

Universidad Católica de Salta

Facultad de Artes y Ciencias

Licenciatura en Psicología

Tesis Final de Grado

**“Actualización del Valor de Actitud en personas
con la enfermedad de Parkinson”**

Alumna:

Julieta Victor

Directora de Tesis:

Lic. Luciana Herrando

Salta, 2018

AUTORIDADES ACADÉMICAS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA

RECTOR

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

VICERRECTORA ACADÉMICA

Mg. Prof. Lilian Constanza Diedrich

SECRETARIA GENERAL

Lic. Silvia Álvarez

FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

DECANO DE LA FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

Lic. Susana del Carmen ArzelánAllué

SECRETARIA ACADÉMICA

Dra. Adriana Iburguren

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

JEFA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA

Lic. Sandra Zabala Salazar

**“Actualización del Valor de Actitud en personas
con la enfermedad de Parkinson”**

AGRADECIMIENTOS

A Irupé, mi hija que vino a darme el empujón necesario para poder concluir esta etapa de mi vida y arrancar una nueva.

A mis padres Gladys y Normando, que fueron mis pilares fundamentales, en donde pude apoyarme para celebrar cada logro obtenido y llorar cada derrota y frustración que me tocó vivir en la carrera, tomándolas como aprendizajes y fortalezas para seguir adelante.

A Ariel, Camila y Lucas mis ejemplos de esfuerzo, sacrificio y perseverancia para lograr lo que uno sueña y quiere de verdad.

A mi abuela Elba, gracias por ser ejemplo de vida para seguir y ser inspiración de muchas acciones en mi vida, esta es una de ellas.

A mis compañeros y amigos que estuvieron construyendo junto a mi lado este camino lleno de aprendizajes y emociones. Gracias por apoyarme, alentarme y hacer este andar más lindo.

A la Lic. Gabriela Uño que me brindó su incondicional y genuino apoyo en el inicio y al finalizar este ciclo de aprendizaje

A la Lic. Luciana Herrando, gracias por a tu amoroso acompañamiento y guía, en la construcción de esta investigación.

A la Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta (AEPSA), a la Profesora Zulema Valdiviezo y los participantes, gracias por su predisposición y confianza puesta en mí. Gracias por haberme dejado más que un aprendizaje teórico.

RESUMEN

“Actualización del Valor de Actitud en personas con la enfermedad de Parkinson” es una investigación de carácter cualitativo, con un diseño de tipo narrativo biográfico. El objetivo de esta investigación fue describir como actualizan el valor de actitud las personas que padecen la enfermedad de Parkinson. Se trabajó con un enfoque teórico desde el Análisis Existencial y Logoterapia.

La muestra de esta investigación está conformada por 6 participantes que se postularon de manera voluntaria y forman parte de Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta (AEPSA). Son tres casos de género masculino y tres casos de género femenino, las edades oscilan entre los 63 y 78 años y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad varía entre los tres y cinco años. Para la recolección y análisis de la información se utilizó una entrevista semidirigida a cada uno de los participantes y se les aplico el Logo- test de manera individual. En el momento de la administración de ambos instrumentos, se tuvo en cuenta las características sintomáticas de la patología, ya que estas podrían alterar la forma de administración.

A partir de la información obtenida se realizó un análisis descriptivo e interpretativo por medio del cual se pudo arribar a la conclusión de que las personas que asisten a AEPSA, logran actualizar el valor de actitud a través de la significación que le dan a la enfermedad tanto en el momento del diagnóstico como en el día a día, a medida que la enfermedad avanza. Con esto se puede decir que la anticipación de sentido con la que se trabajó en esta investigación queda confirmada, ya que se puede evidenciar que los participantes actualizan el valor de actitud en virtud de la manifestación de los recursos noéticos.

Palabras Claves: Logoterapia, Valor de Actitud, Recursos Noéticos, Parkinson

ABSTRACT

"Exhibition of the Attitudinal Value in people with Parkinson's disease" is a qualitative research, with a narrative biographical design. The goal of this research was to describe how people suffering from Parkinson's disease exhibited the attitudinal value. We worked with a theoretical approach from the Existential Analysis and Logotherapy.

The sample of this research is made up of 6 participants who applied voluntarily and who are members of the Parkinson's Patients Association in Salta (in Spanish, AEPSA). Three were male gender cases and three were female gender cases, with ages ranging between 63 and 78 years old and a disease diagnosis of between three and five years. To collect and analyze the information we conducted a semi-directed interview to each of the participants and applied a Logotest to them individually. In using both instruments, the symptomatic characteristics of the pathology were taken into account, since these could alter the application of these instruments.

Based on the information obtained, a descriptive and interpretative analysis was carried out, through which it was possible to arrive at the conclusion that the people who attend AEPSA manage to exhibit the attitudinal value through the meaning they assign to the disease at the time of diagnosis as well as on day-to-day basis, as the disease progresses. From this, we can infer that the meaning anticipation used in this research is confirmed, since it can be proved that the participants exhibit the attitudinal value in virtue of the display of noetic resources.

Key Words: Logotherapy, Attitudinal Value, Noetic Resources, Parkinson's

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS.....	5
PREGUNTA DE INVESTIGACION	6
DEFICIENCIAS DEL CONOCIMIENTO	7
JUSTIFICACION.....	10
VIABILIDAD	12
RECURSOS.....	12
FACTIBILIDAD DEL PROYECTO.....	12
PRESUPUESTO.....	13
CONSECUENCIAS	14
MARCO INSTITUCIONAL.....	15
MARCO TEÓRICO	18
CAPÍTULO I: LOGOTERAPIA	18
CAPÍTULO II: VALOR DE ACTITUD	24
CAPÍTULO III: ENFERMEDAD DE PARKINSON	35
ASPECTOS METODOLOGICOS.....	53
NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACION	53
ALCANCE DE LA INVESTIGACION.....	53
DISEÑO.....	53
CONCEPTOS CENTRALES.....	54
CONTEXTO Y PERIODO.....	56
PARTICIPANTES.....	56
INSTRUMENTOS.....	57
PROCEDIMIENTO	74
RESULTADOS	76
CASO A.....	76
CASO B	78
CASO C.....	80
CASO D.....	82

CASO E	84
CASO F.....	86
ANALISIS	88
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	92
Conclusiones.....	92
Sugerencias	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enmarca dentro del análisis existencial, en particular desde el marco de la Logoterapia. Tal como la definen Guberman y Pérez Soto, el concepto de Logoterapia se refiere “a la psicoterapia orientada a la búsqueda del sentido que se focaliza en lo espiritual y apela a la facultad de oposición del espíritu. Como psicoterapia, tiene una aplicación específica y una aplicación no específica”. (2005, p.80)

A partir de la definición arriba expresada se puede inferir que esta teoría hace énfasis principalmente en lo que respecta a la existencia humana, como así también en el sentido de la vida que tiene la persona en sus experiencias vividas. Al respecto Frankl plantea “lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado.”(1996, p.107).

En el momento del diagnóstico de la enfermedad de Parkinson las personas que lo padecen deben enfrentarse a una de las crisis más importantes de sus vidas, al tomar conciencia del origen de las limitaciones y dolencias que vienen teniendo y que padecerán progresivamente a nivel físico. Pese a que muchas veces no se vean afectadas sus facultades intelectuales es muy probable que deban encarar situaciones en las que indefectiblemente requieran tomar una postura ante la vida. Muchos empiezan a caer en depresión, que además es un síntoma característico de la enfermedad, de la cual no logran sobreponerse y se van deteriorando cada vez más. Sin embargo, algunos logran adaptarse y adoptan una postura positiva ante la enfermedad.

Desde la Logoterapia, Frankl (1996) plantea que cada persona puede encontrar un significado a cada momento de su vida. Así mismo, Pareja Herrera explica que “el ser humano, fenomenológicamente hablando, puede encontrar y descubrir el sentido de su vida, través de tres caminos fundamentales: Valores de Creación, Valores de Experiencia y Valores de Actitud”. (2006, p.206)

Teniendo en cuenta esto, cabe decir que una de las vías que utilizan las personas para poder encontrar el significado a un momento de sus vidas es por medio de los Valores de Actitud. Estos, tal como los definen Guberman y Pérez Soto son “aquellos

que se encarnan a partir de la capacidad del hombre de encontrar un sentido al sufrimiento, logrando transformar una tragedia personal en un triunfo, siendo por lo tanto la facultad más humana del hombre.” (2005, p.145).

En consecuencia, el motivo que originó la preferencia por una investigación acerca de la actualización del valor de actitud en personas con la enfermedad de Parkinson, surge de varios interrogantes de la autora, tales como: ¿Cuáles son las reacciones, de las personas, ante el diagnóstico de la enfermedad? ¿Cómo se predisponen para afrontar el nuevo estilo de vida?

En esta investigación se pretendió estudiar cómo se manifiesta el Valor de Actitud en las personas con la enfermedad de Parkinson. Las técnicas que se emplearon para la recolección de la información fueron la Observación, la Entrevista semi estructurada y el Logo - Test. Para el análisis de los datos, se puso mayor atención en el discurso de los entrevistados, en lo que describían respecto a su vida y a la enfermedad, en lo observado durante las entrevistas y en los resultados arrojados por el test elegido. Es a partir de esto que se infiere que el tipo de diseño que se utilizó para desarrollar la investigación fue de tipo narrativo, ya que se trabajó con los relatos de las personas que padecen la enfermedad de Parkinson. La información que se obtuvo de los distintos instrumentos y de la técnica que se empleó fue analizada de modo cualitativo. Con lo cual hace que la metodología de esta investigación sea cualitativa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad de Parkinson es una patología que principalmente se manifiesta físicamente. En el imaginario social es tomada como una afección que solo pueden llegar a padecer personas mayores de la tercera edad, ya que llegan al deterioro físico de manera extrema. Con este mismo pensamiento, sesgado y pobre, fue que la autora de este trabajo llegó a tener contacto con las personas de la Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta (AEPSA).

En la inmersión inicial, al reunirse con los miembros de esta organización y empezar a compartir momentos de sus terapias grupales, comenzó a descubrir los preconceptos y pensamientos erróneos que poseía acerca de la enfermedad, pudo constatar que no solo padecían Parkinson los adultos mayores sino también era posible que jóvenes padezcan la enfermedad.

