

Artículo Original

Afrontamiento y Logoterapia en Pacientes Terminales y Cuidadores Primarios

Coping and Logotherapy in Terminal Patients and Primary Caregivers

Sánchez-Castillo T¹, Amador-Velázquez R², Rodríguez-García C³

Resumen

El objetivo del presente es describir de qué manera la intervención logoterapéutica ayuda en el afrontamiento del duelo al Paciente Terminal y a su Cuidador Primario en el área de Cuidados Paliativos en un Hospital al Norte del Estado de México permitiéndoles tener una calidad de vida óptima por medio de la comunicación asertiva y la identificación del sentido de vida; la metodología fue de carácter mixto, con enfoque dominante cualitativo. El procedimiento se desarrolló en siete fases: 1) Encuadre, 2) Evaluación (se utilizaron la entrevistas semi-estructuradas, el Logotest y el Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar como herramientas para la valoración de los casos), 3) Diagnóstico, 4) Intervención basada en tareas de Terapia Breve y técnicas logoterapéuticas, 5) Post aplicación del Logotest en Cuidadores Primarios 6) Resultados y 7) Seguimiento. Participaron pacientes con pronóstico de vida terminal y sus cuidadores primarios. El análisis estadístico y del discurso demuestran que la Logoterapia es una alternativa efectiva en el afrontamiento del duelo en el Cuidador Primario, de igual forma la Logoterapia en el Paciente Terminal permite que afronte propositivamente su condición, por ende al hacer consciente su proceso de muerte, le da la oportunidad de revalorar y alcanzar la plenitud de su existencia.

Palabras clave: Logoterapia, pacientes terminales, cuidador primario, logotest, tanatología.

Abstract

The objective of the present is to describe how the logotherapeutic intervention helps in the confrontation of the duell to the terminal patient and his primary caregiver in the area of Palliative Care in a hospital in the North of the State of Mexico by letting them have an optimal quality of life through assertive communication and identification of the sense of life; The methodology was of a mixed nature, with qualitative dominant approach. The procedure was developed in six phases: 1) Framing, 2) Assessment (we used the semi-structured interview, the Logotest and the questionnaire for the Evaluation of Family Functioning as tools for the assessment of the cases), 3) diagnosis, 4) intervention task-based and short therapy and logotherapeutic techniques , 5) Post implementation of the primary caregivers in Logotest 6) Results and 7) Follow-up. Statistical analysis and speech show that the logotherapy is an effective alternative for facing of the duel at the Primary Caregiver, just as the speech therapy in the terminal patient allows him purposefully face his condition, therefore to make conscious the process of death, it gives him the opportunity to revalue and reach the fullness of their existence.

Key Words: Logotherapy, terminal patients, primarycaretaker, logotest, .

¹ Pasante de la Lic. en Psicología, del CU UAEM Zumpango, Psic. TaniaSC@hotmail.com

² Mtra. en Psicología, Docente del CU UAEM Zumpango, amadoreyna@gmail.com

³ Mtra. en S. P. Profesor de T C del CU UAEM Zumpango, clauskaren18@hotmail.com

Recibido: 30 de Julio de 2015. **Aceptado:** 12 de septiembre de 2015.

Introducción

La muerte como proceso desencadena diversas reacciones (tanto físicas como emocionales) para las que no se tienen desarrolladas las herramientas necesarias de afrontamiento, pues generalmente el humano se prepara para todo menos para morir. Este descuido es lo que ocasiona un desequilibrio en el enfermo y la familia, sobre todo si dicha enfermedad es un estado y no sólo una etapa, en la cual el enfermo debe ser atendido en un hospital y un familiar debe asumir el rol de cuidador primario (CP). Es precisamente esta parte la que atañe al presente, ya que se abordan las problemáticas inherentes al proceso de vida-muerte en el que se encuentran insertos los pacientes terminales (PT) y su cuidador primario, expone quiénes son éstos, la relación que tienen los cuidados paliativos en su atención, las necesidades psicológicas y los miedos generales que se presentan ante la muerte.

Como punto de partida es importante mencionar que las investigaciones realizadas en torno al objeto de estudio “cuidador primario de un paciente con enfermedad crónico-degenerativa” aún son reducidas en México y las publicaciones en su mayoría son anglosajonas; por ejemplo Pavón¹, menciona que en el binomio paciente-cuidador primario deben prevenirse riesgos futuros, por lo cual propone: otorgar información básica para su autocuidado e identificar sus necesidades físicas, psicológicas y sociales, todo ello para evitar el síndrome de Burnout^{2,3}.

Algunos factores asociados al nivel de calidad de vida, entendida como la interpretación que tiene una persona de su contexto cultural, del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes, son las condiciones de vida, por ejemplo: el nivel educativo, las condiciones de vivienda, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos, entre otros⁴. Por ende, es necesario sensibilizar al equipo de salud⁵ para que otorgue una mayor orientación al cuidador primario⁶ respecto al autocuidado que debe recibir otorgándole alternativas saludables⁷ para enfrentar situaciones estresantes⁸ y, así, evitar el síndrome del quemado^{8,9}.

De manera general los aspectos positivos como el bienestar, la satisfacción y la gratificación de quien cuida, incrementa la capacidad de afrontar los nuevos retos, sentirse más útil y conseguir más acercamiento con las personas¹⁰; así, es importante rescatar la dimensión espiritual de los seres humanos¹¹ ya que la dimensión noética del cuidador primario es afectada por la sintomatología noógena, es decir, que la situación espiritual del CP se ve amenazada por los conflictos morales generando frustración como consecuencia del tipo de vínculo, la gravedad del cuadro clínico y el tiempo del proceso de la problemática.

Sin lugar a dudas el estado del conocimiento anterior pone en manifiesto la falta de publicaciones que aborden la calidad de vida del Cuidador Primario en el proceso de atención al paciente con enfermedad terminal, misma que genera dolor y sufrimiento en quien la padece y en las personas que mantienen un vínculo afectivo con él, no obstante dichas condiciones no terminan para el cuidador en el momento en que fallece el enfermo, sino que hay una serie de repercusiones en los niveles social, físico, psicológico y espiritual¹².

Es importante clarificar que la calidad de vida¹³ es el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción (de acuerdo con las expectativas particulares) con áreas que son importantes para el sujeto¹⁴ en las esferas física, psicológica y social¹⁵, mismas que evalúa multidimensionalmente de acuerdo con criterios intrapersonales y socio-normativos, de su sistema subjetivo y ambiental, asimismo se verá influenciada por las circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que pertenece¹⁶.

Objetivo General

Describir de qué manera la intervención logoterapéutica ayuda en el afrontamiento del duelo al paciente terminal y su cuidador primario en el área de Cuidados Paliativos en un Hospital al Norte del Estado de México permitiéndoles tener una calidad de vida óptima por medio de la comunicación asertiva y la identificación del sentido de vida.

