

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Logoterapia en pacientes adultos con diagnóstico de Esclerosis Múltiple
y su ansiedad ante la muerte**
(Artículo Especializado)

Gladis Marina Callejas Rivera

Guatemala, enero 2019

**Logoterapia en pacientes adultos con diagnóstico de Esclerosis Múltiple
y su ansiedad ante la muerte**
(Artículo Especializado)

Gladis Marina Callejas Rivera

Licda. Eugenia de García, Asesor
M.A. Eymi Castro de Marroquin, Revisor

Guatemala, enero 2019

Autoridades Universidad Panamericana

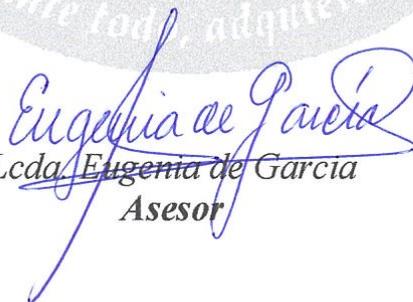
Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

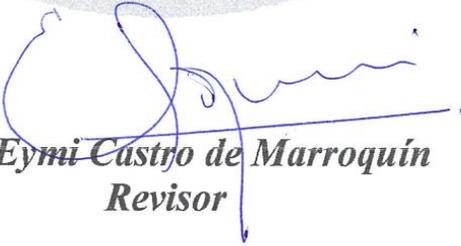
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala Octubre 2018.-----

*En virtud de que el informe final de Artículo Científico con el tema: **Logoterapia en pacientes adultos con diagnóstico de Esclerosis Múltiple y su ansiedad ante la muerte**". Presentada por el (la) estudiante: **Gladis Marina Callejas Rivera**, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Lcda. Eugenia de Garcia
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes octubre de 2018. -----

*En virtud de que el Informe Final del Artículo Científico con el tema: “Logoterapia en pacientes adultos con diagnóstico de Esclerosis Múltiple y su ansiedad ante la muerte”. Presentada por el (la) estudiante: **Gladis Marina Callejas Rivera**, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisor



UPANA
Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de enero del 2019. -----

*En virtud de que el Informe Final de Artículo Científico con el tema "**Logoterapia en pacientes adultos con diagnóstico de Esclerosis Múltiple y su ansiedad ante la muerte**", presentado por el (la) estudiante: **Gladis Marina Callejas Rivera**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.*

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Esclerosis Múltiple	1
1.1 Definición	1
1.2 Antecedentes	2
1.3 Causa	4
1.4 Síntomas	5
1.5 Tipos de Esclerosis Múltiple	7
1.5.1 E.M. recurrente-remitente	8
1.5.2 E.M. progresiva primaria	8
1.5.3 E.M. progresiva secundaria	8
1.5.4 E.M. progresiva recurrente	8
1.6 Diagnóstico	9
1.7 Tratamiento	10
1.7.1 Tratamiento de brotes	11
1.7.2 Tratamiento de síntomas	11
1.7.3 Tratamiento de modificadores de la enfermedad	11
1.8 Pronostico	13
1.9 Rehabilitación	13
1.10 Embarazo y Esclerosis Múltiple	15
Ansiedad	17
2.1 Definición	17
2.2 Antecedentes	18
2.3 Causas	20
2.4 Síntomas	21
2.5 Tipos de ansiedad	23
2.5.1 Trastorno de ansiedad por separación	24
2.5.2 Mutismo selectivo	24

2.5.3	Fobia específica	24
2.5.4	Trastorno de ansiedad social	25
2.5.5	Trastorno de pánico	25
2.5.6	Agorafobia	26
2.5.7	Trastorno de ansiedad generalizada	26
2.5.8	Trastorno de ansiedad por sustancias/medicamentos	27
2.5.9	Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	27
2.5.10	Otro trastorno de ansiedad especificado	27
2.5.11	Otro trastorno de ansiedad no especificado	28
2.6	Instrumentos para medir la ansiedad	28
2.6.1	Inventario de Beck	28
2.6.2	Escala de ansiedad de Hamilton	29
Muerte		30
3.1	Definición	30
3.2	Antecedentes	31
3.3	Actitudes frente a la muerte	31
3.4	Ansiedad ante la muerte	33
3.5	Síntomas de ansiedad ante la muerte	35
3.6	Tipos de muerte	36
3.7	La Esclerosis Múltiple y la muerte	36
3.8.	Etapas al ser diagnosticado con Esclerosis Múltiple	37
3.8.1	Negociación	37
3.8.2	Ira	37
3.8.3	Pacto	38
3.8.4	Depresión	38
3.8.5	Aceptación	39
3.9	Instrumentos para medir la ansiedad ante la muerte	40
3.9.1	Escala de ansiedad ante la muerte de D. Templer	40
3.9.2	Escala de ansiedad revisada ante la muerte de Thorson y Powella	40
3.9.3	Escala de afrontamiento ante la muerte de Bugen	40

Logoterapia	41
4.1 Definición	42
4.2 Antecedentes	43
4.3 Trasfondo y evolución	44
4.4 Los principios de la Logoterapia	47
4.5 Instrumentos de logoterapia para medir el vacío existencial	49
4.6 Técnicas Clásicas	52
4.6.1 La intención paradójica	52
4.6.2 Derreflexión	53
4.6.3 Cambio de actitud	54
4.6.4 Dialogo socrático	55
4.6.5 Confrontación	55
4.7 Técnicas Innovadoras	56
4.7.1 Escritura y sentido de vida	56
4.7.2. Biblioterapia	56
4.7.3 Filmoterapia	57
4.8 Encuadre Logoterapéutico	57
4.8.1 Dialogo por áreas	57
4.8.2 Dialogo por ejes	58
4.8.2.1 Parámetro cualitativo	58
4.9 Rol Logoterapéutico	59
4.10 Aplicación en Guatemala de Técnicas	61
4.10.1 Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple (ASOGEM)	61
4.10.2 Instituto Guatemalteco de Seguro Social (I.G.S.S.)	64
4.10.3 Clínicas Privadas de Psicología	65
Conclusiones	66
Referencias	67

Resumen

En la siguiente investigación se presenta el tema de la aplicación de Logoterapia en pacientes adultos con diagnóstico de Esclerosis Múltiple como psicoterapia, la cual beneficia para poder enfrentar y mejorar la ansiedad ante la muerte, y mejorar su calidad de vida.

Se inicia describiendo la Esclerosis Múltiple que es una enfermedad crónica que hasta el momento no se ha encontrado cura, que causa ansiedad por la incertidumbre que se vive día a día, siendo una enfermedad compleja no sólo en su clínica, etiología, fisiopatología y tratamiento, sino también en lo que respecta a su historia.

Igualmente se detalla la Ansiedad, que afecta a la mayoría de pacientes que son diagnosticados con Esclerosis Múltiple, ya que sufren un futuro incierto, la ansiedad es un factor determinante que abarca la Logoterapia con técnicas apropiadas para reducirla ya que afecta tanto físicamente como emocionalmente a la persona diagnosticada con dicha enfermedad.

Abordar la Muerte, será importante ya que una gran parte de pacientes con Esclerosis Múltiple la afrontan pues muchos desconocen su evolución y lo primero que piensan es lo peor, sobretodo la persona que se encuentra con el tipo de Esclerosis Múltiple Progresiva recurrente ya que sus facultades motoras o sensitivas se van atrofiando aceleradamente, por lo que se considera la opción de buscar un psicoterapeuta.

La Logoterapia es una de las opciones para recibir la ayuda adecuada para personas con Esclerosis Múltiple ya que se fundamenta en encontrarle sentido a la vida y al sufrimiento. Dicha búsqueda está condicionada a la responsabilidad con que se despliegan los actos y la actitud que se tome de cada uno de ellos, y para ello se ve que son efectivos los instrumentos y Técnicas utilizadas en Logoterapia y su aplicación en Guatemala.

Palabras clave: Logoterapia, Diagnostico, Esclerosis Múltiple, Ansiedad, Muerte

Introducción

El propósito de esta investigación se basó en la Logoterapia como una de las psicoterapias para la persona que es diagnosticada con Esclerosis Múltiple con ansiedad ante la muerte, quien a veces desconoce la dinámica, evolución y secuelas de la enfermedad, al igual que muchos profesionales de la salud, se trata sobre la necesidad y urgencia de valorar y atender todas las dimensiones humanas (corporales, emocionales, relacionales, y existenciales) como condición en la procuración del bienestar integral de la persona por lo que es necesario que se lleve una adecuada psicoterapia para mejorar la calidad de vida y aceptación de dicha enfermedad, por consiguiente se ve cómo afecta la ansiedad ante la incertidumbre que se vive día a día.

Siendo la ansiedad uno de los síntomas que afecta a la persona enferma, puede provocar alteraciones fisiológicas, biológicas, psicológicas, psicosomáticas, psiquiátricas, sociales etc., que deterioran la calidad de vida de la persona, por ende, causa disminución o pérdida de sentido de la vida y consecuentemente acelera la muerte en ellos; el propósito del logoterapeuta es darle apoyo para encontrar un sentido al sufrimiento por el que está pasando y así manejar con el menor grado posible la ansiedad ante la muerte.

Debido a los estados de ánimo desagradables, que puede ocasionar la ansiedad, el paciente puede llegar incluso pensar en la muerte como una liberación de los mismos, siendo algo delicado y complejo, y a la vez absolutamente simple ya que es el final inevitable de la vida. Depende de la madurez, reflexiones y valores de cada persona. La muerte es vivida en diferentes etapas de la vida; se puede ayudar logoterapéuticamente, desde la naturaleza humana a la persona que cursan con ansiedad ante la muerte, a mejorar la calidad de vida hacia una expresión enriquecedora ante la muerte y el dolor.

Por lo anterior se ahonda sobre la Logoterapia como una alternativa para mejorar la calidad de vida de la persona que padece de Esclerosis Múltiple. En Guatemala, la Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple por medio de la Clínica de Psicología utiliza las técnicas de logoterapia las cuales han sido beneficiosas para las personas que padecen la enfermedad.

Esclerosis Múltiple

1.1 Definición de Esclerosis Múltiple

Según Diccionario de la Real Academia Española (2014), en griego endurecimiento, embotamiento o rigidez de una facultad anímica. En medicina endurecimiento patológico de un órgano o tejido, enfermedad crónica producida por la degeneración de las vainas de mielina de las fibras nerviosas, que ocasiona trastornos sensoriales y del control muscular.

Para Fernández, O, Fernández, V, Guerrero, M. (2012), la Esclerosis Múltiple, es una enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central que lleva a la destrucción de la vaina de la mielina dañando así al cerebro y a la medula espinal que es un cordón de fibras nerviosas que lleva la información desde el cerebro hasta los nervios de las extremidades y los órganos, dañando de esta manera los nervios ópticos, el tronco cerebral, el cerebro es decir la sustancia blanca del cerebro y al mismo tiempo la medula espinal, por lo que también se dice que es una enfermedad desmielinizante.

En la Esclerosis Múltiple, la pérdida de la capa grasa que, normalmente, envuelve los nervios (desmielinización) se sigue de una alteración en la capacidad de los nervios para trasladar impulsos eléctricos desde y hacia el cerebro lo que hace que se produzcan los diversos síntomas, razón por la cual se le dice Múltiple. Dependiendo del grado de la lesión, la falta de comunicación entre las neuronas puede ser temporal, progresiva o definitiva, sucediendo durante un tiempo para luego recuperarse, o permanente, las zonas donde se pierde mielina aparecen cicatrices, las cuales surgen en diferentes momentos y en diferentes áreas del cerebro y la médula espinal.

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmune, donde el cuerpo se ataca sí mismo, produciendo lesiones o placas, por lo que no se elimina que puede ser un virus, una predisposición genética o el medio ambiente.

Refieren Fernández, O, Fernández, V, Guerrero, M. (2012), que la Esclerosis Múltiple es una enfermedad crónica que afecta más a las mujeres que a los hombres entre los 15 y los 60 años, pero es más común que empiece entre los 30 y los 40 años, ocurre con más frecuencia en las personas de raza blanca del norte de Europa y Australia, como a personas que viven en lugares alejados del trópico como Canadá, de igual manera se presentan casos en América Central y América del Sur.

Actualmente no existe un tratamiento curativo para la Esclerosis Múltiple, aunque sí existen fármacos que pueden variar el curso de la enfermedad, reduciendo el número de brotes y reduciendo la progresión de la discapacidad. También se cuenta con una gran variedad de tratamientos para paliar muchos de los síntomas que afectan la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

1.2 Antecedentes

Oehninger Gatti, C., et al. (2004), exponen que los datos más antiguos provenían de las iglesias donde dice que las personas adultas y los jóvenes son los más damnificados por la sintomatología neurológica de la Esclerosis Múltiple, la cual es de forma periódica y transitoria acompañado de pérdida funcional, lo cuales son interpretados como una maldición, siendo así que en el último siglo se conoció con distintos nombres.

Fernández, O, Fernández, V, Guerrero, M. (2012), describen que hace 150 años, en el 1868 se conocía con el nombre de esclerosis en placas. Desde entonces han tenido lugar avances muy importantes en todos los aspectos de la misma.

Siendo así que los primeros retratos fueron hechos por Cruveilhier (1835) y Carswell (1838), pero fue J. M. Charcot, un médico muy famoso de París, conocido como el padre de la neurología quien, en el año 1868, ofreció la primera nota detallada de los aspectos clínicos y evolutivos de la enfermedad, los cuales fueron obtenidos de una información clínica y de la autopsia donde pudo observar que el cerebro tenía placas acuñando así el concepto de Esclerosis Múltiple, nombre con

el que aún se conoce esta enfermedad en la literatura francesa y que hace referencia a las placas o lesiones que produce la enfermedad en el cerebro y la médula espinal.

Fernández, O, Fernández, V, Guerrero, M. (2012), explican que en la literatura francesa se conoce esta enfermedad como esclerosis en placas y refiere a las lesiones en el cerebro y la médula, en las que el tejido nervioso está endurecido. Los autores ingleses la llaman esclerosis diseminada, es decir las lesiones en el sistema nervioso central y, más adelante, los autores norteamericanos la llaman esclerosis múltiple, siendo este el último el más utilizado en la literatura actual, dado que manifiesta, por una parte, a la presencia de lesiones múltiples en el sistema nervioso central y, por otra, a la duración habitual de episodios múltiples de disfunción neurológica.

Después de varias investigaciones y estudios sobre la Esclerosis Múltiple, se ha mostrado que es una enfermedad neurológica crónica más frecuente en adultos jóvenes en Europa y Norteamérica y que afecta diferentes tipos de personas independientemente de raza o color, clase social, sobresale más en mujeres, hay factores genéticos y ambientales que pueden ser la causa de la misma.

La Esclerosis Múltiple es una de las enfermedades más comunes del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), al momento de fundarse ASOGEM en Guatemala 1998 había aproximadamente 15 pacientes, actualmente hay 307 pacientes asociados, pero reconoce que por lo menos debe haber 800 pacientes diagnosticados en el país, la prevalencia es de 3 a 1 (por cada 3 mujeres hay 1 hombre) aunque los últimos estudios revelan que ya está casi 2 a 1. Con las edades es muy difícil pues en la hoja de inscripción se completa fecha de nacimiento, pero no se sabe la edad actual, con respecto a niños en la ASOGEM, hasta la fecha no hay registro.