Ana era una señora de 60 años que formaba parte de la AEPSA y que se encontraba en un estado avanzado de la enfermedad. Al verla en las actividades que realizaba, la tesista quedó sorprendida, pues asistía a cada uno de los talleres que se dictaban, y en sus momentos libres, en su hogar, hacía origamis y adornos de cotillón, actividad que había aprendido en la asociación. Conversando con ella acerca del tiempo que llevaba realizando trabajos manuales, respondió: *“cuando me diagnostican parkinson, lo primero que hice fue ponerme a pintar, y ahí me di cuenta que si hacía cosas manuales me desafiaba a mejorar y no pensaba en el temblor o en lo que me dolía”*. (Ana, conversación personal, 15 de septiembre de 2016). Cuando la tesista inicia las entrevistas, Ana ya había fallecido, debido al gran deterioro de salud que le llevo la enfermedad.

Por lo expuesto, el origen de la elección del tema a investigar surge de haber conocido a Ana y observar como convivía con la enfermedad, logrando enfrentarse y adaptarse a la nueva forma de vida luego del diagnóstico de la patología.

Las personas, por el hecho de ser humanos, se encuentran permanentemente atravesando distintas situaciones cotidianas, algunas más alegres y menos adversas que otras, pero sin lugar a dudas de estas experiencias que vivencian sufren

transformaciones en su interior, por las cuales pueden ser capaces de mirar el presente de otra manera, ya sea favorable o no. Esta capacidad de poder posicionarse ante la realidad de otro modo, se debe a la facultad de lograr poner en acto la actualización del valor de actitud que cada persona lleva de manera inconsciente. Se logra poner en acto a este valor cuando es preciso enfrentarse a situaciones de la vida que se perciben como críticas y en las que realmente se entra en crisis.

Es posible considerar que uno de los momentos de la vida que son inherentes y probables en el ser humano se da cuando atraviesa por alguna patología incurable, o se le informa sobre cómo se encuentra su estado de salud. Este es el caso de las personas que tienen la enfermedad de Parkinson; ya que deben enfrentarse a este diagnóstico cuando sus facultades cognitivas y capacidades intelectuales aún se encuentran en buen estado y no así sus capacidades motrices, las cuales sí se ven afectadas.

Estudiar la forma en que actualizan el valor de actitud las personas con la enfermedad de Parkinson permitirá evidenciar de qué manera logran posicionarse ante la enfermedad, qué postura toman ante la misma y cómo afrontan la nueva forma de vivir con la enfermedad.

OBJETIVOS

- ✓ Describir cómo actualizaron el valor de actitud las personas con la enfermedad de Parkinson que asisten a la Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta (AEPSA) entre los años 2017.
- ✓ Conocer la actitud de las personas diagnosticadas con la enfermedad de Parkinson ante la patología.
- ✓ Caracterizar los recursos noéticos que ponen en acto las personas con la enfermedad de Parkinson para lograr actualizar el valor de actitud.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

- ✓ *¿Cómo actualizan el valor de actitud las personas con la enfermedad de Parkinson que asisten a la Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta (AEPSA) entre los años 2017 y 2018?*
- ✓ *¿Qué actitud asume la persona frente al diagnóstico de la enfermedad de Parkinson?*
- ✓ *¿Cómo se posiciona la persona con enfermedad de Parkinson que asisten a AEPSA frente a la misma?*

DEFICIENCIAS DEL CONOCIMIENTO

Como antecedentes previos a este trabajo se hallaron distintas investigaciones que hacen referencia a la actualización del valor de actitud pero ligadas a otras patologías, que tienen las mismas características a la enfermedad que se investigó.

Con respecto a la enfermedad de Parkinson se encontraron investigaciones que son descriptivas de la enfermedad y marcan cómo llevar un mejor estilo de vida para aquellas personas que la padecen. Las investigaciones que sirvieron para la consecución de este proyecto fueron:

“LOS VALORES DE ACTITUD DE LA LOGOTERAPIA ANTE UNA ENFERMEDAD COMO LA FIBROMIALGIA” de Andrade Espriu, Maria del Carmen realizada en la ciudad de Mexico en el año 2015. El principal objetivo de esta investigación, era poder sustentar si los valores de actitud de la logoterapia aportan una reflexión en la experiencia de una enfermedad como la ó fibromialgia. Para esto la investigadora como herramienta utilizó el relato de su propia experiencia vivida como persona que padece fibromialgia.

El aporte que hace esta investigación es poder ver como vincula a la fibromialgia, patología con síntomas crónicos y progresivos, al igual que la enfermedad de Parkinson, con los valores de actitud desde la Logoterapia.

“LA ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CÁNCER MEDIANTE LA ACTUALIZACIÓN DEL VALOR DE ACTITUD” Tesis de Grado de Lic. Ledesma, Natalia Lucia, realizada en la Universidad Católica de Salta, Facultad de Artes y Ciencia, en año 2010. Los principales objetivos de esta tesis eran; Conocer si las personas diagnosticadas de cáncer, logran aceptar la enfermedad que los sitúa ante la posibilidad de la propia muerte mediante la actualización del valor de actitud y describir la actitud que la persona asume frente a la enfermedad y ante la posibilidad de la propia muerte. Las herramientas que utilizó la investigadora, para lograr obtener los objetivos de la investigación, fueron el Logo-Test y la entrevista.

Esta investigación, es considerada como aporte, ya que emplea los mismos instrumentos para la recolección de los datos con los que se trabajará, si bien el enfoque es distinto, a partir de este trabajo se puede evidenciar cómo a través del valor de actitud se aborda una enfermedad terminal, y éste a su vez permite a la persona transitar esta enfermedad, buscar un nuevo sentido de vida desde la patología.

“ENFERMEDAD DE PARKINSON Y FACTORES AMBIENTALES. UN ESTUDIO CASO-CONTROL” de Solis Maria Jose G. y Araned Jacqueline F. realizada en Chile en la comuna de Concepción, durante el año 2016. El principal objetivo de esta investigación era poder evaluar la asociación entre la enfermedad de Parkinson y los factores ambientales, en personas inscritas en el Sistema de Atención Primaria de la Salud. Se realizó un estudio observacional, caso control. La hipótesis de la que partían en esta investigación fue que la Enfermedad de Parkinson es asociada a diferentes factores ambientales que aumentan la probabilidad de aparición en las personas.

El aporte de este trabajo para la investigación que se realizó, fue que se aborda la temática desde otra perspectiva, viendo como el factor desencadenante tiene que ver con factores ambientales y la evolución de la misma también. Es decir que sirvió a modo de comparación y contraste con la investigación que se realizó.

“COHERENCE AND INCOHERENCE: DOCTORS' AND PATIENTS' PERSPECTIVES ON THE DIAGNOSIS OF PARKINSON'S DISEASE” de Pinder, Ruth realizada en University of Amsterdam, Department of Sociology, Oude Hoogstraat 14, 1012 CE Amsterdam, The Netherlands en el año 1992. Es un trabajo realizado a partir de entrevistas individuales y grupo de enfoques.

“Este artículo describe parte de un proyecto cualitativo sobre el paciente cuando se le comunica la enfermedad del Parkinson. Explora cómo un grupo de médicos generales, conceptualiza la tarea de diagnosticar pacientes con EP y el diagnóstico de un grupo separado de pacientes (GPs) en términos de coherencia e incoherencia. El argumento es que para GPs el diagnóstico representaba un punto de máxima teoría coherencia, mientras que para los pacientes fue un tiempo de incoherencia experiencial – un tensión agudizada por referencia a una

distorsión análoga: la que existe entre el conocimiento descripción y conocimiento por el conocido. Este documento examina además la manera en que los médicos a través de su propia experiencia ayudó a los pacientes a través de tres suposiciones que tenían acerca de los pacientes con EP y DP: edad, la naturaleza comparativamente prolongada del curso de la enfermedad y la disponibilidad del tratamiento. Se pregunta hasta qué punto los pacientes las nociones ayudan en sus esfuerzos iniciales para aceptar el diagnóstico. Veo este punto de encuentro entre dos mundos simultáneamente como trágico y potencialmente creativo, con implicaciones para interacción sensible y efectiva entre el paciente y el GP esta y otras enfermedades crónicas”¹(Pinder, 1992, p.1)

El principal aporte que surge de este trabajo es que se toma en cuenta el momento en que se le diagnostica la enfermedad de Parkinson a una persona, y lo correlaciona con la información que tiene previa a la enfermedad sobre ella.

Las investigaciones arriba mencionadas son de utilidad para esta investigación, ya que brindaron ideas a la investigadora de cómo abordar la patología que se estudió y qué puntos fueron relevantes en el momento de investigar la enfermedad del Parkinson. Como así también pudo ver cómo fueron aplicadas las mismas herramientas, con otras patologías.

¹ This paper describes part of a qualitative project on patient-doctor communication in the management of Parkinson's Disease. It explores how a group of general practitioners conceptualised the task of diagnosing patients with PD and the impact of diagnosis on a separate group of patients in terms of coherence and incoherence. My argument is that for GPs diagnosis represented a point of maximum theoretical coherence, whereas for patients it was a time of maximum experiential incoherence - a tension sharpened by reference to an analogous distinction: that between knowledge by description and knowledge by acquaintance. The paper further examines how GPs considered their own experiential knowledge helped patients by way of three key assumptions they held about PD and PD patients: namely, age, the comparatively protracted nature of the disease course and the availability of treatment. It asks how far patients found such notions helpful in their initial efforts to accept the diagnosis. I see this meeting point between two worlds simultaneously as tragic and potentially creative, with implications for more sensitive and effective interaction between patient and GP in this and other chronic illnesses. (Traducción propia)

JUSTIFICACION

Desde la Asociación Civil Enfermedad de Parkinson (2013) definen a la patología de la siguiente manera:

El Parkinson es una enfermedad neurológica grave y progresiva, que afecta una pequeña área de las células del cerebro. Estas células, de manera gradual, se degeneran y mueren. Su pérdida produce la disminución de la elaboración de una sustancia química vital denominada dopamina, con el surgimiento de síntomas que incluyen temblores, rigidez muscular, lentitud de movimientos y pérdida del equilibrio. Fue descrita por primera vez por un médico británico llamado James Parkinson, en el año 1817. (2013, párr.3)

El Parkinson es una patología degenerativa que afecta a la persona de manera progresiva. Muchas veces se inicia con síntomas que no son evidentes, como lo es el temblequeo (síntoma característico de la enfermedad), y llevan a la persona a estados de confusión y angustia.

En la actualidad, el abordaje del tratamiento para los que padecen esta enfermedad en la Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta (AEPESA), está principalmente dirigido hacia la estabilización química que tiene esta patología, la realización de talleres de laborterapia y la actividad física.