Objetivos Específicos

- Explicar las estrategias de afrontamiento que tienen el paciente terminal y su cuidador primario a través de las pérdidas anteriores que han sufrido, mediante la aplicación de la entrevista semi-estructurada.
- Describir cómo una comunicación asertiva entre el paciente terminal y su cuidador primario genera un funcionamiento familiar eficiente, por medio de la empatía y la escucha activa.
- Describir el sentido de vida en el paciente terminal y su cuidador primario a través del análisis de la historia de vida, de la esperanza por medio de visiones futuristas, utilizando los valores vivenciales, creativos y de actitud
- Prevenir el duelo complicado del paciente terminal y del cuidador primario a través del acompañamiento logoterapéutico.

Método

El enfoque que se utiliza es mixto porque, según Hernández et al "...representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio..."¹⁷

Además, al existir diversas formas de pensar y actuar de los sujetos ante una misma situación, cabe la necesidad de una metodología plural para explorar los diversos objetos de estudio ya que, si se opta por elegir un solo paradigma existe el riesgo de ignorar características que permitan conocer de una forma más certera los fenómenos sociales.

Rodríguez¹⁸ menciona la complejidad de establecer criterios únicos para definir cuáles son los métodos cualitativos de investigación, sin embargo clasifica los siguientes: fenomenología, etnografía, teoría fundamentada, etnometodología, investigación-acción y biografía. Cabe aclarar la importancia de referirnos a los métodos con enfoque cualitativo ya que esta investigación se orienta hacia las significancias sociales y la importancia de la subjetividad del objeto de estudio, para entender el sentido de sus actos e interpretarlos.

Se utilizan instrumentos de medición cuantitativa como el Logotest¹⁹ y el Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar y la técnica cualitativa de la Historia de Vida.

Éste estudio es no experimental-comparativo, por lo que hay pretest-posttest, pues se evaluó el logro de sentido de vida haciendo una relación antes y después de la intervención logoterapéutica únicamente con los cuidadores primarios, a los pacientes terminales sólo se les aplicó una vez el logotest para conocer su sentido de vida.

La única aplicación del logotest a los pacientes terminales fue a causa de su pronóstico de vida "incierto", en promedio se trabajaron siete sesiones. Por ello es que cada sesión se abrían y cerraban temas concretos, buscando que el paciente día con día se quedara con un aprendizaje nuevo por medio de darse cuenta.

Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico se trabajó con los pacientes terminales y sus CP que llegaban a la Clínica de Cuidados Paliativos en un Hospital al Norte del Estado de México para evaluarlos con los materiales que a continuación se describen y, asimismo, realizar su diagnóstico e intervención. Teniendo un total de cuatro casos individuales (dos de pacientes terminales y dos de sus cuidadores primarios) concluidos, de los cuales dos son del Estado de Michoacán y dos más del Estado de México.

Los criterios de inclusión fueron que podrían participar los pacientes que tuvieran pronóstico terminal y su cuidador primario (o cuidadores primarios, dado el caso de que fueran dos o más los involucrados en la atención del enfermo de manera constante y tuvieran un fuerte vínculo afectivo con él) que solicitaran o fueran canalizados a la Clínica de Cuidados Paliativos, mientras que los criterios de exclusión fueron en el caso de que el paciente terminal se negara a recibir la atención de Cuidados Paliativos. Se respetaría su decisión con base en el artículo 166 Bis 3, fracción VI de la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, donde se expresan los derechos de los enfermos en situación terminal y se sostiene que el paciente dará su consentimiento informado por escrito para la aplicación o

no de tratamientos, medicamentos y cuidados adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.

Los participantes fueron: Paciente terminal, mujer de 20 años de edad diagnosticada con una fistula en el estómago, vaginitis aguda y colecistitis, creyente de la religión católica, soltera y empleada como recepcionista en un consultorio ginecológico hasta el momento en que ingresó al hospital. Su cuidador primario era su madre de 42 años, mujer viuda, creyente de la religión católica, desempleada. Asimismo mujer de 55 años de edad diagnosticada con Insuficiencia Renal Terminal (IRT), soltera, creyente de la religión espiritista, desempleada. Su cuidador primario era su hermana menor quien tenía de 46 años, devota de la religión espiritista, divorciada con tres hijos, desempleada.

Materiales

Se trabajó con el paciente terminal y con el cuidador primario por separado utilizando las siguientes herramientas:

- a) Logotest de Elisabeth. S. Lukas, se aplicó a los pacientes terminales (en una ocasión) y su cuidador primario (en dos ocasiones, la segunda después de la intervención psicoterapéutica) y tiene como propósito medir la Realización Interior de Sentido (RIS), además de la frustración existencial e identificar las neurosis noógenas. Consta de tres áreas: La primera parte analiza los factores que dan sentido a la vida humana y está formada por nueve ítems, cada uno evalúa una distinta categoría, que son: bienestar material, autorrealización, relación familiar, satisfacción por ocupación, satisfacción en relaciones interpersonales, interés por pasatiempos, valores vivenciales, creencias y necesidades. La segunda parte evalúa las manifestaciones de frustración existencial a través de siete ítems, cada uno evalúa las siguientes categorías: agresión, regresión, sobrecompensación, huida, adaptación razonada, posibilidad de neurosis noógena y depresión. La tercera parte evalúa una autovaloración respecto a las metas propias, la conciencia de éxito y la conciencia de fracaso, además de la actitud ante ello¹⁹.
- b) Entrevista semi-estructurada que ayudará a realizar la historia de vida de la persona, se administró a los pacientes terminales y a su (s) cuidador (es) primario (s). Consta de siete áreas que ayudarán a la exploración de recursos que son de importancia para el paciente, además de conocer las pérdidas anteriores que ha tenido (y por medio de esto conocer el tipo de afrontamiento que tiene) y son: ocupación, familia, relación con pares, conocimiento intrapersonal, duelo, valores y creencias y sentido de vida. Esta entrevista le ayudará a expresar libremente sus ideas sobre su condición existencial, sus temores, sus necesidades, sus relaciones, sus creencias, etc.
- c) Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)²⁰ tiene como objetivo conocer la percepción que tiene un miembro de la familia en torno a su funcionamiento familiar. Evalúa cuatro categorías: involucramiento afectivo funcional o disfuncional, patrones de comunicación funcionales o disfuncionales, cómo es la resolución de problemas que adoptan y patrones de control de la conducta.

Procedimiento

Se plantearon siete fases mediante las cuales se realizó un trabajo progresivo, es decir, por medio de la recopilación de datos que arrojaron los pacientes terminales y sus CP a través de la entrevista semi-estructurada, el Logo test y el EFF se hizo un diagnóstico que permitió detectar sus áreas de mayor conflicto y, de esta manera, se logró diseñar un trabajo de intervención para que el paciente terminal y su cuidador primario pudieran llegar a la autotrascendencia de la pérdida.

