

**Sánchez, Juan José**

*Intervenciones logoterapéuticas en personas con cuidados paliativos y en su cuidador primario*

**Tesis de Licenciatura en Psicología  
Facultad de Psicología y Psicopedagogía**

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Sánchez, J. J. (2018). *Intervenciones logoterapéuticas en personas con cuidados paliativos y en su cuidador primario* [en línea]. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=intervenciones-logoterapeuticas-personas-cuidados> [Fecha de consulta: .....]



Pontificia Universidad Católica Argentina  
“Santa María de los Buenos Aires”

Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Carrera de Psicología

*Intervenciones logoterapéuticas en personas  
con cuidados paliativos y en su cuidador primario*

Trabajo de integración final

Alumno: Juan José Sanchez

Nº de registro: 12-980076/9

Directora del T.I.F.: Dra. Lucía Copello

Co-director: Lic. Juan J. Francisco Milano

Fecha de entrega: 7 de Noviembre de 2018

## AGRADECIMIENTOS

A Ana, Eugenia y Mercedes, por su apoyo incondicional, por comprender y tolerar mis ausencias y por estar siempre presentes.

A Fray José Echávarri OAR†, que con su ejemplo de vida me ha enseñado a reconocer que, todo cuanto hay en este trabajo, “nada es de mi cosecha”.

## ÍNDICE.

|  |     |
|--|-----|
| Carátula.....  | i   |
| Agradecimientos.....   | ii  |
| Índice.....  | iii |
| Resumen.....   | v   |
| Palabras claves.....   | vi  |
| 1. Delimitación del objeto de estudio, objetivos y fundamentación..... | 1   |
| 1.1 Delimitación del objeto de estudio.....                            | 1   |
| 1.2 Objetivos.....   | 5   |
| 1.3 Fundamentación.....  | 6   |
| 2. Método.....   | 8   |
| 3. Desarrollo conceptual.....  | 10  |
| 3.1 El paciente terminal.....  | 10  |
| 3.1.1 Definición del concepto paciente terminal.....                   | 10  |
| 3.1.2 El entorno del paciente terminal.....                            | 11  |
| 3.2 Cuidados paliativos.....   | 14  |
| 3.2.1 Definición de cuidado paliativo.....                             | 14  |
| 3.2.2 El cuidado multidisciplinar.....                                 | 17  |
| 3.2.3 El cuidador primario.....  | 21  |
| 3.3 La concepción antropológica de la logoterapia.....                 | 25  |

|  |    |
|--|----|
| 3.3.1 Influencias antropológicas en Viktor Frankl.....   | 25 |
| 3.3.2 Antropología Frankliana.....   | 27 |
| 3.4 Intervenciones logoterapéuticas en pacientes terminales y sus<br>cuidadores, como parte del equipo de cuidados paliativos..... | 31 |
| 3.4.1 La logoterapia.....  | 31 |
| 3.4.2 Abordaje logoterapéutico del paciente terminal.....  | 35 |
| 3.4.3 Abordaje logoterapéutico del cuidadores primarios...   | 41 |
| 4. Discusión y conclusiones.....   | 45 |
| 4.1 Discusión.....   | 45 |
| 4.2 Conclusiones.....  | 46 |
| 5. Referencias Bibliográficas.....   | 51 |

## **RESUMEN.**

En la presente revisión bibliográfica, primeramente se definieron las variables a trabajar. Estas son: el paciente terminal y el cuidador primario por un lado y por otro lado, la logoterapia. Surgió la necesidad de ubicar las variables ampliando su contexto. En la primera variable además de definir los conceptos se hizo una breve introducción al cuidado paliativo y al equipo multidisciplinario. En la segunda variable se contextualiza a la logoterapia partiendo de su antropología, clave fundamental para la comprensión de dicha escuela de psicoterapia.

Se hallaron un buen número de artículos avalando la relación entre las variables. Esta relación entre variables es un tema de actualidad, ya que los equipos paliativos aún continúan desarrollando estrategias en la mejora del funcionamiento del cuidado al paciente terminal y su familia.

El Método utilizado fue principalmente la selección de artículos, extraídos de bases de datos científicos y revistas especializadas en el tema y a partir de allí se hizo la integración para la revisión bibliográfica.

Como conclusión general y respondiendo al objetivo general del trabajo, se puede afirmar que la logoterapia tiene aportes específicos y particulares que ofrecer, tanto al enfermo terminal como a su cuidador primario. Dichos aportes hacen referencia a la visión antropológica holística e integral, a las herramientas y técnicas utilizadas, a la concepción humanista de la relación paciente-terapeuta, a la forma de abordaje como terapia específica en relación a conflictos existenciales y falta de sentido de la vida y como terapia inespecífica, siendo una terapia de complementación. Por último hay un aporte al área espiritual, considerando su dinámica desde la realización de los valores.

## **PALABRAS CLAVES.**

Logoterapia, sentido de la vida, afrontamiento, paciente terminal, cuidados paliativos, cuidador primario, tanatología, Logoterapy, life's sense, coping, terminal patient, palliative care, primary caregiver, thanatology.

# **1. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, OBJETIVOS Y FUNDAMENTACIÓN.**

## **1.1 Delimitación del objeto de estudio:**

En el presente trabajo de integración final de tipo teórico de revisión bibliográfica se intentó desarrollar el tema de la atención a personas en cuidados paliativos y sus cuidadores primarios, desde el tratamiento, la atención, la visión antropológica y terapéutica de la logoterapia.

Dicha escuela de psicología, fue desarrollada por Viktor Frankl siendo uno de los puntos de partida, entre otras cuestiones, los conflictos de orden existencial y la pérdida de sentido de vida de jóvenes pacientes que observó en centros de orientación juveniles (Buitrago Cadavid, 2014). La logoterapia es un método psicoterapéutico y es considerada la Tercera escuela vienesa de psicología (García Pintos, 2007), después del psicoanálisis de Sigmund Freud y la psicología individual de Alfred Adler. Mientras Freud plantea una antropología desde una dimensión psicobiológica, apoyándose en la visión positivista de las ciencias y en la teoría evolucionista del naturalista inglés Charles Darwin. Viktor Frankl se apoya, para el desarrollo de su teoría, en el humanismo existencial nacido en Europa y en el humanismo americano, siendo el análisis existencial, la orientación antropológica de investigación. Desde ésta apoyatura teórica, antropológica y existencial, Viktor Frankl, reconoce y concibe en el hombre, una tercera dimensión además de la biológica y la psicológica (Frankl, 1990), la dimensión espiritual, o como se designa en logoterapia, la dimensión Noológica, entendiéndose como dimensión de lo específicamente humano (García Pintos, 2007).

Partiendo de dicho marco teórico, se trató de describir el rol del psicólogo logoterapeuta en el acompañamiento de personas en cuidados paliativos ayudando al paciente a realizar el valor de actitud ante lo inevitable que le sucede, (García Pintos, 2003) situación no elegida por él y que es vivenciada como situación límite. (Kroeff, 1998). Se profundizó en el aporte específico del profesional especialista en logoterapia, que lo distingue de otras visiones antropológicas, corrientes psicológicas y de otros métodos y técnicas de trabajo.

La revisión bibliográfica se ubicó fundamentalmente dentro de dos áreas de la psicología, la clínica y la de corrientes de la psicología. Desde el área de la psicología clínica, por el abordaje al enfermo en fase terminal donde, desde el rol de psicólogo, se ocupa del tratamiento de personas que sufren trastornos y conflictos emocionales que no les permiten el desarrollo normal en sus relaciones interpersonales y atender las propias obligaciones de su etapa vital, más allá de su enfermedad orgánica. Desde el área de las corrientes psicológicas, se tomará como base teórica específica, la logoterapia, desde donde se verá su aporte particular, diferenciándose de otras escuelas es decir, como un método particular de tratamiento psicoterapéutico.

La denominación enfermo o paciente terminal no está asociado directamente a una enfermedad particular, sino que es un término que habla de la situación que está atravesando el paciente, en referencia a la evolución y desarrollo de la enfermedad. Este concepto surgió de la atención a pacientes que padecían cáncer en fase avanzada y posteriormente se aplicó a otras enfermedades que tienen similitudes en algunas características, ya sean terminales o crónicas, como por ejemplo, patologías no neoplásicas, como lo son las enfermedades progresivas e infecciosas y patologías neurológicas degenerativas. Tanto unos pacientes como otros pueden beneficiarse de los cuidados paliativos.

Lo que define a la enfermedad en fase terminal según la OMS, (2007) es la falta de tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar el desarrollo de la misma, produciendo la muerte en un período menor a seis meses, donde se puede observar, una progresión deficitaria y sufrimiento en el paciente. Dicho sufrimiento es vivenciado también en su entorno familiar y sobre todo en el cuidador primario. Ha quedado establecido desde, ya hace varios años, que la atención de pacientes terminales, debe realizarse necesariamente desde la integración de distintas áreas de la salud, con equipos interdisciplinarios según la Organización Mundial de la Salud (2007), donde cada profesional desde su área, tratará de mejorar la calidad de vida del paciente.

En el trabajo de integración se describió la complejidad de la coordinación de los equipos, sus dificultades y ventajas en el tratamiento y cuidado del enfermo. El hombre, multidimensional por esencia, debe ser atendido desde cada una de las dimensiones, sin dejar de omitir alguna de ellas, de no hacerlo se caería en un

reduccionismo (Obejas, 2011), en una visión antropológica parcial e incompleta de la persona y por lo tanto el tratamiento caería en la misma reducción.

Incluso, en la definición de cuidados paliativos propuesta en el Executive Summary por los National Cancer Control programmes (WHO, 2002), se hace referencia al tratamiento y la evaluación de los pacientes terminales, no sólo con respecto al dolor, sino también a problemas físicos, psicosociales y espirituales del hombre. Con los equipos multidisciplinares se tratará de abordar al paciente, contemplando dichas dimensiones, haciendo del cuidado del enfermo, un cuidado multidisciplinar y multidimensional. Este modelo de abordaje, continúa la concepción de Saunders (2011), quien propuso el concepto de dolor total, diciendo que el dolor es un síntoma multidimensional, y por lo tanto, requiere de un tratamiento global. La atención a enfermos terminales, es un trabajo para la vida, para el mantenimiento de la dignidad de esa vida (Barreto, 1994). Dicha atención se traduce en una variada y numerosa cantidad de necesidades de cada paciente en particular. Necesidades de tipo físico, emocional, espiritual e incluso social donde el trabajador social es agente de cambio en el cuidado paliativo (Moro Yerpes y Lerena Tejón, 2011). El trabajo interdisciplinario requiere un esfuerzo de todos los integrantes profesionales, cada uno desde su área de conocimiento y técnica, debido a que es necesario un reconocimiento sin jerarquías de las distintas disciplinas que participan del equipo profesional que cuidará al paciente (Lehmann Oliveros, 2014).

Un rol destacado en el cuidado de pacientes terminales, es el del cuidador primario (Seidman et al, 2004). Se define al cuidador primario como la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que necesita un paciente, incapaz de autosustentarse (Tripodoro, Veloso, Llanos & Nastasi, 2015). Su participación implica grandes cambios en la vida del cuidador (Elizalde Toledo, 2017), por lo tanto, éste también requiere de un acompañamiento particular, sobretodo, debido a la sobrecarga que conlleva la tarea (Seidmann et al, 2004) sin contar los problemas que puedan surgir tras la muerte del enfermo. En el trabajo de integración final se desarrollará la importancia del cuidador primario, su tarea y todo lo que su dedicación, esfuerzo y entrega conlleva. Quien cuida, es afectado tanto en lo psicoanímico y afectivo como en lo físico, económico y social. Por la afectación mencionada, el cuidador primario pasa a ser también, sujeto

de cuidados (Díaz del Castillo, 2017). La logoterapia también puede hacer su intervención en el acompañamiento a la persona que dedica su vida al cuidado del enfermo. Al moribundo, al morir, se le terminan sus problemas, no sucede lo mismo con la familia del paciente (Kübler Ross, 1994), de aquí que es necesario abordar esta tarea, desde el equipo interdisciplinario, más allá del objetivo primario del cuidado paliativo hacia el enfermo.

Esta modalidad interdisciplinar y multidimensional propuesta para los cuidados paliativos, da a éste trabajo el carácter de tema actual, ya que aún se continúa trabajando para mejorar, sobre todo, la integración de los equipos interdisciplinarios debido a la complejidad que adquieren las relaciones entre los distintos profesionales de las distintas áreas. La problemática que se ha abordado es un tema que se encuentra aún en desarrollo, aunque ya se ha logrado dejar firmes las bases en las cuales construir ésta área específica de la salud. Si bien hace décadas se habla del tema, es a partir de fines del siglo pasado cuando comienza delimitarse y definirse desde la OMS, precisamente en el año 1990, asumiendo el término, cuidado paliativo, como un área particular en atención primaria de la salud. A partir de allí cada nación comenzó a desarrollar sus propios programas de salud pública. Recientemente en nuestro país, se confeccionó y fue publicado, desde el Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina y el Instituto Nacional del Cáncer (2014), el Manual de Cuidados Paliativos. Varios autores continúan manifestando que, si bien hay una teoría clara sobre el tratamiento multidisciplinario, aún hay una preponderancia sobre el aspecto médico y biologicista de la enfermedad, descuidando otros aspectos y dimensiones de la persona enferma.

Existen distintas investigaciones que sostienen que el abordaje logoterapéutico es específico en cuidados paliativos. Para Viktor Frankl, la logoterapia es una psicoterapia orientada al sentido. Si bien dentro del equipo interdisciplinario debe haber un área dedicada al cuidado psicológico, no significa que el abordaje deba hacerse únicamente desde una psicoterapia o escuela de psicología en particular, pero se intentará dejar en claro que hay psicoterapias que son más específicas (Längle, 2008) para tal o cual problemática, como lo es la logoterapia con respecto a conflictos existenciales y de pérdida de sentido (Yalom, 1984). Desde la logoterapia, se puede abordar, no solo el trabajo con el paciente, sino también con su familia, para fomentar,

tanto el trabajo de autodistanciamiento como la autotrascendencia y la transformación del sufrimiento en valores de experiencia y actitud frente a lo inevitable. (Lehmann, 2014)

Finalmente el modelo y enfoque de investigación será desde la antropología de Viktor Frankl que podría ubicarse dentro de la corriente de la filosofía existencial, de aquí que la logoterapia haya nacido como respuesta a conflictos existenciales (Roldán en García Pintos, 2007). En dicha terapia, el análisis existencial subyace como base y que el autor vienes utilizó para el desarrollo de la logoterapia (Pérez Soto & Guberman, 2005). Se apreciará también el aporte del análisis existencial a la noción de muerte. Se intentó exponer brevemente la visión antropológica de la logoterapia para poder comprender mejor el modelo y enfoque terapéutico.

Clave es destacar que la logoterapia valora la relación paciente terapeuta, donde el encuentro en sí mismo, es sanador, donde un buen terapeuta, no lo es tanto por su técnica, sino que lo es por sus cualidades humanas, el logoterapeuta trabaja desde la empatía, desde el encuentro y desde la escucha donde la persona es el centro (Milano 2017).

Las preguntas que surgieron, para el trabajo, son las siguientes: ¿Qué se entiende por paciente terminal? ¿Cuándo un tratamiento es paliativo?, ¿La propuesta logoterapéutica puede utilizarse en el paciente con cuidados paliativos y en su cuidador principal?, ¿Qué aporta la logoterapia al enfermo terminal y a su cuidador primario?

## **1.2 Objetivos:**

Objetivo general.

- Estudiar los aportes de la logoterapia en la persona con cuidados paliativos y en su cuidador principal.

Objetivos específicos:

- Analizar el concepto de paciente terminal.