Se calcula que en Guatemala en el Instituto Guatemalteco de Seguro Social según neurólogo Alejandro Díaz (2018, 19 de febrero) actualmente hay 150 pacientes aproximadamente siendo la mayoría mujeres, en el Hospital General San Juan de Dios según la Clínica de Neurología (2018, 19 de febrero) hay 12 pacientes de los cuales todos son de género femenino entre 18 y 59 años de

edad, según el Ministerio de Salud Pública y asistencia social al 2013 en los hospitales de la red pública había 263 pacientes. Dicha Enfermedad la tienen clasificada como catastrófica (CIE-10 G35). Según Boroch, Ann (2008), en España existen 47.000 personas afectadas de esclerosis múltiple, 600,000 en Europa y más de 2.000.000 en el mundo. En Guatemala, hay cifras que indican que de cada 100,000 habitantes 4 personas padecen esclerosis múltiple. Por lo regular adultos jóvenes. El 30 de mayo se conmemora el Día Mundial de la Esclerosis Múltiple para concientizar a la población sobre este padecimiento.

1.3 Causas

Según Fernández, O, Fernández, V, Guerrero, M. (2012), la suposición más aceptada es que la esclerosis múltiple es fruto de la predisposición genética y un factor ambiental desconocido, como un virus causando inflamación lo que se conoce como lesión o placa. Hasta la fecha se desconoce la causa de dicha enfermedad, lo que sí se puede decir que altera la función del sistema inmunitario, el cual defiende al cuerpo de bacterias y virus. Siendo así que el organismo ataca sin advertencia sus propias células y tejidos que, en el caso de esta enfermedad es la mielina.

Según Borás, I (2007), comenta que, aunque se desconoce la causa existen los factores genéticos y ambientales que pueden desencadenar la enfermedad:

- Factores genéticos: Se han hecho estudios sobre los gemelos que proceden del mismo cigoto, así se forman dos bebés con el mismo ADN, con esta condición tienen el riesgo de padecer Esclerosis Múltiple, mientras que los mellizos tienen menos probabilidades. Sí uno de los padres tiene Esclerosis Múltiple no necesariamente los hijos pueden padecer la enfermedad.
- Factores ambientales: Los virus son los más latentes para la Esclerosis Múltiple como factores determinantes en la enfermedad.

Según Fernández, O, Fernández, V, Guerrero, M. (2012), refieren que la Esclerosis Múltiple se conoce como recurrente remitente es decir que existen periodos de:

- **Recaídas:** Ataques en los que aparecen síntomas nuevos o empeoran los antiguos, es decir se presenta una inflamación en alguna parte en el Sistema Nervioso Central.
- **Remisión:** Donde la mejoría de los síntomas es parcial o total, no avanzan las dificultades producidas por la enfermedad, por lo mismo los daños anteriores tampoco se pueden modificar, es decir el paciente se mantiene estable de la forma que empezó la enfermedad. En este caso la inflamación puede ser transitoria.
- **Progresión en el tiempo:** Algunos pacientes no presentan ninguna recaída, pero los síntomas se van agravando lentamente, es decir pasan de recaídas a remisiones pasando así al tipo de Esclerosis secundaria progresiva.

1.4 Síntomas

Conforme va avanzando la enfermedad suelen aparecer una sintomatología muy extensa afectando la mayor parte a los nervios motores, sensoriales como los del cerebelo, tronco encefálico, esfínteres, visuales, mentales, afectando más a las motoras, después las sensoriales y cerebro, afectando por último las del tronco encefálico que afectan los esfínteres, visión y mente.

Los síntomas que aparecen con esta enfermedad van a depender del tamaño y el lugar de los nervios que son afectados por la inflamación, ya que se corta la información que llevan los nervios sanos, los síntomas son diferentes en todas las personas y afectan de diferente manera, siendo así que en algunos pueden durar días, semanas, meses o persistir toda la existencia; todo va a depender del área que fue afectada.

Según Fernández, O, Fernández, V, Guerrero, M. (2012), Un número reducido de pacientes presentan inicialmente un curso progresivo, para posteriormente aparecer exacerbaciones ocasionales. Algunos pacientes pueden desarrollar una forma transitoria que presenta un solo

brote y al cabo de muchos años, se presenta de una forma con curso progresivo, los síntomas iniciales más frecuentes son:

- Alteración de la sensibilidad: dolores en la cara y diferentes miembros del cuerpo.
- Alteración en tacto: Sensación térmica y dolorosa, sensibilidad a olores.
- Alteraciones de fuerza: Musculares como entumecimiento, temblores, debilidad en uno o ambos brazos dificultades para andar, pérdida del equilibrio (parestesia) o sensación anormal en cualquier área, problemas para mover los brazos y las piernas, fatiga al hacer cualquier esfuerzo.
- Alteraciones oculares: Visión doble como molestias en los ojos o pérdidas de visión, daño del nervio óptico, en ocasiones se presenta el glaucoma que con el tiempo desaparece.
- Alteración en el tronco cerebral: Del habla y de deglución, lenguaje mal articulado o difícil de entender, habla lenta, problemas para masticar y deglutir, disminución del período de atención, de la capacidad de discernir y pérdida de memoria, dificultad para razonar y resolver problemas, vértigos y mareos, estado de ánimo.
- Alteración de esfínteres: dificultad para control de los esfínteres.

Aparte de los síntomas anteriores que afectan diferentes órganos, existen otras que son normales en los pacientes de Esclerosis Múltiple como:

- Fatiga: Muy frecuente en pacientes con Esclerosis Múltiple, se agrava cuando hay mucho calor causando muchas veces convulsiones atónicas lo que no sucede en personas que no tienen la enfermedad. Es un síntoma muy complicado pues puede presentarse incluso con astenia o el ejercicio, aunque hacer ejercicio es muy beneficio pues se mantienen en movimiento los músculos uno de los ejercicios más recomendados es la natación, también afecta con los problemas de sueño, ansiedad, tristeza y depresión.
- Atrofia muscular: Esta puede afectar a algunas personas, muchas veces puede ser reversible.
- Dolor: La mayoría de las personas padecen de dolor causando muchas veces neuralgia del trigémino el cual se puede confundir con dolor de dientes, es muy dolorosa, convulsiones atónicas las cuales son descompensaciones que la persona pierde el conocimiento por

segundos y posteriormente queda un cansancio como si hubiera corrido unos cuantos kilómetros, se presenta a veces una sensibilidad anormal en casi todas las extremidades, sensación de calambre casi en todo el cuerpo también es muy doloroso y cuesta que pase y el dolor lumbar muy parecido cuando afecta el nervio ciático, es común padecer de dolor de cabeza.

- Signo de Lhermitte: Es una sacudida de calambre eléctrico que transcurre por la espalda a los miembros inferiores al flexionar el cuello; es muy doloroso y desagradable ya que son contracciones que se presentan de forma repentina.
- Alteraciones Sexuales: Estos síntomas no solo son secundarios, sino que afectan psicológicamente tanto al hombre como la mujer. El hombre tiene problemas de erección, como eyaculación, disminución de la libido, en la mujer disminución de orgasmos, resequedad vaginal y sensibilidad genital.

Todos los síntomas anteriores pueden ser muy difíciles de comprender para los cuidadores primarios, familiares y amigos ya que muchas veces el mismo paciente no sabe la causa, y los síntomas tienen su efecto emocional, como su calidad de vida en todo sentido.

1.5 Tipos de Esclerosis Múltiple

Según Fernández, O, Fernández, V, Guerrero, M. (2012), existen varios tipos de evolución de la esclerosis múltiple dependiendo del área afectada, como el tiempo de recaídas si es transitorio o su duración es más de un mes, la cual se pueden presentar en brotes o recurrente-remitente, EMRR; tipo progresiva primaria, EMPP tipo progresiva secundaria, EMPS y el tipo progresiva recurrente EMPR.

La mayoría de pacientes presentan aparición brotes neurológicos que muchas veces son reversibles y se repiten cada cierto tiempo dejando secuelas, pueden pasar años sin la aparición de brotes o recaídas y posteriormente presentar brotes que pueden llevar al paciente a dejarlo

incapacitado, la progresión de la enfermedad dependerá del tiempo y según el tipo de Esclerosis Múltiple, por lo cual existen diferentes tipos de Esclerosis Múltiples:

1.5.1 Esclerosis Múltiple recurrente-remitente (EMRR)

Normalmente inicia con un episodio aislado de falla neurológica, la cual puede tener recuperación completa y de inmediato, apareciendo después nuevas recaídas, con una recuperación completa, estas recaídas tienen una repetición variable, en este tipo de Esclerosis Múltiple no hay progresión de la enfermedad entre los momentos de las recaídas, la ventaja que tiene este tipo es que la mayor parte de tratamientos están indicados para la Esclerosis Múltiple recurrente-remitente, algunos neurólogos la consideran transitoria.

1.5.2 Esclerosis Múltiple progresiva primaria (EMPP)

Son pocos los pacientes con este tipo de Esclerosis Múltiple, sus síntomas empeoran gradualmente desde un inicio, y evolucionan lentamente, son pocos los brotes, pero con el tiempo puede llegar a una discapacidad dejando sin fuerza a los músculos de las extremidades inferiores.

1.5.3 Esclerosis Múltiple progresiva secundaria (EMPS)

Después de 10 años de estar estable el paciente, se presentan algunos brotes o recaídas, pasan a brotes progresivos y pasan, más o menos los pacientes atraviesan un curso de brotes a un tipo progresiva primaria el síntoma más común es la pérdida progresiva de la fuerza de las extremidades inferiores y la rigidez de los músculos.

1.5.4 Esclerosis Múltiple progresiva recurrente (EMPR)

Son muy pocos los pacientes con este tipo de Esclerosis Múltiple que es la que más discapacidad ocasiona al paciente debido a que los brotes son seguidos y se dañan más nervios, puede haber

recuperación, aunque es muy difícil, puede ser que se presente solo una vez, pero en el futuro sea más los brotes provocando que el paciente permanezca en una silla de ruedas.

1.6 Diagnóstico

Para un médico internista es muy complicado diagnosticar la Esclerosis Múltiple, ya que por sintomatología que presenta el paciente puede ser temporal, por lo cual es mejor un Neurólogo y mejor si conoce de la enfermedad, el neurólogo debe descartar primero de los aspectos neurológicos haciendo exámenes de los mismos, también debe descartar lo emocional ya que el paciente puede presentar ansiedad, fatiga, tristeza, dolores musculares pues estos mismos pueden ser parte de lo emocional y no de la Esclerosis Múltiple.

Aunque hay pruebas específicas, no quiere decir que determinen si existe o no la enfermedad, siendo algunas de estas para su exploración y ver qué tan inflamados están los nervios, se verá a continuación las siguientes:

- Historia clínica: Es muy importante ya que el neurólogo registre la sintomatología completa del paciente, el antes y el después de los mismos, para tener una idea del tipo de Esclerosis Múltiple. Es conveniente conocer la historia familiar incluyendo antecedentes de los mismos, pues puede existir la posibilidad que un miembro de la familia haya sido diagnosticado con la enfermedad.
- Examen neurológico: El sentido de este examen es encontrar alguna irregularidad en los nervios, como movimiento de ojos, sensibilidad y coordinación en las extremidades superiores e inferiores, la movilidad motora, el equilibrio, el lenguaje, fuerza en las extremidades superiores e inferiores.
- Exámenes de laboratorio: los cuales incluyen una hematología completa, ya que puede aparecer el virus de la varicela el cual puede afectar ciertos nervios como el trigémino, una infección en la sangre puede ser otra causa que afecte el sistema inmune.

- Potenciales evocados auditivos, visuales y somatosensoriales: Son los que sirven para ver la forma de transmisión de las vías nerviosas de los oídos, vista, sensaciones y movimientos motores, no son dolorosas y no requieren un procedimiento previo, en todos los casos se utilizan electrodos para ver el tiempo y duración de la actividad nerviosa en cada uno de ellos.
- Resonancia magnética nuclear: Muestra imágenes donde se encuentran localizadas las placas o lesiones y permite conocer las áreas del cerebro y medula espinal que están dañadas. En las imágenes se pueden ver cicatrices o manchitas blancas donde está localizada la lesión, por lo general se aplica medio de contraste que es un líquido blanco inyectado en el brazo para ver precisamente el área afectada.
- Punción lumbar: Esta es necesaria cuando no se tiene la certeza que exista la enfermedad, por lo general no la utilizan los neurólogos, salvo el caso donde se tiene duda por ejemplo si afecta el trigémino y el dolor es demasiado fuerte y evitar un diagnóstico equivocado. Esta consiste en sacar líquido de la médula por medio de una jeringa en la espalda, el efecto puede ser dolor de intenso cabeza que tomando medicamento y reposo pasa el malestar. Requiere hospitalización.

Para Fernández, O, Fernández, V, Guerrero, M. (2012), que debe dudarse del diagnóstico sí:

- La falta de alteraciones visuales, sensitivas y esfínteres.
- Si todos los descubrimientos clínicos pueden explicarse por una lesión.
- Sí no existe evidencia de lesiones en el cerebro y medula espinal en la Resonancia Magnética.
- Si el líquido de la medula espinal es normal.

1.7 Tratamiento

Actualmente no existe algún medicamento para la curación de la Esclerosis Múltiple, algunos medicamentos lo que hacen es evitar que la evolución sea más lenta, pero la realidad hasta la fecha no tiene cura, pues es degenerativa y crónica, siempre dependerá del paciente pues aun

teniendo el mismo tipo de Esclerosis Múltiple puede ser que el mismo medicamento no sea efectivo para ambos, dependerá también mucho de las lesiones, el área afectada y el tipo de Esclerosis Múltiple, dependiendo de lo anterior se pueden llevar a cabo tres tipos de tratamiento con éxito:

- El tratamiento del brote
- El tratamiento sintomático y
- El tratamiento para intentar frenar la evolución de la enfermedad (modificadores de la enfermedad).

1.7.1 Tratamiento del brote

En caso de ataques agudos o brotes bien diferenciados, brotes nuevos, el medicamento más indicado es la cortisona intravenosa con dosis alta, de 3 a 5 días, y el paciente puede estar hospitalizado o ambulatorio, dependiendo de la gravedad y los síntomas que presente el paciente, esto se hace porque puede haber complicación con la administración de la cortisona o corticoides inyectados, hay casos donde los síntomas son leves y puede ser por vía oral y la dosis es menor.

1.7.2 Tratamiento de síntomas

La combinación de THC (tetrahidrocarbocannabinol) y CBD (cannabidiol), se ha demostrado que ayuda a la espasticidad, como los síntomas relacionados con el dolor, los espasmos las alteraciones urinarias y dolor que afectan en gran forma la calidad de vida del paciente con Esclerosis Múltiple.

1.7.1 Tratamientos modificadores de la enfermedad

Estos tratamientos reducen la repetición de las recaídas y pueden ayudar a disminuir la discapacidad en el paciente, hay que tomar en cuenta que cada caso es diferente tanto en la

sintomatología como en lesiones o placas que tengan, además cada cuerpo reacciona de manera diferente en el tratamiento, en este caso los medicamentos modificadores son aceptables y ayudan al paciente en el sentido de mantener la enfermedad, pero no la cura.

Fernández, O, Fernández, V, Guerrero, M. (2012), se refieren a cuatro líneas medicamentos modificadores:

- Los inmunomoduladores como interferón beta, acetato de glatirámico, inmunoglobulina G intravenosa y plasmaféresis.
- Los inmunosupresores como azatioprina, natalizumab, mitoxantrona.
- La terapia combinada y el trasplante autólogo de médula ósea.
- Las terapias menos desarrolladas, la neuroprotección y la terapia con células madre.

En 2010, la FDA aprobó fingolimod, el primer medicamento para Esclerosis Múltiple, que puede tomarse como píldora, el cual cuando es administrado por primera vez se debe hospitalizar al paciente 24 horas para monitorearle la presión arterial y ritmo cardiaco, la función del mismo es impedir que los glóbulos blancos salgan de los nódulos linfáticos y entren a la sangre y por ende al cerebro y médula espinal lo que ayuda a evitar la existencia de brotes más frecuentes.

Las terapias con células madre a la fecha no han sido aprobadas ya que todavía están en investigación se cree que pueden reparar el daño del sistema nervioso, aunque estas ya se utilizan para la leucemia y otros trastornos de tipo hereditario.