FASE 1. ENCUADRE: Se presentó el psicoterapeuta con el paciente terminal y su cuidador primario haciéndoles saber el tiempo aproximado que se trabajaría con cada uno de ellos. Las sesiones se llevaron a cabo diario, utilizando una hora para el paciente terminal y otra para el cuidador primario, usando como material de apoyo papel, bolígrafo y grabadora para realizar anotaciones durante toda la terapia y grabarla. Asimismo se les explicó dónde podían encontrar el apoyo psicoterapéutico en caso de que lo requirieran. Por último se les proporcionó una carta de consentimiento informado donde se les

planteó que sus datos serían utilizados para fines de investigación, omitiendo su identidad en caso de que así lo refiriera la persona.

FASE 2. EVALUACIÓN: Se trabajó en esta fase con el paciente terminal y su cuidador primario aplicando las siguientes herramientas:

- Logotest de Elisabeth. S. Lukas
- Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)
- Entrevista semi-estructurada

En la primera sesión, después del encuadre se procedió a la aplicación del Logotest y del EFF. La entrevista semi-estructurada se realizó a lo largo de las sesiones, pues de manera natural el paciente mencionó durante su discurso las áreas que abarca la misma.

FASE 3. DIAGNÓSTICO: Después de la evaluación se procedió a realizar el diagnóstico clínico del paciente terminal y su cuidador primario, que es el resultado de la interpretación de datos reunidos por medio de la fase 2. Dicha interpretación se hizo basándose en las características del duelo, además a través de la calificación (de acuerdo con los autores) del Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar (EFF) y del Logotest.

FASE 4. INTERVENCIÓN: Se utilizó un modelo de triada pasado-presente-futuro aplicado al paciente terminal y su cuidador.

Paciente terminal

Se comenzó creando empatía por medio de la escucha y la atención hacia el paciente, validando sus emociones. Posteriormente se aplicó la técnica de derreflexión, únicamente si el paciente presentaba conductas obsesivas compulsivas y ansiosas desarrolladas en torno a la observación personal.

Pasado: A partir de este punto se comenzó a trabajar con la autotrascendencia y el sentido de vida, utilizando el diálogo socrático para que el paciente hiciera un análisis de las acciones que realizó en el pasado y que le causaron satisfacción.

Presente: Se exploraron las necesidades presentes del paciente y por medio del diálogo socrático se tomó conciencia de lo que requiere para lograr los objetivos que se propuso en ese momento, sin dejar atrás la visión realista, se apoyó al paciente para ir cerrando su ciclo de vida de manera emocional y a través de tareas ir elaborando su buen morir. Cabe mencionar que en esta fase el psicoterapeuta se apoyó en el cuidador primario.

Futuro: A través del diálogo socrático se le preguntó de qué forma le gustaría ser recordado cuando falleciera, tomando en cuenta los objetivos que se propuso en el presente.

Cuidador primario:

Al igual que con el paciente terminal se comenzó a crear empatía por medio de la escucha y la atención, validando sus emociones. En caso de que le costara trabajo hablar y/o mostrara resistencias se utilizaría la técnica de objetos vinculares cuyo propósito es contactar con las emociones y permitir su fluidez.

Pasado: Se le pidió que realizara una lista de vivencias agradables y desagradables que haya tenido en relación con el paciente terminal, esto permitiría que conciliara sus recuerdos y estuvieran en una "balanza" equilibrada.

Presente: Se le preguntó sobre sus necesidades emocionales-espirituales y sus necesidades en relación con el paciente terminal, se dio contención emocional y espiritual, que le permitió crear un acercamiento con su experiencia y así pudo ir elaborando un duelo sano.

Futuro: Se utilizaron las técnicas de duelo Objetos Vinculares, La Carta Continúa y Finalización. Esto le permitió a la persona ir elaborando el duelo, llevándolo poco a poco a la autotrascendencia.

Para la autotrascendencia y la creación de nuevas metas sin el ser querido se utilizaron las técnicas de Cosas "Esperanza", La Carta desde el Futuro y el Collage de los Sueños.

En ambos casos el psicoterapeuta fungió como un "puente de comunicación" con el paciente terminal y su cuidador primario, permitiendo que fuera funcional y asertiva.

FASE 5. POST APLICACIÓN DEL LOGOTEST: Se aplicó el Logotest por segunda ocasión a los CP para revisar si los resultados difirieron posteriormente de la intervención logoterapéutica, ésta fue siete/ocho sesiones después de haber trabajado de forma individual.

FASE 6. RESULTADOS: Con los CP los resultados se vieron reflejados en la segunda aplicación del logotest y los alcances de la intervención logoterapéutica en los Pacientes Terminales se vieron

reflejados a partir de la utilización de la técnica diálogo socrático, que les permitió darse cuenta de los aprendizajes que dieron a sus sobrevivientes, también en el contraste del motivo de consulta con su discurso final, en donde manifestaron armonía y tranquilidad, pues sus preocupaciones en torno a sus seres amados desaparecieron, reconocieron y validaron sus emociones consigo mismos y con sus CP por medio de la comunicación asertiva.

FASE 7. SEGUIMIENTO. Se buscó que el paciente y el cuidador primario logran un nivel de funcionamiento más alto del que tenía antes de la situación generadora de estrés, permitiéndoles alcanzar la autotranscendencia, por lo que (en caso de requerirlo) sería necesario seguir conteniendo emocionalmente al paciente terminal y/o al cuidador primario para evitar un duelo complicado.

Recopilación de la información

Después de la selección de los informantes se procedió a realizar las entrevistas de forma individual, mismas que se desarrollaron entre los meses de enero a diciembre del año 2014 en horarios específicos para cada persona, en ocasiones variaron dada la condición de salud de los pacientes terminales o bien dependiendo de las necesidades de los cuidadores primarios, no obstante los cuatro informantes siempre estuvieron dispuestos, abordables y cooperadores.

Las entrevistas tuvieron lugar en el Hospital, la mayoría en una sala que se encontraba dentro de un aula para servicios psicopedagógicos y que proporcionaba la privacidad apropiada para que se estableciera un adecuado rapport y las personas se sintieran en confianza con el psicoterapeuta, sin embargo en el caso de la informante uno se realizó la excepción y se trabajó con ella en una habitación aislada en el área de Medicina Interna, ya que se encontraba en cama y sin posibilidades de ponerse en pie.

Cabe aclarar que durante el proceso de recopilación de la información se utilizó una grabadora para tomar un fiel testimonio del informante, todo esto con su consentimiento. La conversación fue llevada a cabo por el psicoterapeuta indagando principalmente en categorías que resultaban de suma importancia para la investigación, tales como: ocupación, relaciones significativas, redes de apoyo, conocimiento intrapersonal, duelos vividos, creencias, sentido de vida, entre otras. Aunque también se hacía caso a las áreas de interés que tenía el paciente (por ejemplo, la informante cuatro externó el abuso sexual que vivió en su infancia, por lo que fue prudente dirigir dos sesiones completas a la situación). Las sesiones duraron en promedio de 45 a 55 minutos.