- Definir el concepto de cuidados paliativos.

- Describir la concepción antropológica de la logoterapia.
- Inferir los aportes de la intervención logoterapéutica en pacientes terminales y sus cuidadores, como parte del equipo de cuidados paliativos.

### **1.3 Fundamentación:**

En la presente revisión bibliográfica se intentó brindar un aporte integrando la intervención de la logoterapia en un equipo de cuidados paliativos y en los cuidadores primarios de enfermos terminales. Se espera contribuir al entendimiento, aumento y refuerzo de los lazos que unen a la logoterapia y a los cuidados paliativos como así también, al tratamiento de enfermos terminales (Rodríguez, 2012). En el paciente, ante el diagnóstico médico de una enfermedad avanzada, surge una conflictiva del sentido de la existencia personal. Desde la logoterapia será necesario, en la etapa posterior a la conflictiva existencial generada a partir resultado diagnóstico, orientar y acompañar el proceso de aceptación frente a lo inevitable que le sucede, ampliando el campo de visión de la persona, otorgándole recursos para que supere el sentimiento de la falta de sentido, si es que no lo descubre, ya que hay personas que ante estas circunstancias si encuentran el sentido.

Como valor de aporte se intentó, no solo unir las dos variables logoterapia y pacientes terminales revisando la bibliografía actual, sino que se destacó la importancia y aporte de la logoterapia en el tratamiento y cuidado de los pacientes que atraviesan una enfermedad en su fase terminal. La logoterapia puede ser factor protector para el paciente y su familia (Kroeff, 1998), como ayuda efectiva brindando recursos al enfermo, como guía para mejorar la comunicación en la díada paciente-cuidador, como terapéutica con técnicas propias y como apoyo al enfermo en conflictos existenciales provocados ante su muerte inminente y por el sufrimiento físico.

Para alcanzar el objetivo se intentó hacer un recorrido que permita dejar en claro la utilidad y el valor del presente trabajo, exponiendo y sintetizando en una revisión bibliográfica de artículos y libros relacionados en estos últimos 10 años sobre las variables antedichas.

Un paciente que atraviesa la fase final de una enfermedad necesita ser atendido desde distintas áreas y dimensiones, tanto físicas como psicológicas y espirituales. Para Viktor Frankl el hombre no está compuesto por dimensiones sino que es una unidad y una totalidad, donde lo espiritual es lo unitivo (Frankl, 1990). La búsqueda de sentido y del significado de los valores, la vida y la muerte son un viaje hacia el interior según describe el Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud (Jacob, 2014). Desde la psicología se provee al paciente de recursos para que transite esa etapa de su vida, se lo acompaña tanto a él como a su familia, sobre todo al cuidador primario (López, 2007) y se trabaja particularmente desde la logoterapia el afrontamiento y el sentido de la vida (Sánchez, 2015).

En el presente trabajo se hace una integración de los temas profundizando los puntos de encuentro y divergencias que se encuentren entre las variables para poder detallar la situación actual en la relación de ambos términos.

Paralelamente al cuidado del enfermo se profundizó la tarea del cuidador primario, y se fundamenta, porque también él, es sujeto de cuidados y atención. Se expuso cómo este nuevo rol que asume, conlleva un proceso de acomodación entre el cuidador y el enfermo. Este ajuste implica un ajuste emocional y estructural en el cuidador primario (Bail, 2016).

Finalmente se tuvo en cuenta la logoterapia como particular enfoque psicoterapéutico, como tratamiento específico en estas situaciones y desde allí se ha intentado describir el aporte al trabajo con pacientes en cuidados paliativos (Lehmann, 2014).

## **2. MÉTODO.**

En este trabajo de revisión bibliográfica se realizó la descripción de las implicancias de la Logoterapia en el enfermo con cuidados paliativos y en su cuidador principal y se ordenó e hizo una interpretación crítica de los materiales adquiridos.

Las fuentes de información que se utilizaron fueron libros y artículos científicos. Se tuvo en cuenta además las bases de datos como fuentes secundarias, tales como. Dialnet, Ebsco, Redalyc, Scielo, Iseek, Eric, Science Research, Teseo.

En cuanto al criterio de selección, el mismo consistió en elegir aquellos textos que estuviesen escritos en castellano y que fueron sido publicados sobretodo en los últimos 10 años (2007-2017), salvo artículos de autores relevantes que pueden resultar básicos en la construcción científica posterior.

Las palabras clave utilizadas para las búsquedas son: Logoterapia, sentido de la vida, afrontamiento, paciente terminal, cuidados paliativos, cuidador primario, tanatología, Logoterapy, life's sense, coping, terminal patient, palliative care, primary caregiver, thanatology.

Los criterios para el análisis de la información son:

Artículos y libros que analizen los aportes de la logoterapia al tratamiento de pacientes terminales.

Artículos y libros que analizen la importancia de la psicología, sobre todo el aporte de la logoterapia, en el equipo de cuidados paliativos como parte fundamental del equipo multidisciplinar

Se excluyen los textos que se refieren exclusivamente a pacientes con trastornos mentales degenerativos o enfermedades neurodegenerativas.

Con la bibliografía se realizó una selección de textos relevantes, para dejar definidas las variables a desarrollar y se buscará identificar relaciones. Se hizo un abordaje sobre el papel del cuidador primario, su participación en el cuidado del

enfermo. Por último se describió el ámbito de los pacientes terminales, su entorno, las implicancias de la logoterapia en sus vidas y en la de sus familias.

### **3. DESARROLLO CONCEPTUAL.**

#### **3.1. El paciente terminal.**

##### 3.1.1 Definición del concepto paciente terminal.

Antes que nada cabe aclarar que todos, en cierta forma, somos personas terminales como dice Escalante y Escalante (1999) y aun mientras tengamos un pequeño aliento de vida, de alguna forma somos saludables.

Se considera paciente terminal, a la persona en las siguientes condiciones de vida: cuando padece una enfermedad avanzada, progresiva, (Yailén y Gómez, 2013), incurable o sea que no existe un tratamiento específico que pueda curar al paciente, donde no hay posibilidades razonables curativas (Ramírez, 1016) y cuando las estadísticas sobre esa enfermedad y su evolución indican que en un 95 % aproximadamente, fallecen dentro de un período de entre tres y seis meses. Para Holland en Barreto (1990) un paciente terminal, es un enfermo no susceptible de tratamiento activo sino paliativo.

La sintomatología en un paciente terminal, es muy variada, responde a diferentes factores e intensidades, siendo única para cada persona, tanto en su manifestación clínica como en su vivencia subjetiva (Ramírez, 2016)

Sanz en Barreto (1990), cree conveniente hacer la siguiente distinción: No es lo mismo hablar de fase terminal biológica que hablar de fase terminal terapéutica. La primera está relacionada a los signos vitales, como lo son la conciencia, el pulso cardíaco, la presión arterial, la temperatura corporal, la respiración y la consciencia. Cuando estos signos vitales comienzan a descender, están por debajo de los niveles normales y son irreversibles, hablamos de fase terminal biológica. Estos signos son los monitoreados constantemente por la tecnología al servicio de la medicina cuando una persona se encuentra en una unidad de terapia intensiva. La segunda denominación está asociada a la relación que existe entre la evolución de la enfermedad y los posibles tratamientos. Esta fase tiene la particularidad que los tratamientos existentes y posibles de aplicar, se han agotado o no tienen eficacia.

Existen varias enfermedades que evolucionan y llevan al paciente a una fase terminal. El cáncer es la más conocida, pero no hay que dejar de lado las enfermedades progresivas, las infecciosas y las neurológicas degenerativas, que en sus estadios avanzados llevan al paciente a ser cuidado por un equipo paliativo.

### 3.1.2. El entorno del paciente terminal.

Todos los autores consultados para el presente TIF, coinciden en la complejidad que adquiere la forma de vida de la persona en esta etapa de su vida y la de su entorno familiar. En el colectivo social, hay una idea de pasividad y espera por parte del paciente que aguarda su muerte, cuando en realidad, se puede afirmar que, siguiendo a Cicely Saunders, la buena muerte, más allá de ser una certeza que todos compartimos, es un trabajo arduo sobre sí mismo (Rovaletti, 2007). Tal es, el trabajo sobre la propia muerte, que existe la Tanatología, como una disciplina científica que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, a sus ritos y significado (Díaz del Castillo, 2018).

Dicho autor, destaca el trabajo del médico español Marcos Gómez Sancho, quien hace una distinción entre las distintas muertes que sufre el paciente terminal en su proceso final. Estas muertes son: La muerte social, que se da progresivamente cuando la persona comienza a separarse de su entorno social, de su trabajo, de su familia y de todas las actividades que hacía con los que lo rodeaban. La persona experimenta lo que Yalom llama la soledad cotidiana, de aquí la importancia del equipo paliativo, de trabajar con los amigos y familiares del enfermo. Otra muerte es la psicológica o aceptación existencial de la llamada final. Este tipo de muerte hay que distinguirla del conocimiento de nuestra vida como finita, de saber que algún día moriremos. A la muerte psicológica que se refiere Gómez Sancho, es el conocimiento real de la cercanía de la propia muerte, que no necesariamente causa sufrimiento ya que algunas personas la pueden vivenciar con serenidad y paz. La siguiente muerte, es la biológica. Esta hace referencia a la pérdida de la consciencia, al llamado coma irreversible donde los signos vitales son sostenidos en forma artificial. Finalmente sobreviene la muerte fisiológica, el momento final de la vida, donde según Jaspers en Díaz del castillo (2018) la persona deja de ser interrogada por la vida.

Los enfermos terminales, según Kübler Ross en Ruiz Gros (2015), viven un proceso desde el diagnóstico hasta su muerte. Dichas fases son vivenciadas por cada persona de forma diferente, tanto en su duración como en su intensidad. Las fases son, negación, ira, pacto, depresión y aceptación. La negación, no siempre es total, y al menos se vive parcialmente. Es importante destacar que la negación, puede aparecer en otras fases, con una intensidad menor en momentos determinados. La ira surge cuando la negación, ya no se puede sostener. Es en esta fase donde surgen sentimientos de resentimiento, rabia, envidia, ira. En esta fase es compleja la relación con el paciente, ya que esta ira se proyecta hacia todo el entorno del enfermo y la relación con él, se vuelve compleja. La fase del Pacto surge ante un paciente desahuciado, se aferra a las mínimas posibilidades de vida y como si se tratase de un trueque, intenta canjear una buena conducta por salud, una prolongación de su vida o al menos no tener dolor y sentirse bien físicamente. La fase de depresión comienza a surgir ante el aumento de los síntomas y ante la pérdida cercana de todos sus objetos de amor. Por último sobreviene, la fase de Aceptación. El enfermo ya no estará enojado ni deprimido con su destino. Podrá contemplar, con cierta tranquilidad su próximo fin (Kübler Ross, 1994). A partir de estos aportes de la Dra. Kübler Ross, la medicina y las investigaciones, comenzaron a tratar los temas relacionados con la tanatología y la psicología del moribundo (Manchola et al, 2016).

A partir de ésta vivencias, la persona debe hacer cambios radicales, donde ven involucrados creencias, necesidades, motivos y proyectos. Todos estos aspectos se reestructuran, modificando a su vez, la relación de la persona con el otro y consigo mismo. En éste contexto surge un nuevo sentido de las cosas y de la vida. (Yailén y Gómez, 2013). Para Ramírez (2016) la enfermedad terminal pasa a ser una última oportunidad, para el moribundo, de encontrar un sentido a sus circunstancias, para los familiares es la última instancia para cerrar con el paciente, su ciclo de vida, cerrar una etapa, abrir otra, e incluso encontrar un nuevo sentido.

Al ser una experiencia subjetiva, tratar de definir el morir o no en paz, es complejo, no solo por la subjetividad, sino también por ser una experiencia única y por abarcar múltiples dimensiones de la vida del hombre. Esta experiencia está asociada a la evaluación que la persona hace del sentido de su vida (Maté et al, 2008).

En éste contexto, suele suceder que los familiares no saben como relacionarse con los pacientes, no saben que decirles, no saben como acompañarlos. La proximidad de la muerte tendría que ser un momento donde se aproveche para compartir los sentidos vividos en compañía del enfermo (Díaz del Castillo, 2018). De aquí que el equipo de cuidados también tenga una tarea en el acompañamiento a la familia del moribundo (Barreto, 1994) teniendo presente que el amor, la amistad y el cuidado, como manifestaciones de lo más humano, cuando más se manifiesta es en las situaciones más inhumanas (Armella de Carral, 2015)

Un aspecto importante para destacar en torno al paciente terminal, que aquí se introduce y luego se ampliará en el TIF, es el objetivo que se buscará para el paciente terminal: el confort, la calidad de vida, el bienestar. Abordando el cuidado del paciente desde todas las dimensiones de la persona, sin desestimar ninguna ni sobrevalorar otra (Barreto, 1994).

Finalmente se menciona los derechos del moribundo. Existe otro autor de los textos seleccionados para la presente revisión bibliográfica, donde enumera los derechos según Deborah Duda en Ramírez (2016) aquí se mencionan los propuestos según Michigan Inservice Education Council citados en Astudillo (2007): derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte, derecho a mantener una sensación de optimismo, por cambiantes que sean mis circunstancias, derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, por mucho que varíe mi situación, derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte, derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados, derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de “curación” deban transformarse en objetivos de “bienestar”, derecho a no morir solo, derecho a no experimentar dolor, derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad, derecho a no ser engañado, derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte, derecho a morir en paz y dignidad, derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones mías que pudieran ser contrarias a las creencias de otros, derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones mías que pudieran ser contrarias a las creencias de otros, derecho a discutir y acrecentar mis experiencia religiosas y/o espirituales, cualquiera que sea la opinión de los demás,

derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte, derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

### **3.2. Cuidados paliativos.**

#### 3.2.1 Definición de cuidado paliativo.

En 2002, la OMS publicó la definición de cuidados paliativos. En ella se deja en claro que el cuidado paliativo, mediante su abordaje busca la calidad de vida del paciente y la de los familiares que se encuentran aún una situación frente a una enfermedad potencialmente mortal. Dicho abordaje busca la prevención y el alivio del sufrimiento. Los tratamientos necesarios toman en cuenta también otros problemas de naturaleza física, psicosocial y espiritual. En este mismo documento, fueron definidos nueve principios orientadores de la actuación del equipo multiprofesional de cuidados paliativos, estos son: Proporcionar el alivio del dolor y de otros síntomas desagradables, afirmar la vida y encarar la muerte como un proceso normal de la vida, no acelerar no adelantar la muerte, incorporar los aspectos psicológicos y espirituales al cuidado del paciente, ofrecer un sistema de apoyo que estimule al paciente a tener una vida lo más activa posible, hasta el momento de su muerte, ofrecer un sistema de apoyo para auxiliar a los familiares durante la enfermedad del paciente y en el período de duelo, utilizar un abordaje multiprofesional para lidiar con las necesidades de los pacientes y sus familiares, incluyendo el acompañamiento durante el duelo, mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad, iniciar el cuidado paliativo lo más pronto posible, conjuntamente con otras medidas de prolongación de la vida, como quimioterapia y radioterapia, e incluir todas las investigaciones necesarias para comprender y controlar mejor las situaciones clínicas estresantes (OMS, 2002)

Posteriormente a la definición del año 2002, la OMS (2007), publicó el Palliative Care Module, donde se detallan los lineamientos para el cuidado paliativo. Dicho documento es la base para los manuales de cuidados paliativos creados posteriormente por los distintos organismos gubernamentales, por ejemplo el

ministerio de salud pública de un país, y no gubernamentales, como lo es por ejemplo, el movimiento Hospice.