También es importante destacar que desde el marco teórico que se eligió abordar la investigación, la Logoterapia, permitió abrir un abanico de posibles estudios que parten desde el concepto de valor de actitud, tales como el sentido de vida, la resignificación de la misma a partir de la enfermedad, entre otros.

Fue importante poder abordar la enfermedad de Parkinson desde el marco del análisis existencial, ya que la concepción de hombre que se tiene desde esta corriente y en relación con la patología que se trabajó es fundamental porque en el abordaje terapéutico para la misma, la persona debería sentir el acompañamiento en todas las dimensiones que constituyen al hombre (bio- psico-socio-espiritual).

Los valores de actitud, tal como los definen Guberman y Perez Soto “son aquellos que se encarnan a partir de la capacidad del hombre de encontrar un sentido a su sufrimiento, logrando transformar una tragedia personal en un triunfo, siendo, por lo tanto, la facultad más humana del hombre.” (2005, p. 146)

A partir de esta definición y esta concepción de lo que son los Valores de Actitud, se considera que las personas con enfermedad de Parkinson al recibir el diagnóstico de la patología, pueden manifestar o no una actitud ante la enfermedad y ante la nueva forma de vivir. Muchas veces necesitan el acompañamiento para poder transitar esa vivencia y así tomar alguna postura ante la enfermedad.

VIABILIDAD

RECURSOS

El equipo de trabajo estuvo conformado por la autora de la investigación, Julieta Victor, quien a su vez conto con el apoyo y la dirección de la Licenciada Luciana Herrando. Esta profesional cuenta con el manejo y experiencia necesaria para abordar la temática de la investigación desde el marco teórico del análisis existencial. Ella brindo el asesoramiento y la guía para el desarrollo óptimo de la investigación.

Los recursos materiales y tecnológicos que se utilizaron para llevar a cabo la investigación fueron artículos de librería (fotocopias, lapiceras, borrador), los cuales se emplearon para administrar el Logo - Test, como así también un grabador de audio que permitió tener un registro de las entrevistas con mayor precisión. Asimismo se dispuso de los recursos económicos para poder financiar y solventar los gastos que requiera la investigación. Las entrevistas se llevaron a cabo en un gabinete que fue facilitado por la asociación.

FACTIBILIDAD DEL PROYECTO

Al realizar el análisis F.O.D.A. de la investigación que se llevó a cabo, se encontrara como fortalezas: el conocimiento y manejo del marco teórico con el que se trabajó, como así también el hecho de contar con la colaboración de la directora de tesis, quien realizo la orientación y dirección dentro del marco teórico con el que se abordó la investigación.

En cuanto a las oportunidades se puede mencionar la amplia colaboración e interés en la investigación, de la Vicepresidenta de la Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta (AEPSA), quien es la profesora de educación física de dicha institución. Se dispuso además de la colaboración voluntaria de las personas que padecen la enfermedad de Parkinson.

Como debilidades se destaca que al trabajar con una patología que afecta la integridad de la persona y la estabilidad tanto física como emocional, fue una constante que variaba día a día, ya que algunas veces los participantes estaban animados y

predispuestos a realizar actividades, mientras que otros días se encontraban totalmente debilitados, sin ánimos de participar en las tareas que se les proponía. En estos últimos casos, se pospuso la actividad planteada; por lo cual esto retraso los tiempos previstos para la recolección de la información.

En cuanto a las potenciales amenazas para la investigación se consideraba que podría haber sido el fallecimiento de algunas de las personas con la enfermedad de Parkinson que estuviesen participando del proceso de la investigación. Esta amenaza no se desarrolló con ninguno de los participantes.

PRESUPUESTO

RECURSOS	CANTIDADES	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
HUMANO			
Directora	1	0	0
Invesigadora	1	0	0
MATERIALES			
Resmas de Hoja	3 Unidades	\$ 350	\$ 1050
Fotocopias de Protocolo	10 Unidades	\$ 15	\$ 150
Lapiceras	4 Unidades	\$ 10	\$ 40
Marcadores	4 Unidades	\$20	\$80
Cuadernos	2 Unidades	\$40	\$80
Corrector	2 Unidades	\$15	\$30
TECNICOS			
Impresora	1	\$6000	\$6.000
Internet	20 Megas x mes	\$8.00	\$4.800
Computadora	1	\$10.000	\$10.000
Grabadora	1	\$500	\$500
FINANCIEROS			
Transporte	50 pasajes	\$8.95	\$447,5
Encuadernados	3	\$385	\$1.155
Imprevistos			\$500
Total			\$24.832,50

CONSECUENCIAS

El siguiente trabajo no presento ningún tipo de consecuencias ni de riesgo para las personas que se ofrecieron participar del mismo. En el transcurso de la realización del presente proyecto se tuvo en cuenta los aspectos del quehacer del psicólogo y del investigador.

Siguiendo las “Normas Éticas del PSI para investigaciones con Sujetos Humanos”, se les comunicó a los pacientes con enfermedad de Parkinson que aceptaron formar parte de la investigación la finalidad de la misma, y tuvieron la libertad de participar o retirarse y desistir en el momento que deseen. Se les brindó la información esencial acerca de la investigación, como los beneficios, finalidad y duración, despejando cualquier duda a los participantes. Se preservó la confidencialidad de la identidad de los participantes presentando en esta investigación un sobrenombre sin especificar nombres, pero sin hacer declaraciones falsas o engañosas.

Considerando la Ley de Salud Mental y siguiendo a los principios éticos de los psicólogos del Mercosur y asociados, se tuvo el debido respeto a los derechos y dignidad de las personas involucradas en la investigación, ya que se realizó el trabajo con compromiso, responsabilidad e idoneidad, haciendo uso apropiado de los recursos científicos y técnicos.

Como lo indica el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) y la ley de Ejercicio Profesional del Psicólogo de Salta se tuvieron presente las normas deontológicas del consentimiento informado (ver consentimiento en anexo), respetando el derecho de la autonomía y voluntad de las personas, como así también el secreto profesional que protege la identidad sin generar perjuicios a las personas involucradas.

Es importante destacar, que en esta investigación se trabajó con personas que padecen una enfermedad que afecta los estados anímicos y varían cotidianamente. Es por esto que a los participantes de la investigación se los respetó con los tiempos que ellos se encontraban predispuestos para el momento de la administración de alguna de las técnicas, ya sea la entrevista o el Logo - Test.

MARCO INSTITUCIONAL

La Asociación de Enfermos de Parkinson Salta (AEPSA) es una organización sin fines de lucro creada en el año 2009. Según el estatuto de la Asociación el propósito específico de la misma es “la prevención y tratamiento de la enfermedad de “Parkinson” y la asistencia material, psíquica y espiritual del paciente y su núcleo familiar conviviente, lo que redundara en la mejor calidad de vida del paciente”. (Estatuto de AEPSA, 2009)

Las actividades las desarrollan en un salón facilitado por el Centro de Jubilados y Pensionados creado por el programa ProBien Estar del PAMI, “Centro de Jubilados Activos y Solidarios” que funciona en la ciudad de Salta, en calle Tucumán 732.

Como se lo expresa en la inmersión inicial al campo, la Asociación surge como una necesidad de un grupo de personas que se vieron afectadas por la patología y necesitaban reunirse y hablar tanto en lo que respecta a la cobertura médica, como para poder compartir sus experiencias vividas a partir de la enfermedad.

Las personas que concurren a la AEPSA en cierta forma están vinculadas a la enfermedad de Parkinson, ya sea por que padecen la patología, o bien porque son familiares o acompañantes de personas con Parkinson. La diversidad en el género, masculino o femenino, es equitativa como así también en el nivel socio económico al que pertenecen los miembros de la asociación.

Dentro de las actividades planteadas en el estatuto (ver anexo) la Asociación puede realizar las siguientes:

- 1) Promover la sanción de leyes nacionales, provinciales, ordenanzas y decretos municipales destinadas a procurar el respeto de los derechos y garantías constitucionales y las reconocidas en pactos internaciones, que protejan y beneficien de cualquier modo al enfermo de “Parkinson” y su entorno familiar conviviente;

- 2) Luchar para que se establezca una política de estricto cumplimiento de la ley a cuyos efectos podrán desarrollar todas las acciones y medidas judiciales y administrativas que se prevén en el punto noveno de este objeto social;
- 3) Celebrar convenio y acuerdos de intercambio con el sector público y privado, extranjero, nacional, provincial y municipal;
- 4) Recibir y celebrar convenios de financiamiento con entidades públicas y privadas con o sin fines de lucro, pudiendo recibir donaciones, aportes o contribuciones provenientes de empresas comerciales, industriales o proveedoras de servicios, privadas o estatales, nacionales o extranjeras;
- 5) Colaborar con organismos oficiales o privados, técnicos o consultivos, para el mejoramiento de las condiciones de atención, tratamiento y asistencia de los enfermos de “Parkinson”;
- 6) Gestionar ante organismos públicos y privados la adecuada cobertura de las necesidades básicas de acceso a la educación y a la salud física y psíquica del enfermo de “Parkinson” y su grupo familiar conviviente;
- 7) Gestionar ante organismos públicos y privados el acceso a beneficios de vivienda y programas de trabajo y recreación;
- 8) Recibir reclamos de enfermos de “Parkinson” transmitirlos a las autoridades judiciales y/o administrativas correspondientes, brindarles defensa y representación en pos del cumplimiento de la ley, ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE PARKINSON SALTA-AEPSA 2 así como el correspondiente asesoramiento jurídico provisional y contable;
- 9) Intervenir como amicus curiae en todo caso que involucre los enfermos de “Parkinson” y su problemática socio jurídica;
- 10) Investigar, publicar, editar por cualquier medio lícito toda aquella información relativa a la prevención, tratamiento, asistencia de los enfermos de Parkinson;
- 11) Dictar cursos, seminarios y talleres sobre la temática de la enfermedad de Parkinson;

12) Educar y formar a profesionales de la salud y capacitar cuidadores.
(Estatuto de AEPSA, 2009)

Entre las actividades que realizan en la actualidad en la asociación están las clases de educación física y de baile, los talleres de manualidades y las salidas recreativas. Una vez al año realizan una exposición sobre las actividades que se llevan a cabo en la Asociación.