Procesamiento de la información

Las grabaciones realizadas durante las entrevistas fueron transcritas en word el mismo día que se llevaron a cabo con la finalidad de no olvidar el sentido de las palabras clave ni el lenguaje corporal del paciente para poder realizar una interpretación u hipótesis por parte del psicoterapeuta, al mismo tiempo que se planificaba la sesión siguiente por medio de tareas o temas de relevancia a tratar.

Análisis del discurso

La "descripción densa" es el conjunto de interpretaciones que se dan a una acción y que dependen del contexto social (cultura) en la que se realiza la significación. El análisis consiste en desentrañar las estructuras de significación. Deben elaborarse atendiendo a las interpretaciones que hacen empíricamente personas pertenecientes a un grupo particular. La inferencia teórica analiza las consecuencias teóricas de los conocimientos obtenidos en un estudio de caso. Generalizar dentro de casos particulares se llama generalmente inferencia clínica. En vez de ir de lo general a lo particular, la inferencia comienza con una serie de significantes e intenta acomodarlos dentro de un marco inteligible. Las mediciones se emparejan con la teoría, pero los síntomas (aun cuando sean objeto de medición) se diagnostican (utilizando las peculiaridades teóricas).

Análisis de datos

Al finalizar las cuatro intervenciones individuales y por medio de la entrevista semi-estructurada, el Logotest y el EFF se procedió a realizar la historia de vida de cada caso, esto se logró captando los datos más relevantes que arrojó el paciente. Se dividió en áreas del desarrollo del sujeto que son: infancia, adolescencia, juventud y adultez, asimismo se resalta la relación con los padres y otros antecedentes familiares. Esto ayudó a conocer los recursos del paciente, las pérdidas que ha tenido, el modo en que

las afrontó y las redes de apoyo que le fueron de utilidad, además de su subjetividad en torno a su condición existencial, sus necesidades, temores, etc. Finalmente se realizó una apreciación de la calidad de vida que tiene cada paciente por medio de la revisión de literatura acerca del tema.

Categorías de análisis

Se realizaron categorías basadas en el marco teórico elaborado y sustentadas en los instrumentos que se aplicaron a los informantes:

Estrategias de afrontamiento: procesos concretos (cognitivos y conductuales) en los que el ser humano se apoya para reducir, dominar o tolerar las demandas extrínsecas e intrínsecas que le generan estrés.

Duelo complicado: tiene variaciones de manifestación clínica como lo es el duelo inhibido o retardado (la evitación se vuelve patológica y se utiliza por un tiempo prolongado), duelo crónico (se presenta en situaciones de dependencia hacia el difunto, el doliente mantiene intensos vínculos con él a través de la memoria y le llora ante cualquier recuerdo consciente o inconsciente) y duelo traumático (se da ante una muerte inesperada. La integración y aceptación en la elaboración del duelo se ve interferida por recuerdos que producen sufrimiento anormal en el doliente).

Calidad de vida: Evaluación multidimensional basada en criterios intrapersonales y sociales de satisfacción de necesidades físicas, psicológicas y sociales que dependen del sistema personal y ambiental del sujeto.

Sentido de vida: es el significado de la vida del ser humano, funge como principal fuerza motivacional de su conducta.

Comunicación asertiva: forma consciente de expresión que se caracteriza por ser clara, congruente, equilibrada y directa. Permite manifestar ideas y sentimientos sin herir o perjudicar la subjetividad del receptor.

Validación de la interpretación

Con la finalidad de alcanzar mayor validez de los resultados, en cuanto al análisis e interpretación, se respaldan en la triangulación de informantes²¹ que permite contrastar diversas opiniones de diferentes participantes que comparten las categorías antes señaladas y busca generalizar una particularidad.

Además, para evitar interpretaciones erróneas en torno a la significación y sentido que los informantes dan a sus actos, se han contrastado dentro del discurso original las diversas categorías y subcategorías encontradas con base en el marco teórico, sustentándolas en fracciones del diálogo que establecieron con el entrevistador y que se relacionan directamente con el objetivo de la investigación.

Resultados

En el siguiente apartado se hará una descripción de los datos cuantitativos obtenidos por medio del Logotest y el Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar (EF) y posteriormente de los datos cualitativos producto de la entrevista semi-estructurada.

Características de los informantes ante las entrevistas

Pacientes terminales

PT01

- a) Aspecto corporal: Decaída, delgada en extremo, ojos amarillos, débil, con poca fuerza para hablar.
- b) Arreglo personal: Higiene adecuada, vestida con bata blanca.
- c) Comportamiento: Cansada, abordable, tranquila, cooperadora.
- d) Síntomas presentados por el paciente terminal en los niveles conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo:
- e) Conductual: Pérdida de la autonomía, dependencia física.

- f) Afectivo: Soledad, pérdida de seguridad, pérdida de tranquilidad, ansiedad, desesperación (porque baja de peso), frustración, impotencia, esperanza, entiende que debe tener paciencia (hay sentimientos contrastantes), se siente culpable por no haber expresado su amor a su hermano, tristeza, alivio y comprensión (después de hablar con su mamá), aceptación, aprendió a valorar y a ser humilde.
- g) Somático: Cansada, ardor en la garganta (debido a sangrado por la boca y a métodos invasivos).
- h) Interpersonal: Fortalecimiento de relaciones interpersonales, gusto por conocer gente nueva, necesidad de pasar más tiempo con su mamá y su hermano, extraña a su pareja, necesita el apoyo de su madre, le da tranquilidad platicar con la gente.
- i) Cognitivo: Preocupación por gastos generados con su permanencia en el hospital y por su madre (temor de que ésta enferme) y hermano, le tranquiliza saber lo que tiene.

PT02

- a) Aspecto corporal: Débil, ausencia de algunos dientes, con arrugas en la piel y resequedad en ocasiones.
- b) Arreglo personal: Higiene adecuada.
- c) Comportamiento: Cansada, abordable, cooperadora.
- d) Síntomas presentados por el paciente terminal en los niveles conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo:
- e) Conductual: Platicadora.
- f) Afectivo: Se siente dependiente, nerviosa, temerosa porque pudiera volver a hospitalización, se siente mal por no poder aportar algo económicamente, siente tristeza, pena y dolor porque sus padres nunca le inculcaron expresar lo que siente.
- g) Somático: Presentaba síntomas y signos relacionados a su enfermedad.
- h) Interpersonal: No le gusta llorar delante de sus nietos, quienes también son su apoyo. Necesidad de expresar sus preocupaciones y sentimientos con su cuidador primario.
- i) Cognitivo: No quiere saber de su enfermedad, hace años le detectaron diabetes pero no aceptó la enfermedad, presiente que fallecerá, preocupación por lo que será de sus hijos (nietos), cree que no hay nada más después de la muerte. Piensa que su enfermedad y sus nietos son "una carga" para su hermana.
- j) Cuidadores Primarios.