1.8 Pronóstico

Como cualquier enfermedad crónica e incapacitante, resulta difícil decir cuánto tiempo puede padecer el paciente con Esclerosis Múltiple, sobre todo que la sintomatología es muy variable y el tipo varía según se presente, incluso puede haber un solo brote y pasar muchos años estables y a los 20 años otro brote que hasta lo puede dejar incapacitado, los pacientes no mueren de

Esclerosis Múltiple sino de otras enfermedades como corazón, diabetes o infecciones oportunistas por bajas defensas del organismo.

En algunos casos depende del primer brote, el nivel de daño que queda en el paciente y la progresión de síntomas que pueden dar brotes posteriores. Para el paciente es recomendable llevar una vida sana tanto física como emocional, ya que el estrés es uno de los factores que más afecta al paciente.

1.9 Rehabilitación

La rehabilitación tiene como objetivo ayudar al paciente a mejorar sus funciones físicas, emocionales y espirituales para tener una mejor calidad de vida, adaptando el ambiente de acuerdo a las necesidades de cada paciente de acuerdo a su discapacidad, para lograr la mayor independencia posible y educando a la vez al cuidador sobre la atención adecuada, tratando de una forma integral al paciente.

La neurorrehabilitación puede considerarse de forma integral orientado de manera multidisciplinaria, incluyendo la fisioterapia, la psicología y la ayuda social, a veces puede ser ambulatoria dependiendo el tipo de Esclerosis Múltiple que presente el paciente, la neurorrehabilitación se debe iniciar de forma paulatina para evitar complicaciones. El apoyo puede ser ambulatorio o en una clínica especializada, hay que tomar en cuenta las necesidades personales para que la asistencia sea la adecuada tanto para el paciente, el cuidador primario como a los familiares más cercanos.

Para Fernández, O. Fernández V y Guerrero, M. (2012), los aspectos de neurorrehabilitación que más se emplean en esclerosis múltiple son: la fisioterapia, rehabilitación cognitiva, rehabilitación motora, psicológica y programas de terapia ocupacional.

Fisioterapia: Esta consiste en terapia física que incluye estiramientos para evitar los espasmos musculares tanto del cuello, las extremidades superiores e inferiores como la espalda y mejorar el movimiento de las articulaciones. Con la fisioterapia los músculos rígidos y tensos mejoran, el

programa debe ser diseñado individualmente de acuerdo con la discapacidad que presente cada paciente. La fisioterapia debe incluir ejercicios cardiovasculares como bicicleta, caminadora estacionaria, natación siendo esta una de las completas toda depende del grado de discapacidad de la enfermedad del paciente.

Rehabilitación cognitiva: La deficiencia cognitiva es normal en pacientes con Esclerosis Múltiple y puede ser tratada en entrenamiento de destrezas muy concretas, y orientada a áreas como concentración, visual, motora o lenguaje, según la deficiencia del paciente y sus peticiones sociales, de trabajo, familia. Su objetivo en general es mejorar la función cognitiva deficiente como la falta de atención sostenida, selectiva, alternante, dividida; cada una se ensaya de forma separada y la compensación mediante ayuda externa como escribir en un cuaderno de recordatorio, etiquetas, reloj de alarma, estas deben repetirse por varias semanas para que sean de efectividad, en general la enseñanza de las destrezas funcionales y rehabilitación encauzada por procesos.

Rehabilitación motora: Se trata que el paciente evite las molestias de la rigidez de los músculos rígidos y tensos con ejercicios como la natación, estiramiento de extremidades tanto superiores como inferiores con movimientos circulares suaves para empezar e ir aumentando de acuerdo a la condición o discapacidad del paciente. Esta rehabilitación es muy importante para que el paciente pueda recuperar su capacidad motora o por lo menos que no se atrofien más los músculos.

Psicológica: La ayuda psicológica es muy importante desde el momento que el paciente recibe el diagnóstico ya que no todos los pacientes conocen la sintomatología de la enfermedad, por lo que es frecuente que sufra de ansiedad, depresión, incertidumbre por la evolución de la misma, lo importante es que el paciente reconozca que es una enfermedad neurológica y que reciba una terapia adecuada tanto emocional como el medicamento de acuerdo a su discapacidad.

Programas de terapia ocupacional: Su objetivo es conservar y recuperar la capacidad física, mental y social del paciente, conservar su independencia en sus actividades del diario vivir ayudando tanto al paciente como el entorno familiar para poder adaptarse a la vida cotidiana con

los medios adecuados a sus necesidades. La terapia ocupacional se debe pensar más en el futuro para la adecuada adaptación de los pacientes con esclerosis múltiple.

El sistema público de salud de Guatemala no dispone de suficientes medios para satisfacer esta demanda y uno de los principales esfuerzos que realizan la Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple ASOGEM y sus miembros es intentar suplir esta carencia, mediante la creación de centros de rehabilitación integral en los que se atiende a las personas con Esclerosis Múltiple y a sus familiares desde un equipo integrado por médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, Logoterapeutas, y personal de enfermería.

1.10 Embarazo y Esclerosis Múltiple

Según La Federación Internacional de Esclerosis Múltiple con la revisión, actualización y aportaciones de la neuróloga Mar Tintoré (2016, 26 de julio), afirma que:

No hay certeza de que la Esclerosis Múltiple afecte a la fertilidad, tomando en cuenta que no es hereditaria, aunque si hay antecedentes que los hijos de padres con dicha enfermedad tienen probabilidad de adquirirla.

Como cualquier mujer sana debe consultar a su Ginecólogo para su chequeo normal y el futuro bebe, la EM es una enfermedad crónica que puede agravarse a lo largo del tiempo, lo cual hay que tener en cuenta que la mayoría de tratamientos para la EM están contraindicados en el embarazo y la lactancia y así poder planificar con tiempo, es recomendable consultar con el Neurólogo tratante.

El hecho de que la mujer este embarazada resulta beneficioso pues es menor la aparición de brotes o recaídas que pueda tener la, aunque después del parto es posible que la mujer sufra de un nuevo brote o recaída, aunque de manera general no modifica la evolución de la enfermedad, es

más la gestación puede tener un resultado protector sobre la discapacidad, la lactancia materna no está contraindicada.

En el caso del sexo masculino de la misma manera, no corren ningún riesgo, lo que es posible que un hijo sufra de la misma enfermedad, aunque son casos muy aislados, pues esta enfermedad no es hereditaria, pero si tiene la predisposición de padecer la enfermedad.

Ansiedad

La ansiedad es muy frecuente en la esclerosis múltiple; se calcula que un tercio de las personas afectadas la padecen. La Esclerosis Múltiple es una enfermedad con una gran variedad sintomática y totalmente impredecible; esto provoca que una de las consecuencias habituales en las personas que la padecen sea la sensación de incertidumbre en relación a qué pasará a partir del diagnóstico. Esta imprevisibilidad hace más vulnerable a la persona a sufrir ansiedad. Pese a esto, hay mecanismos para manejar este malestar.

2.1 Definición

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2014), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano.

Según Belloch, Sandín y Ramos (2008), la ansiedad es una combinación difusa de emociones y suele hacerse en términos fenomenológicos, siendo de naturaleza anticipatoria es decir que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar un peligro o amenaza para el propio individuo.

Moreno, P. (2013), define la ansiedad como una respuesta psicológica y/o patológica al estrés, los sentimientos de preocupación que se pueden presentar como problemas cognitivos, hipersensibilidad, mareos, debilidad muscular, dificultades de respiración, corazón, sudor, miedo. La ansiedad típicamente es una respuesta saludable y natural ante experiencias de la vida.

Según Trull, T., y Phares, E. (2003), desde la perspectiva de Freud: “Las circunstancias que dan paso a la formación del yo y más tarde al superyó, producen una experiencia afectiva dolorosa llamada ansiedad. Las respuestas exageradas del corazón, los pulmones y otros órganos internos son percibidos y experimentadas por la ansiedad” (p.330)

La ansiedad la puede experimentar cualquier persona y en condiciones normales, ayuda a la adaptación del entorno de la persona y tiene como finalidad que ponga en riesgo su vida para afrontar o impedir el peligro adecuadamente. La ansiedad tiene la emoción del miedo, que tiene del cuerpo ante la amenaza de íntegra física, que sirve para quedarse quieta y ponerse a salvo.

Según Sarason, I., Sarason, B. (2006), la ansiedad es: “un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa no está consciente de las razones de sus temores” (238).

2.2 Antecedentes

Según Baekeland, Ch., (2014), a principios del siglo XX, para los psicoanalistas existen dos tipos de ansiedad diferentes: Freud: la ansiedad es como una señal del inconsciente de amenaza emocional. Klein: la ansiedad es cómo perder a una persona o algo muy importante y percibir el miedo ante esa situación.

Freud (1971), identifica tres teorías sobre la ansiedad:

- La ansiedad real que le avisa a la persona que en su entorno existe un peligro real.
- La ansiedad neurótica, que resulta de una señal de peligro, pero que se basa en recuerdos traumáticos, temor de expresar sus impulsos.
- La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, la persona se ve amenazada y siente que puede perder el control de sus impulsos.

Consuegra (2004), refiere que la ansiedad es como respuesta de pelea o huida ya que sus efectos van hacia la pelea o huida al peligro. Se muestra de maneras: cognitivo como pensamiento e ideas, fisiológico como sudor, mareo, latidos acelerados y motor como preparar la huida, la pelea. Un comportamiento variable en respuesta a estímulos tanto internos como externos.

Por lo anterior existe la ansiedad normal y la patológica:

Ansiedad normal: La relacionada a miedos que se heredan, el entorno donde se desarrolla la persona como la separación, el hecho de estar solo, los síntomas son menos frecuentes en tiempo y duración ante estímulos previsibles y comunes con un grado de sufrimiento y limitación en la vida diaria de la persona, por lo que es normal que la persona sienta miedo a la hora de enfrentarse en situaciones de amenazas, el problema es que si son exageradas o de larga duración se convierte la ansiedad en patológica.

Ansiedad patológica: La que afecta a la persona en la vida cotidiana, como las fobias (fobias sociales, agorafobia), obsesiones, manías. Se caracteriza por presentarse en episodios repetitivos, de intensidad alta y duración excesiva, con alta y desproporcionada reacción a la amenaza, lo cual provoca gran sufrimiento e interferencia en la vida diaria de la persona, la sensación de miedo crece debido a la interpretación catastrófica que da la persona ante la situación de peligro que se presente, hasta dejar muchas veces paralizada a la persona.

Según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud, la ansiedad es una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto. Las respuestas que genera la ansiedad en una persona son: huir o luchar. En la antigüedad estos mecanismos surgían al tener que enfrentarse a las dificultades que la vida en la naturaleza les presentaba; pese a que hoy ya no existen esos problemas, han surgido otros nuevos que generan estrés y ansiedad en las personas.

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 2008 a septiembre 2016 los casos de Trastornos de ansiedad fueron 35,814, de los cuales fueron 23,369 femeninos 12.445 masculinos, las mujeres presentan la tasa más alta en el grupo de 25-39 años (a expensas principalmente del Trastorno de Ansiedad), el hombre es a una edad mayor, siendo el grupo de 50-59, (a expensas del Trastorno de Ansiedad). En el grupo de 0 a 9 años los niños han requerido mayor atención que las niñas en un 58% (1,975/2,732), este comportamiento no se observa en ningún otro grupo de edad y es a expensas principalmente de los trastornos del desarrollo.

2.3 Causas

Refiere Báez, K. (2007), que es difícil decir la causa ya que varía de una persona a otra, una persona puede tener problemas de ansiedad por tener la tendencia a protestar de forma exagerada a los problemas, otra persona se vuelve ansiosa por un evento traumático, otra por acumular un problema más pequeño lo que causa la ansiedad, es decir hay diferentes causas que con el tiempo se puede convertir en un trastorno de ansiedad, por lo que se recomienda analizar cuál es la causa que produce la ansiedad para solucionar los problemas de manera eficaz.

Según Sarason, I., Sarason, B. (2006), la causa de Ansiedad se desconoce, aunque los factores más comunes se pueden decir son genéticos, el ambiente en donde la persona se desarrolla y físicos causados por un evento traumático como una enfermedad terminal o crónica, un divorcio, una pérdida, situación económica, estrés, cambios radicales, etc., el conocer la situación que esté viviendo ayuda para controlar la ansiedad, aunque a veces por ser traumáticos a la persona le es difícil identificar el problema o situación que le cause la ansiedad.

Sean los motivos que sean la persona puede desarrollar más de un trastorno de ansiedad, los cuales son aceptados por los especialistas de salud:

Factores genéticos: Es normal que uno o más miembros de una familia padezcan de ansiedad, científicos al analizar han visto que prevalece genes similares entre padres e hijos, o entre hermanos por lo que la genética tiene una gran influencia como sucede en enfermedades de trastornos mentales.

Factores físicos: La persona que tienen un desequilibrio químico en el cerebro, es el caso de la falta de hormona llamada serotonina sufre del trastorno de la ansiedad, por lo que tiene que estar medicada de por vida, ya que esta hormona regula las emociones y las respuestas ante situaciones de estrés. Cuando la persona deja de tomar el medicamento entra en un desequilibrio emocional, especial cuando se presentan situaciones inesperadas y le es difícil controlar la ansiedad.

Factores ambientales: La sintomatología de la ansiedad puede ser inducida por diferentes causas ambientales tanto externas como internas, la persona puede sentir ansiedad por una amenaza por una situación de peligro como situaciones estresantes de estudio, entorno familiar, peligros desconocidos, etc., y si la persona no tiene las aptitudes adecuadas para lidiar con estos síntomas definitivamente le causa ansiedad.

Factores de Riesgo: Cuando la familia tiene antecedentes de padecer ansiedad y no es contralada adecuadamente para enfrentar los problemas diarios de la vida cotidiana, experiencias traumáticas, corre más riesgo de padecer de ansiedad sino es tratada tanto emocional y farmacéutica.

2.4 Síntomas

Es normal que una persona sienta ansiedad ya que forma parte de ella y le sirve para enfrentar situaciones de peligro, los cuales pueden ser de gran intensidad provocando un sufrimiento muy grande que hay controlar.

Según Belloch, Sandín y Ramos (2008), las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas, las cuales se pueden clasificar de:

- Físicos: Manos sudorosas, rigidez muscular, cansancio, mareo, cambios alimenticios, náuseas, vómitos, malestar en el aparato digestivo, taquicardia, opresión en el pecho, falta de aire, sentimiento de ahogo, si la actividad neurofisiológica es muy elevada puede afectar el sueño como el insomnio, la alimentación comer de más y puede afectar en la vida sexual de la persona.
- Psicológicos: Agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de tristeza, extrañeza, cambios de personalidad, temor a perder el control, dificultad de concentración, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. Cuando la ansiedad es muy profunda puede llegar a tener la persona la sensación de temor

a la muerte, o llegar al suicidio. Toda esta sintomatología tiene un gran efecto dañino para la persona.

- **Conductuales:** La persona se mantiene en estado de amenaza, estático, incapacidad o problema para actuar, impulsos fuertes, intranquilidad motora, impaciencia. Estos síntomas se expresan de forma corporal, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o conmoción, etc.
- **Cognitivos:** La persona tiene dificultades para poner atención, concentración, memoria, preocupación exagerada, pensamientos e ideas distorsionadas, preocupación de posibles desgracias, tendencia a recuerdos traumáticos, percepción inadecuada, pensamientos catastróficos.
- **Sociales:** La persona tiene dificultad para comunicarse con los demás, a veces habla demasiado rápido, se puede quedar estático ante situaciones que no puede controlar, temor excesivo ante conflictos. Dirige toda su atención a sus pensamientos aislándose de lo que lo rodea.

La sintomatología no es igual en todas las personas, va dependiendo de su predisposición biológica como se explicó con anterioridad, el aspecto emocional también es importante ya que cada individuo es único e irrepetible, por lo que depende de la predisposición o vulnerabilidad de cada persona.