Así mismo, para el día Mundial del Parkinson, el 11 de abril, realizan actividades para concientizar sobre el diagnóstico temprano de la enfermedad, dar a conocer la Asociación y lograr reunir más socios.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: LOGOTERAPIA

La Logoterapia, es una orientación psicoterapéutica fundada en la década de los 30 por Viktor Emil Frankl, quien en su libro *El Hombre en Búsqueda de Sentido* (1996) la define de la siguiente manera “La Logoterapia o, como muchos autores la han llamado, “la tercera escuela vienesa de psicoterapia”, se centra en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre.” (p.98). Otras definiciones, como ser la del Licenciado Miguel Molla Madueño (2002), considera a la logoterapia de la siguiente manera:

Es la terapia del sentido, significado y propósito de nuestra vida. Entiende la vida como existencia y al hombre ser responsable de asumir el sentido de su vida, (perspectiva de la vida como una totalidad). Intenta restituir al hombre la totalidad y unicidad de su ser. Efectivamente, solo la dimensión espiritual le confiere su verdadera esencia. Es una terapia de enfoque existencial, es positiva, usa los recursos del espíritu humano, y está orientada hacia el futuro. Considera la búsqueda de significado como aspecto primario de nuestro ser. Es principalmente una teoría que toma en cuenta en el hombre no sólo su dimensión psicofísica sino incluye aquella dimensión propia del ser humano, la espiritual. (p.2)

A partir de las dos definiciones planteadas arriba, considero que para esta investigación, es importante poder abordar la concepción de hombre la cual se plantea. El hombre desde sus múltiples dimensiones; biológica, psicológica, social y espiritual; esta última marcando lo característico y esencial en la persona, como así también evidenciando la posición humanista existencial de la Logoterapia.

Como lo plantea Martínez Ortiz (2005):

“Dentro de los postulados de la psicología Humanista- Existencial, la logoterapia comparte sin reparo los cinco fundamentos básicos y orientadores propuestos por Bugental (Quitmann 1989):

En su condición de ser humano, el hombre es más que la suma de sus componentes.

La existencia del ser humano se consume en el seno de las relaciones humanas.

El hombre vive de forma consciente.

El ser humano está en situación de elegir y decidir.

El ser humano vive orientado hacia una meta” (p.21)

Considerando que la Logoterapia, comparte estos fundamentos básicos que hacen al análisis existencial – humanista, es importante destacar que “la psicología humanista – existencial es condición necesaria de la logoterapia, pero no condición suficiente para la misma.”(Martínez Ortiz, 2005, p.22)

PILARES DE LA LOGOTERAPIA

La Logoterapia, tiene tres pilares fundamentales, que constituyen la comprensión del sentido desde esta teoría. Los mismos son:

LIBERTAD DE VOLUNTAD

Libertad:

Facultad humana de determinar los propios actos. Junto con la espiritualidad y la responsabilidad, es un elemento constitutivo de la existencia humana. Para la logoterapia, la libertad es ontológica, es decir, pertenece a la esencia del ser, trascendiendo toda necesidad. (Guberman& Soto, 2005, p.79)

Es decir que desde la logoterapia, se considera a la libertad como una manifestación específica del ser humano, por su condición espiritual lo cual también lo hace responsable de esta libertad que asume. Así como lo plantea Martínez Ortiz (2001) “Dentro de esta libertad se enmarca el concepto de responsabilidad. El hombre es libre para ser responsable; es responsable porque es libre.”(p.37) Con estas dos características, esenciales a la persona, el hombre tiene la libertad de asumir la

responsabilidad ante sus decisiones o posturas que asuma ante algún suceso en su vida, o ante alguien. Estas dos características, trascienden el plano de lo psicofísico, que es finito, ya que son asumidas por la persona desde la dimensión espiritual característica en la persona.

VOLUNTAD DE SENTIDO

Guberman&Perez Soto (2005) definen la voluntad de sentido como:

Motivación básica del ser humano consistente en la búsqueda de la felicidad, pero no en sí misma, sino como consecuencia de nuestros actos intencionales. Capacidad característica del ser humano, consistente no sólo en encontrar sentido “en lo que es”, sino también en “lo que puede ser”.
(p.147)

Entonces, podría decirse que la voluntad de sentido, consiste en la posibilidad que tenga la persona de poder buscar un sentido en cada acto que asuma con responsabilidad y libremente. Por otra parte Martínez Ortiz plantea que:

La voluntad de sentido se relaciona con la autotranscendencia que caracteriza al ser humano, puesto que ella radica en el hecho fundamental que el hombre apunte más allá de si mismo hacia un sentido que primeramente debe descubrir y cuya plenitud debe lograr. (2001, p.38)

De acuerdo a las definiciones expuestas arriba, se puede decir que desde la logoterapia, se considera a la voluntad de sentido está en que la persona logre encontrar una razón para ser feliz y sentirse plena en las vivencias.

SENTIDO DE VIDA

Este es el último de los pilares de la logoterapia, que va a formar la base de la teoría y va a sostener a los otros dos pilares, arriba descriptos. Martinez Ortiz (2001) plantea al sentido de vida como: “mejor entendido como el sentido de una persona particular en una situación concreta e irrepitable.”(p.39) Así mismo, Frankl (1996) plantea: “A cada hombre se le pregunta por la vida y únicamente puede responder a la vida *respondiendo* por su propia vida.”(p.108)

Con esto se puede decir que el Sentido de Vida, es un cuestionamiento exclusivamente del hombre, y la respuesta que encuentre a este interrogante es única e irreplicable en cada ser humano. La persona va encontrando el sentido de su vida a partir de las experiencias y momentos que les toca vivir.

Desde la logoterapia se plantean tres caminos para lograr encontrar la respuesta a este cuestionamiento sobre el sentido de vida, estas vías son tres valores Martínez Ortiz (2001):

La triada de valores de la logoterapia se refiere a valores objetivos que pueden incluirse en esta estructura trídica; no se refieren a formas de valorar puesto que no se considera al mundo de los valores como subjetivo. Y aunque el sentido es único para cada persona y situación concreta, los valores se hacen evidentes en dichas situaciones permitiendo que a través de ellos se haga evidente el sentido. (p.41)

Los valores son:

1. *Valores de Creación*: Pareja Herrera (2006) “Cuando experimento que no sólo soy capaz de dar algo al mundo, sino que, de hecho, ofrezco algo por medio de mis creaciones, es decir, mi trabajo o quehacer.” (p.206). Es decir, que la persona al actualizar este valor, está viviendo la experiencia de dar algo o darse a alguien, es lo que entrega al mundo por medio de sus experiencias.
2. *Valores de Experiencia*: Guberman & Perez Soto (2005) “son aquellos valores que el ser humano está capacitado para recibir del mundo por su contacto con la naturaleza, a través de sus sentidos, y por su contacto con sus semejantes, a través del amor” (p.146). Estos valores, a diferencia de los primeros, tienen que ver con lo que la persona recibe del mundo, ya sea por medio de la naturaleza como así también, de lo que recibe de los demás, en su relación con la sociedad.
3. *Valores de Actitud*: Martínez Ortiz (2001) “Se hacen evidentes ante circunstancias de sufrimiento ineludible e inevitable.”(p.41) Considerando el tema de investigación que se aborda en este trabajo, este valor será trabajado con mayor profundidad en un capítulo aparte.

Considerando estos tres pilares fundamentales, por medio de los cuales existe una dinámica en el ser humano, se podría decir que la persona intenta dar respuesta a cada uno de los instantes y situaciones por las que atraviesa su vida.

SENTIDO DE ENFERMEDAD

Desde el marco de la logoterapia, lo que interesa de una patología, es cómo la persona se posiciona ante la misma. Tal como lo plantea Frankl (1997) “Toda enfermedad tiene su sentido; pero el verdadero sentido de una enfermedad no está en el ‘qué’ de la enfermedad, sino en el ‘cómo’ de sufrirla.”(p.115) La actitud que toma ante la enfermedad. El sentido de la vida debe buscarse a partir de la experiencia de cada ser humano, este es único para cada persona.

SENTIDO DE SUFRIMIENTO

Frankl (1996) plantea:

Uno de los postulados básicos de la logoterapia estriba en que el interés principal del hombre no esté centrado en el placer, o evitar el dolor, sino encontrarle sentido a la vida, razón por la cual el hombre está dispuesto incluso a sufrir a condición de que ese sufrimiento tenga un sentido. (p.111)

Cuando la persona se enfrenta a experiencias de vida que son inevitables, o situaciones que no puede controlar o llevar el control porque depende de factores externos a ella. Quedan expuestas ante la posibilidad de poder realizar el valor, y asumir, o no, una actitud ante el sufrimiento que le causa la situación por la que están atravesando. Y es a partir de allí que logran encontrar un sentido a raíz del sufrimiento.

FRUSTRACIÓN EXISTENCIAL

Frustración de la voluntad de sentido que se manifiesta como sentimiento de falta de sentido de la propia existencia, no patológico en sí mismo, aunque sí puede ser patógeno y derivar en diferentes formas clínicas. La frustración existencial, no como psicoterapia, sino como ocupación sobre la existencia y la búsqueda de su sentido. Así es como Frankl (1996) plantea a la frustración existencial como:

La Voluntad de sentido del hombre puede también frustrarse, en cuyo caso la logoterapia habla de la frustración existencial. El término existencial se puede utilizar de tres maneras: para referirse a la propia (1) existencia; es decir, el modo de ser específicamente humano; (2) el sentido de la existencia; y (3) el afán de encontrar un sentido concreto a la existencia personal, o lo que es lo mismo, la voluntad de sentido.(p.101)

VACÍO EXISTENCIAL

El vacío existencial, como lo plantea Frankl (1996) “es la neurosis masiva de nuestro tiempo puede descubrirse como una forma privada y personal del nihilismo, ya que el nihilismo puede definirse como la aseveración de que el ser carece de significación” (p. 106). Se plantea el vacío existencial, como una manifestación típica de nuestros tiempos, y esta puede expresarse tanto en lo individual como en lo colectivo. El ritmo acelerado, con el que se vive el día a día, la persona cae en la sensación de aburrimiento, apatía y falta de interés hacia el mundo.

En relación a estos dos últimos conceptos planteados, se puede decir que en la medida que la persona se encuentre movido, motivado o no viva para poder dar respuesta a la pregunta sobre el sentido de la vida y pueda realizar este a través de los valores, la persona se enferma.

La frustración existencial de la voluntad de sentido o vacío existencial – Existential Vakumm- se manifiesta en apatía, aburrimiento, sin – sentido y muestran que el ser humano no ha buscado o no ha alcanzado a descubrir el sentido de su vida, o no ha hecho de algunos medios los fines de su búsqueda. (Pareja Herrera, 2006, p.391)

CAPÍTULO II: VALOR DE ACTITUD

En este capítulo se abordará, el tercer camino, que el hombre pone de manifiesto para lograr encontrar la respuesta al interrogante sobre el sentido de la vida. Considerando al Valor de Actitud como la principal vía para lograr la significación de la vida, en cada persona.