CP01

- a) Aspecto corporal: Huesos con dimensión promedio a la población mexicana y bajos niveles de grasa.
- b) Arreglo personal: Higiene inadecuada en ocasiones.
- c) Comportamiento: Cansada, triste, abordable, cooperadora.
- d) Síntomas presentados por el Cuidador Primario en los niveles conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo:
- e) Conductual: Ansiedad (constante movimiento de manos y piernas, toma objetos y los manipula).
- f) Afectivo: Miedo, angustia, soledad, ambivalencia, preocupación (por su otro hijo y por la cuenta que está generando la estancia de su hija en el hospital), le cuesta trabajo expresar sus emociones y sentimientos, incertidumbre, tranquilidad (cuando está con su hija y cuando reza), ansiedad, tristeza.
- g) Somático: Ante situaciones estresantes la vista se le nublaba, ha tenido pérdida de la energía, comprensión y alivio después de la sesión conjunta.
- h) Interpersonal: No le gusta llorar delante de sus hijos, quiere expresar todo su cariño a su hija de una forma más "grande".
- i) Cognitivo: Creía que en cuanto dejara sola un momento a la paciente algo "malo" podría ocurrirle, nada de lo que hace es suficiente, sentimiento de incapacidad, siente que su hija va a salir bien, no quiere que su hija sienta que se está despidiendo de ella cuando hablan de la posibilidad de que fallezca.

CP02

- a) Aspecto corporal: Delgada.
- b) Arreglo personal: Higiene adecuada.
- c) Comportamiento: Cansada, abordable, cooperadora.
- d) Síntomas presentados por el Cuidador Primario en los niveles conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo:
- e) Conductual: Se queda dormida en cualquier lugar.
- f) Afectivo: Se siente un poco molesta con su hermana porque fue “un poco” irresponsable, desesperación (la situación le “va cayendo de peso”), siente miedo de no poder cuidar a los menores de edad y a su hermana al mismo tiempo, estrés, desesperación.
- g) Somático: Agotamiento (“me siento cansada”).
- h) Interpersonal: Nueva adaptación en la inclusión de los nietos de su hermana le causa desesperación por ser cosas nuevas pero pide a ésta que le tenga paciencia.
- i) Cognitivo: Preocupación económica, sabe que el tiempo de vida de cada quien es particular y hace lo que está en sus manos por su hermana.

Figura 1. Resultados del test Logoterapéutico	CP01		CP02			
	PT001	PT002	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Agresión	2	1	2	1	1	0
Regresión	0	0	1	0	0	0
Sobrecompensación	1	2	1	2	1	0
Huida	1	0	1	0	0	1
Adaptación razonada	0	0	1	0	0	0
Posibilidad de neurosis noógena	0	0	1	1	0	1
Depresión	0	0	1	0	0	0

Fuente. Elaboración propia.

En la Figura 1 puede observarse que los Pacientes Terminales presentan distintos niveles de agresión, entendida como un mecanismo de defensa en el que las personas “agreden” con su pasividad, un ejemplo de esto es cuando los pacientes no siguen rigurosamente las indicaciones que su médico les da, al respecto PT01 menciona: “Me siento muy ansiosa porque estuve casi un mes encerrada en un cuarto en el área de cirugía que no tenía ventanas en donde no entraba ni la luz del día, ya no sé ni en qué día vivo. Cuando estaba ahí adentro me desesperaba porque no podía hacer las cosas por mí misma, me sentía muy sola porque no dejaban entrar a mi mamá, y la verdad es que yo no quería comer”.

La agresión también se ve reflejada hacia los demás indirectamente y de forma no asertiva, se encubre de sumisión sin embargo esconde resentimiento, resistencia y hostilidad, también responde a una forma de adaptación. Con base en ello PT02 expresa: “Mi mamá era una persona muy agresiva y grosera, me ofendía, cuando ella lo hacía yo prefería no contestarle y darle la razón y me di cuenta de que así ya no me agredía tanto... Reconozco que quise más a mi papá que a mi mamá”. Por su parte el CP02 sostiene: “Cuando yo conocí a mi ex esposo me embaracé de él casi inmediatamente, pero tenía miedo de decírselo a mi mamá porque ella siempre fue creyente de que nosotras teníamos que salir de casa vestidas de blanco y casarnos antes de tener hijos, después de que me fui a vivir con él me empezó a maltratar y me fue infiel, no quise regresar a casa pero mi mamá no me lo permitió, fue por eso que seguí aguantando todo lo que él me hizo aunque después mi mamá me decía por qué seguía con él...”

Se observa la regresión presente en el CP01 en la primera aplicación del Logotest sin embargo baja a partir de la intervención logoterapéutica. La regresión es vista como una expresión restringida del auto-distanciamiento, es decir, que la persona no puede verse a sí misma fuera de su situación y proyectarse desde el horizonte de su personalidad, no tiene el poder de verse diferente, en otras palabras tiene una incapacidad para auto-proyectarse además de una regresión hacia el pasado, al respecto CP01

menciona: “Yo he vivido la muerte de tres personas muy cercanas a mí, mis papás murieron de alcoholismo hace 19 años y mi esposo hace ocho, por lo mismo, aunque se escuche mal pero después de que se murió mi esposo me sentí aliviada”, es posible detectar que la paciente buscaba una y otra vez el mismo contexto familiar, posiblemente para tener los mismos patrones de comportamiento a los que ya estaba acostumbrada teniendo familiares alcohólicos cerca.

Los informantes arrojan diversos niveles de sobrecompensación que es la respuesta a inferioridades orgánicas o psíquicas, en compensación desarrollan habilidades físicas o psíquicas. Al respecto PT01 sostiene: “Antes de que me enfermara se sentía estresada y era muy enojona pero he aprendido mucho después de esto, ahorita me da tranquilidad platicar con la gente, ver otras caras, me gusta hacer reír a la gente y ser amistosa”, por su parte PT02 menciona: “ Mi hija era una buena muchacha pero después empezó a juntarse con gente que la cambio, tiempo después se fue de la casa y me dejó a sus hijos, ahora no me gusta llorar enfrente de mi hija (su nieta), a mis hijos no les doy todo como cometí el error con ella (su primogénita)...” la paciente demuestra que sobrecompensó la ausencia de su primogénita al adoptar a sus nietos y, bien, adoptó nuevas formas características en su personalidad. En tanto CP02 manifiesta: “Después de que me separé de mi ex esposo descubrí cosas en mí de las que no me había dado cuenta... Me convertí en una mujer autosuficiente, empecé a ganar mi propio dinero y a ser independiente, eso me dio fuerza...”