Roldós (2008), define a los trastornos de ansiedad como un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, activación que provoca un malestar clínicamente significativo o un notable quebranto de la actividad de la persona.

Para tratar la ansiedad, tal y como se menciona anteriormente, se debe diferenciar la ansiedad como síntoma o la ansiedad como trastorno. Concretamente, si se habla de ansiedad como respuesta a cualquier problemática (ansiedad como síntoma), será especialmente importante que se detecte qué pensamientos provocan su aparición y la retroalimentan llegando a generar un alto

nivel de incomodidad. Así mismo, será importante detectar en qué contextos se agudiza dicha sintomatología y, por lo tanto, los pensamientos asociados. Este primer ejercicio de introspección dotará a la persona de autoconocimiento y, con ello, de mayor control (los pensamientos dejarán de ser totalmente automáticos).

2.5 Tipos de ansiedad

Según el DSM - 5 (2014), los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesiva, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación automática necesarios para la defensa o la fuga de pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

Belloch, Sandín y Ramos (1986) definen al trastorno de ansiedad al aspecto sobresaliente de síntomas de ansiedad, estos se presentan de forma irracional y excesivamente aguda, constante e inquieta para la persona; estos pueden presentarse de diversas formas, constituyendo cuadros o síndromes más o menos específicos.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistente por ejemplo suelen tener una duración de 6 meses o más.

Dentro de los trastornos de ansiedad Según DSM-5 (2014), están:

2.5.1 Trastorno de ansiedad por separación

Su característica esencial es una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado. Existe el miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que sienten apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes el sujeto está vinculado y rechazo a separarse de estas personas de mayor apego, así mismo como pesadillas y síntomas físicos de angustia.

En niños y adolescentes dura al menos cuatro semanas y en típicamente en adultos seis o más meses. Su prevalencia disminuye desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta; y prevalece más en los niños menores de doce años. En la población en general, es más frecuente en las mujeres.

2.5.2 Mutismo selectivo

Se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar (por ejemplo, en la escuela), a pesar de que la persona habla en otras situaciones, la falta de habla tiene consecuencias significativas en los logros académicos o laborales, o bien altera la comunicación social normal, su duración debe ser mínima de un mes. Es más probable que se manifieste en niños pequeños que en los adolescentes y los adultos, no parece variar según el género, ni raza o etnia.

2.5.3 Fobia específica

Los individuos presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. La cognición específica no es característica de este trastorno, como en otros trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado. Hay varios tipos de fobias

específicas: animales, sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias. Dura típicamente seis o más meses. La prevalencia es mayor en mujeres.

2.5.4 Trastorno de ansiedad social

La persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita. Esto incluye interacciones sociales tales como reuniones con personas desconocidas, situaciones en las que la persona puede ser observada comiendo o bebiendo, y las situaciones en las que la persona ha de actuar ante otros. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros. Dura típicamente seis o más meses. Prevalece más en los varones.

2.5.5 Trastorno de pánico

La persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico (por ejemplo, evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas). La crisis de pánico se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos.

Dura en niños y adolescentes al menos cuatro semanas y típicamente en adultos seis o más meses. Los índices muestran un aumento gradual durante la adolescencia, particularmente en las mujeres y posiblemente a raíz de la pubertad, y alcanzan el máximo durante la edad adulta y disminuye en la edad adulto mayor.

2.5.6 Agorafobia

Los individuos se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso de transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. La persona teme estas situaciones debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo, requieren la presencia de un acompañante.

Dura típicamente de seis meses o más. Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los varones, puede ocurrir en la infancia, pero la incidencia máxima se encuentra en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana, no parece variar en los diferentes grupos culturales o raciales.

2.5.7 Trastorno de ansiedad generalizada

Las características principales son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

La ansiedad generalizada es la que por general maneja el paciente con Esclerosis Múltiple, ya que se distingue de la ansiedad no patológica en primer lugar, porque las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, estas se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de

ansiedad generalizada son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes.

2.5.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Este trastorno engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos, siendo la característica esencial la presencia de síntomas de pánico o ansiedad que se consideran debidos a los efectos de una sustancia, por ejemplo, un abuso de una droga, un medicamento o una toxina. Los síntomas se deben haber desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia. No hay prevalencia de género.

2.5.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica. Hay varias afecciones orgánicas que son conocidas por presentar como manifestación sintomática la ansiedad. Ejemplo de ello son las enfermedades endocrinas, trastornos cardiovasculares, enfermedades respiratorias, los trastornos metabólicos y las enfermedades neurológicas.

2.5.10 Otro trastorno de ansiedad especificado

Se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, diagnóstica de los trastornos de ansiedad.

2.5.11 Otro trastorno de ansiedad no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad.

2.6 Instrumentos para medir la ansiedad

2.6.1 Inventario de Beck

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un breve cuestionario autoadministrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, que viene siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual. El Inventario (BAI) fue creado por Aarón T. Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión. Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes:

- Subjetivo (problema para relajarse)
- Neurofisiológico (Rigidez muscular)
- Autónomo (sensación de calor)
- Pánico (miedo a perder el control)

El BAI sólo requiere un nivel básico de lectura, se puede utilizar con personas que tienen discapacidad intelectual, y puede completarse en 5-10 minutos utilizando un formulario de papel y un lápiz. Debido a la relativa simplicidad del inventario, también se puede administrar por método oral para personas con discapacidad visual.

La prueba puede ser administrada por profesionales, pero debe utilizarse e interpretarse únicamente por profesionales de la salud mental.

2.6.2 Escala de ansiedad de Hamilton

La prueba es un cuestionario diseñado por Max Hamilton en 1959 y consta de 14 ítems referentes a los síntomas que presenta el paciente y al comportamiento del mismo mientras realiza el cuestionario. En la versión original, la Hamilton Escala de Ansiedad, contaba de 15 ítems, pero, después de la intervención de otros científicos, la escala, se ha actualizado. Cada uno de los 14 ítems representa un grupo de síntomas valorados de cero a cuatro, siendo el cuatro la puntuación más alta. La puntuación final definirá la severidad del estado de ansiedad del paciente.

Dentro del cuestionario encontramos preguntas sobre signos y síntomas ansiosos que sirven de ayuda para valorar el estado del paciente. En cada una de las preguntas se tiene en cuenta no sólo la intensidad de los síntomas, sino también la frecuencia con que se presentan.

Muerte

Según la Biblia en el libro de Génesis 3: 19, dice Polvo eres y en polvo te convertirás. La muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la naturaleza humana; ambos incluyen características sociales, culturales y biológicas, además de las facetas psicológicas, emocionales y espirituales. Marta Guberman y Eugenio Pérez Soto Logoterapeutas (2006) afirman: “La muerte quiere decir cosecha, siendo un estímulo para la acción responsable, forma parte de la culpa y el sufrimiento” (p.87)

Algunos pacientes con Esclerosis Múltiple que manejan ansiedad por la incertidumbre de la evolución de la enfermedad, tienden a pensar en una muerte cercana ya que dependiendo del tipo de Esclerosis Múltiple, sienten el riesgo de morir pues sus facultades motoras o sensitivas se van atrofiando según sea el caso. Por ello a continuación se habla de la muerte.

3.1 Definición

Según diccionario de la Real Academia Española (2017) muerte viene del latín mors que significa cesación o término de la vida, separación del cuerpo y el alma.

Gert, B. (1996) sostiene que: "la muerte es la cesación permanente de todas las funciones clínicamente observables del organismo como un todo y pérdida permanente de la conciencia por el organismo en todas sus partes identificables" (p. 4)

Ortúzar, María (1996) comenta que: “La muerte es considerada por nuestro autor como un evento que separa el proceso de morir del proceso de putrefacción” (p. 4)

Paz, Octavio (1998) se refiere a la muerte como un espejo que manifiesta los vanos gestos de la vida. Si la muerte carece de sentido para la persona, tampoco lo tuvo la vida de la persona. Si hay algo que incomoda a todo ser humano, es cuando se deja de respirar, pensar, sentir, cuando todos los órganos del cuerpo dejan de funcionar y ya deja de funcionar el cerebro.

Se nace para morir, cada momento que pasa y cada respiro que hace el ser humano va camino a la muerte, es algo natural ya el ciclo vital de la vida es nacer, reproducir y morir, la muerte es un hecho inevitable que no está en las manos del ser humano, se nace para morir en momento determinado por Dios.

3.2 Antecedentes

Según Consuegra Natalia (2004), existen tres definiciones de la muerte en el ser humano sobre bases neurológicas: la pérdida de cualidades esenciales que describen la naturaleza humana, pérdida de la composición del organismo como un todo y la porción del encéfalo que deja de funcionar debe dejar de funcionar irreversiblemente para que una persona pueda declararse fallecida. Según lo anterior se puede decir que la muerte es la pérdida definitiva de la capacidad que tiene el ser humano para vivir y del contenido de la conciencia que se pierde totalmente.

Robert Neimeyer (1997), expone que las nociones de miedo ante la muerte y la ansiedad ante la muerte se manejan en la bibliografía de un modo parecido, aunque se propone una diferencia entre ambos: “puede ser útil considerar el miedo como específico y consciente y la ansiedad como más generalizada y quizás inaccesible a la conciencia” (p.19). La muerte puede ser muy dolorosa ante situaciones inesperadas, pero puede ser si se tiene una actitud positiva puede llegar a trascender, pues todo ser humano tiene su fin y si tiene la esperanza y la convicción que pasa a otra etapa de su vida no importando su cultura e ideología trascenderá.

3.3 Actitudes frente a la muerte

Según Santrock, J. (2006), la muerte puede ser terriblemente estresante, pero es parte de la vida, por lo general se trata de ocultar el hecho y la realidad de la muerte, es como un tabú muchas veces por no querer afrontar la muerte, en lugar de hablar de la persona que falleció y tener una actitud positiva, aunque por lo general es muy difícil la aceptación de la partida de un ser querido, pero si no se recibe la ayuda necesaria puede convertirse en un trastorno patológico.

En la infancia, la de casi todos los niños pequeños creen que la muerte es temporal que la persona está dormida, hasta los cinco o siete años, suelen entender que la muerte es definitiva. A esa edad el niño puede comprender que todos los seres vivos, nacen y mueren, y que cuando una persona ha muerta ya no es funcional. En cambio, los niños más pequeños creen que las personas nunca mueren.

Ciertas veces los niños hablan de su dolor de maneras que a los adultos les resulta difícil comprender: enojo, rechazo a reconocer la muerte, aislamiento, entre otras. En cambio, algunos los adolescentes tienen ideas románticas sobre la muerte ya que están en la edad de descubrir su identidad, su forma de pensar es diferente es la etapa donde se creen invisibles y cuando se les presenta una enfermedad terminal o crónica como la Esclerosis Múltiple enfrentan la vida de una manera contradictoria, niegan sus emociones utilizando diferentes mecanismos de defensa los cuales le ayuda a lidiar con la enfermedad, tiene tendencia a sentir enojo más que deprimido.

Los adultos jóvenes se hallan con deseos de disfrutar la vida, están atentos de su apariencia física, provocando ansiedad, tratan, de pertenecer a un grupo, pero cuando contraen una enfermedad grave como la Esclerosis Múltiple, y saben la evolución que pueden atravesar, de acuerdo al tipo de Esclerosis Múltiple o están en la etapa inicial de la enfermedad, esa incertidumbre los hace más vulnerable, susceptibles sobre una muerte inminente. Se sienten frustrados dada la incapacidad para lograr sus metas, lo cual conduce a enormes sentimientos de ira y enojo, estrés, ansiedad generalizada por la evolución que pueden llegar a padecer.

El adulto en la etapa media, la persona está consciente que algún día va a morir y se da cuenta de esto tras la muerte de sus padres, empieza a evaluar su vida, la relación de los hijos, su matrimonio y como utilizar su tiempo de la mejor manera posible. Cuando le dan la noticia de una enfermedad crónica o terminal es cuando más piensa, lo cual lo puede llevar a un estado de depresión por diferentes causas ya sea por lo que hizo y por lo que dejó de hacer, algunas veces frustrado porque tal vez estaba en una situación demasiado cómoda y se le derrumba su mundo a día para otro.

En la adultez la mayor parte las personas se encuentran menos ansiosas sobre su muerte que las personas de la etapa anterior ya que a través de los años, la vida les cambia por diferentes situaciones sean muertes de seres queridos, por lo que lentamente reorganizan su vida desde su manera de pensar, sentir y actuar hasta llevar una vida más placentera, aunque no está libres de una enfermedad como es la Esclerosis Múltiple que puede ser diagnosticada incluso a los 57 años. En la adultez la persona siente que su vida ha sido significativa y llena de satisfacciones comúnmente aceptan de la muerte con más facilidad.

3.4 Ansiedad ante la muerte

La muerte en si no es una amenaza sino puede considerarse como una transición, lo que pasa que la sociedad la niega, del mismo modo que una enfermedad terminal o crónica, y es donde aparece la ansiedad como sucede cuando una persona es diagnosticada con Esclerosis Múltiple, el individuo presenta una tensión anticipatoria a la evolución de enfermedad que provoca un sentimiento de incertidumbre que implica inseguridad, miedo, tensión muscular, temor a lo que pueda suceder con sintomatología fisiológica como sudor, rigidez, temblor de cuerpo, taquicardia.

Según Tomas Sabado, Joaquin (2016), el miedo y la ansiedad están unidos, la diferencia es que el miedo es la reacción emocional es ante una situación específica, su intensidad y el tiempo de duración desaparecen cuando ya no hay peligro, la persona ya no siente amenaza, en cambio la ansiedad la persona ante la incertidumbre por lo que se vuelve invasiva para la persona. Por lo que identifica seis atributos propios de la ansiedad ante la muerte:

- Emocionales: Relacionados con el miedo ante la muerte.
- Cognitivos: Capacidad de pronosticar el futuro y la conciencia de los efectos de la muerte.
- Experienciales: Intervienen como mecanismos adaptativos, abandonando de la conciencia la ansiedad ante la muerte.
- Etapas de desarrollo: Modifican y limitan la expresión de la ansiedad ante la muerte.

- Condicionante culturales: Creencias aprendidas y compartidas de la ansiedad ante la muerte.
- Fuerte motivación: La aceleración de las protecciones psicológicas que funcionan como motor de la motivación de conductas y expresiones humana.

Los psicólogos del ciclo vital (Kastenbaum, 1979; Levinson, 1977; Neugarten, 1968) han postulado que depende de la edad varia la actitud hacia la muerte, en parte debido a su cercanía. Aunque Templer, Ruff y Franks (1971) no encontraron relación entre la edad y la ansiedad ante la muerte, otros investigadores han encontrado que los ancianos tienen menos miedo (Feifel y Branscomb, 1973; Wass, Berardo y Neimeyers, 1982).

El enfoque existencialista, apunta a que la persona necesita no solo momentos buenos, sino que el cambio implica ansiedad como cuando el niño pasa a la etapa de la adolescencia, o el adolescente pasa a la etapa adulta, simbólicamente la persona muere pues deja un cuerpo para pasar a otro con sus cambios de acuerdo a su edad.

De forma simbólica muere el niño y nace una nueva etapa de la vida a la cual llaman adolescencia. De aquí que las ansiedades son períodos que llevan al cambio. No se trata como muchos creen, asociando crisis o ansiedad a una visión puramente pesimista, sino que también marca el camino del crecimiento y del qué hacer con la angustia o la ansiedad, claro que se sufre, claro que es doloroso, pero apunta al cambio a la lucha por el ser. Viktor Frankl cuando dice que el sufrimiento puede tener un sentido si te cambia a ti para bien. Idea que también se encuentra presente en la filosofía de Nietzsche, en frases como lo que no me mata me hace más fuerte.