VALORES

Cuando nos referimos a los Valores, asociamos este término “con ideas como aprecio, cualidad, estima, interés y preferencia, entre otras y promueven la formación integral de la persona.” (Ascencio de García, 2005, p.93)

En el diccionario de Logoterapia definen a los valores como:

Ente ideal o universal abstracto que ejerce atracción sobre el hombre para que éste lo realice o lo encarne como sentido. Los valores tienen sus raíces en lo más profundo de la personalidad, y el hombre los intuye merced a su autocomprensión axiológica prerreflexiva. (Guberman&Perez Soto, 2005, p.145)

A raíz de las definiciones arriba expresadas, se puede decir que los valores constituyen una ayuda para la persona, para lograr encontrar y dar sentido a la vida. Así mismo “son motivos y criterios de conducta” (Ascencio de García, 2005, p.93)

Son inherentes al hombre, por su naturaleza humana, es por esto también que los valores se ordenan de acuerdo a la capacidad de cada persona. “Un valor será más importante si ocupa una categoría más elevada, es decir, si perfecciona al hombre en un estrato cada vez más íntimamente humano.” (Ascencio de García, 2005, p.93) Es así que, a partir de estas categorías, se puede hablar de una jerarquización de los valores:

Cada quien establece su jerarquía de valores en orden a una opción fundamental que tiene en su vida. Es una decisión básica de la persona orientar su vida en torno a valores determinados. Vivir de acuerdo a ellos, con una jerarquía de valores libremente elegidos, le da un significado a la existencia del individuo” (Ascencio de García, 2005, p.93)

Es decir, que todas las personas poseen valores, los cuales va dar un orden de importancia y elaborar una jerarquía de acuerdo a las experiencias vividas por cada uno. Es así que a partir de esta jerarquía que cada ser humano establece de sus propios valores. Que un valor ocupe un determinado lugar en una jerarquía depende de:

Las reacciones del Sujeto; Sus necesidades, intereses, aspiraciones y demás condiciones fisiológicas, psicológicas y socioculturales.

Las cualidades del objeto; lo que le confiere valor al objeto no es subjetivo; son los hechos, las razones en que se apoya y que lo convierten en “preferible”.

La situación. Si varían las relaciones entre sujeto y objeto, cambia lo preferible, es decir la jerarquía del valor. (Ascencio de García, 2005, p.94)

Estos tres factores que se proponen, para la determinación de un valor, no son estables, varían en cada persona, y también van variando a lo largo de la vida de cada uno. Están sujetos a los cambios externos en los que se encuentra la persona. Es por esto que la escala el lugar que le otorgue una persona a un valor es subjetivo en ese momento que considera la escala jerárquica de valores.

ACTITUD

“Las actitudes son las formas concretas de comportamiento ante la realidad, motivadas y fundamentadas por unos valores que a su vez, hacen posible que estos se expliciten. La actitud es una predisposición interior del ser humano, fruto de sus creencias o experiencias ante situaciones concretas. No son innatas, se adquieren, aprenden, modifican y maduran; son educables. Se fundamentan en valores.” (Ascencio de García, 2005, p.99)

A partir de la definición arriba expresada, una actitud es un modo o una manera que la persona toma frente a una situación que se le presenta. El modo en que actué el ser humano, está íntimamente relacionado con los valores y la jerarquía que haya realizado de ellos. Considerando que estas actitudes, no son impuestas, ni mucho menos innatas, sino que son aprendidas y adquiridas, se puede decir que la persona va a ir modificando su modo de actuar ante distintas situaciones, en la medida que vaya formándose (de manera formal y no formal) y madurando sus relaciones interpersonales

en su vida. Como así también a partir de los aprendizajes de las experiencias vividas. Las actitudes que asuma la persona son disposiciones favorables o desfavorables hacia determinados valores.

VALORES DE ACTITUD

Los Valores de Actitud manifiestan que el ser humano, constreñido por las limitaciones de las circunstancias (condicionamientos que pueden ser de orden biológico, psicológico, social, etcétera), goza aún la capacidad de ejercer su intrínseca y esencial libertad espiritual interior para tomar una actitud ante la pregunta de las circunstancias que lo avasallan. (Pareja Herrera, 2006, p.206)

Los Valores de Actitud planteados desde la logoterapia, radican su esencia en el plano de la dimensión espiritual de la persona, a partir de la cual el hombre es un ser con libertad y responsabilidad (tal como se lo menciona en el capítulo anterior). Gracias a esta libertad la persona tiene la responsabilidad de asumir una actitud ante las situaciones que lo circundan en un determinado momento de su vida.

Al referirnos a los Valores de Actitud, debemos primero introducirnos a la triada trágica, a la que se la define como:

Compuesta por el sufrimiento, la culpa y la muerte. Ninguna de ellas puede ser evitada por el hombre, por eso, la logoterapia sostiene la posibilidad de que la triada trágica se transforme en algo positivo, transformando el sufrimiento en realización, la culpa en conversión, y la muerte en estímulo para la acción responsable. Esto será posible cuando el hombre, en su posibilidad de homo patiens, pueda apelar a los valores de actitud. (Guberman&Perez Soto, 2005, p.141)

Es decir, que los que componen la triada trágica, planteada desde la logoterapia, son todas aquellas situaciones que el hombre debe atravesar de manera inevitable, y se ve obligado a tomar una actitud, ya sea favorable o no ante estas circunstancias, inherente al hombre. Estas situaciones son: el sufrimiento, la culpa y la muerte.

“Tomar, una actitud ante el dolor o sufrimiento, alude a una postura respecto de lo que se nos presenta como “fatal”.”(Pareja Herrera, 2006, p.230). Es decir que frente

al dolor que le provoca situaciones de no elección voluntaria, la persona, por ser un ser espiritual, tiene la libertad de adoptar una actitud favorable o no ante los hechos que se le presentan.

En cuanto a la culpa, sentimiento entendido “como expresión de la libertad no asumida congruentemente, el ser humano podrá comprobar que sentirse culpable es una característica propia y específica de ser.” (Pareja Herrera, 2006, p.230). Por lo tanto, asumir una actitud ante el sentimiento de culpa, es una postura que la persona deberá asumir ante sí mismo.

Con respecto a la muerte esta, “pone de manifiesto la radical finitud y transitoriedad de la vida humana.” (Pareja Herrera, 2006, p.230). Ante este sentimiento, el hombre se enfrenta al fin de su vida, y con ella surgen los cuestionamientos, sobre cómo ha sido la misma, si logro encontrar la respuesta al interrogante sobre el sentido de su vida.

A partir de lo arriba expresado se puede decir que los Valores de Actitud:

“Son aquellos en los que el ser humano pone a prueba la fuerza de oposición del espíritu humano ante la triada trágica (culpa, sufrimiento y muerte) desafiando el destino inalterable; el hombre sabiendo que no puede hacer nada por cambiar la situación, toma libremente la determinación de sobrepasarla con su actitud, tornando la derrota en victoria” (Ascencio de García, 2005, p.100)

Es decir, que la persona por su dimensión espiritual, es capaz de poder trascender y tomar distancia, (autotrascendencia y autodistanciamientos, términos que se abordarán en los siguientes capítulos) de sí mismo y así lograr actualizar el valor de actitud ante alguna situación o sentimiento inherente a la vida humana.

ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD

Considero que para abordar la actitud que asume la persona ante la patología que se le diagnostica, es importante poder abordar los criterios de salud y enfermedad que se manejan desde el marco teórico del cual se está trabajando, en este caso desde la Logoterapia.

La dicotomía Salud – Enfermedad desde la logoterapia, es abordada de la siguiente manera:

Salud no es ausencia de enfermedad, no tener enfermedades no implica salud desde una perspectiva humanista, pues no tener enfermedades puede asemejarse a “no estar enfermo”, condición que puede que facilite pero no implica la experiencia del valor salud (Martínez Ortiz, 2005, p. 146)

SALUD

Desde la logoterapia, Acevedo (1996) plantea una lista de cómo se aborda la salud desde esta óptica:

- sentido de vida, en un plan de vida incluido en un proyecto familiar y social.
- La posibilidad de escribir la propia historia vital en la propia familia, el trabajo y la comunidad.
- La posibilidad de expresar lo “no dicho” en el diálogo y la reflexión.
- La posibilidad de sentirse querido y de querer, privilegiando el encuentro con el otro.
- La posibilidad de transformar y transformarse.
- La posibilidad de comprometerse, de participar y de sentirse participando.
- La posibilidad de establecer vínculos afectivos solidarios, de convivir.

(p.57)

Es decir, que para la logoterapia, el concepto de salud, no implica ausencia de enfermedad, o de cualquier dolencia. Sino que por lo contrario “La salud es la capacidad de poder caer enfermo y defenderse.”(Acevedo, 1996, p.53). Al defenderse, la persona está manifestando su capacidad de poder encontrar un sentido a la vivencia que está atravesando. Con esto no se quiere decir que el sentido sea la causa de salud, sino que será el motivo que encuentre la persona para tenerla.

Considerando la concepción de hombre desde el abordaje del análisis existencial, podría decir que se entiende por “sano” la disposición que el hombre tiene hacia su crecimiento y perfeccionamiento a su realización y su propio fin, es decir que

no se trata de mirar y enfocarse en la “parte” que se encuentra incompleta o no funciona correctamente, sino de un todo organizado que esencialmente busca su realización y plenitud natural en medio de las determinaciones características del hombre.

Por otra parte Frankl (1996) plantea:

Puede verse, pues, que la salud se basa en un cierto grado de tensión, la tensión existente entre lo que ya se ha logrado y lo que todavía no se ha conseguido; o el vacío entre lo que se es y lo que se debería ser. Esta tensión es inherente al ser humano y por consiguiente es indispensable al bienestar mental. (p.140)

ENFERMEDAD

Acevedo (1998) plantea la siguiente definición para la enfermedad:

La enfermedad es una cualidad algo abstracta, conceptual e inasible, y no puede ser estudiada aisladamente, sino “en el hombre enfermo”, que es el sustentáculo concreto que la soporta y recrea. Es impropio, por lo tanto, señalar que tal enfermedad produce tales síntomas; lo propio es decir que cuando un grupo homogéneo de manifestaciones anormales se presenta en varios individuos, llegamos por abstracción (construcción cultural), a crear un concepto al que denominamos enfermedad, y estas manifestaciones son observables y no causas.(p.p72 – 73)

A partir de lo arriba expresado, se puede decir que para hablar de enfermedad, debemos abordar el concepto desde la misma concepción del hombre, es decir considerando todas las dimensiones que lo componen.