Queda claro en los principios orientadores que se trabaja, en los cuidados al final de la vida, para paliar el dolor y también con la sensibilización a las pérdidas que la persona tiene en cuanto a su salud, su capacidad física, su seguridad y de la vida misma (Ramírez, 2016). Este cuidado, como nos advierte Kübler Ross (1994), es una tarea que no debe imponerse a la persona. El objetivo es estar disponibles para cuando la persona lo necesite. Los rechazos del paciente deben entenderse en su contexto, respetando sus tiempos y su vivencia personal.

Un tema que merece ser profundizado, es el tema del cuidado. Armella de Carral (2015) distingue cuatro tipos de cuidados. El primero, el cuidado desde la soberbia, donde el cuidador cree que es mejor que el enfermo. El segundo, como forma de poder, donde el que cuida lo hace a condición de ser obedecido. El tercero, como autocuidado, donde se alivia el dolor ajeno, para aliviar el propio. Por último, el cuarto tipo de cuidado, el cuidado humanizante, donde se reconoce a la otra persona como diferente, donde el semejante no es ajeno y no hay superioridad en el trato. En éste tipo de cuidado se abre a la existencia del otro, se deja ser transformado por el otro, hay un involucrarse con el otro. El cuidado implica una actitud atenta a lo que pasa fuera de sí y ello exige una respuesta. El cuidado es la mirada dirigida hacia el otro, no hacia sí mismo (Etchebehere, 2016)

Según Ruiz Gros (2013), hay que hablar de ética del cuidado. La labor médica, no solo es curar. Esta visión, aporta elementos fundamentales para hacer del cuidado un encuentro, que se vivencia y desarrolla en la tarea del cuidar y del curar, sin dejar de olvidar que son los propios pacientes quienes, como maestros, nos enseñan en la tarea del acompañamiento y el cuidado (Kübler-Ross, 1994). El trabajo de los profesionales de la salud tiene que tener su fundamento en la ética del cuidado y cuando esto sucede, el centro de atención no es exclusivamente la enfermedad, sino todos los aspectos psicosociales de la paciente, donde hay una visión holística de la persona (Tripodoro et al, 2015).

La ética del cuidado, como disciplina, se encarga de las acciones responsables motivadas por una solicitud que tiene como fin, el cuidado de un semejante. En esta

concepción del cuidado, el mundo se comprende como una red de relaciones, donde el compromiso hacia los demás se entiende como una forma de ayuda. Estar atento a las necesidades ajenas, sentirse responsable por el otro, atender a un semejante, protegerlo y evitar que se dañe, es parte del quehacer, desde una ética del cuidado (Alvarado García, 2004). Esta responsabilidad con el otro, no debe ser entendida según Ruiz Gros (2013), como culpa asociada a una falta, sino como solidaridad ante los más vulnerables y débiles. Esta forma de ver al cuidado como compromiso moral, también puede entenderse como una ética de la responsabilidad. Ser responsables no es cumplir normas y leyes, es estar atentos a lo que nos rodea, tanto para ayudar, si sobreviene un mal, como para disfrutar el bien (Etchebehere, 2016).

Bacca, Moyano, Quintero, & Soler (2014) destacan la importancia del diálogo entre la antropología médica y la antropología del cuidar. Dicho diálogo puede brindar al paciente, un tratamiento más enriquecedor, promoviendo el proceso de resiliencia, orientando a tener una introspección positiva y posibilitando la reorganización y un pensarse la enfermedad asumiendo acciones a favor de su bienestar.

En referencia a la historia del cuidado de pacientes terminales, dos mujeres han sido fundamentales con su aporte y visión en el cuidado paliativo (Monchola, 2016). Ambas hacen un gran aporte a la construcción filosófica de lo que llamamos cuidados paliativos y el movimiento Hospice. Una de estas mujeres es Kübler Ross, médica psiquiatra nacida en Suiza y luego naturalizada en los Estados Unidos. Ella cuidaba de personas con enfermedades avanzadas y en situación de muerte inminente. Es partir de sus investigaciones y estudios que, la comunidad médica y científica, comenzó a discutir temas relacionados a la tanatología y a la psicología de los moribundos. La otra mujer es Cicely Saunders. Nacida en Londres, estudió enfermería, administración social y medicina. Dedicó su vida al cuidado de enfermos en el fin de la vida. En 1967 el St. Christopher's Hospice, que años después, sería un centro de referencia mundial para la formación, la investigación y la asistencia en cuidados paliativos.

El cuidado paliativo busca promover la calidad de vida. Según la OMS, en Albornoz (2015) la calidad de vida está asociada a la percepción del enfermo en referencia a su contexto cultural, sus valores, sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Todos ellos, son factores estrechamente ligados a la calidad de vida

(Sánchez Castillo, Amador Velázquez, 2015). Por otro lado la calidad de muerte, se asocia a una muerte libre de angustia y sufrimiento evitable. Lo que busca la calidad de vida, no es otra cosa que un mayor bienestar, de hacer la vida más aceptable y deseable (Yailén y Gómez, 2013). Según Albornoz (2008) al ocuparnos de la calidad de vida, nos ocupamos de la calidad de muerte, se prioriza al sujeto, por sobre el tratamiento y la investigación. Según el comité Europeo de Salud Pública, en Albornoz (2011) se muere mal por tres causas, cuando la muerte no se acepta, cuando hay falta de formación en los profesionales en cuanto al manejo de las reacciones emocionales que surgen en la comunicación con los pacientes y tercero, cuando se lo abandona a la soledad, al miedo y al ámbito de lo irracional de una sociedad donde no se sabe morir.

El cuidado paliativo supone cuidados totales, activos y continuados, (Ramírez, 2012) tanto para el paciente como para su familia, es un espacio de encuentro, dignidad y bienestar para posibilitar el cierre de procesos pendiente en la vida del enfermo. En ésta etapa vital los pacientes asignan una gran importancia a los valores y al amor, al aspecto emocional y espiritual que es lo que en el tiempo se sostiene más allá de cualquier circunstancia (Albornoz, 2015).

### 3.2.2 El cuidado multidisciplinar.

La muerte, antes era un tema que solo le competía a la persona y al cura, hoy en día, ha pasado a ser tema de un equipo multidisciplinario (Ramírez, 2016). En los últimos años se ha tomado consciencia de la necesidad del trabajo multidisciplinario, incluida la atención psicológica como parte fundamental del equipo paliativo. (Yailén y Gómez 2013). Para Lehmann (2010) hay un proceso de multidisciplinareidad y para que ello se desarrolle, es necesario reconocer que no hay jerarquías entre las ciencias y/o disciplinas. Dicho reconocimiento conlleva la búsqueda de un lenguaje común, el lenguaje de lo meramente humano. El equipo multidisciplinario, trabajando conjuntamente, provee apoyo a las familias y pacientes, validando el dolor que experimentan (Frausto et al, 2014).

Para que el trabajo sea en conjunto, es necesario, que, como afirma Acevedo en Lehmann (2010): “Lo útil es que se rompa el celibato estéril de las ciencias como la medicina, la psicología, la sociología, que parten centrífugamente del hombre y se

alejan cada una de ellas de la persona y de las otras ramas del saber con las que no tienen ni objetivos comunes ni idioma que las intercomunican”.

Al enfrentarse con un diagnóstico de una enfermedad grave, tanto la salud como la vida se ven amenazadas, esto supone un fuerte impacto emocional, tanto para la persona enferma como para su familia y todas las áreas de la vida se ven afectadas. Esta situación puede llevar al paciente a una demanda psicológica para hacer frente al impacto emocional ocasionado por el diagnóstico (Fernández, 2016). El rol del psicólogo en éste entorno tiene tres funciones, la investigación, la docencia y la asistencia. Funciones dirigidas directamente hacia el paciente y su familia (Barreto, 1990).

Esta atención al paciente desde una visión integral de la persona, hace que se posibilite el bienestar y una mejor calidad de vida. La atención desde las múltiples dimensiones, surge de la concepción del ser humano, con una naturaleza biopsicosocial, (Lehmann, 2010), el médico, no puede tratar a la persona, sólo desde el bios que sufre, si así lo hiciera, estaría cosificando al paciente (Ruiz Gros, 2015). La intervención psicológica, no puede ser ajena al fin del cuidado paliativo integral. Ella también tiene como objetivo primordial buscar el mayor bienestar posible, brindando apoyo emocional. Para Sánchez Castillo, Amador Velázquez, Rodríguez García, (2015) el psicoterapeuta se desempeña como un puente de comunicación entre la díada cuidador-cuidado, para que la comunicación entre ellos sea funcional y asertiva, y con ello se logrará un mejor clima familiar.

Según Yailén y Gómez (2013), las competencias que le corresponde a la psicoterapia, es la asistencia ante las crisis existenciales, el manejo de conflictos, terapias para el duelo anticipado y manejar cuestiones éticas con respecto a las decisiones que se tomen en el final de la vida. La psicoterapia promueve, de manera saludable, asumir la realidad con la que se enfrenta el enfermo, para que este tenga un mejor morir. Para Montaña en VI congreso de la Sociedad Española de Psicooncología, (2014), es clave en el abordaje del dolor, la escucha clínica del dolor en tanto sufrimiento. Dicho abordaje y escucha no tiene otro agente más propio como lo es el psicólogo. El papel de psicólogo, no se limita a la escucha, para Barreto (1990) debe fomentar los recursos del paciente y su familia, sobre todo las habilidades

de comunicación, debe detectar las necesidades psicológicas específicas del enfermo, del equipo terapéutico y familia, y debe proveer de apoyo emocional.

González de Morales (2012) dice que es prácticamente inviable que un solo profesional, pueda dominar las áreas de lo físico, lo psíquico, lo religioso y lo espiritual en la atención a un paciente. Si bien cada profesional se dedica a una disciplina científica, tiene que haber una sola visión conjunta, un propósito común. En el centro del equipo, primeramente estará el paciente, y secundariamente pero inmediatamente después, la familia. El modelo biomédico es insuficiente tanto para entender al paciente como para atenderlo (Benito, 2016). El equipo, es interpelado por el sufrimiento de la persona, y sin una visión holística de la misma, sin ampliar la perspectiva hacia la dimensión espiritual, no se puede dar respuesta a éste interrogante y desafío. De aquí que la enfermedad terminal y la proximidad de la muerte, sea una oportunidad que nos abre las puertas de la dimensión espiritual, donde los profesionales del equipo acompañan a la persona desde la hospitalidad, la presencia y la compasión.

La integración de la espiritualidad en el cuidado paliativo es un gran desafío para los profesionales de la salud, ya que ellos deben determinar como integrar las intervenciones espirituales apropiadas (Marín, García y Salinas, 2014). Dichos autores proponen como intervenciones destacables las tres siguientes: Una son las técnicas de comunicación terapéuticas esto es, presencia compasiva, escucha reflexiva, apoyo a las fuentes de fortaleza espiritual del paciente, averiguar creencias y prácticas espirituales, visualizaciones guiadas frente al dolor sin sentido. Otra intervención son los tratamientos como la relajación progresiva, ejercicios de respiración o contemplación, terapia orientada a dotar de sentido, derivaciones a los proveedores de cuidados espirituales según sea apropiado, empleo de cuentos e historias, terapias para mantener la dignidad, procurar la reconciliación consigo mismo o los demás, participar en grupos de apoyo espiritual, realizar meditación personal o acompañada. Y por último los cuidados propios como las lecturas o rituales sagrados o espirituales, el Yoga o tai-chi y llevar un diario.

En el reciente manual de cuidados paliativos, editado por el Ministerio de Salud pública de la Nación Argentina, se le dedica el capítulo 12 a la Espiritualidad. Allí se afirma que la dimensión espiritual es idiosincrásica del ser humano. En el

manual se hace hincapié en que todas las personas tienen la posibilidad de encontrar una integración con una realidad más amplia que sí mismo. Esto lo hace a través de un camino propio, único e irrepetible, lo cual conlleva un gran desafío para el equipo de cuidados paliativos a la hora de acompañar la persona en este andar. A su vez dicho camino tiene tres destinos, uno hacia el interior de uno mismo donde se trata de integrar la propia historia, buscando el sentido, el significado tanto de la vida como el de la muerte, del significado del sufrimiento y de los valores personales. El segundo destino es hacia el entorno como búsqueda de conexión con los demás, de pertenencia y de responsabilidad con sus relaciones y del sentimiento de ser parte de una unidad con los demás. Finalmente, el tercer destino, es hacia un más allá, como búsqueda trascendente desde una perspectiva más amplia y más profunda del propio yo (Jacob, 2014).

Es importante distinguir entre espiritualidad y religión (Marín et al, 2014). La espiritualidad, se entiende como la esencia de lo humano, está relacionada con los valores y significados vitales profundos del hombre. La religión debe entenderse como un sistema de creencia que le permite al hombre expresar una espiritualidad. Para Luskin et al en Marín et al, (2014) hay evidencias encontradas de que la espiritualidad y la religión pueden influir en la salud física y puede ayudar a mejorar la calidad de vida. Creencias y prácticas religiosas influyen sobre una actitud positiva y ello influye a que el paciente se sienta mejor y mejore el bienestar de sus familias. Sabiendo esto, los proveedores de la atención de la salud, pueden motivar y acompañar a los pacientes a realizar estas prácticas guiadas por sus consejeros espirituales o religiosos, para poder encauzar sus inquietudes espirituales. Sin duda, este aporte contribuirá a una mejor calidad de vida, a mejorar su salud y a enfrentar la circunstancia de vida que está viviendo.

Manchola et al (2016) citando a Gerald May, dice que hay que entender la espiritualidad como las relaciones del hombre con toda la creación, valoración de la presencia, que incluye un sentido de significado, sentido entendido por Viktor Frankl como la finalidad o razón de ser en la existencia. La idea de espiritualidad está relacionada con el sentido de la vida que se pone en juego en las personas que viven un cuidado paliativo.

Si bien queda claro, desde los lineamientos propuestos por la OMS, la importancia de contemplar la dimensión espiritual de la persona, aún hay en el ámbito profesional y académico, una cierta negación e ignorancia en cuanto a la naturaleza compleja de la espiritualidad y el lugar que ésta ocupa en la vida humana (Manchola et al, 2016). Este fenómeno de negación lo podemos observar en el ámbito sanitario, cuando en la práctica clínica se disocia lo material y lo trascendental como si corrieran por caminos distintos o a lo sumo, paralelos sin puntos de conexión. De aquí que esta situación, constituya parte de la problemática en la coordinación de los equipos. Es la disociación de las ciencias y disciplinas que pierden la visión integral de la persona humana.

En la vida del hombre, el factor social y cultural, no pueden dejarse de lado, a la hora de abordar el acompañamiento a una persona enferma. Para Lehmann (2010) la cultura y lo social son como catalizadores que influyen en la forma de ser, en la manera de asumir lo bio-psico-espiritual. De aquí que sea necesario el aporte del trabajador social en el equipo de cuidados paliativos como agente de cambios que hace la unión entre las necesidades del paciente, la familia y las instituciones. El trabajador social acerca al paciente el recurso social (Moro Yerpes y Lerena Tejón, 2011).

### 3.2.3 El cuidador primario.

El cuidador primario, también llamado cuidador principal o cuidador familiar, es la persona que asume principalmente la responsabilidad del cuidado y la toma de decisiones respecto de la enfermedad de su familiar. Según Tripodoro et al (2015) además de la responsabilidad y toma de decisiones, cuidar, implica modificar funciones, realizar tareas de cuidado físico, social, psicológico y religioso. Cuidar supone tener una mirada diferente sobre la vida.