Irvin Yalom (2000) habla de modificaciones de personalidad generadas luego de experiencias de sufrimiento, cercanas a las vivencias de la muerte:

- Reestructuración de las prioridades de la vida: trivialización de lo trivial.
- Sentido de liberación.
- Profundo aprecio por los hechos elementales de la existencia.

- Comunicación más profunda con las personas amadas, mucho más profunda que antes de la crisis.
- Menos temores interpersonales.

3.5 Síntomas de ansiedad ante la muerte

Según Salikeu, K. (1996) comenta que al inicio se discute sobre el enfrentamiento de la propia muerte como un paso de los años hasta la madurez, pero cuando llega el momento de sentir ese temor que rige la vida, se presenta la ansiedad con cualquier pensamiento relacionado con la muerte, sobre todo si hay incertidumbre como sucede en el caso de la Esclerosis Múltiple ya que impredecible su evolución, afecta más a la persona que esta predispuesta a la ansiedad, las mujeres reportan un nivel más alto de ansiedad ante la muerte que los hombres, caso contrario sucede con la persona adulta que tiene menos ansiedad ante la muerte que los jóvenes posiblemente por la experiencia que ha tenido de vida.

Según Tomas Sabado (2016) comenta que de la misma forma que la ansiedad general algunos autores expresan miedo a la muerte y ansiedad como ansiedad ante la muerte de un modo peculiar de modo que si se refiere a la muerte es lo mismo.

Cada ser humano por ser único e irreplicable presenta síntomas de diferente manera aun pasando por la misma situación a la que tiene que enfrentarse, es el caso en la persona que es diagnosticada con Esclerosis Múltiple, presenta algunos síntomas comunes entre ellos están:

- Ansiedad que no puede controlar cuando piensa o se ve expuesto a la muerte, ante la incertidumbre de la evolución de la enfermedad.
- Urgencia por hacer todo lo posible para evitar la muerte, sometiéndose a tratamientos que no son aconsejables, ya que depende del tipo de Esclerosis Múltiple así es el tratamiento de mantenimiento ya que no tiene cura, es una enfermedad crónica.

- Debilidad para funcionar normalmente en la vida cotidiana, debido al temor constante de llegar a una discapacidad total.
- Falta de sueño por la incertidumbre de la enfermedad.
- Ansiedad constante ante la muerte por lo incierto de la evolución de la enfermedad.
- Consciencia de la irracionalidad del temor combinada con impotencia para controlar la ansiedad ante la muerte.

3.6 Tipos de muerte

Según Santrock Johw (2006) menciona tres tipos de muerte:

- Muerte Fisiológica: Detención completa de todos órganos vitales del cuerpo, cerebro, corazón, pulmones, es irreversible.
- Muerte Clínica: Detención de toda actividad cerebral, el medico la diagnostica por la ausencia de signos vitales, puede ser reversible y entrar en estado coma donde funciona solo el cerebro, pero su corazón y pulmones pueden funcionar de una forma artificial.
- Muerte Psicológica: es cuando el paciente acepta la muerte y retrocede así mismo, esta aceptación incluso puede llevar a la muerte al paciente por el poder de la sugestión, es la perdida de sus capacidades cognitivas y su estado emocional es negativo.

3.7 La Esclerosis Múltiple y la muerte

Para los pacientes que reciben el diagnóstico de esclerosis múltiple (EM) entran en un estado de shock, al inicio creen que los médicos se han equivocado a pesar de pasar por una serie exámenes para llegar al mismo; se puede iniciar con síntomas leves, con discapacidad total o parcial, lo que hace sentir miedo, a no poder valerse por sí mismos, miedo a morir en un plazo más o menos breve. El miedo a padecer una enfermedad crónica es un factor dominante de la enfermedad y puede arruinar más la calidad de vida que sus propios síntomas. Los miedos, ya sean existentes o injustificables, son a menudo una fuente de ansiedad y depresiones, muchas de ellas graves.

3.8 Etapas del paciente al ser diagnosticado con Esclerosis Múltiple

Las etapas que pasa generalmente el paciente al ser diagnosticado con Esclerosis Múltiple son similares a las del duelo ya que cuando se pierde la salud o si hay discapacidad el proceso de afrontamiento es muy parecido. La Dra. Elisabeth Kubler-Ross (1969) ha identificado las cinco etapas de ajuste a medida que se aprenda a aceptar una enfermedad crónica: Negación, ira, pacto, depresión y aceptación.

3.8.1 Negociación

Los pacientes diagnosticados con Esclerosis Múltiple, al dar cuenta que tiene dicha enfermedad y les hablan sobre la misma, protestan diciendo: ¡No, yo no, no puede ser!, ¿no será que se equivocó doctor?, mejor busca otra opinión. La negación por lo menos parcial, es normal en casi en todos los pacientes, no solo en las primeras etapas de la enfermedad o al dar cuenta de la gravedad de su diagnóstico, puede llegar a preguntar: ¿me quedará inválido toda la vida?, ya que dicha enfermedad se puede presentar con diferente sintomatología y su evolución es diferente en cada paciente, pues depende del tipo de Esclerosis Múltiple que manifieste.

Generalmente, la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial. La necesidad de negación existe en todos los pacientes alguna vez, generalmente al inicio de una enfermedad grave más que hacia el fin de la vida, luego la necesidad de negación puede volver a presentarse en los distintos episodios de activación de la Esclerosis Múltiple.

3.8.2 Ira

Cuando no se puede seguir manteniendo la etapa de negación, porque la enfermedad es evidente, es sustituida por el sentimiento de ira, rabia, envidia, surgiendo la pregunta ¿Por qué a mí?, ahora que estoy en lo mejor de vida: mi matrimonio, profesionalmente, económicamente, viene el enojo con Dios. En contraste con la etapa de negación, esta etapa de ira es muy difícil de afrontar para

la familia y el mismo paciente; esto se debe a que la ira se desliza en todas las direcciones y se proyecta a los doctores: seguro se equivocaron, a la familia: ellos no entienden lo que estoy sufriendo, surge el enojo con Dios: por qué a mí, contra lo que les rodea: me miran con lástima.

El problema está en que pocas personas se ponen en el lugar del paciente y se preguntan de dónde puede venir su enojo. No se piensa en las razones del enojo del paciente y se toma como algo personal, sin pensar que esa ira o enojo le ayuda al paciente en su proceso.

3.8.3 Pacto

Esta etapa, es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves periodos de tiempo, lo que más suele desear es una prolongación de vida, o por lo menos pasar unos días sin dolor o molestias físicas, este pacto se hace con Dios, aunque por lo general al ser diagnosticado el paciente se enoje con Él, la mayoría hace el pacto con Dios y generalmente en secreto para intentar superar dicho diagnóstico, talvez es una de las etapas más difíciles, llegar al convencimiento que Dios no lo está castigando o mandando una prueba, talvez se puede llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable.

En esta etapa el paciente desarrolla la esperanza que la muerte puede tardar; lo más importante en esta etapa es comprender que la enfermedad es crónica, que no es un castigo por algo que hizo mal y hay que aprender a convivir con ella pues es una de las muchas enfermedades que simplemente forman parte de la vida.

3.8.4 Depresión

Cuando el paciente no puede seguir negando su enfermedad, según los síntomas que presente, no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara, su ira es sustituida por una gran sensación de pérdida la cual puede tener muchas facetas. Al tratamiento y la hospitalización, la incertidumbre de la evolución de la enfermedad que es tan impredecible, se añaden las cargas financieras o la

incapacidad de trabajar, los hijos pequeños, la sensación de tristeza, impotencia y muchas veces culpabilidad, hace que el paciente comience a asimilar su estado de salud, aquí puede que entre a un estado depresivo silencioso que puede llegar hasta un suicidio, es una etapa muy difícil. En esta etapa dice Kibble- Roos que no debe de animarse al paciente ya que es un hecho que la enfermedad está latente o puede ser que este en la fase terminal de la misma y necesita contemplar su realidad, esto es en casos extremos ya que es sumamente importante el apoyo psicológico para lograr superar la depresión pues la misma puede acelerar el proceso de la Esclerosis Múltiple.

3.8.5 Aceptación

Si un paciente ha tenido bastante tiempo y se le ha apoyado terapéuticamente a pasar por las etapas antes descritas, llegará a una fase en la que su destino no le deprimirá ni lo enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto, esto dependerá del tipo Esclerosis Múltiple que manifieste, aunque realmente es una incertidumbre constante, ya que puede estar bien hoy y mañana puede aparecer un nuevo síntoma, una recaída, una progresión de la enfermedad. Llegar a esta etapa es crucial para el paciente ya que su actitud positiva ante el sufrimiento ayudará mucho, incluso se puede tener una vida bastante aceptable, posiblemente con limitantes, pero con una actitud positiva.

La esperanza es de vital importancia para mantener el sentido de vida, para quienes padecen EM, pueden encontrar fuentes de inspiración, en muchos lugares y de muchas maneras, algunas de estas son realistas: la esperanza de que se encuentre la cura a la EM, sin embargo, otros pensamientos de esperanza adoptan un carácter poco realista, siendo de tipo mágico e irreal; por ejemplo, la esperanza de controlar el curso de la EM pensando o haciendo lo correcto.

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz, está casi carente de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado y llegará el momento del descanso final, la sintomatología persiste lo que pasa que se cambia de actitud se

llega al convencimiento que no está en uno la cura: la Esclerosis Múltiple no tiene cura, así de sencillo, pero solo el hecho de estar vivos es un agradecimiento a Dios día a día.

3.9 Instrumentos para medir la ansiedad ante la muerte

3.9.1 Escala de Ansiedad ante la Muerte. (DAS) de D. Templer

Es un instrumento de medida de la ansiedad ante la muerte verbalizada que consta de 15 ítems. Dicha escala se ha convertido en uno de los instrumentos de medida más populares y más frecuentemente usados y citados en los trabajos de investigación publicados sobre el tema. Nueve de los 15 elementos de la DAS puntúan verdadero y 6 falso. Esta escala trata la muerte, los pensamientos sobre ésta, la enfermedad y la perspectiva temporal.

3.9.2 Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte. Thorson y Powella

Es una escala cómoda de administrar en muestras grandes de sujetos. Esta escala está formada por 25 ítems, cada uno con igual valor de 0 a 4 en una escala Likert. Se han alcanzado niveles aceptables de fiabilidad al usarla con varias muestras grandes y diversas. La escala se ha demostrado sensible a la edad y se ha utilizado en varios estudios, mostrando diferencias en los elementos que constituyen el constructo de ansiedad ante la muerte.

3.9.3 Escala Bugen de Afrontamiento a la Muerte

Consta de 30 ítems cuyo valor viene representado de 0 a 7 en una escala Likert, donde 0 significa que se está totalmente de acuerdo con el ítem; 4 una actitud neutral y 7 un total desacuerdo con la afirmación expuesta.

Logoterapia

La Logoterapia es una de las psicoterapias que anima al paciente a encontrar el significado en lo que cree ser un mundo insensible, descuidado y carente de significado, está incluida en la psicoterapia humanista e identificada en la psiquiatría existencial, Viktor Frankl fue el creador de las técnicas de Logoterapia, sus ideas fueron creadas por la influencia de Freud.

En la Logoterapia el sentido se describe al discernimiento positivo y de conocimiento de valores que ayuda a la persona a desenvolverse ante la vida de una manera coherente y el vacío existencial a la pérdida del sentido de la vida en diferentes circunstancias de la vida.

El diagnóstico de la Esclerosis Múltiple suele conllevar un gran impacto emocional. El paciente puede pasar por distintas etapas como las de duelo, las cuales culminan con la aceptación de la enfermedad, aunque a veces puede tardar toda la vida esa aceptación; el paciente debe asumir su nueva realidad y aprender a convivir con ella. Hay pacientes que les cuesta poco aceptarlo, pero a otros esta tarea se les vuelve más complicada. Porque para conseguir convivir con la Esclerosis Múltiple el paciente debe asumir que tiene una nueva compañera de vida y que la enfermedad no tiene cura.

En psicología se define duelo como el proceso de adaptación emocional que se vive tras una pérdida. En este caso, el duelo que puede experimentar una persona con Esclerosis Múltiple es la pérdida de su estado de salud tal y como lo tenía antes de la aparición de la enfermedad, por ello un proceso terapéutico es recomendado. A continuación, se describe la Logoterapia como una opción de mejorar la calidad del paciente diagnosticado con Esclerosis Múltiple.

Según Guberman, M. (2006) duelo es la “forma general de reaccionar a la pérdida de un objeto o personas”. Sin embargo, en Logoterapia refiere que es “algo perdido objetivamente en el plano del tiempo empírico, es mantenerlo vivo en el tiempo subjetivo, ya que el duelo se encarga de mantener presente y vivo aquello que amamos (p.48). El duelo que puede experimentar una persona con Esclerosis Múltiple es la pérdida de su estado de salud tal, por ello un proceso

terapéutico es recomendado. A continuación, se describe la Logoterapia como una opción de mejorar la calidad del paciente diagnosticado con Esclerosis Múltiple.

4.1 Definición

Según Frankl, V. (1982) la Logoterapia es: “*Logos* es una palabra griega que equivale a sentido, significado, propósito y palabra Terapia: (griego *therapeia*) curación, tratamiento”. Logoterapia es el tratamiento para encontrar significado y sentido a la vida. Está centrado en el sentido. (p.120).

Según Guberman, M. (2006) Logoterapia es “búsqueda del sentido que se focaliza en lo espiritual: apela a la facultad de oposición del espíritu” (p.80)

La Logoterapia es un enfoque existencial que apoya al ser humano a solucionar problemas físicos, psicológicos o espirituales, estos problemas se refieren al significado de la vida, de la muerte, de una enfermedad terminal, del sufrimiento ante cualquier situación, el trabajo y del amor, busca en si el significado del ser.

Frank, V, (1981) refiere que la Logoterapia es la Tercera escuela Vienesa de Psicoterapia, se centra en el sentido de la de la existencia humana, como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre, según la Logoterapia la primera motivación del hombre es encontrar sentido a su propia vida, por muy difícil que sea siempre hay un sentido para seguir.

Por eso a pesar de los problemas que el ser humano pueda tener vale la pena vivir, aun en los casos que no elige, así como es la enfermedad de Esclerosis Múltiple, la persona pierde el sentido por perder ciertas facultades, pero ante lo cual sigue siendo libre de actuar, de un modo o de otro. El sentido es variable, pero nunca falta, a no se puede ver por la situación que se está viviendo, pero hay que ser positivo para transformar la enfermedad y frustración en superación, así cobra mejor sentido la vida.

Esta psicoterapia por naturaleza hace despertar la conciencia del hombre ya que puede pasar por la vida sin saber quién es, para que existe y cuál es su propósito en la vida, la Logoterapia hace que el ser humano sea libre y que viva de manera auténtica.

4.2 Antecedentes

Según Oblitas Luis (2008), Viktor Emil Frankl nació en Viena, Austria, el 26 de marzo de 1905, creció en un ambiente muy amoroso y religioso siendo el tercero de sus hermanos, sus ascendientes maternos eran rabinos, por lo que era muy culto ya que en esa época en la comunidad judía existían representantes vieneses muy cultos como Sigmund Freud, Alfred Adler, en el campo de la psicología; escritores, como Stefan Zweig, músicos como Gustav Mahler. Además, había un gran número de profesionistas, especialmente médicos y abogados, dicha comunidad en esa época llegó a constituir el ocho por ciento de la población austriaca.

Desde el inicio de su niñez, su espíritu impaciente lo llevó a estudiar temas filosóficos. En su adolescencia y juventud profundizó en la filosofía existencialista que en esos años era tema de controversia y gran interés en la comunidad intelectual de Viena.

Para Frankl la filosofía es una pieza primordial de la naturaleza humana y en diferentes ocasiones afirmó que no puede ni debe separarse de la actividad terapéutica ya que muchos problemas humanos, angustias y hasta neurosis resulta con frecuencia de una actitud filosófica determinada.