En él intervienen tanto factores de afuera como la respuesta de adentro, lo que muestra su multidimensionalidad. Se podría decir que lo de afuera son factores condicionantes y lo de adentro, la persona, la libertad del ser no sujeta totalmente a los condicionantes. La participación de lo somático, lo familiar, educacional y social está presente tanto en el desencadenamiento (factor desencadenante) como en la expresión (el síntoma). (pp. 73-74)

V. Frankl (1964) en el libro Teoría y terapia de las Neurosis, realiza un esquema sobre las diferentes enfermedades del hombre. Esta organización, consiste en un cuadro

de doble entrada, donde por un lado está la etiología, es decir el origen o raíz de la enfermedad, mientras que por otra parte esta fenomenología o sintomatología, que es la manera que tiene esa patología de manifestarse. Es a partir de esta clasificación que se podrá evidenciar enfermedades de origen físico, mientras otras con una etiología en lo psíquico, pudiendo tener cualquiera de los casos una sintomatología física o psíquica.

Tabla 1

Clasificación de enfermedades

		SINTOMATOLOGIA	
		Fenopsiquica	Fenosomatica
ETIOLOGIA	Somatógena	Psicosis	Enfermedad en el sentido banal de la palabra
	Psicógena	Psiconeurosis	Neurosis orgánica

Fuente: Frankl (1964), (p.16)

Es importante destacar que más allá del origen, etiología, donde surja la patología es importante tener en cuenta también el contexto externo que lo rodea, ya que estos también, están presentes en el desencadenamiento de la enfermedad como en la expresión de la misma.

A partir de las definiciones de salud y enfermedad, arriba planteada, se considera que para poder hablar de la actitud que asume una persona ante el diagnóstico de una enfermedad, es importante tener en cuenta las dimensiones específicamente de ser humano, consideradas desde el abordaje logoterapéutico. A continuación se mencionarán aquellos recursos con lo que cuenta la persona para poder tomar una postura ante la enfermedad

RECURSOS NOÉTICOS

Dentro de este contexto deseo señalar que la dimensión humana – o bien, como es designada también en logoterapia, la dimensión noológica- va más allá de la dimensión psicológica y es más elevada; pero ser más ‘elevada’ significa tan solo que abarca e incluye a la dimensión más baja. Los hallazgos realizados dentro de

las dimensiones individuales no pueden excluirse mutuamente. La condición única del hombre, su entidad humana, no se halla en contradicción con el hecho de que, en cuanto a sus dimensiones psicológicas y biológicas, sigue incluido en la escala animal. (Frankl (2003),(p.21)

Considerando la dimensión noológica, del ser humano específicamente, es importante destacar que a partir de ella es que se manifiestan las capacidades espirituales, expresadas por el Autodistanciamiento y la Autotrascendencia. “Los recursos noéticos no están en los psicofísico, ni siquiera “están” en ninguna parte, no son una realidad ontica, no tienen materia, son pura potencia, son posibilidad de manifestación” (Martínez Ortiz, 2005, p.47)

AUTODISTANCIAMIENTO

“Libertad del hombre para tomar distancia respecto de sí mismo en cuanto organismo psicofísico, escogiendo una actitud frente a sus condicionamientos.” (Guberman&Perez Soto, 2005, p.22) Esta capacidad exclusiva del ser humano, le permite poder mirarse a sí mismo, poder, justamente tomar una distancia sobre sus dolencias y padecimientos, tanto psicológicos como físicos y así lograr una significación sobre los sucesos a los que se enfrenta.

Martínez Ortiz (2005), realiza un listado de aquellas capacidades que son específicas del ser humano y en las que se manifiesta el autodistanciamiento:

- Verse a sí mismo en situación
- Monitorear los propios procesos emotivos y cognitivos
- Regular los propios procesos emotivos y cognitivos
- Dialogar consigo mismo y sus circunstancias
- Tomar distancia de los mandatos psicofísicos
- Oponerse al organismo psicofísico
- Ejercer el antagonismo psiconoético facultativo
- Facilitar la percepción de opciones
- Ampliar el campo fenoménico de la realidad selectiva
- Ejercer la autoconciencia reflexiva
- Desarrollar la actividad justa y pasividad correcta

- Manifestar el poder de oposición del espíritu. (Martínez Ortiz, 2005, p.47)

AUNTOTRASCENDENCIA

Señala el hecho antropológico fundamental de que el existir humano siempre hace referencia a algo o a alguien más allá de sí mismo. Aquello que se encuentra más allá de nosotros mismos y a lo que orientamos nuestra existencia, puede ser una idea, un proyecto, una misión, un sentido que hay que cumplir, u otro ser humano por quien nos sentimos convocados. (Valiente Sáenz, 2009, p.131)

Este recurso, fundamental en el hombre ya que por medio de la manifestación de este, la persona puede y tiene la libertad de buscar el sentido de vida. La expresión de este recurso, se evidencia también en la medida que ponemos en acto la trilogía de valores planteada en los capítulos anteriores.

Así mismo, Martínez Ortiz (2005), también realiza una lista donde se manifiestan la capacidad de Autotrascendencia en la persona, estos son:

- Salir de sí mismo
- Descentrarse de sí mismo
- Percibir valores y sentidos
- Conocer la realidad ontológica
- Reconocer la mente del otro como mente independientemente propia
- “Estar junto a” de manera atemporal y aespacial.
- Desarrollar la actividad justa y pasividad correcta
- Conocer las opciones más significativas
- Resonancia afectiva
- Disminuir la hiperreflexión (pp.47-48)

ACTITUD ANTE EL DESTINO

Desde la logoterapia se considera al destino como una parte constitutiva del hombre que le es inherente a su condición por ser hombre. En el libro de Psicología y Existencialismo Frankl plantea:

El destino se presenta ante el hombre, principalmente, en tres formas: 1) como sus 'disposiciones', lo que Tandler llama la 'fatalidad somática del hombre, 2) como su 'situación', como la totalidad de las circunstancias suyas de cada momento. Las disposiciones y la situación integran 'la posición' de un hombre. El hombre adopta una actitud ante ella. Y la actitud es –por oposición a la 'posición' que se presenta como destino-libre.' (1997, pp.128-129)

La persona, por su dimensión espiritual, y por medio de la manifestación de los recursos noéticos y la facultad de libertad, tienen la responsabilidad de tomar una actitud frente al destino, o circunstancia que se le presenten, ya sean favorables o no.

HUMOR COMO ACTITUD

A partir de lo arriba expresado, se considera importante poder desarrollar el factor de humor como una actitud que asuma la persona ante la enfermedad puntualmente.

El humor, definido desde la logoterapia implica “Una capacidad específicamente humana, porque presupone que el hombre puede reír, es más, puede reírse de sí mismo, de sus propios temores.” (Frankl, 2000, p.27)

Por otra parte, García Pintos (2009) plantea:

El humor es una actitud y no un acto como lo es el chiste, se trata de una disposición habitual – no rígida sino habitual- a interpretar las situaciones buscando algo más que el mero proceso de la distensión ante el cuestionamiento que cada situación planteada presenta. (2009, p. 174)

El autor, hace una diferenciación entre el chiste y lo que es el humor, este último entonces es un estado habitual, que puede ser bueno o no, y varía en cada persona. Es una predisposición de la persona ante las distintas situaciones que se presentan. “En el humor se destacan, además del goce estético, su característica vincular de apelación al otro y de constitución del lazo social, sus posibilidades de generar cambios de perspectiva en la visión de los hechos.” (Rodríguez, 2004, p.109)

El humor, un elemento constitutivo, que atañe a la capacidad de tolerancia y de tomar una actitud ante lo adverso y aquello que lo determina.

CAPÍTULO III: ENFERMEDAD DE PARKINSON

HISTORIA

El primer trabajo que se conoce en relación a esta patología, conocida hoy como mal de Parkinson, es el que Micheli&Fernandez (2010) menciona “Un antecedente que debe conocerse es la descripción de la parálisis agitante en el *Ayurveda*, antiguo sistema médico de la India.”(p.163). Luego James Parkinson, en el año 1817, escribe una monografía “AnEssayontheShakingPalsy” (Un ensayo sobre la parálisis agitante), en donde va a caracterizar todas aquellos síntomas que tiene la patología que hoy lleva su nombre.

Así mismo, Micheli&Fernandez (2010) menciona otros autores que hacen referencia al avance de esta enfermedad, tales como:

Brissaud, quien revisó los hallazgos patológicos en pacientes con parálisis agitante y se interesó particularmente en un caso de hemiparkinsonismo secundario y planteo la hipótesis de que “una lesión en el *locus niger* podría ser el sustrato anatómico de la enfermedad de Parkinson” (...) Recién en 1919 Tetriakoff examinó el cerebro de nueve pacientes con enfermedad de Parkinson, puso en evidencia una variedad de lesiones degenerativas y destacó la reducción en el número de células pigmentadas en la sustancia negra, y relacionó estos cambios con los trastornos del tono muscular que padecían los pacientes. (p.163)

Hasta ese momento sólo eran estudios con respecto a la enfermedad, pero no había tratamiento, sino recién en 1961 cuando Birkmayer y Hornykiewicz administran por primera vez L-dopa a pacientes parkinsonianos.

Así mismo por otra parte el Dr. Pedro Chaná (2010) considera que “Fue Charcot quien descubrió lo relatado por J. Parkinson e hizo énfasis en que el cuadro no era producido por parálisis y que no todos lo pacientes presentaban temblor. Destacó como los síntomas principales la bradicinesia y la rigidez.” (p.9)

En la actualidad se avanzó en tanto en los estudios, como en los tratamientos (más adelante descriptos) para el abordaje de esta patología, aunque todavía no se logró encontrar la cura definitiva para el mismo.

DESCRIPCIÓN

La enfermedad de Parkinson, es definida como: “Un trastorno neurodegenerativo frecuente de inicio en la edad adulta, cuyos signos motores cardinales discapacitantes se deben primordialmente a la pérdida de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra” (Jankovic& Tolosa, 2007, p.125). A partir de esto se puede decir que es una enfermedad que en su proceso degenerativo, se va manifestando de a poco con episodios esporádicos y leves los síntomas característicos de la misma. Suele ser común en las personas de la tercera edad, pero en la actualidad hay casos en los que los padecientes son menores a 50 años. “Esta enfermedad es poco frecuente en personas jóvenes aunque se puede ver. Cualquier persona puede tener Parkinson, así encontramos personajes conocidos por todos como el fallecido Papa Juan Pablo II o el actor Michael J. Fox.”(CETRAM, 2011, p.5)

La enfermedad de Parkinson es una patología crónica y progresiva, causando una pérdida paulatina de la capacidad física y mental, hasta llegar a la discapacidad total. Generando en la persona, distintos estados de ánimos, que si bien son característicos a la enfermedad, como se describirá más adelante.