El cuidado, hace referencia directa a una relación, cuidador-cuidado (Armella de Carral, 2015). Para Bail (2016), los roles y la convivencia entre ambos, acarrear un ajuste entre dos, tanto emocional como estructural. El cuidador, para el resto de la familia, es visto como el responsable de asumir el cuidado del enfermo. Dicho rol no se da, normalmente, por un acuerdo explícito y por esta tarea, no se percibe una remuneración económica (López y Rodríguez, 2007). Para que exista un eficiente

funcionamiento familiar, es necesario entre el paciente y su cuidador, una comunicación empática, clara, equilibrada y una escucha activa. De esta forma se puede manifestar las ideas y sentimientos sin herirse mutuamente. (Sánchez Castillo et al, 2015).

Hay que destacar que el rol de cuidador, según Tripodoro et al (2015) no es inocuo, ya que existe la posibilidad que desarrolle, por su nueva tarea, un sentimiento de sobrecarga. Para que se de este fenómeno se conjugan diversas variables como lo son, la desatención de la propia salud, de la vida social y su proyecto de vida; el deterioro familiar relacionado a conductas manipulatorias y sentimientos de culpa; la ansiedad y frustración por no sentirse preparado en el cuidado de enfermos. Para Seidmann et al (2004) esta sobrecarga, está asociada al costo emocional de la pena, a los roles adicionales, al cambio de rutina, al peso económico que supone la enfermedad. Todo ello vivenciado como un estrés creciente, producto de un cierto duelo anticipado, a la espera de la muerte de un ser querido y siendo testigo de los dolores, sufrimientos, incomodidades y el propio temor ante la muerte del enfermo (López y Rodríguez, 2007).

En el sentimiento de sobrecarga incide, el nivel de satisfacción, el apoyo percibido de familiares y profesionales y la red social y familiar que existe detrás del cuidador. El trabajo del equipo profesional sobre estos factores, impacta directamente en la disminución del sentimiento de sobrecarga vivenciado por el cuidador. La red social y familiar, no es otra cosa que un conjunto de vínculos que le permiten al cuidador, satisfacer sus necesidades tanto materiales como emocionales. Cada red es distinta para cada cuidador, ya que está estructurada según el tamaño, composición y densidad de su familia y entorno social. La experiencia del cuidado, es una experiencia personal, única e irrepetible y está ligada íntimamente a la conexión social y familiar a través de apoyos que tienden a aminorar el malestar producido por la enfermedad (Seidmann et al, 2004).

En esta misma línea, Elizalde Toledo (2017) advierte que en los cuidadores, hay una característica en común, el abandono de sí mismos. Para cuidar dejan de cuidarse en todos los aspectos de su vida, tanto en lo social, como en lo físico y hasta lo psicológico. No hay que descartar que cuidar, en sí mismo, es estresante y cada

cuidador lo afronta de diferente manera. Muchos experimentan problemas emocionales como depresión y ansiedad (López y Rodríguez, 2007).

La atención a la persona con una enfermedad avanzada, genera dolor y sufrimiento también en su cuidador y en quienes tienen un vínculo afectivo. Dichos sentimientos, en el cuidador, una vez fallecido el enfermo, no terminan y hay una repercusión a nivel físico, psicológico, social y espiritual. (Sánchez Castillo et al, 2015), en palabras de Kübler Ross (1994) se puede decir que con la muerte, “los problemas del moribundo se acaban, pero los de la familia continúan”.

El acompañamiento, a un familiar en la enfermedad terminal, puede ser vivido como una situación intolerable, difícil de soportar, o puede ser vivido como un privilegio de acompañar. (Maté et al, 2008). Las investigaciones realizadas indican que los cuidadores experimentan emociones como, desánimo, tristeza, irritabilidad, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, amor, aumento de la autoestima, etc, aunque no todos los cuidadores lo viven de la misma manera ya que cada persona cuenta con distintos recursos para afrontarlo (López y Rodríguez, 2007). Todo ello depende de las circunstancias individuales de cada cuidador, donde para cada uno puede significar un cambio brusco o no de las condiciones de vida, donde se estaba o no preparado para asumir esa tarea y como esto, se conjuga con el proyecto y expectativas de vida personal (Tripodoro et al, 2015).

De lo dicho hasta aquí sobre los riesgos que tiene el cuidador, se hace necesaria la intervención del equipo de salud no solo con el enfermo, sino también con el encargado de su cuidado. En este agente cuidador, se debe prevenir riesgos futuros, por ello es necesario ofrecer información y orientación de autocuidado para que pueda identificar sus propias necesidades sociales, físicas y psíquicas. Un buen trabajo de autocuidado es capaz de evitar, por ejemplo, el síndrome de Burnout, padecido frecuentemente por cuidadores de pacientes crónicos y terminales. (Sánchez Castillo, 2015) y (Barretto, 1990)

Para Elizalde Toledo (2017), es todo un desafío el propio convencimiento de que somos mucho más que cuidadores. Cuidar, no es un estilo de vida definitivo, es una tarea que se puede programar, y tener en cuenta esto, cambia nuestra percepción de la situación. Frente al cuidado de un paciente suelen aparecer las preguntas ¿por

qué yo? y ¿Por qué mi ser querido? López y Rodríguez (2007) responden desde la sociología la primera pregunta diciendo que la sociedad tiene expectativas no escritas sobre quien debe cuidar, si es a un niño o un a adulto, si es a un hombre o a una mujer, si está disponible o no. Todo ello influye a la hora de quien ocupará el rol de cuidador. Para la segunda pregunta, los autores responden desde una visión biológica, diciendo que frente a un deterioro celular hay alguien que se hace cargo. Intentar buscar respuestas a este planteo sin respuestas, es aumentar el sufrimiento, ante lo que escapa a nuestro control.

Según Kübler Ross (1994), el moribundo, ayuda a su familia a afrontar la muerte, y la tarea de los profesionales es ayudar tanto al paciente como a la familia a transitar esta situación y lleguen a la aceptación de la realidad última. Este proceso del acompañamiento de morir, no se puede realizar, sino desde un modelo integral de la persona que incluya la espiritualidad (Benito, 2016). Este acercamiento al morir, a la muerte de otro semejante, nos habla de nuestra finitud y nos interpela. Su muerte es al mismo tiempo un morir entre nosotros, y desde esta dimensión social y relacional de la muerte, hay algo que se va también, de las personas implicadas en el cuidado del enfermo (Wainer, 2008)

Para finalizar este punto, mencionaremos los derechos de los cuidadores según Astudillo (2007): El derecho: a dedicar tiempo y actividades a nosotros mismos sin sentimientos de culpa, a experimentar sentimientos negativos por ver enfermo o estar perdiendo a un ser querido, a resolver por nosotros mismos aquello que seamos capaces y el derecho a preguntar sobre aquello que no comprendamos, a buscar soluciones que se ajusten razonablemente a nuestras necesidades y a las de nuestros seres queridos, a ser tratados con respeto por aquéllos a quienes solicitamos consejo y ayuda, a cometer errores y ser disculpados por ello, a ser reconocidos como miembros valiosos y fundamentales de nuestra familia incluso cuando nuestros puntos de vista sean distintos, a querernos a nosotros mismos y a admitir que hacemos lo que es humanamente posible, a aprender y a disponer del tiempo necesario para aprenderlo, a admitir y expresar sentimientos, tanto positivos como negativos, a “decir no” ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas, a seguir la propia vida.

### **3.3. La concepción antropológica de la logoterapia.**

#### 3.3.1. Influencias antropológicas en Viktor Frankl.

Antes de exponer la visión antropológica de Viktor Frankl, se mencionan los autores que influyeron en su pensamiento y en breves palabras se expondrá las ideas que impactaron en su concepción del hombre.

Varios fueron los autores cuyos pensamientos influyeron en la obra de Viktor Frankl, sobre todo, quienes pertenecen a la línea del pensamiento de la filosofía existencial (Yailén y Gómez, 2013). Entre estos pensadores se destacan Heidegger, Kierkegaard, Husserl, Max Scheler, Binswanger, Jaspers (Barrera Rodríguez, 2012), Buber (Fizzotti, 2014; Rotbard, 2014). Dichos autores concuerdan con la idea de un existencialismo fenomenológico tomando como centro a la persona existente. Desde esta visión antropológica, la persona humana es, según Fizzotti (2014) única, original, irreplicable, donde el cuerpo, psiquismo y espiritualidad conforman una unidad, que está orientada hacia la individualización del significado de su existencia y hacia la realización del fin personal que se le ha dado.

Frankl coincide con Heidegger, padre del existencialismo, en cuanto a que, lo que caracteriza al ser humano, son los rasgos esenciales, denominados existenciales. Estas son categorías ontológicas que caracterizan el ser del hombre, el Dasein de la filosofía existencial (Pérez Soto & Guberman, 2005). Tales categorías son: tiempo, espacio, libertad, responsabilidad, proyecto, angustia y culpa.

Para Barrera Rodríguez (2012) no hay dudas del lazo estrecho entre el existencialismo y las psicoterapias humanistas, entre ellas la logoterapia. A la tercer escuela de psicoterapia vienesa, Kierkegaard, le provee la noción de hombre como individuo, y para Ruiz Gros (2013) Frankl, consideraba a Kierkegaard como el primero en plantear las bases del llamado problema del hombre moderno; Husserl, proporciona la fenomenología; Binswanger, la importancia que tiene para la persona descubrir su visión del mundo y Sartre, aporta la llamada de atención a una responsabilidad ante la propia vida, para la propia libertad, y por el propio futuro. La logoterapia tiene sus raíces en el existencialismo, y proporciona una concepción holística e integral del hombre (Yailén y Gómez, 2013).

Para Miramontes (2014) tanto lo teórico como lo terapéutico de la logoterapia, está basado en gran parte en Max Scheler. Este autor, aporta a Frankl, la idea de hombre comprendido desde lo biológico, lo psicológico y lo espiritual, es decir, hay diferencias ontológicas en el hombre (Copello, 2014), estos tres estratos son modos de ser humano (Miramontes, 2014). Para Scheler, más allá de estos modos de ser, la persona es un centro de actos espirituales (Barrera Rodríguez, 2013), es decir que existe un estrato superior propio e independiente de lo animal, que va aparejado junto con lo anímico, en dirección al ser humano total, a la unidad, que se denomina como, lo espiritual. Otro aporte de Max Scheler al creador de la logoterapia, es la axiología de los valores (Barrera Rodríguez, 2012), comprendidos como esencias dadas a priori de forma inmediata e intuitiva en los sentimientos espirituales (Copello, 2014). Para destacar finalmente los aportes de Scheler a la antropología de Frankl, se menciona el tema del problema del sufrimiento humano, entendido como camino hacia el encuentro entre el sentido de la vida y cada persona, lo cual implica que la felicidad puede ser posible aún en los más graves sufrimientos (Miramontes, 2014).

Martín Buber ha aportado a Viktor Frankl, la concepción de la relación yo y tu, como encuentro (Barrera Rodríguez, 2012). Encuentro entendido en la medida que, entre ambas partes, no media ningún sistema conceptual. El sujeto logra salir del aislamiento y adentrarse en la totalidad de lo humano. (Rotbard, 2014). El encuentro, es una capacidad propia del hombre por ser un ser trascendente. Es más, el hombre está llamado, en el encuentro con el otro, a trascenderse. El encuentro es hallar lo distintivo del otro (Copello, 2014). Para Buber el encuentro es una característica dialógica y relacional, Frankl por su parte agrega que dicho diálogo no se logra si antes, ambas partes, no encuentran la dimensión del logos (Pérez Soto & Guberman, 2005).

Nickolai Hartmann, al igual que Scheler, influye en la antropología Frankleana con la concepción de hombre como multiplicidad, formado por dimensiones, estas son la corpórea, la psíquica y la espiritual. Frankl, diferenciándose de ellos dice que hay diferencias ontológicas, pero antes que todo, hay una unidad antropológica (Copello, 2014).

Frankl toma de Karl Jaspers, el tema de la situación límite, como lo son la historicidad, el azar, la culpa, la muerte, el sufrimiento (Pérez Soto & Guberman,

2005). Estas son crisis existenciales de tal complejidad y magnitud, que producen en la persona una verdadera conmoción. Estas situaciones irrumpen en la vida de la persona de forma brusca, inesperada e impensada (Berti y Schneider, 2003). El médico, testigo de éste sufrimiento se enfrenta a menudo con la impotencia de no poder evitarlo, y la amenaza que surge, es la deshumanización. (Ruiz Gros, 2013). Para Jaspers, el hombre es un ser que decide frente a la situación que vive, lo que define al hombre es la búsqueda de sentido (Copello, 2014).

### 3.3.2. Antropología Frankliana.

Detrás de cada psicoterapia, hay una visión antropológica, una concepción del enfermar, un modelo de psicopatología y una idea de la salud. Para Viktor Frankl, la salud, *se basa en cierto grado de tensión, la tensión existente entre lo que ya se ha logrado y lo que todavía no se ha conseguido; o el vacío entre lo que es y lo que se debería ser. Esta tensión es inherente al ser humano y por consiguiente es indispensable al bienestar mental. No debemos dudar pues, en desafiar al hombre a que cumpla su sentido potencial*” (Frankl, 1991, p.60)

Esta idea de salud como tensión, está enraizada en la visión antropológica de hombre como un ser inacabado, que se conforma a sí mismo, según sus decisiones y está dirigido en todo momento, hacia algo o alguien (Miramontes, 2014).

La concepción del enfermar humano, desde la antropología de Frankl, es esclarecedora y creativa y se contrapone a la visión científico racional de la enfermedad, que la ve desde una visión exclusionista, reduccionista y determinista. Exclusionista por no tomar en cuenta otras causas de la enfermedad; reduccionista, por no considerar a la persona con capacidad de respuesta; determinista, por considerar a la enfermedad como constituida por variables externas determinando el padecimiento (Acevedo, 1999). Meneses Sánchez (2015), siguiendo esta línea, afirma que para la medicina, un paciente enfermo, si solo se toma en cuenta su conceptualización, se lo limita a los condicionantes de la enfermedad, es decir a lo inmanente y la totalidad del ser humano es reducida, determinada y minimizada a la misma patología, por demás maligna.

Más allá del enfermar, hay en la persona un potencial transformador de la experiencia, de aquí que, como afirma Kroeff (1998) puede haber una forma sana de tener una enfermedad, una manera sana de enfrentarse a una crisis. A partir de estas crisis, dificultades y tragedias, la persona puede encontrar la manera de saber quién es y cómo desea vivir.

Bajo esta concepción del enfermar Viktor Frankl, no vio como único objetivo del terapeuta, el sanar. De aquí que profundice la idea de acompañamiento a las personas que sufren, porque la adversidad, no quita el sentido de la vida, sino por el contrario, otorga la posibilidad de profundizarlo o de encontrar uno nuevo (Díaz del Castillo, 2018). Según Restrepo Toro (2001), el sentido de la vida jamás se pierde, aun cuando el hombre pase por la vivencia del sufrimiento. A esta tragedia humana en referencia a lo que le toca vivir inevitablemente, Frankl la llama, destino (Ramirez, 2016). Se ha dicho que el sentido de la vida no se pierde, pero si la persona no encuentra el sentido al sufrimiento, es doblemente desgraciada. Lo es doblemente por el sufrimiento en sí mismo y por la desesperación que surge del sentimiento de lo absurdo. La desesperación no es otra cosa que el sufrimiento sin sentido (Miramontes, 2014). En palabras de Kroeff (1998) no hay huida posible a estas experiencias, el hombre deberá luchar para no sucumbir al sin-sentido. Para Viktor Frankl (1991, las experiencias de muerte, culpa y sufrimiento, inevitables en la vida del hombre, conforman, la llamada Tríada Trágica. Para logoterapia, según (Pérez Soto & Guberman (2005) existe la posibilidad de transformar esta tríada en algo positivo.