Frankl empezó a los 16 años a tener interés por la medicina su padre lo apoyo, su padre dedico su vida a cuidar a la juventud austriaca, a los 19 años ingreso a la universidad de medicina, donde se relaciona con Freud y Adler.

Como estudiante de Medicina y Neuropsiquiatría, Frankl profundizó el estudio del psicoanálisis freudiano. Reconoció la inspiración de Sigmund Freud, pero no estaba de acuerdo en algunos de sus pensamientos ya que cambiaba al ser humano como si fuera caricatura, después se une al grupo de Adler y a los 22 años publicó una revista con el propósito de divulgar el pensamiento

adleriano y la promoción de centros de consulta, los cuales eran dirigidos a jóvenes que sufrían traumas después de la primera guerra mundial.

Posteriormente se une a Allers y Schwartz donde tanto lo académico como lo científico lo hicieron

llevar una investigación sobre las personas necesitadas, lo que no le gusto a Adler y los expulso después una reunión turbulenta. En 1936 Frankl se recibe de médico Psiquiatra en Viena, en 1940 fue director de neurología en una clínica de Viena patrocinado por la comunidad judía.

Frankl se casó en diciembre de 1941, en septiembre de 1942 fue enviado al campo de concentración de Auschwitz con su familia, su hermano y con su esposa trataron de escapar, pero los arrestaron y llevados al campo de concentración donde murieron todos, su hermana logro escapar a Austria. Frankl fue llevado al campo de concentración de Theresienstadt, por ser médico y psiquiatra presto sus servicios como terapeuta individual y de grupo. Estuvo prisionero en campos de concentración alemanas, en Auschwitz y en Dachau, de 1942 a 1945.

4.3 Tránsito y evolución

Frankl después de ser liberado lo primero que hace es buscar a su esposa y al resto de familia, quienes a igual que él se había ido a los campos de concentración, los cuales se murieron ahí, en febrero de 1945 lo nombran director de neuro-psiquiatría de la Policlínica de Viena, en noviembre de 1945 rehizo su documento el cual le fue arrebatado en los campos de concentración por los nazis, el cual se actualmente en español lleva el nombre Psicoanálisis y Existencialismo. En 1945 tres secretarias escriben el testimonio de sus experiencias en el campo de concentración, lo cual se conoce como un psicólogo en el campo de concentración, tal testimonio les llevo nueve días en transcribirlo, actualmente se conoce como El hombre en busca de sentido. Más adelante dio conferencias y escribir sobre temas de psicoterapia, análisis existencial, logoterapia.

Se casó en 1947 con Elly Schwindt, la cual conoció en la Policlínica del Estado de Viena, en 1947 fue profesor asociado de neurología y psiquiatría de la facultad de medicina, y en 1955 fue profesor principal, en 1948 hablo en una conferencia sobre el inconsciente espiritual.

Según Oblitas (2008) las dos preocupaciones de Frankl eran:

- La unidad en la complejidad del ser humano, que se revela en una triple dimensión: la somática, la psicológica y la noológica. Esta temática está conectada con la de la libertad y la finitud humana.
- Establecer las bases de la exposición del significado y parte que ocupa el sufrimiento humano en la cultura contemporánea y concretamente en la práctica terapéutica. Para establecer finalmente, una vía hacia el humanismo y la trascendencia que destaque las formas escépticas.

Para 1954, Frankl destacó la logoterapia como el tratamiento de las neurosis noógenas, la que supone como la terapéutica específica, con énfasis en el Análisis Existencial, como una definición antropológica de la existencia personal. Ese mismo año viajó a Argentina donde se divulgó el enfoque logoterapéutico en Latinoamérica. En Porto Alegre en 1984 fue el primer Encuentro Latinoamericano de Logoterapia, y nació la Sociedad Latinoamericana de Logoterapia actual.

Gordon Allport escribió el prefacio del libro de Frankl "El hombre en busca de sentido" (1946); y explica que el Frankl acostumbraba preguntar a sus pacientes enfermos de múltiples padecimientos más o menos significativos, la siguiente pregunta: ¿Por qué no se suicida usted? Y de las respuestas que se le daban extraía una orientación para ser aplicada en la psicoterapia. Así, encontró que: A una persona lo unía la vida sus hijos, a otro una capacidad, una destreza sin explotar; un tercero, alguno pasado que merece la pena salvar del olvido.

La idea de Frankl era entrelazar estas débiles hebras de vida rotas en una trenza firme, coherente, significativa y responsable, que es la esencia con que se enfrenta la logoterapia, que es la versión original de Frankl acerca del moderno análisis existencial.

Los tres años que estuvo Frankl en los campos de concentración, sintió en carne propia lo que es una existencia desnuda, pues padeció toda clase sufrimiento como pasar hambre, frío, brutalidades, igual que otros compañeros de celda en un momento pensó que era el final de su vida, aun así, decía que la vida era digna de vivirla y no se dio por vencido, ayudo a sus compañeros e incluso a los que le trataban mal.

La Logoterapia es primero un método antropológico basado en compendios científicos, psicológicos, filosóficos y antropológicos que forman una Antropología Filosófica integral cuerpo-mente-espíritu-mundo (Logo-Teoría), desde la cual nace un segundo método terapéutico de orientación humanista-existencial (Logo-terapia) de orientación específica para los problemas nooéticos (espirituales-existenciales) o de orientación inespecífica de los problemas físicos (Médicos) o psíquicos (Psicológicos), así como un método de auto-conocimiento, prevención y acompañamiento.

De la misma manera la Logoterapia es una Filosofía de Vida y Actitud ante la Vida (Logo-Actitud) basada en la Libertad, la responsabilidad, la voluntad, el sentido, la autorrealización y la auto-trascendencia. Según Elisabeth Lukas (2008), la auténtica paz de espíritu no se halla jamás al final de una salida, sino siempre al principio de una aceptación.

Acevedo, G. (2001), brinda una visión logoterapéutica que resalta el sentido que puede brindar la enfermedad y le confiere un sentido que va más allá del sufrimiento, sino que también se asocia a las posibilidades de crecimiento que pueden ir acompañadas del sufrimiento y las preguntas e interrogantes que se podrían generar a partir del mismo. Los efectos terapéuticos a los que hace referencia G. Acevedo se asocian a investigaciones realizadas que demostraron que la logoterapia resulta ser de mucha ayuda en casos de pacientes con cáncer, prolongando la vida considerablemente.

El logoterapeuta Argentino Gerónimo Acevedo al igual que Irvin Yalom han trabajado con personas con enfermedades crónicas como el cáncer, Esclerosis Múltiple, sida y resulta ser más que interesante su visión de la enfermedad tan temida.

Según Acevedo, G. (2001), “la Esclerosis Múltiple no es sino un síntoma y enfrentar el síntoma mediante el solo tratamiento es como tratar la esquizofrenia de manera esquizofrénica” (p.45). Un virus puede ser el origen biológico, pero si lo que ha permitido es el proceso de la Esclerosis Múltiple, es decir, la etiología básica, no es el virus sino la circunstancia favorable para el proceso de la enfermedad. A partir de esto es que la búsqueda del sentido en la vida, y especialmente en la situación de enfermar, tiene efectos terapéuticos.

4.4 Los principios de la logoterapia

Según Oblitas, L. (2008), para Viktor Frankl la Logoterapia, se fundamenta en la voluntad de sentido que es la motivación primaria del ser humano la cual consistente en la exploración de la felicidad, pero no en sí misma, sino como resultado de los actos intencionales. Capacidad característica del ser humano, se establece no sólo en hallar sentido en lo que es, sino también en lo que puede ser, mientras que Freud, en el Psicoanálisis, se funda en la voluntad del placer, vista desde la Logoterapia, la búsqueda del placer como fin no sólo se opone a la autotranscendencia, sino que también cierra el camino hacia la propia consecución del placer y Alfred Adler en la voluntad del poder, la consecución del poder como finalidad desafía a la autotranscendencia porque cierra el camino hacia el servicio. La búsqueda, por parte del hombre, del sentido de su vida constituye una fuerza primaria y no una racionalización secundaria.

Según Frankl, V. (1979), argumenta que la logoterapia se basa en una filosofía explícita de la vida, que constituyen una cadena de eslabones interrelacionados entre ellos:

- La libertad de la voluntad: son los datos contiguos de su experiencia los cuales ceden la palabra a ese planteamiento empírico que se denomina fenomenológico. El hombre, con las experiencias de vida, tiene la capacidad de tomar una actitud no solo de relación con el

mundo sino también consigo mismo. El hombre tiene la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y hasta de rechazarse, puede incluso juzgarse el mismo de sus propios actos.

- La voluntad de sentido: Es un principio contraproducente, en la medida en que cuanto más se lucha de verdad por conseguir placer menos lo consigue, esto se evidencia en el hecho fundamental de que el placer es un efecto secundario del esfuerzo realizado, pero que se arruina y vacía en la medida en que se convierte en una meta propuesta por la persona misma.
- El sentido de vida: El hombre no solo encuentra significativa su vida por lo que hace, su creatividad, sino también por sus experiencias, sus encuentros, con lo verdadero, bueno y bello del mundo, así también con los seres humanos y sus cualidades únicas.

Frankl (2004) refiere que cuando la persona encuentra sentido a su vida, logra experimentar una final sensación de felicidad, creando esto las herramientas para que pueda capacitarse y así poder afrontar cualquier situación que pueda causarle sufrimiento. Así mismo cuando una persona no siente que su vida tiene algún significado puede llegar a desechar su vida sin importar que ésta se encuentre llena de bienestar y abundancia.

Con lo anterior se cumple el sentido de la existencia realizando valores. Esta realización de valores puede producirse por tres vías:

- Valores de Creación (dar): Se trata de dar algo interno para los demás, producto de la misma creación del ser humano, se puede dar palabras de aliento a una persona que está sufriendo, el trabajo puede ser fuente para la riqueza única del ser humano, puede ser llamado valor creativo.
- Valores de Experiencia (recibir): Pueden ser llamados también vivenciales, se convierte en algo que se valora, pueden ser todas las experiencias, pero más que todo se caracteriza por la capacidad del ser humano de percibirse como parte del mundo a través de sus diferentes experiencias en la vida, quizás la experiencia más plena es amor de Dios y de los demás.
- Valores de Actitud: Llamados también como valores actitudinales, estos se caracterizan por la actitud que el hombre adopte ante un destino inevitable. Es la capacidad que tiene el ser

humano de poder encontrar sentido a su sufrimiento. Este es el valor más importante ya que es donde el ser humano tiene la posibilidad de efectuar el valor supremo y convertir así un sufrimiento en un instrumento para trascender y triunfar, cuando por hechos inevitables de la vida, está en la persona en tener una actitud digna y positiva frente ese destino doloroso que no se puede cambiar.

Frankl (1998) menciona la tríada trágica del ser humano, la cual se refiere a las tres situaciones que

le toca inevitablemente vivir, éstas son la encarnación de los valores de actitud, de la misma manera que el trabajo y el amor encarnan los valores de la creación y vivencia, son expresión de la dimensión espiritual, las cuales son: sufrimiento, culpa y muerte.

- El sufrimiento: Cada ser humano tiene un destino único, que, al igual que la muerte, es una parte de su vida, el pasado forma parte del destino del hombre, pues es inalterable, a pesar de ello, el futuro no tiene que estar necesariamente determinado por el pasado ya que el futuro es incierto.
- La culpa: Es la forma de no asumir la responsabilidad por lo que verdaderamente se siente y quiere, evasión de la realidad, para Frankl el arrepentimiento honesto es la forma de aceptar la responsabilidad.
- La muerte: Se trata de la aceptación de la finitud y término de la vida terrenal, es un hecho inevitable. Frankl sostiene que la muerte le otorga sentido a la vida, sugiere vivir con la actitud más digna o con el mejor esfuerzo posible.

4.5 Instrumentos de Logoterapia para medir el vacío existencial, voluntad de sentido, sentido de vida, significado de sufrimiento

El objetivo terapéutico de la logoterapia es diagnosis y prognosis a nivel biológico, nivel psicológico y nivel espiritual.

Diagnosis: Conocimiento diferencial que se adquiere del estado físico y psíquico del enfermo mediante la observación de los signos y los síntomas de la enfermedad que presenta.

Prognosis: Conocimiento anticipado de algún suceso

- Descripción Multimodal Arnold Lazarus (1981), aborda datos familiares, enfermedades, miedos, ambiciones, aspiraciones, diferentes aspectos y etapas de la vida, aborda sexualidad y temas religiosos.
- Escala Existencial desarrollado por Längle (Boado, 2002) es un proceso de cuatro pasos para descubrir el sentido: la percepción, la valoración, la decisión y la acción. Este descubrimiento tiene una doble utilidad, la más obvia es su aplicación para encontrar sentido, la otra es su carácter diagnóstico por lo que, basado en estos cuatro pasos se desarrollan las cuatro sub-escalas que componen la Escala Existencial, tiene que ver con el modo de estar en el mundo de la persona, de cómo ve, como siente, como se relaciona, fue creada en alemán y puede administrarse a partir de los 20 y hasta los 70 años, en forma individual o grupal o auto-administrar, su objetivo es documentar la dimensión Nooética para lo cual evalúa las competencias personales y existenciales para poder tratar consigo misma y con el mundo.
- IFB desarrollado por Efrén Martínez, es un instrumento para la formulación de biografías, construido para facilitar el proceso diagnóstico necesario para una buena psicoterapia, reduce el tiempo invertido para una formulación, facilita de forma clara el proceso de auto distanciamiento, ayuda a tener visión más clara y objetiva de personalidad, Sentido de vida, El instrumento se puede desarrollar de forma virtual para que los terapeutas puedan revisarlo en línea y de esta forma, adelantar procesos diagnósticos y planes de tratamiento.

Estos tres instrumentos (Descripción multimodal, Escala existencial, IFB) se pueden utilizar en los momentos iniciales de la psicoterapia. Nos ayudan a crear la biografía mucho más amplia del consultante, puede ser auto administrada y esto les da mucho más privacidad y libertad en sus

respuestas. En cuya condición previa, se requiere de la relación terapéutica y el encuadre del proceso a realizar, siendo el encuentro ya de por sí, la parte inicial del proceso, y la condición fundamental del mismo.

- Logo Test de Elisabeth Lukas, (1988), se realizó bajo la supervisión directa de Viktor Frankl. De hecho, aparece como apéndice en su libro *La Voluntad de Sentido*. Se encuentra diseñado para medir el logro interior de sentido o su negación, la frustración existencial. Es aplicable a sujetos mayores de 16 años. Su fin inicial era distinguir entre personas sanas y aquellas psíquicamente enfermas debían estar diferenciados, traducido a varios idiomas. El Logo-test ha ganado reconocimiento internacional como el mayor instrumento disponible en el presente para medir “logro de sentido íntimo” o “realización Interior del sentido”.
- PIL Test desarrollado por Crumbaugh y Maholic en 1964. Es el Test Logoterapéutico de mayor uso y difusión en el mundo su objetivo es evaluar “El sentido de vida” o su contraparte “El vacío existencial”. Mide el grado de significado y el propósito en la vida, analiza el funcionamiento psicológico de la persona, consta de tres partes.
- MIST: El meaning in suffering test desarrollado por Patricia Stark. Mide la capacidad de las personas de descubrir un significado en el sufrimiento inevitable que se vive. Tiene 20 ítems y 3 sub-escalas: Respuesta personal al sufrimiento y significado del sufrimiento.
- Escala dimensional del sentido de vida en el trabajo, desarrollado por Efrén Martínez Ortiz, SAPS. Consta de 20 ítems en total y sirve para medir el sentido de vida en el trabajo. Puede aplicarse individual, colectiva o auto-aplicable. Tiempo estimado 5-8 minutos. Basado en los valores de creación, así como sus dimensiones experiencia y vivencia.