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y FUNCIONAL

Se observa una pérdida neuronal importante en la sustancia negra, especialmente en la pars compacta, lo cual hace suponer una vulnerabilidad selectiva de sus células. No se sabe con certeza si hay pérdida selectiva de neuronas en el cuerpo estriado o si ésta es la que corresponde al envejecimiento normal. (Micheli&Fernandez, 2010, p.164)

El origen de la enfermedad de Parkinson, se da cuando ciertas células nerviosas, en un área del cerebro conocida como sustancia negra, mueren o sufren deterioro.

A continuación, en la figura 1 se ve una comparación entre un cerebro que no tiene la enfermedad de Parkinson y uno que si padece la enfermedad.

Figura 1

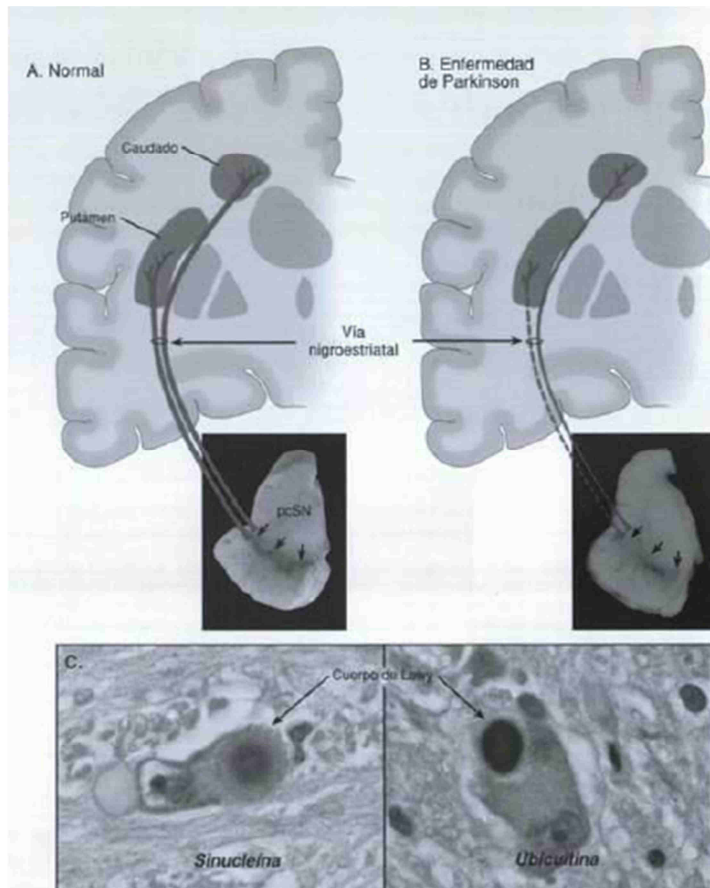


Figura 1 : *Neuropatología de la enfermedad de Parkinson*. A: representación esquemática de la vía nigrostriatal normal (en gris oscuro). Dicha vía esta compuesta de neuronas dopaminérgicas cuyos cuerpos celulares están localizados en la parte compacta de la sustancia negra (pcSN; vease las flechas). Estas neuronas se proyectan (líneas grises continuas gruesas) a los ganglios basales y hacen sinapsis en el estriado (Es decir, putamen y núcleo caudado). La fotografía demuestra la pigmentación normal de la pcSN producida por la neuromelanina en el interior de las neuronas dopaminérgicas. B: representación esquemática de la vía nigrostriatal lesionada (en gris oscuro). En la EP, la vía nigrostriatal degenera. Existe una notable pérdida de neuronas dopaminérgicas que se proyectan en el putamen (línea de puntos) y una pérdida mucho más moderada de las que se proyectan al caudado (línea continua gris fina). La fotografía demuestra la despigmentación (es decir, pérdida del pigmento oscuro neuromelanina; flechas) de la pcSN a causa de una notable pérdida de neuronas dopaminérgicas. C: marcado inmunohistoquímico de las inclusiones intraneuronales (cuerpos de Lewy) en una neurona dopaminérgica de la pcSN. La inmunotinción con un anticuerpo contra la alfa-sinucleína revela un cuerpo de Lewy (flecha negra) con una zona central intensamente inmunorreactiva rodeada de una zona periférica ligeramente inmunorreactiva (fotografía izquierda). Por lo contrario, la inmunotinción con un anticuerpo contra la ubiquitina produce una inmunorreactividad más difusa en el cuerpo de Lewy (fotografía derecha).

Fuente: Jankovic & Tolosa , 2007, p.126

Habitualmente estas neuronas producen un producto químico cerebral importante conocido como dopamina. La dopamina posee la función de ser un mensajero químico, por medio de ella se produce la transmisión de las señales entre la sustancia negra y la siguiente “estación relevadora” del cerebro, llamada el cuerpo estriado, para producir actividad muscular fluida y con propósito. La pérdida de dopamina hace que las células nerviosas del cuerpo estriado actúen sin control, dejando así a las personas incapaces de dirigir o controlar sus movimientos de forma normal.

Así mismo se evidencia que también hay una pérdida de las terminaciones nerviosas que producen el neurotransmisor norepinefrina, éste se encuentra estrechamente ligado con la dopamina ya que es el principal mensajero químico del sistema nervioso simpático, que es el sistema que controla varias de las funciones automáticas del cuerpo tales como el pulso o la presión arterial.

Figura 2

Esquema funcional de los ganglios

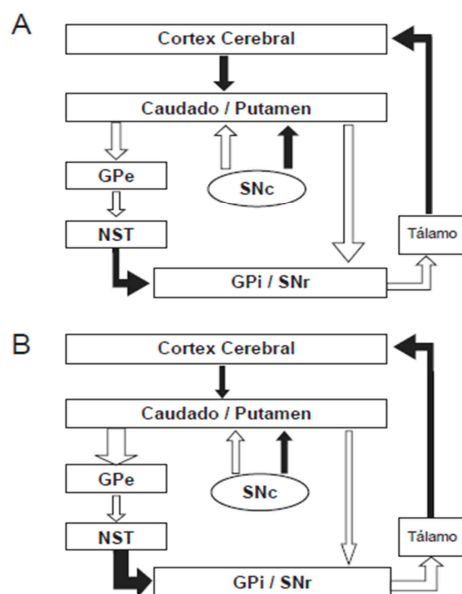


Figura 2: Esquema funcional de los ganglios de la base situación normal (A) y de parkinsonismo (B) en flechas negras vías estimulatorias y en blanco vías inhibitorias. GPe: Globos pálido externo, GPI: globos pálido interno, SNc: Sustancia nigra compacta, SNr: Sustancia nigra reticulada, NST: núcleo sub talámico.

Fuente: Chaná, (2010), (p.20)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La Enfermedad de Parkinson afecta principalmente el aspecto motor del paciente, sin embargo, es un síndrome mucho más complejo que involucra otros aspectos, entre los que se incluyen alteraciones cognitivas, psiquiátricas, del sueño, oculomotoras, de la voz, de la deglución, autonómicas, entre otras. (Chaná, 2010, p. 10)

Al ser una enfermedad progresiva los síntomas que se presenten, lo irán haciendo de manera lenta e intermitente. Chaná (2010) considera que “Previo a los primeros síntomas motores, se pueden distinguir algunos síntomas premonitorios como pérdida de la capacidad de olfacción, cambio de la personalidad, depresión, fatigabilidad, astenia, dolores musculares generalizados o localizados resistentes a tratamiento de analgesia habitual.”(p.21)

Entre las manifestaciones clínicas se destacan: el cansancio excesivo, la astenia, el estreñimiento, la hiposmia, la depresión y los dolores musculares ya sean generales o localizados.

Las manifestaciones más específicas de la enfermedad de Parkinson son:

Rigidez

También denominada Hipertonía parkinsoniana, se caracteriza por la inflexibilidad de todos los músculos de las extremidades afectadas, produciendo el aumento del tono a lo largo de todo el movimiento.

En el caso de la EP la resistencia puede manifestarse como breves oposiciones seguidas de episodios de breve relajamiento con pérdida de la resistencia, que son sucedidos por nuevas oposiciones, lo cual se denomina fenómeno de rueda dentada, o bien una resistencia más constante denominada en caño de plomo. (Micheli&Fernandez, 2010, p. 167)

Temblor

Ésta es una de las manifestaciones más características de la enfermedad. Se manifiesta de manera progresiva afectando principalmente a las cuatro extremidades (manos y pies), luego suele afectar también a los músculos faciales, como así también a la mandíbula y los músculos de la lengua. El temblor que se producen en la enfermedad de Parkinson es un temblor asimétrico. Existen tres tipos de temblores: de reposo, postural y de acción. El primero se evidencia en la marcha y suele agudizarse cuando la persona se enfrenta a una tensión emocional y disminuye cuando encuentra tranquilidad y hasta llega a desaparecer cuando adopta una postura con confianza. El segundo tipo de temblor, se manifiesta más cuando la persona adopta una postura, suele evidenciarse al extender las manos. Y por último, el tercer tipo se evidencia cuando la persona ejecuta alguna acción ya sea trasladando algún objeto.

Bradicinesia

Esta manifestación clínica es una de las representativas y suele manifestarse clínicamente por la pérdida de la expresión facial o la hipotimimia, como así también en la pérdida del balanceo de las extremidades al caminar. Se puede ver un enlentecimiento progresivo de los movimientos voluntarios. Esta disminución de los movimientos espontáneos y automáticos, les resulta frustrante a las personas que padecen la enfermedad de Parkinson, ya que hace que las tareas simples y sencillas se conviertan difíciles de realizar

Alteraciones en los reflejos posturales

Las personas con la enfermedad de Parkinson, tienen dificultades para mantenerse de pie en posición recta, y cuando caminan hacia adelante la cabeza y el tronco se mueven descompasados con los pies. No logran cambiar de dirección sin pararse y recuperar su postura inicial, y volver a repetir el proceso completo. Los movimientos en espacios físicos reducidos suelen ser de gran complicación.

Trastornos del habla

Hay una dificultad para articular sonidos y palabras, debido al entumecimiento de los músculos faciales y bucales, como así también suelen disminuir el tono de voz o mantener un tono monótono.

