No hay límite de tiempo.

1. ¿Sufrir de alguna manera al ver el estado físico de su familiar con enfermedad cerebro vascular?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué \_\_\_\_\_

---

2. Si su respuesta es afirmativa ¿Cómo sobrelleva usted ese sufrimiento?
- 

3. Marcar las opciones que considere apropiadas.

La situación actual de su paciente con E.C.V. le causa:

\_\_\_ Tristeza  
\_\_\_ Desesperación  
\_\_\_ Odio  
\_\_\_ Frustración  
\_\_\_ Desesperanza  
\_\_\_ Todas las anteriores  
\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

4. ¿Se revela contra el sufrimiento o lo acepta? \_\_\_\_\_

5. ¿Cree que puede obtener algo positivo que valga la pena a su vida este acontecimiento que está experimentando con su familiar con E.C.V.?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

6. Subraye la o las opciones que considere.

Su sufrimiento es:

- Innecesario.
- Inevitable.
- Inexplicable y pavoroso.
- Necesario y me da “un sentido de vida” una razón como ser humano.
- No estoy sufriendo en absoluto.

7. Piensa usted que si el sufrimiento, la muerte y la enfermedad, no tuvieran un sentido más allá de nosotros mismos ¿la vida no merecería?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

8. ¿Hay alguna persona amada o tarea que cumplir que necesite de usted? ¿Quién o qué?  
Explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Marque lo que considere.

¿Es usted una persona que sufre por...?

- \_\_\_ Lo que ha perdido.
- \_\_\_ Porque es incomprendido (a).
- \_\_\_ Falta de ayuda.
- \_\_\_ Mis afectos.
- \_\_\_ No encontrar sentido de su existencia.
- \_\_\_ Falta de consuelo.

10. Considera ser usted una persona feliz?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Por qué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*“La suprema dignidad del hombre es el sufrimiento”*  
*Hermann Cohen*

ANEXO 3

**HISTORIA DE VIDA**

**I. DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Estructura familiar: \_\_\_\_\_

**II DATOS DEL PACIENTE CON E.C.V.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_ lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_  
¿Con quién vive el paciente? \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

**III MOTIVO DE CONSULTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emociones identificadas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV ACONTECIMIENTOS DE VIDA**

¿Qué eventos o acontecimientos le han afectado y marcado en su Vida?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NIÑEZ:

JUVENTUD:

EDAD ADULTA:

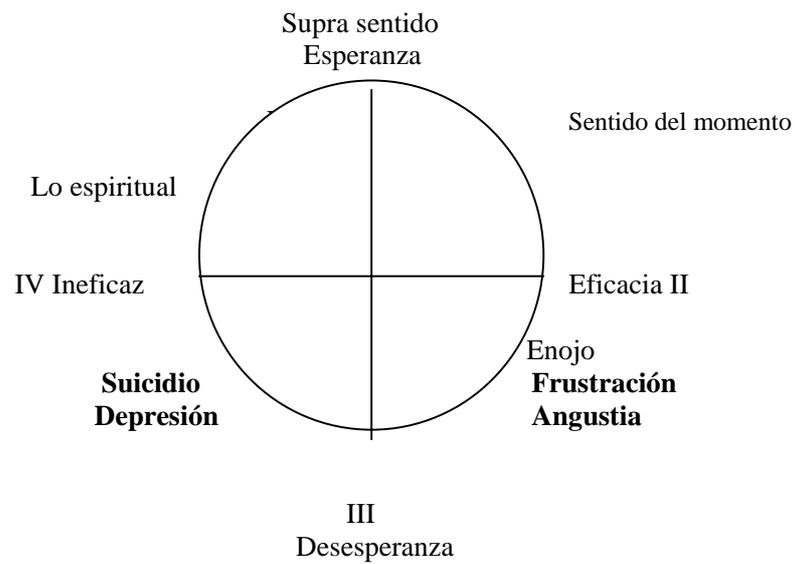
## VII HISTORIA DE PÉRDIDAS:

Emociones:

Actitudes:

## VIII VISIÓN LOGOTERAPEUTICA

I



## RESUMEN

Las personas cuyas vidas se ven afectadas por la presencia de un familiar que padece una enfermedad crónica como un Evento Cerebro Vascular, deben recibir apoyo psicológico para tratar las necesidades emocionales que se presentan así como reconocer sus recursos internos, que les permitan confrontar su propio sufrimiento y el sufrimiento de otras personas; aliviar la tristeza y desesperanza puede ser posible para el familiar que, al comprender y conocer la enfermedad cerebro vascular, pueda prestar un servicio de amor y entrega a otra persona que evidencia secuelas físicas, cognitivas, de comunicación y psicológicas que le impiden desarrollarse independiente y sanamente en sus roles anteriores.

Este trabajo profundizó en el conocimiento de la naturaleza del sufrimiento, que proviene de la frustración de una vida sin sentido, y en el encuentro del sentido de vida. Las técnicas específicas de la logoterapia tales como el auto-distanciamiento, auto-descubrimiento y ejercicios de visualización guiada permitieron a los familiares confrontar sus propios recuerdos dolorosos, frustraciones, sentimientos de duelo no resueltos, etc. sin embargo, también descubrieron “sentidos del momento”. Las familias presentaron cambios positivos debido a que esta ayuda les permitió superar su sufrimiento inevitable desde la espiritualidad.