La huida son los intentos que hace la persona por evadir la situación que le genera estrés, con base en esto PT01 expresa: “Cuando mi papá se murió mi mamá salía con otro señor y mi hermano y yo nos quedábamos solos en casa pero algunas veces yo me salía, regresaba hasta el día siguiente”; respecto al CP02 sostiene: “Después que me separé de mi esposo, me quedé sola, ya trabajaba, solía salir y bebía mucho... Me daba miedo volverme alcohólica...”

La adaptación razonada es el esfuerzo razonable que hacen las personas para encontrar sentido a su vida; CP01 expresa: “Aprendí algo positivo de mi matrimonio a pesar de que me siento fracasada porque no era el tipo de relación que yo esperaba, he luchado por mis hijos...”

La posibilidad de neurosis noógena es la presencia del vacío existencial que se manifiesta sobre todo en un estado de tedio y que nace de los problemas espirituales de las personas, esto se manifiesta en los CP debido a que abandonan sus necesidades para satisfacer las de su paciente, existe un desequilibrio en su armonía y no existe bienestar en los niveles espiritual, físico, psicológico y social.

La depresión se puede dar en tres niveles: 1) Endógena: es decir que viene desde adentro, es de orden biológico. 2) Reactiva ante las adversidades: Es la que se desata a través de la muerte o pérdida de salud de un ser querido, problemas económicos, conyugales, etc. 3) Noógena: Es la sensación de falta de sentido ante el futuro, como un problema espiritual. Por su parte CP01 la manifiesta por una reacción ante la pérdida de salud de su hija y por una falta de armonía a nivel espiritual, como manifestación clínica comenzaba a somatizar teniendo una vista borrosa ante situaciones de estrés, posiblemente como una forma de no querer ver la situación por la que estaba pasando.

Sentido de vida: De acuerdo con los resultados obtenidos se entiende que las áreas que potencian el sentido de vida de la PT01 son la autorrealización, la familia, las relaciones interpersonales, los valores vivenciales, las creencias y los valores de actitud (arroja la máxima puntuación), en un término medio se encuentra el bienestar material y las áreas que no otorgan sentido de vida a la Paciente son la de ocupación principal e intereses mientras que la PT02 (en ambas aplicaciones de la prueba) tiene un equilibrio en las áreas que propician sentido de vida al ser humano, arrojando igualdad entre cada una de ellas, además de alcanzar el nivel más alto en todas.

Por su parte en el CP01 son el bienestar material, la autorrealización, la familia, ocupación principal, relaciones interpersonales, valores vivenciales y creencias, ya que alcanza la máxima puntuación en cada una de ellas, sin embargo las que evitan que alcance su plenitud son el área de intereses y valores de actitud, ya que arroja la mínima puntuación en cada una, entretanto el CP02 (en las dos aplicaciones del logotest) tiene un equilibrio en las áreas que le generan sentido de vida, ya que arroja la máxima puntuación en cada una de ellas: bienestar material, autorrealización, familia, ocupación principal, relaciones interpersonales, intereses, valores vivenciales, creencias y valores de actitud.

Estrategias de afrontamiento: Se aprecia que las Pacientes Terminales han pasado por varios duelos a lo largo de su vida (pérdidas que no sólo incluyen la muerte) y han puesto en práctica de forma consciente y/o inconsciente diversas estrategias de afrontamiento, entre las que coinciden: “invertir en amigos íntimos”, lo que refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación de tipo personal íntimo e implica la búsqueda de relaciones íntimas, al respecto la informante PT01 sostiene que en su proceso

de enfermedad necesita el apoyo de su mamá (quien nunca la ha dejado sola desde que comenzó a estar así) además de que da tranquilidad el platicar con la gente y “ver otras caras” expresa. Por su parte la informante PT02 menciona que sus nietos (a quienes ha considerado como sus hijos desde que su hija los abandonó con ella) son su apoyo además de su hermana (quien es su cuidador primario) e Ignorar el problema, que refleja un esfuerzo constante por negar el problema o desatenderse de él. PT01 dice que a partir de la muerte de su padre gustaba de salir y no estar en su casa, mientras que PT02 menciona que no quiere saber de su enfermedad.

Además coinciden en las estrategias de afrontamiento que generaron a partir del desarrollo de su enfermedad: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito²²; en relación con esto la informante PT01 expresa que ha entendido que debe tener paciencia, que poco a poco sanará, piensa que el 80% de probabilidades de que sane se debe a su propio esfuerzo (“debo comer bien”), sin embargo aún se siente débil y se cansa: “Pero ya estoy mejor”, sostiene. Mientras que la informante PT02 a partir de la preocupación que le genera no poder apoyar económicamente a su hermana, menciona que le gustaría realizar actividades como vender dulces para sentirse independiente y realizar actividad física (un poco de ejercicio) para sentirse mejor.

Buscar apoyo espiritual, estrategia que refleja una tendencia a rezar, emplear la oración y cree en la ayuda de un líder espiritual o Dios, la informante PT01 refiere al respecto que lo que vive es una situación difícil aunque: “Dios sabe porque hace las cosas”. Presiente que saldrá adelante, que estará bien junto a su familia, no obstante si no se recupera “será de Dios”, además de creer mucho en él menciona: “a lo mejor él es el único que puede decidir por más que yo quiera”, sostiene que debe aceptar lo que viene. Por su parte la informante PT02 dice que será la voluntad de Dios lo que le ocurra (le tiene fe), él y su madre fallecida le dan fuerza.

Por último se asemejan en otra estrategia de afrontamiento que es Buscar apoyo profesional y consistente en buscar la opinión de un profesional, aunado a ello PT01 sostiene que debido a su condición necesita ayuda para afrontar su realidad y su enfermedad. Por otro lado PT02 menciona que necesita desahogarse y que le ayuden a “comprender” su situación.

Es posible observar que las Pacientes Terminales se asemejan en cinco estrategias de afrontamiento, la primera ha estado presente en todos sus duelos anteriores, no obstante las siguientes cuatro las desarrollaron a través de su pérdida de salud. Sin embargo, particularmente, han puesto en práctica otras, como muestra de ello la informante PT01 después de la muerte de su padre y de la pérdida de su salud desarrolló: Buscar pertenencia que indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general, al respecto menciona que “fue difícil” (la muerte de su padre), se refugió en sus amigos, ahora le da tranquilidad ver gente nueva y platicar. Fijarse en lo positivo, estrategia que indica una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado de las cosas y considerarse afortunado. PT01, a través de su enfermedad se ha dado cuenta de lo importante que son las personas para ella, aprendió a ser humilde y a valorar a sus seres queridos. Hacerse ilusiones estrategia basada en la esperanza, en la anticipación de una salida positiva, y en la expectativa de que todo tendrá un final feliz, expresa que estará con su familia: “ya he salido de muchas”. Reducción de la tensión, refleja un intento por sentirse mejor y relajar la tensión por medio de consumo de sustancias nocivas. PT01, siendo una adolescente y después de morir su padre comenzó a beber con sus amigos.