Clave en la antropología frankleana es su concepción del hombre como Homo Patiens. El hombre sufriente, busca desesperadamente respuestas tratando de dar sentido a lo que vive (Ramírez, 2016) pero como dice Etchebehere (2016) el hombre no alcanza su humanidad por el hecho de sufrir. El hombre no es un ser masoquista ni tampoco el sufrimiento lo hace mejor persona. Lo que Frankl concibe, es que, aún en el sufrimiento y a pesar de él, la vida tiene sentido. No es el sufrimiento en sí mismo el que hace mejor al hombre, sino la actitud que se adopta frente a el. Para la antropología de Frankl, a la imagen biológica del hombre se opone la imagen noológica, al homo sapiens contraponen al homo patiens (Meneses Sánchez, 2015) quien bajo esta concepción, es capaz de sufrir dignamente (Miramontes, 2014). En la capacidad de sobreponerse al mal, el hombre se vuelve humano. No se es más humano

sabiendo y haciendo, sino alojando tanto el bien como el mal y trascenderse (Etchebehere, 2016). Para el creador de la logoterapia, la verdadera finalidad del hombre, su misión más alta, según Barrera Rodríguez (2012), es el debatirse con lo que el destino pone ante él.

Para Barrera Rodríguez (2012), la dimensión espiritual es, en la antropología de Frankl, el verdadero motor del hombre. Para Fizzotti (2014), considerar a la persona desde este punto de vista espiritual – noético, es superar los límites del psicologismo, es proyectar lo positivo del dolor y es abrir la posibilidad de asumir, frente a las situaciones límites, una actitud. Es ir más allá de lo psíquico, intrapsíquico y ambiental y de orientarse a través de la búsqueda de valores y de significados.

Los valores enriquecen y construyen positivamente al hombre, lo hacen crecer, lo guían en la toma de decisiones y en los juicios, gracias a ellos el hombre es ayudado a no perder la visión de sentido. Los valores tienen dos funciones primordiales, según, Ramírez (2016): por un lado son motivacionales, nos mueven, llaman, y convocan. Además son normativos, es decir, rigen nuestra conducta y determinan nuestras acciones. Propiamente, para Frankl, el hombre, no es empujado por el instinto sino atraído por el valor. Mientras para la concepción psicodinámica lo instintivo empuja y fuerza desde atrás al hombre, para la concepción frankleana, el valor, atrae, desde adelante. (Frankl, 2016) Los valores hunden sus raíces en lo profundo del ser humano y éste puede intuirlos, gracias a su autocomprensión axiológica prereflexiva (Pérez Soto & Guberman, 2005), es decir, gracias a su capacidad de conocimiento intuitivo que es inmediato y que no requiere de reflexión alguna. Hay tres categorías de valores que se pueden distinguir al tratar el problema del sentido de la vida, estos son los valores de creación, los valores de experiencia y los valores de actitud (García Pintos, 2007). En los valores creativos, el hombre responde al mundo a través del hacer, es decir a través de su trabajo, ocupaciones y quehaceres diarios. Los valores de experiencia también llamados valores vivenciales se caracterizan por la gratuidad. El hombre es receptor a través de sus sentidos, de su relación con los otros y a través del amor. En los valores de actitud, el hombre ejerce su capacidad de soportar, de encontrar sentido a su sufrimiento. A través de éste valor el hombre puede transformar su situación trágica en un triunfo y así realiza el valor supremo, la oportunidad de realizar el sentido profundo (Pérez Soto & Guberman,

2005). El valor de actitud es posible ante lo que no se puede cambiar, ante lo que no elegimos ni seleccionamos (Kroeff, 1998)

Punto fundamental en la antropología frankleana, es el antagonismo psicoonético facultativo como capacidad de oposición del espíritu frente a los condicionamientos de lo psíquico, lo biológico y lo social. Esta capacidad no hay que confundirla con el paralelismo psicofísico que es obligatorio (Pérez Soto & Guberman, 2005). Esta capacidad es facultativa, surge de la dimensión espiritual, y le da al hombre la posibilidad para oponerse a lo psicofísico, sin perder la unidad en la multiplicidad de su ser (Frankl, 1994). El hombre tiene la opción, frente a las circunstancias, de asumir una actitud. De aquí que, para Frankl, si bien el destino es un condicionante, no se agota en lo fáctico ya que es un ser en permanente posibilidad de ser de otro modo (Copello, 2014). El destino condiciona al hombre, pero no lo determina.

A su visión antropológica, Viktor Frankl, la denominó análisis existencial. En ella se encuentra la noción de ser humano, y se afirma que el hombre, además de ser homo sapiens y homo faber, también es homo patiens. El hombre es capaz de sufrir dignamente, es un ser doliente frente a su existencia (Miramontes, 2014). Es necesario hacer la distinción entre análisis existencial y análisis de la existencia. Frankl hace referencia al análisis sobre la existencia, es la interpretación y caracterización de la existencia concreta, que la persona realiza en su vida (Pérez Soto & Guberman, 2005). Para Frankl en García Pintos, (2007) el análisis de la existencia resalta más la unidad mientras que el modo de ver analítico-existencial destaca la diversidad.

Por un lado la logoterapia y el análisis existencial son las dos caras de la misma teoría. De aquí la importancia de conocer la antropología frankleana para poder comprender su psicoterapia. La logoterapia es un método, el análisis existencial una orientación antropológica (Pérez Soto & Guberman, 2005). Por otro lado, el análisis existencial se contrapone al psicoanálisis y lo hace a partir de diferir en cuanto a lo que aspira el hombre; Para el psicoanálisis es el placer, para el análisis existencial son los valores. En la primer postura, el placer domina la existencia humana y le quita la libertad, en la segunda la existencia está gobernada por la voluntad de sentido, que busca un pleno sentido a su existencia. (Frankl, 1994).

Gran síntesis podemos hallar en las diez tesis de Frankl sobre el hombre. En ellas resume toda su visión antropológica, a la cual llamó análisis existencial (Miramontes, 2014) y en la que ha sustentado toda su psicoterapia. Para Ruiz Gros (2013) logoterapia y análisis existencial son las dos caras de la misma teoría.

Las diez tesis sobre la persona, según (Sellés Dauder, 2016; García Pintos et al, 2007; Pérez Soto & Guberman, 2005) son: 1ª tesis: La persona es un individuo, es decir, la persona es algo que no admite división, no se puede subdividir, escindir, porque es una unidad en sí misma. Tal tesis la comparte con Kierkegaard. 2ª tesis: La persona es insumable, es decir, la persona es una totalidad en sí misma y no admite agregados. 3ª tesis: Cada persona es absolutamente un ser nuevo, único e irrepetible. O sea no tiene ni precedentes ni consecuentes como persona. 4ª tesis: La persona es espiritual. La función del organismo, es instrumental. 5ª tesis: La persona es existencial. El hombre, como persona, no es un ser fáctico, sino un ser facultativo. 6ª tesis: La persona es yoica, o sea, no se encuentra bajo el gobierno del ello. 7ª tesis: La persona no es sólo unidad y totalidad en sí misma, sino que la persona brinda unidad y totalidad. El hombre, representa un punto de interacción de lo físico, lo psíquico, y lo espiritual. 8ª tesis: La persona es dinámica Tiene capacidad de distanciarse y apartarse de lo psicofísico y allí es cuando se manifiesta lo espiritual. 9ª Tesis: El animal no es persona puesto que no es capaz de trascenderse y de enfrentarse a sí mismo. El animal carece de una dimensión que sea superior a la de su psiquismo y su organismo. 10ª tesis: La persona no se comprende a sí misma sino desde el punto de vista de la trascendencia.

### **3.4 Intervenciones logoterapéuticas en pacientes terminales y sus cuidadores, como parte del equipo de cuidados paliativos.**

#### **3.4.1 La logoterapia.**

Como se ha dicho anteriormente, la logoterapia y el análisis existencial, son las dos caras de la misma teoría (Ruiz Gros, 2013). Para Lehmann (2010), la logoterapia se caracteriza por tener una fundamentación antropológica clara y por asumir una concepción ética ya que presupone, desde la concepción existencial de la libertad y la responsabilidad, la orientación hacia el sentido. Una característica de esta psicoterapia, que la diferencia de otras, es que va más allá del área de las ciencias de

la conducta y se adentra en el área de humanidades y en la misma filosofía. De este modo de ser, se separa de aquellas psicoterapias que se reducen en sus fundamentos al comportamiento y a la fisiología (Barrera Rodríguez, 2012). Para este autor, en el trabajo de Frankl, hay una idea transversal uniendo a la filosofía, la psicología y la psiquiatría, comunicándolas a través de la logoterapia. De este modo, la logoterapia va más allá de lo terapéutico, no solo es terapia, también es filosofía de vida.

La logoterapia es un modelo terapéutico que se orienta hacia los problemas o conflictos de naturaleza existencial y espiritual (Yailén y Gómez, 2013). Según (Pérez Soto & Guberman (2005), es una psicoterapia orientada a la búsqueda del sentido que se focaliza en lo espiritual; apelando a la facultad de oposición del espíritu frente a lo psicofísico. Como psicoterapia, tiene una aplicación específica y una aplicación no específica. Como específica, es una psicoterapia indicada para las neurosis noógenas. En cuanto inespecífica, actúa como complementaria a otras psicoterapias. Para Acevedo en Paz (2015) la logoterapia tiene una visión interactiva, integrativa y dinámica, de aquí que sin perder su posición antropológica, se puede tener en cuenta la visión y prácticas de otras teorías. Según Rothbard (2014) esta terapia es un complemento necesario de la terapia tradicional. Un ejemplo de esto, se puede tomar de lo dicho según Lukas en Paz (2015) cuando comenta que no existe ninguna logoterapia de las psicosis. Pero si se puede decir, que hay una logoterapia en las psicosis, ya que es fundamentalmente una terapia sobre lo sano del paciente, es el tratamiento de la actitud de lo que queda sano en el enfermo frente a lo que ha enfermado en la persona.

Es considerada la tercera escuela vienesa de psicoterapia, fundada por Viktor Frankl (Ramírez, 2016). La logoterapia, como tratamiento psicoterapéutico, según Barrera Rodríguez (2012) se basa esencialmente en el logos, es decir, en el sentido, el significado y el propósito. El sentido de la vida se descubre a través de la conciencia, en busca de la trascendencia y en la vivencia de los valores de creación, experiencia y actitud.

El análisis existencial es un método, análisis y forma de entender el ser humano. Para Esquivel Navarrete (2014), la logoterapia es la dimensión terapéutica del análisis existencial y su trabajo consiste en: la búsqueda de hacer consciente lo espiritual-existencial; el descubrimiento de lo espiritual en el ser humano, para desde

allí, tomar posición frente a un determinado padecimiento; la búsqueda y descubrimiento de lo humano en la enfermedad; la facilitación al paciente para su autoexploración, para que descubra sus capacidades y opciones posibles; la presentación del terapeuta como marco de referencia para la libertad y responsabilidad ante el padecimiento; la guía al paciente para que se responsabilice y se haga cargo de su propia existencia; la ayuda para que la persona descubra que esta responsabilidad es una urgencia y una obligación; que la persona descubra que mediante los valores de creación, vivenciales y de actitud, tiene un horizonte amplio para responder a los interrogantes de la vida: que la persona descubra su lugar en el tiempo, integrando en el presente el valor de su pasado y el valor potencial del futuro. Según Yailén y Gómez (2013) este último trabajo apunta a concebir la vida como un todo, en una idea de continuidad entre el pasado, el presente y el futuro.

Según Miramontes (2014), Frankl hace un desarrollo de su psicoterapia a partir del sentido de la vida. La búsqueda puede ser terapéutica, es decir, puede llevar a la persona a una vida auténtica, digna y éticamente responsable.

La logoterapia es una psicoterapia a partir de lo espiritual (Rotbard, 2014). Efrén Martínez Ortiz la define en Bolaños (2012) como una psicoterapia adecuada al espíritu. Según de la Rosa (2014) cuando Elisabeth Lukas se refiere a la nueva perspectiva de la terapia de Frankl, habla de la dimensión espiritual del ser humano. Frankl presenta un hombre libre, responsable, condicionado pero no determinado. La persona no es víctima del destino. La lucha contra éste, sólo causa desesperación. Ramírez (2016) por su parte sostiene que para la logoterapia, si bien la persona es un ser biopsicosocial, está dotada de una dimensión espiritual. Esta dimensión le permite oponerse a los acontecimientos absurdos y sin-sentidos que la vida le plantea al hombre y así encontrar el sentido en las situaciones límites a través de los valores de creación, de experiencia y de actitud.

Tres estrategias de intervención desde la logoterapia en el trabajo con los pacientes son: La Intención Paradójica, la Derreflexión y el Diálogo Socrático. La Intención Paradójica pone en funcionamiento la capacidad de autodistanciamiento y su objetivo es anular la ansiedad anticipatoria que realimenta el síntoma. Va acompañada, no pocas veces, de un gran sentido del humor. Recordemos que se trata de provocar justo lo que se teme y se busca que el miedo patológico sea sustituido por

deseo paradójico provocando que el síntoma desaparezca. La Derreflexión o Desreflexión refuerza la capacidad de la autotrascendencia, ampliando el campo de la visión de la persona para reducir o eliminar la tendencia neurótica a la hiperreflexión y la hiperintención. El Diálogo Socrático moviliza la voluntad de sentido. Durante el transcurso del diálogo existencial-analítico, se identifican nuevas posibilidades hacia el encuentro con el sentido, metas, proyectos y tareas cargadas de significación aplicables a la experiencia concreta. El cuestionamiento mayéutico de lo significativo en el mundo del consultante posibilita nuevas miradas esclarecedoras. (Barrera Rodríguez, 2013).

Según Fizzotti (2014) la tarea de la terapia, consiste en trabajar tanto con la superestructura lógica de la visión del mundo como con la infraestructura afectiva de la neurosis. Sin esta combinación de trabajo, permanece la ideología afectiva y queda un terreno fértil para que florezca lo neurótico.

Como el psicoanálisis busca hacer consciente lo inconsciente, la logoterapia busca hacer consciente la realidad y las responsabilidades del paciente (Barrera Rodríguez, 2012). En el tratamiento y a través de él, el paciente va profundizando el sentido de su propia responsabilidad, como característica esencial de su propia existencia y consigue las valoraciones que están de acuerdo con él mismo (Fizzotti, 2014). Para desarrollar dicho tratamiento es necesario considerar a la persona en todas sus dimensiones y referirse a lo espiritual como lo específicamente humano (Miramontes, 2014).

Teniendo en cuenta el origen humanista, la práctica de la logoterapia, busca brindar acompañamiento. No al estilo conductista donde la terapia es directiva, sino siendo soporte y orientando al paciente para que logre un buen insight y se movilice (Montoya en Buitrago Cadavid, 2014). Según Barrera Rodríguez (2012) “*la logoterapia no trata, realmente acompaña*”. Este acompañamiento se da sobretudo frente a la persona que sufre. Frankl, primeramente reflexionó filosóficamente acerca del sufrimiento y luego propuso una terapéutica dirigida a descubrir el sentido. (Miramontes, 2014). Frente al sufrimiento, Lukas dice en de la Rosa (2014), hay dos caminos posibles: una actitud positiva, en la cual a través de la realización de los valores se encuentra sentido a lo que se experimenta y una actitud negativa donde la ira contra el destino, la ansiedad y la desesperación reinan en la vida de la persona. El

objetivo logoterapéutico es corregir ésta última actitud existencial con la ecuación: sentido es igual a sufrimiento vivido con una correcta actitud (Miramontes, 2014)

Viktor Frankl, propuso dos caminos para la intervención logoterapéutica, como terapia inespecífica y como específica. Esta última relacionada con el sentido de la vida y el acompañamiento a personas que enfrentan a la tríada trágica. Dicho acompañamiento tiene un camino de intervención particular, la cura médica de almas (Díaz del Castillo, 2018) . La cura médica de almas, según Restrepo Toro (2001) tiene como objetivo el acercamiento a la persona que sufre, pero no a su sufrimiento sino a su humanidad. Esta intervención no es terapéutica sino el ejercicio de la humanidad del terapeuta en el encuentro con la humanidad del paciente.