4.6 Técnicas Clásicas de Logoterapia

La logoterapia da gran relevancia al trato del paciente y el terapeuta. Frankl (1987) comenta en el libro *Psicoanálisis y Existencialismo*, que este trato entre las dos personas es el aspecto más revelador del proceso terapéutico, más que cualquier método o técnica.

El proceso terapéutico consiste en una sucesión de improvisaciones. Esta relación debe neutralizar las manifestaciones de la confianza humana y la separación científica. Esto quiere decir que el terapeuta no debe guiarse por la simpatía en su deseo de ayudar al paciente, ni a la inversa, retener su interés humano por la otra persona, someterse a la pura técnica. Frankl expresa que el logoterapeuta puede comenzar un diálogo mayéutico al estilo de Sócrates, sin llegar a debates artificiales con los pacientes.

Las situaciones existenciales o espirituales que lleve el paciente pueden ser difíciles, por lo que es necesario que el logoterapeuta tome una postura definitiva con respecto a los valores. El logoterapeuta debe estar atento para no dar al paciente su propia filosofía. Tiene que evitar la contratransferencia al paciente, con relación de su filosofía personal, del concepto personal de sus valores, ya que el conocimiento de responsabilidad implica que el paciente debe ser responsable de sí mismo. El logoterapeuta sólo tiene que facilitar la experiencia de su responsabilidad.

4.6.1 La intención paradójica

Consiste en hacer que el paciente intensifique sus síntomas en argumentos nuevos, causando que el síntoma pierda su funcionalidad. Dicho de otro modo, se intenta que el paciente provoque precisamente aquello que teme, de modo que se crea una contradicción lógica, muchas veces irónica. La intención paradójica se cree que es una técnica poderosa para tratar distintos problemas, por ejemplo, el insomnio de conciliación. Funciona porque, cuando la persona pasa a desear que ocurra un suceso que regularmente le provoca ansiedad u otras emociones negativas, tales resultados asociados no se producen.

Al aplicar la intención paradójica al logoterapeuta, no le importan los síntomas en sí mismos, sino la actitud del paciente frente a su neurosis y a sus exposiciones sintomáticas. Esta técnica es especialmente segura en la manera temporal de fobias acompañadas de ansiedad anticipatoria o ansiedad ante enfermedades crónicas. No es un procedimiento superficial, ya que afecta a las capas más íntimas de la persona. Es una reubicación existencial, la logoterapia se basa en el contenido especialmente humano de separarse, no sólo del mundo, sino también de uno mismo.

4.6.2 La derreflexión

En las neurosis obsesivo-compulsivas, los pacientes muestran respuestas de actividad equivocada en sus opiniones obsesivo compulsivas. Esta actividad equivocada también está presente en las neurosis sexuales, en las que el paciente al afanarse por ser adecuado en la relación sexual, que cree que se le requiere, responde inadecuadamente a la situación. Las intenciones excedidas hacen imposible la actividad deseada. En estos casos es frecuente demasiado cuidado y reflexión de uno mismo.

En casos de ansiedad anticipatoria, se le dice al paciente que ignore el problema, la cual funciona en la medida que el paciente haga conciencia hacia los aspectos positivos, busca, asimismo, animar al paciente a que visualice un momento la situación con miedo, esto es, animarle a que haga lo contrario de lo que le dicta su actitud hacia esa situación, esta técnica se lleva con sentido de humor, para que el paciente se sienta bien.

El resultado de esta técnica es un cambio de actitud hacia los propios síntomas. El paciente es capaz de alejarse a cierta distancia de sus síntomas, de apartarse de su neurosis, si se tiene triunfo, y el paciente deja de evadirse y luchar contra sus síntomas, y aún más, si los exagera, entonces se verá que los síntomas se reducen y dejan de obsesionar al paciente. La intención paradójica cambia la inmovilidad errónea por una considerada pasividad. La derreflexión cambia la actividad equivocada por una correcta actividad.

4.6.3 Cambio de actitud

Frankl, V. (1982) comenta que: “El valor no reside en el sufrimiento en sí, sino en la actitud frente al sufrimiento, nuestra actitud para soportar ese sufrimiento” (p.135). Si no está en las manos de la persona cambiar una situación que le produce dolor, siempre podrá escoger la actitud con la que afronte ese sufrimiento. Esta técnica permite aumentar el espacio de valores y significados, es eficaz en personas que enfrentan un sufrimiento inevitable, permite a no pensar como víctima, permite que el paciente se vea tomando el control.

Según Lukas, E. (2002), la aplicación de Cambio de Actitudes está dirigida hacia metas, propósitos, tareas, valores, responsabilidad y libertad de elección, lo que trabaja en cuatro pasos:

La distancia respecto a los síntomas: una de las tareas del logoterapeuta es ayudar al paciente a darse cuenta de que él no es mismo que sus síntomas, que tiene posibles opciones, que los modelos de conducta se pueden cambiar, que tiene capacidad para encontrar el sentido en cualquier situación, que la vida tiene sentido bajo cualquier acontecimiento.

Modificación de actitudes: ayudar al paciente a obtener nuevas ideas de ellos mismo y de la situación de su vida, para modificar sus actitudes, el logoterapeuta no da facilita las ideas, sino solo sirve de mediador para que el paciente manifieste lo que ya tiene en sí mismo, aunque puede manifestar sufrimiento el terapeuta debe educar al paciente para que exprese su sentir, cuidando siempre el bienestar y autoestima del mismo.

Reducción de síntomas: después tener un cambio beneficioso de cambio de actitudes del paciente, automáticamente se da la reducción de síntomas o por lo menos son manejables para el paciente. En caso que la ansiedad es muy grande como sucede en el paciente con Esclerosis Múltiple, las nuevas actitudes animan a enfrentar la enfermedad. El logoterapeuta no puede recuperar la discapacidad que tiene el paciente, pero sí puede animar al paciente a vivir con la discapacidad que tiene sin caer a la desesperación y sin revelarse contra su destino.

Orientación hacia el Sentido: después de haber asimilado, se deben tomar los pasos anteriores para asegurar el futuro de la salud mental del paciente, dirigiéndolo hacia el Sentido, Todas las capacidades significativas de su vida y de su situación en particular, son intensamente discutidas, beneficiadas y ampliadas. En sí el logoterapeuta ayuda al paciente a clarificar sus valores para que pueda proteger futuras frustraciones existenciales o sufrimientos existenciales, y sobretodo educa al paciente que sea capaz de asumir la responsabilidad de su vida.

4.6.4 Diálogo Socrático

El logoterapeuta presenta preguntas en forma para que el paciente descubra por sí mismo las nuevas actitudes que se adecúan su situación, consiste en desafiar las definiciones que hace el paciente de distintos sucesos (su sistema de creencias) a través de preguntas basadas en la lógica. El Diálogo Socrático fue adoptado por los psicoterapeutas de orientación cognitiva, como Aarón Beck, y constituye uno de los pilares fundamentales de la reestructuración cognitiva.

En el Diálogo Socrático, se encuentran tres preguntas básicas necesarias para el desarrollo de la conversación: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Para qué? El Diálogo Socrático se utiliza como una pieza con un alto valor terapéutico por las posibilidades que tiene el paciente, dentro de éste proceso Socrático, de modular su actitud o postura frente a la problemática que está vivenciando. Amplía la verdad de la persona. Autodescubrimiento, Aceptación de sí mismo.

4.6.5 Confrontación o Apelación

Es una técnica básica de la psicoterapia en general. Se trata de hacer ver al paciente las incongruencias y la inadecuación de determinadas conductas y actitudes de modo que pueda ser consciente de ellas y modificarlas.

4.7 Técnicas innovadoras de Logoterapia

4.7.1 Escritura y sentido de vida

Para Bruner, J. (2010), la mente es como un aparato generador de textos que edifica y repasa el sentido de la experiencia. No se pueden cambiar los hechos, lo importante aquí es que se pueden re-estructurar, que es darles un nuevo significado.

La Terapia Narrativa consiste en revisar la memoria del pasado, haciendo en un nuevo relato para lograr un nuevo significado.

Indicada: Duelos, personalidad evitativa, ansiedad, problemas con las relaciones y los vínculos. Terapias grupales, terapias estrés post-traumático.

Contraindicada: a) Patologías obsesivas, psicóticas delirantes ya que puede reforzar tradiciones disfuncionales o confirmar esquemas neuróticos. b) escribir puede provocar una hiperreflexión o una excesiva auto-observación que en determinados casos como personalidades narcisistas sería contraproducente.

4.7.2 Biblioterapia

La técnica se basa en la observación del paciente, sus recursos. Para luego recomendarle el libro que más pueda ayudarlo. La logoterapia utiliza esta técnica para ayudar a los pacientes en su búsqueda del sentido de la vida a través de la lectura. Lo que produce un efecto terapéutico no es el libro por sí mismo: la cura a través de la palabra escrita, permite al paciente utilizar los recursos de identificación, proyección y fantasía, para afrontar sus propios conflictos y así auto distanciarse. Se utiliza de acuerdo a la situación de cada individuo.

4.7.3 Filmoterapia

El cine hace que la persona traspase su conciencia, afecta las emociones, profundiza lo oscuro del alma, ayuda a humanizar y personalizar a la persona, le ayuda a lograr su plenitud a partir de una adecuada concepción de hombre como persona en comunidad de personas.

4.8 Encuadre en la Logoterapia

Es un diagrama organizacional que facilita la comprensión de un caso en términos de la Logoterapia. Está compuesta por dos partes. La primera que es el diagnóstico por áreas en el cual se hace una revisión de los problemas en las áreas psíquicas, somáticas y espirituales. La segunda parte que la comprende el diagnóstico por ejes, donde se evalúan las disposiciones de la persona en el área espiritual de clarificación de valores, sentido, libertad, responsabilidad, elección y adaptación. De esta manera, se conceptúa un caso de una manera integral.

4.8.1 Diagnóstico por áreas

- Psique: incluye todos los probables trastornos emocionales y de personalidad. Usualmente se puede utilizar la terminología del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- 5) de la Asociación Americana de Psiquiatría, o en el manual de la Clasificación internacional de las enfermedades de la Organización mundial de la Salud (CIE-10).
- Soma: Todas aquellas enfermedades médicas que coexisten con el problema actual.
- Noos: El área que incluye los diagnósticos de Neurosis noógenas (angustia o ansiedad causada por un conflicto de valores o un problema de actitud) y depresión noógena (desesperanza, apatía y frustración causado por un vacío existencial).

4.8.2 Diagnóstico por ejes

- Clarificación de valores: El estado de consciencia o alerta sobre lo que es importante en la vida de la persona, tales como los valores de creación (sentido del trabajo, lo que recibo y doy al mundo), los valores de experiencia (sentido del amor o la amistad, lo que recibo del mundo y los valores de actitud (postura sana ante diversas circunstancias de la vida, lo que comparto con el mundo).
- Sentido de vida: El nivel de alerta sobre los propósitos de la vida de la persona, tanto a nivel del fin de la vida (suprasentido) como metas más próximas temporales (sentido del momento).
- Libertad: Se evalúa si no existen condicionamientos externos que dificulten la forma de decisiones o conductas.
- Responsabilidad: Si la persona se da cuenta de las consecuencias de sus actos en sí misma y en los demás.
- Elección: Claridad de advertencia sobre las opciones que se tienen para afrontar determinado problema.
- Adaptación: El nivel de afrontamiento sobre el problema y si se ha afectado el nivel de funcionamiento.

4.8.2.1 Parámetro cualitativo

- Satisfactorio: Ningún problema, funcionando adecuadamente.
- Regular: Hay una leve carencia o disfunción pero que no afecta significativamente a la persona.
- Insatisfactorio: La carencia o disfunción afecta de manera significativa a la persona.
- Nada: Hay una afección grave. Carencia total de la cualidad noógena o espiritual (por ejemplo: ausencia total del sentido de vida).

El filósofo Epicuro, decía para qué preocuparse de la muerte si cuando el ser humano vive, ella no está presente; mientras que cuando ella llega, él ya no está.

4.9 Rol Logoterapéutico

Durante el transcurso de la terapia es necesaria la clarificación, pero esencialmente en la fase inicial en la que todo es confusión. El diálogo socrático es una valiosa técnica logoterapéutica necesaria para este propósito y para trabajar prácticamente todos los temas a continuación.

Lukas, E (2002) refiere que el logoterapeuta tiene las técnicas descritas anteriormente y al referirse el paciente a problemas de sufrimiento humano como es la persona que padece de Esclerosis Múltiple, la técnica de intención paradójica ayuda al paciente en el caso de sentirse aferrado en un ambiente vicioso como temores producidos por la incertidumbre de la enfermedad, provocando ansiedad anticipatoria, insomnio, falta de apetito, volviéndose una obsesión por la evolución de la enfermedad, la derreflexión trata de reducir el sufrimiento innecesario, en este caso se le hace ver, al paciente la variedad de valores que se encuentran más allá de sus propias naturalezas humanas, y la modificación de actitudes es una técnica inevitable ya que se utiliza en pacientes que sufren una enfermedad crónica o pacientes discapacitados, se puede dar inicio con decirle nada del pasado está perdido, sino acumulado.

El acompañamiento psicosocial desde el punto de vista de salud mental, las enfermedades crónicas implican una perturbación que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la persona afectada, frente a esta situación se produce modificaciones de ansiedad, miedo, tristeza, frustración o rabia y que se acompañan de cambios en el funcionamiento físico, como palpitaciones, tensión muscular, entre otros y la intervención en crisis la personas debe enfrentar de manera abrupta a hechos que pueden ser temibles, se generan cambios neuroquímicos en el sistema nervioso central, las reacciones emocionales son intensas, el individuo siente interrumpida su vida.

El logoterapeuta trata de influir activamente en el funcionamiento psíquico de una persona durante un periodo de desequilibrio para calmar el impacto inmediato de los sucesos estresantes, y ayudar a reactivar las actividades afectadas por la crisis, para fomentar y promover la búsqueda y conservación de la salud mental y emocional de los pacientes con Esclerosis Múltiple por medio de terapias psicológicas individuales con el fin de alcanzar la identificación, comprensión y resolución de los problemas ligados a esta enfermedad. Necesita fortalecer en el paciente el proceso de su curación, ayudar a la paciente a hacer el mejor uso de los recursos disponibles, tanto intrapsíquicos como interpersonales.

El logoterapeuta debe realizar una valoración objetiva de las posibilidades del paciente, a través de un serio diagnóstico de todas y cada una de sus dimensiones. Debe abrir el mayor número de puertas posibles, para que el paciente escoja la puerta que más le convenga. Debe estar alerta para no imponer al paciente su propia filosofía. No debe dejarse llevar por la simpatía, carisma, ni el deseo por ayudar; ni a la inversa, de forma técnica. Debe concebir al individuo como un ser único e irrepetible que atraviesa por una serie de situaciones inevitables, que debe ofrecer en cada caso un sentido específico que debe ser reconocido y realizado.

El logoterapeuta tiene la función de ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible para él todo el espectro de significados y principios. Nunca debe imponer juicios sino dejar que el paciente busque por sí mismo.

Frankl, V. (1998) comenta: “El valor no reside en el sufrimiento en sí, sino la actitud frente al sufrimiento, es nuestra actitud para soportar ese sufrimiento”, cuando un paciente se enfrenta con un destino inevitable, como es la Esclerosis Múltiple, la misión del logoterapeuta es hacerle ver que la vida le ofrece oportunidades de realizar el valor supremo que es aceptar el sufrimiento, y solo él puede decidir tomar una actitud positiva ante lo impredecible que es la enfermedad. (p.134)

4.10 Aplicación en Guatemala de Técnicas de Logoterapia

4.10.1 Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple

En el municipio de Guatemala se ubica ASOGEM que es una organización privada sin fines de lucro que agrupa a personas con Esclerosis Múltiple, sus familiares, y personas interesadas en el tema. Su misión es mejorar la calidad de vida de las personas con Esclerosis Múltiple; brindándoles información, capacitación y apoyo, facilitándoles el acceso a la atención Médica y Psicológica integral en coordinación con organizaciones públicas y privadas. Su visión es llegar a ser una organización líder en Guatemala por sus logros en mejorar la calidad de vida de las personas con Esclerosis Múltiple.

La Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple (ASOGEM), ubicada en 22 Calle “C” 14-74 zona 11, Granai III, presta servicio de psicología, fisioterapia, recreación como pintura, manualidades, pin-pon, juegos de mesas con el objetivo de trabajar el área cognitiva y motora. La atención psicología es atendida la mayor parte del tiempo por estudiantes de la Universidad Rafael Landívar, aplicando instrumentos como los Logo test, el PIL entre otros, primero para medir y tener una biografía del paciente más completa, además se evalúa las competencias personales y existenciales para poder tratar consigo mismo y con el mundo.

Los estudiantes refieren que, al tener un diagnóstico, aplican las técnicas de Logoterapia combinando las clásicas y las innovadoras obteniendo un resultado muy satisfactorio, aplicando a cada paciente diferentes técnicas, pues aun con la misma enfermedad cada uno la percibe de diferente manera y por lo mismo se toma en cuenta que son seres únicos e irrepetibles.

Las técnicas más aplicadas por los estudiantes de la Universidad Rafael Landívar es la Intención paradójica, derreflexión, y la modificación de actitudes, combinadas con el dialogo socrático:

- **Intención paradójica:** Tiene un doble sentido; por un lado, el miedo provoca precisamente aquello que se teme, por otro lado, la hiperintención estorba la realización del efecto que se desea. Uno de los síntomas que presenta el paciente con Esclerosis Múltiple al inicio de la enfermedad es el miedo por la incertidumbre de la evolución de esta, bajo el enfoque de logoterapia se puede aplicar esta técnica de la manera siguiente:

Se le pide al paciente que tiene miedo hacer exactamente lo contrario a lo que intenta, por lo general el paciente que tiene miedo por la incertidumbre de la Esclerosis Múltiple refiere: "me acuesto y trato de quedarme dormido, pero por más que intento no lo logro, y sigo pensando en mi enfermedad, me da miedo como voy a terminar, cuanto tiempo me queda".

Después de unas sesiones en que persiste el miedo un tanto agravado, y posteriormente de que se ha logrado el insight para poder introducir el humor en la terapia, se le indica al paciente que se preocupe incluso más de lo que ya lo hace, en una persona con Esclerosis Múltiple es normal que se angustie por su enfermedad que en realidad está haciendo bien en preocuparse, también se le expone que eso no es motivo de preocupación sino de, que está bien que se siga angustiando como toda persona con Esclerosis Múltiple lo hace. La reacción es por supuesto de risa mezclada con titubeo y confusión y a la vez de un aire de sensación de ser comprendido por la alusión a que todo paciente con Esclerosis Múltiple pasa por lo mismo.

A la siguiente sesión se le pregunta cómo le fue en los días anteriores a lo que confirma: dormí muy a gusto, ni siquiera me acordé de su consejo. Al parecer, el problema es preocuparse por preocuparse. La pasividad correcta hace referencia al uso de la intención paradójica, donde el paciente deja de temerle a la enfermedad sin crearse miedo o ansiedad.

- **Derreflexión:** esta técnica tiene como propósito en los pacientes con Esclerosis Múltiple debilitar las tendencias obsesivas compulsivas que se dan con frecuencia en torno a la

observación personal, estando en una silla de ruedas, un andador o problemas de habla, es algo parecida a la intención paradójica. Muy a menudo los pacientes con Esclerosis Múltiple se concentran obsesivamente en algo y mientras más piensan, más se obsesionan con el problema, empeorando por lo menos mentalmente.

En la técnica de la derreflexión se ignoran los síntomas y se recobrar la estabilidad. Se experimenta a confiar en el inconsciente frente a lo racional o intelectual, ayudando a revelar un recurso en condiciones en las que se siente atrapada la persona por su propia preocupación acerca de un problema que puede ser físico, psicológico o existencial.

Muchos de los pacientes con Esclerosis Múltiple padecen de Insomnio, por la preocupación de la evolución de la enfermedad, bajo el enfoque de logoterapia se puede aplicar esta técnica de la manera siguiente:

Mientras más se concentra en dormir el paciente, más trabajo le cuesta conciliar el sueño. Cuando se da por vencido, tal vez es cuando se queda dormido. Después de unas sesiones y haber un rapport se le solicita a la persona que ignore la enfermedad para de esta manera hacerlo más efectivo en lo que desea hacer y reducir así el nivel de ansiedad. La derreflexión es el punto correcto de actividad en esta situación, o sea, el paciente ignora el problema y dirige su atención hacia otras cosas más importantes.

- **Modificación de actitudes:** en el caso de pacientes con Esclerosis Múltiple se aplica la técnica está basada en la fantasía guiada y la visualización, así como en la confrontación y en la búsqueda de opciones significativas, lo que ayuda al paciente a obtener nuevas ideas de él mismo y de la situación de su vida, para modificar sus actitudes, el logoterapeuta no da facilita las ideas sino por medio de la visualización el paciente pasa a hacer frente a las diferentes formas de evolución que se pueda presentar la enfermedad de Esclerosis Múltiple

Utilizando el Diálogo Socrático y de haber logrado rapport se le indica al paciente con Esclerosis Múltiple que se imagine como se ve físicamente y que puede hacer, esto es como destreza de afrontamiento para visualizarse a sí mismo haciendo cara a diferentes escenarios cómo lo haría otro paciente con Esclerosis Múltiple, deberá ir cambiando la situación de menos a más amenazante y entrenándose mentalmente en distintos escenarios para posibles cambios. De esta manera será dar cuenta que puede hacer muchas cosas y cambiar su actitud perjudicial a una actitud positiva.

4.10.2 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.)

La Constitución Política de la República de Guatemala (CPRG), en concordancia con lo establecido en los estándares internacionales, no hace discriminación alguna para el goce del derecho a la salud y establece la universalidad del mismo. Los artículos 93, 94 y 95 establecen que todos los habitantes tienen derecho a la salud, sin discriminación alguna; que es obligación del Estado velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes; y que la salud es un bien público, lo cual no se cumple muchas veces.

En Guatemala, el I.G.S.S. es una de las entidades encargadas de brindar servicios de salud a los pacientes con Esclerosis Múltiple, sin embargo, su enfoque no está dirigido únicamente a esta enfermedad, ya que atiende todas las enfermedades que padece el guatemalteco trabajador; para poder tener acceso al servicio del seguro social es necesario trabajar y tener las prestaciones que incluyen derecho a este servicio. Esta entidad es también la encargada de brindar los medicamentos a los pacientes con Esclerosis Múltiple gratuitamente, esto es de gran ayuda para las personas afectadas con la enfermedad ya que los medicamentos tienen un costo elevado.

Uno de los grandes problemas que padece el paciente con Esclerosis Múltiple es que no tienen el apoyo psicológico adecuado a dicha enfermedad, ya que la clínica psicológica que atiende no tiene a profesionales capacitados para dicha enfermedad, lo que hace que los pacientes solo van a

la primera y segunda cita, pues se siente incomprendidos pues dichos profesionales no tienen conocimiento de la enfermedad y por lo mismo no saben dar el acompañamiento preciso.

4.10.3 Clínica Psicológica Privada

Por lo anterior referido, el paciente con diagnóstico de Esclerosis Múltiple no encuentra el apoyo psicológico requerido en el I.G.S.S., cuando recibe la noticia de su enfermedad, es muy traumático para unos, otros nunca han oído de la enfermedad y otros que los han diagnosticado con el tipo de Esclerosis progresiva recurrente la cual presentan deterioro constante, si han asistido con un Psicólogo lamentablemente según el paciente que no les ayudo, ya que no tenían conocimiento de la enfermedad y siente que no comprende su estado de ánimo tan variable, además tristeza, ansiedad, miedo algunos con depresión por la incertidumbre de la enfermedad y explica que solo ha salido adelante, muy pocos pacientes refieren que sí encuentran estabilidad emocional. Suele suponerse que la falta de experiencia en los profesionales de la salud constituye un factor negativo en la administración de la psicoterapia.

Según el Neurólogo del I.G.S.S, Alejandro Díaz (2018, marzo 19), el profesional de salud o en su efecto el psicólogo deben trabajar de manera coordinada, para este último esté al tanto de los posibles síntomas y recaídas que pueda tener el paciente, refiere el Dr. Díaz que lamentablemente los profesionales que atienden la clínica psicológica no están preparados para muchas enfermedades neurológicas y siendo tantos los pacientes con enfermedades crónicas que no hay suficientes psicólogos para atender cada área, lo que hace que el paciente busque por sus medios clínicas privadas las cuales aparte de precios tan elevados, no llenan sus expectativas.

Conclusiones

La logoterapia es un enfoque existencial que apoya al individuo a solucionar problemas físicos, emocionales o espirituales. Estos problemas se refieren al significado de la vida, de la muerte, del sufrimiento de una enfermedad crónica, de diversos problemas de la vida del ser humano. El sentido de la vida no revela el propósito de la existencia, más bien sale de las contestaciones que el hombre da a la vida, a las situaciones y a los diferentes problemas que la vida le enfrenta. A pesar de que el ser humano no pueda controlar siempre las condiciones con las cuales tiene que enfrentarse, sí puede controlar sus propias contestaciones a éstas. Por lo tanto, el hombre es el que decide que actitud toma hacia la vida.

El estado mental es lo que en gran medida determina el estado de salud de las personas, siendo esta la que distingue al ser humano del resto de los animales y la razón por la cual siente tensión, angustia o ansiedad, siendo unos de los síntomas que afectan emocionalmente produciendo un estado patológico a la persona que padece Esclerosis Múltiple, a su vez un deterioro mental.

El apoyo social, psicológico y recreativo de la Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas, de los cuidadores y familiares. Se describe como un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis con el apoyo Psicológico adecuado.

Lamentablemente en Guatemala en la praxis pocos profesionales conocen la enfermedad de Esclerosis Múltiple, siendo esta una enfermedad crónica, los profesionales de la salud la tratan como tal, pero la persona que padece esta enfermedad se siente incomprendida pues recibe respuesta como: olvídense de eso usted no es la única, ya que algunos médicos cuando diagnostican indican que esta enfermedad no tiene cura y que el cáncer sí, la persona luego piensa en la muerte y en su proceso terapéutico es donde no encuentran el acompañamiento necesario, no hay empatía.

Referencias

Libros

- Acevedo, G. (2001). *El modo humano de enfermar*. Buenos Aires: Fundación Argentina de Logoterapia.
- Anés, P. (2011). *El hombre ante la muerte*. Buenos Aires: Lugar.
- Arbea A, Luis. (2009). *Conviviendo con la Esclerosis Múltiple*. España: Pirámide.
- Bastian, E., Staley. (2010). *Vivir plenamente, morir bien*. Madrid: Gala ediciones.
- Baekeland, Ch. (2014). *Una breve psicología de la ansiedad*. Madrid: Autor.
- Báez, K. (2007). *Manual del manejo de la ansiedad*. España, Vasco: Autor.
- Behar, D. (2003). *Un buen morir: Encontrando sentido al proceso de la muerte*. México: Pax.
- Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (1986). *Manual de psicopatología*. México: McGraw-Hill.
- Boroch, A. (20089). *Libre de Esclerosis Múltiple*. Madrid: Aguilar.
- Bowker, J. (2003). *Los significados de la muerte*. Cambridge: University Press.
- Burns, D. (2006). *Adiós, Ansiedad*. México: Paidós.
- Bruner, J. (2010). *Realidad Mental y Mundos Posible*. Madrid: Gedisa.

- Callaghan, P. (2004). *La muerte y la esperanza*. Madrid, España: Palabra.
- Consuegra, N. (2004). *Diccionario de Psicología*, (2da.ed.). España: Ecoe.
- De la Iglesia, P. (2004). *Esclerosis Múltiple*. Barcelona. Obelisco.
- DSM – 5. (2014). *Trastornos de Ansiedad (5ª. Ed.)* España: Médicana Panamericana.
- Frankl, V. (1964). *Teoría y terapia de las neurosis*. Madrid: Gredos.
- Frankl, V. (1979). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1981). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1986). *La idea psicológica del hombre*. Madrid: Rialp.
- Frankl, V. (1986). *La psicoterapia al alcance de todos*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1987). *Psicoanálisis y existencialismo*. México: F.C.E.
- Frankl, V. (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1989). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2000). *Fundamentos y aplicaciones de La logoterapia*. Buenos Aires: San Pablo.
- Fernández, O., Fernández, V., Guerrero, M. (2012). *Todo lo que usted siempre quiso saber acerca de La Esclerosis Múltiple y no se atrevió a preguntar*. (2da. Ed.). Madrid: Línea.

- Gert, B. (1996). *Definición de la muerte según la perspectiva filosófica*. Memoria académica. 31-32, 4
- González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Guberman, M., Pérez, E. (2004). *Diccionario de Logoterapia*. Buenos Aires:Lumen Humanizas
- Lukas, E., (2002). *También tu sufrimiento tiene sentido*. México, DF: LAG
- Lukas, E., (2003). *También tu vida tiene sentido*. México, DF: LAG
- Lukas, E. (2008). *Viktor E. Frankl, El sentido de la vida*. Barcelona, España: Plataforma.
- Martínez, E. (2013). *Manual de psicoterapia con enfoque logoterapéutico*. 1a. ed. Bogotá, Colombia: Manual Moderno. p. 34
- Médica Novartis Farmacéutica, S.A. ((2017). *Manifestaciones clínicas y clasificación de Esclerosis Múltiple*. Colombia: Producciones Científicas Ltda.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2016). *Reporte nacional Trastornos de Ansiedad período 2008-2016 de la República de Guatemala*. Guatemala: Autor
- Miramontes, F. (2015). *Volver a los escritos de Viktor Frankl*. México, DF: LAG.
- Moreno, P. (2011). *Superar la ansiedad y el miedo*. (9ª ed.). Madrid, Bilbao: Desolee Brouwer.
- Moreno, P., Moreno, J. (2014). *Dominar la crisis de la ansiedad*. Madrid, Bilbao: Desolee Brouwer.

- Neimeyer, R. (2007). *Métodos de Evaluación de la ansiedad*. Barcelona: Paidós
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning S.A.
- Ortúzar, M. (1996). *La definición de muerte desde las perspectivas filosóficas de Bernard Gert y Daniel Wikler*. *Filosofía y Teoría Política*, (31-32) 4
- Paz, O. (1998). *El laberinto de la soledad*. España: Fondo de la cultura económica de España
- Roldós, M. (2008). *Salud Mental en Atención Primaria*. Islas Canarias: Consejería de Salud.
- Ruitenbeek, H. (1972). *Psicoanálisis y filosofía Existencial*. Madrid. Editorial Gredos.
- Santotrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo, el ciclo vital*. España: Mc-Graw Hill
- Sellam, S. (2013). *La Esclerosis Múltiple*. Madrid: Bérangel
- Saraso, I., Sarason, B. (2006), *Psicopatología*. (11ª. ed.). México: Pearson Educación
- Tomas, J. (2016). *Miedo y ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Herder
- Trull, T., Phares, E. (2003). *Psicología Clínica*. (6ª. ed.). México: Thomson Learning
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Yalom, I. (2007). *El verdugo del amor*. Buenos Aires, Argentina: Emecé

Electrónicas

Diccionario Real Academia Española. (2014). *Definición Esclerosis Múltiple*. Recuperado de <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=GExlSsw>

Ramallo (2015) *Patología de Esclerosis Múltiple*. Recuperado de <http://www.juntosylibres.com.ar/informacion-de-la-patologia/>