Por su parte PT02 puso en práctica otro tipo de estrategias, tales son: preocuparse, estrategia que se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro. Al respecto la informante sostiene que le preocupa qué será de sus “hijos” (quiénes son sus nietos) ya que no quiere que sean “malvistos”. Reservarlo para sí refleja que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. Después de que la hija de PT02 abandonó a sus nietos con ella, la informante no quiso hablar del tema con terceras personas, esto también se ve reflejado en su desconocimiento de cómo manifestar las emociones y sentimientos, que (sostiene) tristemente jamás le enseñaron sus padres a hacerlo.

Cuidador Primario

Los CP también se asemejan en diversas estrategias de afrontamiento, las cuales son: Planificación estrategia que apunta a solucionar el problema, se da durante la evaluación de la situación y aceptación de la responsabilidad que indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Al respecto CP01 ha dejado su lugar de residencia (Michoacán) y ha

emigrado al Estado de México junto a su hija con la finalidad de buscar cura para su enfermedad. CP02 decidió que su hermana se mudara a su casa para que, de este modo, estuviera más pendiente de ella, además de que ha buscado apoyo para que le realicen las hemodiálisis a su hermana, sin costo tan elevado.

Escape o evitación, estrategia que a nivel conductual y/o cognitiva, en general apunta a desconocer el problema. CP01 comenzó a tener problemas de vista (todo se le “nublaba”) sólo ante situaciones de estrés, ya que estando tranquila esto no ocurría. Traducido en otras palabras comenzaba a somatizar, era una forma de “evitar ver” la situación que estaba viviendo. Por su parte CP02, después de su divorcio y de la pérdida de sus hijos (nido vacío) comenzó a ingerir bebidas alcohólicas

Búsqueda de apoyo social, supone los esfuerzos para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral. CP01 y CP02 permitieron llevar a cabo un trabajo psicoterapéutico, ante el cual se mostraron receptivas, abordables, cooperadoras y agradecidas.

Por su parte CP02 desarrolló estrategias de afrontamiento individuales que dependieron del tipo de pérdida que vivió. Estos son: Distanciamiento, implica los esfuerzos que se realizan por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto y Autocontrol que se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales. Además desarrolló la Re evaluación positiva que supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante, CP02 menciona que después de su divorcio conoció habilidades en ella que desconocía, se volvió una mujer fuerte e independiente, no obstante al perder la salud de su hermana se ha dado cuenta del profundo agradecimiento y amor que le tiene.

Comunicación asertiva: Caso conjunto número uno, la percepción que la paciente terminal de 20 años tenía respecto a su dinámica familiar era que resultaba funcional (a pesar de la poca convivencia debido al trabajo), no así la comunicación ya que no sabían expresar sus sentimientos y emociones (les daba “pena”), no obstante su cuidador primario (quien era su madre) arrojó en el EFF que, de acuerdo con su percepción, presentaba un involucramiento afectivo funcional, (entendido como el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la misma, teniendo la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar) pero formas de comunicación disfuncionales (dificultad en el intercambio de información en el área afectiva).

Conociendo los patrones de comunicación disfuncionales y sabiendo los intereses, necesidades y miedos de cada una se procedió a realizar una sesión en conjunto donde expresaron sus emociones y sentimientos de manera asertiva con ayuda del psicoterapeuta. Se expresaron el amor que sienten la una por la otra y perdonaron situaciones que en el pasado les causo dolor (en especial a la paciente terminal), su CP pidió perdón por sus errores, lo cual permitió alcanzar paz y tranquilidad.

Caso conjunto número dos: De acuerdo con los puntajes obtenidos por parte del CP de 46 años se observa que tiene un alto involucramiento afectivo con su familia (su hermana y los dos nietos de la misma, ya que son con quienes convive a diario). Factores de comunicación funcionales. Sí hay resolución de problemas y patrones de control de conducta presentes, por su parte la percepción de la Paciente Terminal difería de la de su hermana en torno a la comunicación, ya que a ella le costaba más trabajo expresar sus sentimientos y emociones. Conociendo esta situación se realizó un análisis de las necesidades, miedos e inquietudes de forma individual respecto a la otra persona. La paciente terminal le externó sus preocupaciones a su Cuidador Primario, mismas que giraban en torno al cuidado de sus nietos y el que sería de ellos cuando la paciente falleciera a lo que su hermana le respondió que no tenía de qué preocuparse ya que ella se haría cargo. Proceden agradeciendo todo lo que ha hecho la una por la otra, para finalizar expresando el cariño que se tienen motivo que las hizo llorar y abrazarse. La PT a partir de ese momento muestra tranquilidad y paz.

Duelo: Debido al proceso de enfermedad y deterioro físico que los Pacientes tuvieron fue posible una adaptación a la nueva situación por parte de los Cuidadores Primarios, ya que el duelo se dio paulatinamente y no de golpe. Influyeron también en ambos casos de CP, el apoyo en la religión, amigos y familiares como estrategias de afrontamiento permitieron la elaboración de un duelo sano en ambas partes. Cabe aclarar un caso aislado del CP02 quien antes de la pérdida de salud de su hermana vivió la muerte de su madre y que debido a su falta de recursos comenzó a desarrollar síntomas de un duelo complicado al tener alteraciones cognitivas, ya que la seguía considerando a diario como si aún estuviera

viva, esto comenzó después de 2 años del fallecimiento (duelo crónico), por lo que por medio de diversas tareas de duelo fue posible resignificarle la pérdida y que la recordara sin dolor.

Discusión y conclusión

La logoterapia ayuda al afrontamiento efectivo del duelo trayendo consigo una resolución y adaptación sana (evitando de esta forma el duelo complicado) por medio de la comunicación asertiva en la relación cuidador primario-enfermo terminal, esta investigación demuestra que a pesar de las situaciones adversas que involucran la muerte propia se puede tener paz y crecimiento espiritual trayendo consigo bienestar y armonía²³. Hace falta girar la atención hacia estos dos grupos vulnerables, de los paciente terminales y los cuidadores primarios, siendo menores los cuidados que se le brindan al segundo y resulta importante debido a las necesidades que les surgen en los niveles social, físico, psicológico y espiritual en el proceso de la enfermedad crónico- degenerativa, como lo mencionan numerosas investigaciones^{1-3,5,7-9,24} en las que se hace referencia a las repercusiones de la sobrecarga que trae consigo hacerse cargo de una persona dependiente, además de la necesidad de crear modelos integrales de intervención para que les disminuyan la ansiedad, el estrés y el miedo.