Según nos dice Restrepo Toro en García Pintos (2007), el término cura médica de almas, propuesta por Viktor Frankl, parte de su visión antropológica y no tiene otro objetivo ideal que, el querer humanizar la medicina, la psicología y la terapia. El autor vienés, no inventa la cura médica de almas, para Frankl siempre estuvo allí y él la pone de relieve y la hace manifiesta. Cabe aclarar que en un sentido exacto, la cura médica de almas no se aplica de forma indiscriminada. El principio es que se aplica sólo donde tanto la farmacología como la psicoterapia, no son aplicables.

El acompañamiento desde la cura médica de almas revalida la dignidad del ser humano, se desarrolla en el encuentro con la persona y tiene como característica un amor incondicional al reconocer el dolor y sufrimiento del otro, cuyo fracaso biofísico es inevitable (Barrera Rodríguez, 2013). Es necesario aclarar que la cura médica de almas difiere de la cura de almas que es campo propio del sacerdote. Según Restrepo Toro en García Pintos (2007), la cura médica de almas es independiente de las creencias religiosas tanto del paciente como la del médico, pero para este último, es un deber, una urgencia y un imperativo darla como respuesta.

#### 3.4.2 Abordaje logoterapéutico del paciente terminal.

Una investigación realizada por Bulla Asqui (2015) sobre pacientes con cáncer, comprueba la eficacia de la logoterapia, señalando que hay una disminución de los niveles de depresión. La intervención logoterapéutica logró en un 80% que los pacientes se mostraran recíprocos, colaboradores, responsables consigo mismo y con

la terapia. Yailén y Gómez (2013) afirman también que la logoterapia tiene capacidad de dar respuesta a las necesidades del paciente terminal aunque estas no dependan directamente del conflicto existencial. Por su parte Sánchez Castillo et al (2015) no dudan en afirmar que esta terapia es efectiva en el afrontamiento del duelo en el cuidador y en el paciente terminal.

El “para que” vivir nos dice Yailén Gómez (2013) será la base de la logoterapia aplicada. Según Esquivel Navarrete (2014) la logoterapia es una disciplina que puede favorecer al enfermo en la fase terminal, para darle sentido tanto a su dolor como a su sufrimiento. Ramírez (2016) hace la distinción entre dolor y sufrimiento, el primero se refiere a lo orgánico, corporal y sensorial, inherente a todos los seres vivos, el segundo hace referencia a una instancia de tipo psicológico, propia del ser humano. Frente a este hecho, Ramírez dice que hay que “abrazar, contener, restaurar, reconstruir y resignificar el espíritu”. De aquí que sea necesario, desde la logoterapia, ampliar la visión del paciente para aumentar la conciencia de sí mismo y la de su ser en el mundo (Barrera y Rodríguez, 2012), esto se realiza aportando a la persona recursos o herramientas humanas para, desde el conocimiento y la apelación a la dimensión espiritual, lo pueda lograr.

Según Armella de Carral (2015) la logoterapia, en este momento histórico de la persona, se ofrece como la terapia más adecuada. A través de ella se le ofrece a la persona un espacio para descubrir, clarificar y reacomodar todo lo que le es importante y reorientar su vida de acuerdo a ello, hacia el futuro. Como cada ser es único e irrepetible, según vimos en la concepción frankleana, es necesario que el terapeuta sea creativo. La logoterapia según Kroeff (1999) siempre ha enfatizado el volcarse hacia el futuro, hacia la meta a realizar. Este futuro actúa como catalizador para la realización del presente. Claro está, que en los enfermos terminales el futuro se reduce al día a día.

Al hablar de enfermedad terminal, estamos hablando del sufrimiento de una persona. Vivirlo con sentido es dar la mejor respuesta posible. Para la logoterapia la vida es ser protagonista, ser activo, es tomar una actitud digna frente a lo inevitable. (Ramírez, 2016). Es por ello que la psicoterapia de Frankl, ofrezca recursos para lidiar con ésta situación. Dichos recursos se dan gracias a la capacidad humana de oposición del espíritu, antes mencionado.

Punto clave en el rol del logoterapeuta, es su tarea como cuidador y todo lo que ello implica. Ser cuidador, no hablamos aquí del cuidador primario sino del terapeuta, es decir sí a la vida, desde la humildad, la paciencia, el optimismo y como se ha dicho anteriormente, desde la creatividad (Armella de Carral, 2015). Es por ello, como señala Bruzzone en León Portilla (2015), el factor humano es el elemento esencial para el cuidado. Dicho factor va más allá de las técnicas. Sustituir con las técnicas a la relación, es despersonalizar el cuidado.

Gerónimo Acevedo en Armella de Carral (2015), afirma que la logoterapia nos invita a un cambio de paradigma: es mirar al hombre no por lo que padece, sino por lo que es. No hay que cosificar el cuidado tecnificándolo y para evitarlo sostiene que la comprensión de la unicidad es el elemento fundamental en la relación. No se puede cuidar al otro sin tener presente tanto su unicidad como la propia. Es por ello que este autor (1999) le da importancia a la visión holística de la logoterapia, oponiéndose a las visiones reduccionistas de la medicina biologicista. El enfermar humano debe ser visto como una totalidad dinámica, donde el suceso existencial de la enfermedad, interroga a la persona y la logoterapia ayuda a descubrir los valores para resignificar el pasado con elaboración del futuro, logrando la persona una auténtica calidad de vida y desarrollando el sentido de respuesta.

Antes de pasar a las intervenciones de la logoterapia en éste ámbito, se desarrollarán tres temas recurrentes en la bibliografía hallada. Dichos temas son, el rol del terapeuta como acompañante, la relación terapeuta paciente como encuentro y el tema de la esperanza.

Para Ramírez (2016) el logoterapeuta tiene “*la gran fortuna de acompañar*” al doliente. Lo hace, en el recorrido de esta última etapa de su vida, en los recuerdos de su historia, en la resignificación de su vida, en la dignificación de su enfermedad y muerte. Lo acompaña tanto en el fortalecimiento de su trascendencia, como yendo con su familia a la par, según su ritmo y tiempo, buscando el sentido de su existencia, los valores y los momentos vividos.

Acompañar, es afrontar con el paciente el destino, muchas veces un destino cargado de sufrimientos. El trabajo terapéutico, no es solo curar, también lo es cuidar (Ruiz Gros, 2015). La logoterapia, facilita herramientas de acompañamiento tomando

en cuenta la dimensión espiritual (Meneses Sánchez, 2015), con una actitud compasiva (Ramírez, 2016). Según Díaz del Castillo (2018), Frankl, propuso el acompañar a las personas que sufren, más allá del curar. En las personas que se enfrentan a la muerte, la tarea es acompañar en los auxilios últimos.

Para Salas Gutiérrez y de la Medina Cano (2015) se acompaña al paciente a revelar su trascendencia, a develar que hay algo más allá en él, como lo es la libertad y su espiritualidad. Se acompaña a la persona a una autorreflexión para que pueda sentir su vida a pesar de su situación terminal y como señala Díaz del Castillo (2018) para que pueda descubrir y reafirmar lo que su vida ha sido hasta ese momento.

Una herramienta de acompañamiento, según Meneses Sanchez (2015), es la relación médico paciente. En medicina existe la idea de no involucrarse con el paciente, pensando que si se hace, se va a sufrir. Sin lugar a dudas esto último determina la forma de relacionarse con el paciente y es de esperar que la medicina se deshumanize. Para la logoterapia el amor en la relación médico-paciente es una poderosa herramienta de acompañamiento como hemos señalado.

Para Frankl, según Fizzotti (2014), en la relación entre el paciente y el terapeuta habría que dejar de lado cualquier esquema, estándar o visión determinista. La relación debe evidenciar lo singular y específico de cada paciente. Es una relación que apela a los valores. De esta forma la idea de curación ya no es competencia exclusiva del terapeuta y el paciente no es solo receptor de dicha curación. Una relación sin un encuentro, no abierto al sentido, no basado en la trascendencia es un diálogo cerrado en lo inmanente.

Es en éste contexto donde aparece en escena el encuentro, como clave fundamental en la visión terapéutica de Viktor Frankl. Según Ramírez (2012), en el paciente terminal, para cerrar los procesos pendientes se necesita proporcionarle un espacio de bienestar, de dignidad y de encuentro. Salas Gutierrez y de la Medina Cano, (2015) afirman que dentro de la relación terapéutica, se debe dar el encuentro. Por su parte, Milano (2009) subraya que el encuentro en sí mismo es sanador y que un buen terapeuta, no lo es tanto por su técnica, sino por su capacidad humana para el encuentro. En otro pasaje dice: *“el tomar de la mano a un moribundo, es más eficaz que los sedantes”*.

Es profunda la distinción que hace Elisabeth Lukas, en León Portilla (2015) sobre la importancia de, como terapeuta, ser una herramienta o tener herramientas. Para ella la clave está en la humanidad como principal medio y herramienta de trabajo. Siguiendo esta misma línea de pensamiento, Bruzzone, en el artículo de León Portilla citado, señala que, en el encuentro terapéutico nos encontramos, gracias a lo que tenemos en común.

Pero éste encuentro no se da por sí solo, nos dice Fizzotti (2014). Para que dicho encuentro se dé, es necesario: No ser anónimos, ser compasivos, ser creativos y participar tanto del gozo como del dolor, aceptar la diversidad, los límites y la reconciliación con uno mismo y los demás. No hay que olvidar que el encuentro lleva el riesgo de la cosificación y la manipulación si el encuentro no se encuadra como tal. Binswanger, citado por Bruzzone en León Portilla (2015) puntúa que la psicoterapia, antes que nada es una relación y no una prestación, hay una reciprocidad, un encuentro interhumano, un fenómeno existencial, no una acción transitiva, es algo que acontece porque está centrado en el ser.

Es claro como en la literatura reciente quedan establecidos los polos antitéticos de sentido de vida por un lado, con una vivencia esperanzadora y positiva de la vida más allá de la enfermedad, y por otro lado, el polo de la desesperanza y el deseo de querer finalizar con la propia vida. Según (Pérez Soto & Guberman (2005, p.50), define a la esperanza como *“la disposición interna respecto del futuro al cual se ve como campo para la realización de valores. Es la fuerza que nos capacita para alcanzar rendimientos que, de no ser por ella, nunca alcanzaríamos”*.

La esperanza, es una herramienta importantísima en el acompañamiento de pacientes terminales. Ejerce una influencia importante sobre los valores de actitud y estos a su vez, hacen que la persona pueda adueñarse de la situación (Meneses Sánchez, 2015). La esperanza para Weimer (2014) puede hacernos reflexionar en el “para que”, como sentido de la existencia. La logoterapia, para poder acompañar a la persona sufriente, nos da herramientas para poder hacerlo, estos son la realización de los valores, anteriormente mencionados.

La desesperanza, como polo opuesto al anterior, donde nada tiene sentido y la vida no entusiasma, implica que nada de lo que se haga, cambiará la situación. Según

Lawrence Le Shan en Ramírez (2016), la muerte se da en un estado de tensión negativa y un sentimiento de futilidad sobrecoge al moribundo. García Alandete, Gallego Pérez & Pérez Delgado (2008), en su trabajo analiza la relación entre el sentido de la vida y la desesperanza. Concluye que hay una relación inversa entre las variables, es decir cuando una variable, disminuye, la otra aumenta, esto significa que a mayor sentido de la vida hay menor desesperanza y viceversa. Si la vida tiene sentido hay fuerza motivacional, condición para la autorealización. La desesperanza cuya causa es existencial aumenta el riesgo suicida. Ambas variables, estrechamente relacionadas, a su vez se relacionan con los estados de ánimo, la motivación, los sentimientos, las expectativas. En esta misma línea de investigación Mariona Guerrero Torreles (2014) relaciona las variables sentido de vida y deseo de adelantar la muerte. Dicho deseo está relacionado al pedido explícito de la eutanasia, hecho que se da, sobre todo, en países donde ésta práctica se encuentra legalizada. Este estudio, como el anterior, arrojó resultados similares. Pacientes con un sentido de vida toleran mejor los síntomas aunque éstos sean severos. La relación negativa entre las variables, aquí también se mantiene.

Según Buitrago Cadavid (2014) la logoterapia encamina la paciente terminal para que él mismo resuelva sus inquietudes. Salas Gutierrez y de la Medina Cano, (2015) coinciden con Buitrago y sostienen que el terapeuta no tiene respuestas y el paciente las tiene que descubrir y para que ello se de, se tiene que dar una relación de profunda confianza entre el paciente y el terapeuta. De aquí que el abordaje logoterapéutico incluye tres aspectos a saber, primero la relación terapéutica, segundo la técnica del diálogo socrático y el método fenomenológico y tercero las técnicas complementarias. Además es conveniente que el terapeuta conozca la visión del mundo, de la vida y del hombre que tiene su paciente, que pueda ofrecer un espacio para el desahogo o catarsis, donde el paciente no se sienta juzgado, que no lo vean con lástima, un lugar donde se lo acepte tal cual es, donde se promueva el autodescubrimiento, el autodistanciamiento y se apele a su espiritualidad.

Por su parte Marín et al, (2014), resaltan el tema de la presencia terapéutica, en términos de disponibilidad para ayudar y apoyar al enfermo a atribuir un significado a la crisis del sufrimiento. Dichos autores refieren que uno de los lugares donde buscar el sentido, es en las personas que conviven con el paciente. Para Ramírez (2016) la

logoterapia dignifica la existencia tanto del paciente, como la de sus familiares y para Yailén y Gómez (2013) el valor de la vida, aún en circunstancias de sufrimiento y dolor, la logoterapia, las convierte en fuente de enriquecimiento. De esta forma se fortalece la salud mental del paciente cuando se clarifican valores. Los autores mencionados hacen la aclaración que será necesario por un lado, propiciar el rescate del valor del ser por sobre el hacer y por el otro lado, potenciar el sentido de la vida.

La intervención desde la logoterapia, es importante, sobre todo, si la actitud del paciente está teñida por un fatalismo determinista. El terapeuta guiará a la persona a descubrir que aún se encuentra en libertad para poder elegir su actitud, frente a la situación que vive. De lograrlo, mejorará su calidad de vida, objetivo enfatizado por la logoterapia (Acevedo, 1999)

En el artículo de Bolaños (2012) sobre tuberculosis, se hace referencia a que la logoterapia busca la superación de manifestaciones como la tristeza, la depresión, la ansiedad del paciente. Paralelamente al tratamiento del enfermo, el logoterapeuta ayuda a la familia al proceso de aceptación para llevar con paciencia todo el proceso de hospitalización. Se hace referencia a esta enfermedad, ya que, por ser crónica, a menudo comparte la avatares de un cuidado paliativo.

Finalmente, no se puede dejar de mencionar la intervención del logoterapeuta en el cuidado paliativo, desde la perspectiva, anteriormente comentada, de la cura médica de almas. La cura médica de almas, tiene como objetivo, guiar y acompañar al paciente hasta la vivencia de la responsabilidad, para que llegue a ser consciente del “para qué” y “por qué” sobre el sentido de su vida. La cura médica de almas también puede acompañar a los amigos del paciente, que no saben a veces como tratarlo, y de esta forma se los ayuda a comprender que lo que espera el enfermo, es solo su presencia, como realización del valor de la experiencia. Una intervención de éste tipo, se hace necesaria frente a los casos donde la persona tiene tareas pendientes por hacer, hay una necesidad imperiosa de querer realizarlos y a la vez la imposibilidad de hacerlo. En este caso hay que acompañar hasta llegar a la aceptación del límite y a renunciar a lo que no se vaya a lograr realizar. El trabajo también pasa por acompañarlo a descubrir sus vivencias cumplidas y comprender la imprevisibilidad de la vida (Díaz del Castillo, 2018).

### 3.4.3 Abordaje logoterapéutico del cuidador primario.

Antes de entrar de lleno a las intervenciones que, desde la logoterapia, se hagan al cuidador primario, se mencionan aspectos fundamentales de éste, pero, a diferencia de lo ya expresado, aquí se hace a la luz de la logoterapia.

Cuidar y ser cuidado, plantea Ruiz Gros (2015) son tareas que exigen paciencia, humildad y tiempo. Se puede decir que en estos tiempos la humanidad se encuentra frente a un nuevo paradigma del cuidado. Anteriormente, el cuidador era tan superior y omnipotente que no necesitaba cuidado, ahora en cambio, cuidador y cuidado se encuentran en el mismo plano. Cuidarse, es mirarse, respetarse y reconocerse como limitado (Armella de Carral, 2015). Es que, desde la perspectiva de la bioética, la tríada trágica, se aplica a las tres posiciones fenomenológicas que intervienen en el entorno del cuidado paliativo, a saber, el enfermo, la familia e incluso el equipo asistencial (Lehmann, 2010). A partir de aquí, realizando una tarea que no se centre en uno mismo, como lo es el cuidado, se puede hallar el sentido de la vida mediante la autotranscendencia. Según Díaz del Castillo (2017) una de las características del Dasein es el *sorge*, el cuidado; es el cuidado que se ejerce como un modo de ser-en-el-mundo.

El cuidador es coprotagonista en el escenario del cuidado. Acompaña efectiva y afectivamente al enfermo y en este rol responsable es cuando se le presenta la oportunidad para intentar ser mejor persona, descubriendo y aceptando las virtudes y habilidades que se tiene, para dar a la persona enferma una mejor calidad de vida como respuesta a lo que la vida le plantea (Elizalde Toledo, 2017). Ser coprotagonista implica además, la contemplación y reflexión profunda sobre la propia muerte.

Anteriormente se ha dicho que el acompañamiento puede ser vivido como un privilegio, y si lo es, es porque de alguna forma, como afirma Rimponché en Mate et al (2008) se llega a una comprensión profunda del sentido de la vida, al acompañar a una persona en sus últimos momentos de la vida. Dicha comprensión de la vida, hace necesario el propio cuidado para, como afirma Mahoney en Díaz del Castillo (2017) disfrutar la vida personal más allá de la tarea del cuidado. La profesión de ayudar se convierte de este modo en un camino de crecimiento constante. La persona puede realizar su proyecto existencial donde puede realizar sus valores como ser-en-el-mundo, cuidando. Claro está, desde la visión de la logoterapia, que lo importante no es

la profesión del cuidado que se ejerce, sino el modo, como respuesta personal y específica ante lo que nos plantea la vida. Según Etchebehere (2016) el cuidado es la mirada dirigida hacia el otro, no hacia sí mismo. No se funda en el saber ni en el hacer, sino en el tender la mano para pedir y para dar, gesto propio de la esencia del cuidado.

Es importante mencionar que el terapeuta, no escapa a ésta mirada del cuidado y el autocuidado que se mencionó para el cuidador primario. El cuidado de sí del terapeuta, está en íntima relación con el objetivo de acompañar al paciente (Díaz del Castillo, 2017).

En el artículo de Sánchez Castillo et al (2015) se afirma que la logoterapia, frente al duelo en el cuidador primario, es una terapia alternativa efectiva para el afrontamiento. Cuando se habla de duelo, no se refiere solo a la muerte del familiar enfermo, sino que están involucrados los distintos tipos de muertes que anteriormente se han mencionado. Frente a la falta de control en estas situaciones problemáticas que se generan a partir del familiar enfermo, el cuidador es cuando debe utilizar y poner en práctica, las estrategias de afrontamiento adaptativa. Estas estrategias son procesos cognitivos, emocionales y conductuales que le sirven al cuidador para manejar la situación. Lo que se logra es una vivencia de serenidad y paz interior (López y Rodríguez, 2007).

Se llega a ser cuidador por elección o por obligación, pero en ambos casos esto conlleva un gran desgaste personal. Se ha verificado que quienes han decidido cuidar, tienen una actitud más positiva a la hora de enfrentarse tanto a las tareas como a la relación con la persona enferma. Según Elizalde Toledo (2017) una de las aspiraciones del ser humano es la de ayudar al otro, esto constituye una motivación y comentando a Frankl, la autora sostiene que una motivación siempre es por alguien o por algo, siempre es por algo trascendente. De aquí que la logoterapia, cuya visión antropológica es la del hombre como un ser esencialmente trascendente, sea un modo de abordaje y acompañamiento indicado para el cuidador primario

El desgaste mencionado anteriormente sufrido por el cuidador, tiene entre otras consecuencias, el estrés que genera la situación de cuidado. La búsqueda de sentido, señala López y Rodríguez (2007), puede ayudar a soportar mejor dicha

situación, disminuye el estrés y los efectos negativos sobre la salud física y/o psíquica del cuidador. Las investigaciones parecen indicar al sentido, como una variable que influye en la situación de cuidado. La logoterapia ayuda al cuidador a descubrir que la vida en estas circunstancias lo cuestiona y por ende debe dar una respuesta. Una forma de respuesta es desde los valores. Desde los valores de creación, cuidando de forma responsable y cuidadosa, desde los valores de experiencia, estrechando el vínculo amoroso en la díada cuidado-cuidador, y desde los valores de actitud modificando lo modificable y aceptando lo irremediable. Para Elizalde Toledo (2017) esta forma de experiencia se hace más llevadera, más comprensible y amorosa.

En la misma línea, López y Rodríguez (2007) sostiene que el cuidador en su situación puede desarrollar los tres tipos de valores: Viviendo momentos positivos, intensos y agradables, disfrutando de la compañía mutua de una conversación profunda y de hablar de las cosas positivas vividas juntos; Desarrollando la tarea de cuidar, siendo útil a otro ser humano para que le sea más llevadera su vida; Encontrando el sentido a la vida atravesando la adversidad sin caer en la desesperación del sin-sentido.

Hay que dejar en claro que nadie puede encontrar el sentido de la vida por otra persona. Es por ello que el logoterapeuta, pueda y deba alentar, acompañar y orientar en la búsqueda de sentido (López y Rodríguez, 2007). Encontrar sentido a una situación de cuidado, ayuda a mejorar la adaptación al nuevo rol y a un mayor bienestar del cuidador que inevitablemente repercute en el bienestar del familiar enfermo. Encontrar el sentido a esta conmoción existencial implica encontrar la paz interior. (Berti y Schneider, 2003)

En la tarea del cuidado, se hace evidente la autotrascendencia y se da la posibilidad de encontrar un sentido. El cuidado de otro es una situación de evidente salida de sí mismo, para centrarse en un otro y el cuidado se convierte así, en una posible situación de realización personal. Paralelamente también puede darse la búsqueda de sentido último, encontrando en la misión del cuidar, una experiencia que le da plenitud a su existencia a través del sentido vivido desde la religiosidad.

Según Lehmann (2010) es fundamental trabajar con la familia para fomentar el autodistanciamiento y la autotrascendencia. El objetivo es que el sufrimiento se

transforme en valores de experiencia y actitud. Esto se hace al asumir la condición de su existencia como un camino posible para el crecimiento personal, que se descubre en el dar y en la entrega al servicio del enfermo. Dicho crecimiento, a menudo, debe ser orientado por un profesional, y el logoterapeuta, en esta situación se posiciona como candidato preferentemente, ya que, como dice Díaz del Castillo (2018) la logoterapia, por su mirada antropológica, ve en esta experiencia de proximidad de la muerte, un momento para aprovechar, para hacer conocer al enfermo, los sentidos vividos en su compañía.

## **4. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES.**

### 4.1. Discusión

Luego de haber hecho un recorrido, primeramente analizando las dos variables paciente terminal y logoterapia y posteriormente viendo sus puntos de enlace y encuentro, se puede ver con claridad, que al evaluar e interpretar los textos citados se implica que: la logoterapia tiene una visión antropológica holística e integral de acuerdo a la concepción propuesta por la OMS tanto sobre la persona como sobre la de los equipos de salud interdisciplinarios dedicados al cuidado en un entorno paliativo; también se implica que dentro del equipo interdisciplinario, si bien es obvia la participación del área de salud mental tanto desde la psiquiatría como la de la psicología, la logoterapia, juega un papel preponderante y particular en el acompañamiento al moribundo.

Como consecuencia del análisis de la bibliografía relevada, más allá de la ausencia de textos que no son de habla hispana, se puede informar y ver con claridad el estado actual de las investigaciones entorno a la logoterapia aplicada a personas en cuidados paliativos y a su cuidador primario.

Al comienzo del trabajo se propusieron una serie de preguntas de investigación. Dichas preguntas marcaron el camino del trabajo, para poder arribar a las conclusiones que se expondrán más adelante. Dos tipos de preguntas se formularon. Unas orientadas a definir conceptos como, fase terminal de una enfermedad, tratamiento paliativo, logoterapia. Al responder dichas preguntas se abrió un abanico de nuevos interrogantes donde fue necesario clarificar otros conceptos como: cuidado, cuidador primario, equipo multidisciplinar, visión antropológica, dimensión espiritual, calidad de vida, etc. El otro tipo de preguntas propuestos, estaban orientadas a responder la integración de las variables como: qué es lo que aporta la logoterapia al paciente terminal y su cuidador, que aporta dicho enfoque terapéutico al entorno paliativo.

Se partió de la hipótesis que la logoterapia podía intervenir en el cuidado paliativo, de una forma y aporte particular. Las referencias citadas, apoyan dicha

hipótesis, sosteniendo que el rol de la logoterapia, contribuye, desde su propuesta terapéutica, al acompañamiento del enfermo terminal.

Tratándose de un trabajo de revisión bibliográfica, contribuiría agregar al texto para mejorarlo, artículos que no pertenecen sólo al habla hispana. Se han hallado textos en idioma inglés y portugués muy ricos e interesantes, que no se han incorporado, sobre todo por la dificultad de lograr una buena traducción y por tal motivo no poder garantizar una aplicación correcta del mismo. Por ejemplo se vió importantísimo el texto de Periarde de Araujo Jonas, *Cuidados paliativos e sentido, os impactos da intervencao em cuidadores* - Revista Logos & Existencia, Revista da associacao Brasileira de Logoterapia e análise Existencial - 5 (1) 22-39 - 2016 y se lamentó muchísimo no poder incorporarlo al trabajo, al no hallarlo en castellano.

Sin lugar a dudas hay propuestas para futuras investigaciones. Durante el trabajo de integración, siempre se ha desarrollado el tema pensando, aunque no se mencionó explícitamente, que el paciente terminal es una persona adulta y sin ningún tipo de comorbilidad con otra patología o situación particular de vida. Como propuesta de nuevas investigaciones podrían ser, siempre teniendo en cuenta como una de las variables la logoterapia: Los niños y adolescentes como pacientes terminales; El moribundo sumergido en la pobreza y desprovisto de cuidados paliativos; La persona con discapacidad neuro-cognitiva y en situación terminal. En estos ejemplos mencionados, sería interesante poder investigar el rol de la logoterapia, cómo poder aplicarla, sus alcances, etc.

#### 4.2. Conclusiones.

El hilo conductor del presente trabajo consta de cuatro puntos ordenados de tal forma que le dan unicidad a la revisión bibliográfica y permiten llegar a una conclusión, como forma de respuesta planteada en el objetivo general. Dichos puntos concuerdan con los objetivos específicos planteados al comienzo del trabajo y que se desarrollaron en el capítulo tres. Antes de llegar a una conclusión general, se hará un breve recorrido por cada uno de estos puntos, viendo los hallazgos encontrados en cada uno y describiendo las conclusiones de cada objetivo específico.

El punto uno está dedicado al análisis del concepto de paciente terminal. En él: se define el término paciente terminal; se hizo hincapié en que todas las personas somos terminales; se menciona la sintomatología del enfermo, se distingue entre el término terminal en cuanto al tratamiento y terminal en cuanto a lo biológico, se aclara que existen varias enfermedades que por su evolución llevan a la persona a esta situación. Luego se describió el entorno del paciente terminal, su complejidad, la diferenciación entre muerte social, psicológica, fisiológica y biológica, el desarrollo de etapas o fases que vive la persona en el estadio terminal, la experiencia subjetiva y los cambios radicales que vive tanto el paciente como la familia. Se finaliza este primer punto con los derechos del paciente terminal.

Como conclusión de este primer punto se pudo observar la complejidad y el grado de dificultad que adquiere la vida de la persona en el cuidado paliativo. Dicha complejidad se refleja tanto en el paciente como en la familia. Esta situación genera una verdadera conmoción en todos los aspectos de la vida familiar. Hay padecimiento tanto en el moribundo como en el entorno familiar.

En el punto dos, dedicado a definir el concepto de cuidados paliativos, se ha llevado a cabo una breve aproximación al concepto, primero definiéndolo y luego considerando dos agentes que intervienen en él y que son indispensables para lograr que el cuidado, pueda brindar una calidad de vida lo mejor posible. Dichos agentes son el cuidador primario y el equipo de salud multidisciplinario. Ambos fueron definidos y se describió su entorno, para poder acercarse a conocer el entramado que supone el cuidado paliativo. Es fundamental destacar en el cuidador primario, que su tarea, no es inocua y ésta repercute intensamente en su vida de forma negativa a tal punto que si no es cuidado, puede acarrearle graves consecuencias en su vida. Como punto a destacar en el equipo multidisciplinario, es su complejidad de coordinación, la visión integral que debe tener y la integración de la espiritualidad como parte esencial del cuidado.

Se concluye a partir de lo hallado en los textos, que la persona tiene necesidades múltiples porque es un ser bio-psico-socio-espiritual. Por lo tanto, el paciente debe ser atendido desde todas las dimensiones, sin priorizar ninguna de ellas. De aquí se desprende que es necesario un equipo, cuyos integrantes, sean de distintas áreas y a la vez, conciban la multiplicidad del ser humano para lograr dicho

objetivo. En los textos utilizados para la revisión, queda expresado con claridad, que la dimensión espiritual no hace referencia a ninguna religión en particular. Religión y dimensión espiritual, no es lo mismo. Finalmente se puede concluir en este punto, que un rol importantísimo en el entorno paliativo, es el del cuidador primario y que por estar al servicio del enfermo de forma exclusiva, también es sujeto de cuidados. Cuidar al que cuida, es parte de los objetivos del equipo de cuidados paliativos.

En el punto tres, dedicado a describir la antropología Frankleana, se comienza primeramente con una descripción de los pensadores que influyeron en Viktor Frankl. Se vio la necesidad de incluir esta herencia recibida por el creador de la logoterapia, para contextualizar de manera correcta su pensamiento sobre la persona humana. La bibliografía consultada da cuenta que la logoterapia, no se entiende sin tener presente la visión de hombre. Esta perspectiva antropológica la hace diferenciar de otras psicoterapias y para el tema que nos convoca en esta revisión bibliográfica, resulta clave para la atención de pacientes en cuidados paliativos.

Como conclusión en este punto, se puede decir que en la antropología frankleana se considera como parte constitutiva del ser humano, la dimensión espiritual. Dicha dimensión es el tema central, punto de enlace para unir la logoterapia con la visión integral de la OMS, quien expresa la necesidad de la atención paliativa, tomando en cuenta dicha dimensión. Es más, para la antropología de Frankl, lo que hace ser humano, es la dimensión espiritual.