Los objetivos dentro de esta investigación se han alcanzado debido a que se pudieron explicar las estrategias de afrontamiento que tienen el paciente terminal y su cuidador primario a través de las pérdidas anteriores que han sufrido entre las que destacan por su frecuencia invertir en amigos íntimos o apoyo de personas, aceptación de la responsabilidad y búsqueda de apoyo social. De igual manera se describe cómo la comunicación asertiva entre el paciente terminal y su cuidador primario genera un funcionamiento familiar eficiente, por medio de la empatía y la escucha activa, lo que se ve reflejado en los testimonios de los participantes, al sentirse aliviados y comprendidos al externar sus miedos, deseos, sufrimiento y preocupaciones a su Cuidador Primario. También se logró describir el sentido de vida que tiene paciente terminal y su cuidador primario a través del análisis de la historia de vida, de la esperanza por medio de visiones futuristas, utilizando los valores vivenciales, creativos y de actitud encontrando que, de manera general, las áreas que potencian de sentido la vida de los informantes son la autorrealización, su familia, las relaciones interpersonales que tienen, sus valores vivenciales, sus creencias y sus valores de actitud. Asimismo se logró prevenir el duelo complicado del paciente terminal y del cuidador primario a través del acompañamiento logoterapéutico manifestando que debido a la enfermedad crónico-degenerativa como un proceso largo fue posible la adaptación sana a la nueva situación viviendo de esta forma el duelo progresivamente.

La Intervención Logoterapéutica fue de mayor ayuda a los CP, pues los alcances se vieron reflejados en el afrontamiento del duelo respecto a su Paciente Terminal debido a que lograron tener una comunicación asertiva con éste, lo que les permitió expresar libremente sus miedos, necesidades y preocupaciones construyendo un duelo sano. También se logró tener una consciencia de su sentido de vida por medio de un nuevo proyecto (después de la muerte del ser querido), lo cual con lleva a presentar una calidad de vida óptima. Finalmente, el Paciente Terminal alcanzó la autotrascendencia²⁵ por medio de la reflexión de las acciones realizadas antes de que su condición física se lo imposibilitará.

Aspectos éticos

La obtención de la población informante fue canalizada directamente por Trabajo Social, Clínica del Dolor o bien, por médicos especialistas según lo requirieran. Una vez que los informantes llegaban se les proporcionó, dentro del encuadre terapéutico, una carta de consentimiento informado y se les explicó los propósitos de la investigación, se les informó (verbal y escrito) que sus datos serían confidenciales, es decir anónimos, y su . Los participantes siempre se mostraron cooperativos y atentos.

Referencias bibliográficas

1. Pavón Ramírez L. Cuidados para el cuidador. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia 2014; 1-61.
2. Rivera Moret M. Variables de riesgo asociadas al burnout entre cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer en el oeste de Puerto Rico. Universidad de León 2013; 1-125.
3. Barrón Ramírez B, Alvarado Aguilar S. Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. Universidad Autónoma de Tamaulipas 2009; 39-46.
4. Duran Santa María L. Cuidador primario de la madre después de una cirugía del corazón. Asociación Mexicana de Educación a Distancia, A. C. 2011; 5-31.
5. Espinoza Miranda K, Jofre Aravena V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería* 2012; 18 (2). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003 (último acceso 9 de septiembre 2015).
6. Martínez Cepero F. Recuperación de la salud del cuidador principal, en proyecto sociocultural "Quisicaba". Los Sitios, Centro Habana. *Enfermería Global* 2012; 2 (25). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000100006&script=sci_arttext&lng=pt (último acceso 10 de septiembre 2015).
7. Barrera Ortiz L, Sánchez Herrera B, Carrillo González G. la carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Enfermería* 2013; 29 (1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192013000100006&script=sci_arttext (último acceso 9 de septiembre 2015).
8. Hernández Martínez I. Pérdidas y calidad de vida de los cuidadores primarios con pacientes crónicos. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia 2012; 1-32.
9. Gómez Álvarez M, Morales Pérez M. Desgaste físico y emocional del cuidador primario. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia AC 2011; 1-77.
10. Fernández-Capo M, Gual García P. Relación entre sentido y la satisfacción en el cuidado de un enfermo de Alzheimer. *Asociación Española de Logoterapia* 2010; (14) 21-31.
11. Godínez Carreto O, Veliz Cruz L. La logoterapia como enfoque psicológico a los padres y madres cuidadores del niño/niña con diagnóstico de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. Tesis de Licenciatura. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2010.
12. Cuéllar Flores I, Sánchez López M. Adaptación Psicológica en Personas Cuidadoras de Familiares Dependientes. *Ciencia y Salud* 2012; 23 (2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180623386003> (último acceso 10 de septiembre 2015).
13. Ferrans C. Development of a quality of life index for patients with cancer. *PubMed* 1990; 17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342979> (último acceso 17 de septiembre 2014).
14. Hornquist J. The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1982; 10: 57-61.
15. Lawton M. Quality of life in chronic illness. *Gerontology*. 1999; 181-183.
16. Hass B. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarships*. 1999; 31: 215-220.
17. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M. del Pilar. *Metodología de la Investigación*. (5ta ed.). México: Mc Graw Hill; 2010. http://www.academia.edu/6399195/Metodologia_de_la_investigacion_5ta_Edicion_Sampieri (último acceso 3 enero 2015).
18. Rodríguez Gómez G. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Madrid: Aljibe; 1998.
19. Lukas E. *Logoterapia y Análisis Existencial*. Fortiz. <http://lalogoterapia.com/el-logo-test/> (último acceso 7 marzo 2014).
20. Velasco M, Luna M. (eds.) *Instrumentos de Evaluación en Terapia Familiar y de Pareja*. México: Editorial Pax; 2006.
21. Desmet H, Pourtois J-P. *Epistemología e Instrumentación en Ciencias Humanas*. Barcelona: Herder; 1995.
22. Rodríguez Rosa Y, Gómez del castillo J. Logoterapia: alternativa terapéutica para potenciar el sentido de la vida en pacientes con cáncer en estadio terminal. *Santiago* 2012; 130 ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/download/145130113/2856 (último acceso 18 febrero 2014).

23. Muñoz Elizondo O. Sentido de Vida en el Paciente Terminal. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C. 2012. <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/63%20Sentido%20de%20vida.pdf> (último acceso 10 de septiembre 2015).
24. Achury D, Castaño Riaño H, Gómez Rubiano L, Guevara Rodríguez N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 2011; 13 (1). <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1632> (último acceso 10 de septiembre 2014).
25. Osadolor Osademwigie I. Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte. Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia 2012. <http://www.logoterapia.com.mx/publicaciones/otros-art%C3%ADculos-publicados/logoterapia-para-mejorar-sentido-vida-pacientes-ansiedad-ante-muerte> (último acceso 10 de septiembre 2015).

Forma sugerida de citar este artículo: Sánchez-Castillo T, Amador-Velázquez R, Rodríguez-García C. Afrontamiento y Logoterapia en Pacientes Terminales y Cuidadores Primarios. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. [Serie en internet] 2015 Septiembre [citado Septiembre 2015]; 6 (1); 25-39. [aprox.15 p.]. Disponible en: <http://cienciasdelasaluduv.com/site/>.