En el punto cuatro es donde comienzan a converger las líneas de los objetivos anteriores. Primeramente se realiza un breve recorrido exponiendo qué es la logoterapia para distintos autores. Luego se centra la atención en tres temas de la logoterapia que son recurrentes en los autores de los artículos utilizados para ésta revisión bibliográfica. Estos temas son, el cuidado, la esperanza y la relación terapeuta-paciente como encuentro. Se vió como inconveniente el tener que sintetizar el pensamiento de una escuela de psicoterapia. Evidentemente se tomaron solo los puntos de interés para lograr el objetivo del trabajo de integración. En un segundo y tercer paso se describe el modo de intervención de la logoterapia en el tratamiento de pacientes terminales y sus cuidadores.

Se concluye que la logoterapia tiene herramientas para intervenir en el cuidado paliativo, tanto para la atención al enfermo como para el cuidador primario y su familia. Dichas herramientas de intervención son técnicas propias como por ejemplo el diálogo socrático, la intención paradójica y la derreflexión. Para la logoterapia el propio terapeuta es una herramienta. Según las referencias consultadas para esta revisión, se puede comprobar la eficacia de la logoterapia. Dicha afirmación es sustentada por investigaciones que la confirman.

Como conclusión general y respondiendo al objetivo general del trabajo, se puede afirmar que la logoterapia tiene aportes específicos y particulares que ofrecer, tanto al enfermo terminal como a su cuidador primario. Se puede ver el aporte de la logoterapia en el cuidado paliativo en el área antropológica, el área técnica, el área humanista, en el área psicológica y en el área espiritual.

El aporte antropológico lo hace a través de su visión integradora y holística de la persona. Como se ha dicho anteriormente, es acorde a la visión de la OMS, donde se toma en cuenta la dimensión espiritual como parte esencial del ser humano. Es importante destacar que no todas las escuelas de psicoterapias reconocen esta dimensión. Es más algunas la niegan o al menos la desestiman.

El aporte técnico lo hace a través de la aplicación de tres técnicas que Viktor Frankl propone para lograr con los objetivos que se propone la Logoterapia, estas son la intención paradójica, la derreflexión y el diálogo socrático.

El aporte humanista lo hace a través de la concepción de la relación paciente-terapeuta. La relación es un encuentro y el terapeuta es en sí mismo una herramienta. Esta visión si bien no es exclusiva de la logoterapia, si la diferencia de otras que no comparten dicha relación en categorías de encuentro.

El aporte psicológico lo hace desde su modo particular y específico de psicoterapia. Siendo una psicoterapia específica en algunos casos y de complementación en otros, como se ha mencionado.

El aporte al área espiritual, trascendente, noético, lo hace a través del desarrollo de la idea del sentido como motor en la vida del hombre. Dicho sentido no se pierde nunca, incluso en los momentos más trágicos de la vida del hombre. Frente a

esta circunstancia, el hombre no se encuentra determinado y puede, mediante los valores de actitud, darle un sentido incluso al sufrimiento. Mediante la realización de los valores de actitud, tanto el paciente terminal como el cuidador primario, pueden mejorar su calidad de vida.

Como punto principal de limitación de la investigación, es la extensión máxima permitida para el tipo de trabajo de integración final. Aparejado a ello, hay que pensar que no se puede suponer que el lector conozca las dos variables, y al hacer una mínima introducción de ambas, se consumen recursos que de otro modo se utilizarían para profundizar en la relación de las variables.

Como nuevas perspectivas que abre la investigación podría ser trabajar con los equipos para seguir profundizando la idea de Viktor Frankl sobre la rehumanización de la medicina. Dicha perspectiva de trabajo, tendría un doble efecto, por un lado en el trato con el paciente, desde una perspectiva no Biologicista y mecanicista como la planteada por Gerónimo Acevedo (1999), y por otro lado como forma de integrar al equipo multidisciplinario, que muchas veces, según el mismo autor, parecen trabajar divorciados unos de otros.

En el presente trabajo, las preguntas de investigación se han respondido, pero no algunas que surgieron en la lectura de textos, como por ejemplo: Si hay un perfil de cuidador logoterapeuta, ¿tendríamos que trabajar para que el cuidador primario tenga el mismo perfil?. Si existe en algunos casos la situación del llamado, “pacto de silencio”, entendido éste como un acuerdo, implícito o explícito entre los familiares, allegados y profesionales sanitarios, de ocultar o distorsionar la información sobre su situación —diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico— al paciente para evitarle el sufrimiento de enfrentar el final de su vida (Ruiz y Coca, 2008). ¿la logoterapia que aporte ofrecería a dicha situación?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Acevedo, G. (1999). Relación entre calidad de vida, enfermar y la logoterapia. *Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*. (3), 7-35.
- Alvarado García, A. (2004). La ética del cuidado. *Revista Aquichan*, 4, (4), 30-39
- Albornoz, O. (2008). Cuidados paliativos: las personas en el proceso hacia su muerte ¿por qué, para qué y cómo investigar en esta especialidad?. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Albornoz, O. (2011). La muerte, la enfermedad y el sufrimiento en el trabajo cotidiano del psicólogo. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Albornoz, O. (2015). Calidad de vida y calidad de muerte en el contexto de cuidados paliativos. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Armella de Carral, L. (2015). El cuidado tarea de la logoterapia. Reflexión alrededor del VII congreso mexicano de logoterapia. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 4, 32-35.
- Astudillo, W. (2007). *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Bacca, D., Moyano, E., Quintero, D. & Soler, D. (2014). *Factores protectores presentes en el proceso de resiliencia de pacientes adultos en cuidados paliativos del Hospital Universitario San Ignacio*. Tesis de grado no publicada. Universidad Javeriana. Bogotá.

- Bail, V. (2016). *Cuidando a quienes cuidan. Guía práctica para familiares cuidadores de enfermos crónicos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Catálogos.
- Barrera Rodríguez, F. (2012). Investigación sobre la aplicación de la orientación filosófica en los cuidados de salud. Segunda parte. *HASER. Revista Internacional de Filosofía Aplicada*, 3, 13-42.
- Barrera Rodríguez, F. (2013). *Sentido existencial en Gabriel Marcel y Viktor Frankl como bases de la filosofía aplicada a personas y grupos. Orientación filosófica aplicada en la enfermedad y el sufrimiento del ser-encarnado*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Sevilla. Sevilla.
- Barreto, P. (1990) El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Revista Anales de Psicología*, 6, (2), 169-180.
- Barreto, P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de SIDA en situación terminal: Enfoque multidisciplinar. *Revista de psicología general y aplicada*, 47 (2), 201-208.
- Benito, E. (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *PSICOONCOLOGÍA*, 13, (2-3), 367-384.
- Berti, G., Schneider, A. (2003). Cuando un hijo muere. Logoterapia y ayuda mutua. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 10.
- Bolaños, L. (2012). *Logoterapia en pacientes con tuberculosis. Estudio realizado con pacientes con tuberculosis del hospital Rodolfo Robles*. Tesis de grado no publicada, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.
- Buitrago Cadavid, P. (2014). *La Logoterapia, práctica humanista existencial, el el acompañamiento al paciente con enfermedad terminal*. Tesis de maestría no publicada, Corporación Universitaria Minuto de Dios. Antioquia. Colombia.
- Bulla Asqui, T. (2015). *Logoterapia en la depresión en el paciente oncológico que recibe quimioterapia en Solca Riobamba, período Enero – Junio 2015*. Tesina de grado no publicada, Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba.

- Copello, L. (2014). *Descubrimiento del sentido de la vida en personas privadas de libertad*. Tesis doctoral no publicada, Universidad del Salvador. Buenos Aires.
- Díaz del Castillo, J. (2017). El cuidado de sí, del que cuida. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 8, 5-12.
- Díaz del Castillo, J. (2018). El acompañamiento a morir desde la cura médica de almas. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 9, 5-13.
- Escalante, G., & Escalante, K. (1999). Enfermedad terminal y psicología de la salud. *Revista Medula*, 8, (1-4), 41-48.
- Elizalde Toledo, R. (2017). El cuidador primario. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 7, 22-27.
- Esquivel Navarrete, C. (2014). *Un encuentro entre la logoterapia y la tanatología*. Tesina de diplomatura no publicada, Asociación Mexicana de Tanatología. México.
- Etchebehere, P. (2016). El cuidado. Una lectura desde el homo patiens. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 5, 14-17.
- Fizzotti, E. (2014). En las raíces de la logoterapia las raíces de la esperanza. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 2, 20-30.
- Frankl, V. E. (1990). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1994). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1994). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frausto, L. (2014) Manual de Tanatología: intervención psicológica para pacientes con discapacidad crónico degenerativa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17, (2), 552-567.

- García Alandete, J., Gallego Pérez, J. & Pérez Delgado, E. (2008). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Revista Universitas Psychological*, 8, (2), 447-454.
- García Pintos, C. (2003). *Cita a ciegas. Sobre la imprevisibilidad de la vida. Reflexiones a partir de la obra Sincronización en Birkenwald, de Viktor Emil Frankl*. Buenos Aires: San Pablo.
- García Pintos, C. (2007). *Frankl por definición: Consultor temático de logoterapia y análisis existencial*. Buenos Aires: San Pablo.
- González de Morales, S. (2012) De los cuidados paliativos a una muerte digna. Tesina de diplomatura no publicada, Asociación Mexicana de Tanatología. México.
- Guerrero Torrelles, M. (2014). *El sentido de la vida y el deseo de adelantar la muerte en pacientes con procesos avanzados de enfermedad*. Trabajo fin de máster, Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona
- Jacob, G. (2014). *Manual cuidados paliativos para la atención primaria salud*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.
- Kroeff, P. (1998). Consideraciones sobre el valor de actitud en logoterapia. *NOUS, Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 2, 39-45.
- Kübler Ross, E. (1994). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Länge, A. (2008). *Vivir con sentido. Aplicación práctica de la logoterapia*. Buenos Aires: Lumen.
- Lehmann Oliveros, O. (2014). *Acompañar la finitud. Optimismo, sentido y trascendencia ante la incertidumbre del dolor, el sufrimiento y la muerte*. Buenos Aires: San Pablo.
- Lehmann Oliveros, O. (2010). De la logoterapia a la bioética: herramientas para el abordaje psicológico. *Revista Redbioética UNESCO*, 1, (2), 37-49

- León Portilla, A. (2015). Congreso Logoterapia. El cuidado: tarea de la logoterapia. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 4, 36-47.
- López, J., Rodríguez, M. (2007). La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. *PSICOONCOLOGÍA*, 4, (1), 111-120.
- Marín, J., García, F. & Salinas, A. (2014). *Cuidados paliativos en el paciente geriátrico*. Málaga: Sociedad Andaluza de Geriátrica y gerontología.
- Maté, J., et al (2008). ¿A que se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz?. *PSICOONCOLOGÍA*, 5, (2-3), 303-321.
- Meneses Sánchez, X. (2015). El acompañamiento del paciente oncológico desde la dimensión espiritual que ofrece la logoterapia. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 3, 37-45.
- Milano, J.J., Bergoc R. M. (2017). *Enfoque integral en el tratamiento de pacientes oncológicos*. Buenos Aires: Lumen.
- Milano, J.J., (2009). *Inmunología espiritual. Salud espiritual y salud integral del hombre*. Buenos Aires: Didajé.
- Miramontes, F. (2014). La teoría del sentido del sufrimiento. Fundamentación filosófica de una terapéutica. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 2, 31-37.
- Monchola, C. (2016). Cuidados paliativos, espiritualidad y bioética narrativa en una unidad de salud especializada. *Revista Bioética* 24, (1), 165-175.
- Montaña, M. et al (2014) Resumen de las comunicaciones. *VI Congreso de la Sociedad Española de Psicooncología. En búsqueda del sentido*. Málaga, España.
- Moro Yerpés, M. C., Lerena Tejón, I. (2011). El Trabajador Social como agente de cambio en cuidados paliativos. *Revista de trabajo y acción social*, 49, 270-276.
- Obejas, P. (2011). *Psicoanálisis y Logoterapia en el tratamiento de las neurosis de transferencia*. Buenos Aires: San Pablo.

- Paz, H. (2015), El aporte de la logoterapia al tratamiento de personas con psicosis. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Pérez Soto, E., Guberman, M. (2005). *Diccionario de logoterapia*. Buenos Aires: Lumen Hvmanitas.
- Ramírez, B. (2016). Logoterapia y tanatología. Tejiendo una gran red para la creación del hospice vida, esperanza y amor. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 5, 64-90.
- Restrepo Toro, A. (2001). Cura médica de almas. *Revista Psicología desde el Caribe*, 7, 109-117
- Rodríguez, Y., Gómez, J. (2012). Logoterapia: Alternativa terapéutica para potenciar el sentido de la vida en pacientes con cáncer en estadio terminal. *Revista Santiago de Cuba*, 130, 159-176.
- Rosa de la, M. (2014). También tu sufrimiento tiene sentido, de Elisabeth Lukas. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 2, 55-60.
- Rotbard, S. (2014). la pregunta por el sentido de la vida. *El Búho, Revista Electrónica de la Asociación Andaluza de Filosofía*, 12, 93-103.
- Rovaletti, M. (2007). Hacia una experiencia primaria de la alteridad: el otro en las situaciones límites. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ruiz, M. & Coca, M. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *PSICOONCOLOGÍA*, 5, (1), 53-69.
- Ruiz Gross, S. (2013). *Vulnerabilidad y transmisión del sentido en la bioética del cuidado: aportaciones de Gabriel Marcel, Viktor Frankl y Elisabeth Kubler-Ross*. Tesis doctoral, Universitat de Valencia. Valencia.

- Ruiz Gross, S. (2015). Ética del cuidado y del sentido. La propuesta de Gabriel Marcel, Viktor Frankl y Kubler-Ross. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 3, 8-13.
- Salas Gutierrez, V. (2015). Propuesta de intervención desde la logoterapia en pacientes con cáncer. Visión desde una paciente y una logoterapeuta. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 4, 65-72.
- Sanchez Castillo, T., Amador Velazquez, R. & Rodríguez García, C. (2015). *Afrontamiento y logoterapia en pacientes terminales y cuidadores primarios. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 6, 1, 25-39.
- Sánchez, T., Amador V., R., & Rodríguez, C. (2015). Afrontamiento y Logoterapia en Pacientes Terminales y Cuidadores Primarios. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 6, (1) 25-39.
- Saunders, C. (2011). *Velad conmigo, Inspiración para una vida en Cuidados Paliativos*. Houston: IAHPC Press.
- Seidmann S., Stefani D., Pano C., Acrich L., Bail, V. (2004). Sentimiento de sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de psicología de la PUCP*, 22 (1) 46-62.
- Sellés Dauder, J. (2016). El problema del comienzo del ser personal en la antropología de V. E. Frankl. *Cuadernos de Bioética XXVII*, 2, 2007-221.
- Tripodoro, V., Veloso, V., Lanos, V., Nastasi, R. (2015). Evaluación de la sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos con la escala de Zarit en el instituto Lanari. *XI Jornadas de Sociología*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Weiner, R. (2008). Hacia una Antropología del morir-entre-nosotros o cómo entender el afecto en el final de la vida en niñ@s. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

World Health Organization (WHO). (2007). *Palliative care, cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes*. Gineva.

World Health Organization (WHO). (2002). *National cancer control programmes, policies and managerial guidelines*. Gineva.

Yailén, R. & Gómez, J. (2013). Logoterapia: alternativa terapéutica para potenciar el sentido de la vida en pacientes con cáncer en estadio terminal. *Revista Santiago* 130, (1), 159-176.

Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.