Alteraciones autonómicas

Son manifestaciones tales como el estreñimiento, seborrea, la impotencia y alteraciones en la regulación térmica. Estos síntomas son los que pueden llegar a alertar sobre la presencia de la patología en la persona.

Trastornos del sueño

Inician con alteración en el ritmo, luego llega a ser un insomnio. También se evidencian vocalizaciones nocturnas, excesiva somnolencia diurna y excesivos sueños vividos y pesadillas.

Depresión

Surge surgir desde un principio de la enfermedad. Es una depresión inherente a la enfermedad y también en otros casos suele ser reactiva. Esta sintomatología, se encuentra ligada al cambio de vida de la persona tanto a nivel físico como en la esfera social. Ya que al haber bajos niveles de dopamina conllevan a este estado depresivo, como así también la disminución de actividad social, la falta de actividad física, los llevan a un estado de menos interacción y a encerrarse en sí mismos.

En un estudio realizado en el Department of Neurology Institute of Psychiatry, University of London, London, UK, en donde comparan el tipo de depresión entre las personas que tiene la enfermedad de Parkinson y otras patologías, tales como la artritis, arriban a la conclusión que en estas enfermedades la depresión caracterizada por pesimismo y desesperanza, disminución de la motivación y el impulso, y mayor preocupación por la salud.

Apatía

La falta de motivación e iniciativa puede asociarse a la disfunción cognitiva y el déficit motores propios de la enfermedad. Disminuye el rendimiento en las actividades de la vida diaria. Esta sintomatología al igual que la depresión, suele asociarse como una de las consecuencias de las alteraciones fisiopatológicas.

Demencia

Esta sintomatología en la enfermedad de Parkinson se caracteriza por un enlentecimiento de los procesos del pensamiento, dificultad para cambiar la atención mental, falta de iniciativa.

Es importante destacar que si bien existen varios síntomas que se manifiestan en esta enfermedad. En el momento del diagnóstico, es necesario y fundamental poder evidenciar lo que se considera la tríada diagnóstica, constituida por los síntomas característicos que son: Bradicinesia, Rigidez y Temblor de Reposo esta triada de manifestaciones “caracteriza al cuadro común a un amplio grupo de enfermedades, lo cual se ha denominado como síndrome parkinsoniano y se debe a una disfunción de la vía nigroestriada.” (Chaná, 2010, p. 9)

EL PARKINSON Y EL FACTOR SOCIAL

La vergüenza es un sentimiento común que vivencia la persona que padece la enfermedad de Parkinson. Lo vive con mucho, estrés lo cual conlleva a que disminuya la calidad de vida.

En el estudio de “**Parkinson's Disease as a problem of shame in public appearance**” realizado por Gerhard Nijhof (1986) plantea que:

La enfermedad se interpreta como un problema de “vergüenza”(…) La Vergüenza se dice que surge de la violación asumida de la norma carácter de los signos de la enfermedad. El comportamiento, sin embargo, se dice que es una explicación para la vergüenza. Se mencionan tres condiciones. La primera es la importancia social de las reglas rotas. Las reglas que se dice que causan la vergüenza se consideran socialmente sensibles, en relación con valores sociales. El valor particularmente señalado se describe como “competencia social”. La segunda condición es la “visibilidad” del comportamiento. La

tercera condición es la suposición de ser etiquetado como un “desviado” debido al al comportamiento que rompe las reglas. (p.1) ²

A partir de lo arriba mencionado en relación a la vergüenza que sienten las personas que padecen la enfermedad de Parkinson es que muchos recurren al aislamiento como una forma de resguardarse de sentir vergüenza. Esta elección, deteriora la calidad de vida haciendo que el avance de la enfermedad se vea acelerado.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

La clasificación de esta patología suele hacerse de acuerdo a su etiología, como lo plantea Chaná (2010), como así también de acuerdo al avance que tenga la persona sobre la enfermedad.

La primera clasificación será presentada de manera sistemática en el siguiente cuadro:

Tabla 2

Clasificación etiológica de los síndromes parkinsonianos

A	B	C	D
Parkinson Idiopático o Enfermedad de Parkinson	Parkinsonismos Secundarios	Parkinsonismo asociado a enfermedades neurodegenerativas	Otros
	<u>Inducido por fármacos</u> • Neurolépticos y antidopaminérgicos • Antagonistas del	Parálisis Supranuclear Progresiva	Síndrome hemiparkinsonismo -hemiatrofia

²

"Illness is interpreted as a problem of" shame "(...) Shame is said to arise from the assumed violation of the standard character of the signs of illness. The behavior, however, is said to be an explanation for embarrassment. Three conditions are mentioned. The first is the social importance of broken rules. The rules that are said to cause shame are considered socially sensitive, in relation to social values. The particularly marked value is described as "social competence". The second condition is the "visibility" of behavior. The third condition is the assumption of being labeled a "deviant" because of behavior that breaks the rules.

	calcio • Litio • Reserpina		
	<u>Inducido por tóxicos</u> • Manganeso • Monóxido de carbono • Cianuro • Disulfuro de carbono • Solventes • Metanol • Pesticidas • 1-metil 4-fenil 1, 2, 3, 6-tetrahidropiridina (MPTP)	<u>Atrofas Multisistémicas</u> Degeneración Nigroestriada Atrofia Olivopontocerebelosa Síndrome de Shy-Drager	Calcinosis estripalidodentada bilateral
	Postencefalítico y post vacunas	Degeneración CorticobasalGangliónica	Parkinsonismo psicógeno
	Postrumático	Enfermedad de Cuerpos de Lewy difusos	
	Vascular	Complejo Esclerosis Lateral Amiotrófica-Parkinsonismo- Demencia de la isla de Guam y península de Kii	
	Hidrocefalia	Enfermedad de Alzheimer con parkinsonismo	
	<u>Lesiones ocupantes de espacio</u> • Tumores • Abscesos • Hematoma subdural	Enfermedad de Huntington variante rígida o de Westphal	
	<u>Trastornos metabólicos</u> • Enfermedad de Wilson	Enfermedad de Hallervorden-Spatz	

	<ul style="list-style-type: none"> • Degeneración hepatocerebral adquirida • Calcificación idiopática de los ganglios basales (Fahr) • Alteraciones del metabolismo del ácido fólico • Hipoxia • Mielinolisis extrapontina 		
	<p><u>Enfermedades causadas por priones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Creutzfeldt- Jakob • Síndrome de Gerstmann- Straussler- Scheinker 	<p>Enfermedad de Machado - Joseph, atrofia dento-rubro-pálidaluysiana y otras atrofias espinocerebelosas</p> <p>Atrofias palidales primarias</p> <p>Parkinsonismo con amiotrofia</p> <p>Distonía-parkinsonismo</p> <p>Neuroacantocitosis</p> <p>Demencia frontotemporal con parkinsonismo ligado al cromosoma</p> <p>Enfermedades mitocondriales</p> <p>Parkinsonismo con herencia autosómica dominante asociada a degeneración palidopontónica</p>	

Fuente: Chaná (2010) (p.10)

Siguiendo las clasificaciones de la patología, a continuación se mencionará la clasificación de acuerdo al grado de afección que tenga la persona con respecto a la patología:

Leve

En este estadio la exploración solo muestra una ligera disminución del braceo en el lado afectado, una ligera rigidez y un leve temblor. El nivel de incapacidad es nulo o mínimo. La persona logra realizar varias actividades cotidianas sin la ayuda de otra persona.

Moderada

La progresión de la enfermedad de Parkinson comienza a impedir que la persona lleve a cabo su actividad social de manera fluida. Comienzan a costarle mucho trabajo y esfuerzo realizar ciertas actividades y empieza a necesitar ayuda para realizar actividades tales como: abotonarse alguna prenda, afeitarse, levantarse de la cama, entre otras. Se evidencia un aumento en la rigidez y la bradicidencia, como así también el temblor ya se manifiesta de manera más aguda.

Avanzada

Luego de varios años de tratamiento y de que ya haya sido administrada por varios años la medicación correspondiente con levodopa, las personas que padecen la enfermedad, suelen tener una recaída y empeoran. En esta etapa las personas se ven obligadas a hacer importantes cambios en sus vidas. Se pueden observar grandes alteraciones motoras y en el comportamiento. Se agudizan los síntomas de la enfermedad.

DIAGNOSTICO

Muchas veces suele ser muy engorroso el diagnóstico de la patología, ya que las manifestaciones físicas suelen ser diversas, más allá de que existan algunas que son características y específicas de la enfermedad y aparezcan en un estadio más avanzado de la patología. “La **incertidumbre** que vive una persona con párkinson hasta recibir la confirmación de su diagnóstico puede durar años y afectar sobremanera a su salud física

y emocional.”(Peñas y Otros, 2015, p.45). Es por esto que se sugiere que cuanto antes sea diagnosticado y se aplique el tratamiento adecuado, mejor será la calidad de vida que tendrán las personas que padecen la enfermedad de Parkinson.

El diagnóstico de la patología suele presentar dificultades ya que esta enfermedad presenta distintas y variadas manifestaciones sintomáticas en el inicio. “Los criterios basados en la combinación de hallazgos clínicos aumentan la especificidad del diagnóstico, sin embargo, la certeza diagnóstica sólo se logra con la confirmación anatomopatológica.”(Chaná, 2010, p.26) Es decir que el diagnóstico es esencialmente clínico, se basa en la historia clínica y en exámenes neurológicos que se realiza la persona ante los síntomas que se manifiestan.

Pasos para construir el diagnostico

Chaná (2010), plantea tres pasos fundamentales para la detección y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, estos son:

Primer paso: establecer el diagnóstico de síndrome parkinsoniano

- Bradicinesia

Al menos uno de los siguientes puntos:

- Rigidez muscular
- Temblor de reposo
- Inestabilidad postural

Segundo paso: criterios de exclusión para Enfermedad de Parkinson. La presencia de cualquiera de ellos excluye el diagnóstico:

- Historia de accidentes vasculares a repetición con un cuadro de parkinsonismo instalado en escalera.
- Historia de traumas de cráneo repetidos

- Historia de encefalitis
- Crisis oculogiras
- Tratamiento con neurolépticos al inicio de los síntomas
- Más de un paciente con parkinsonismo en la familia
- Remisión sustancial espontánea
- Cuadro unilateral estricto por más de tres años
- Parálisis Supranuclear de la mirada
- Signos cerebelosos
- Síntomas severos de disautonomía de presentación temprana
- Presentación temprana y severa de demencia con alteraciones de la memoria, lenguaje y praxias
- Signo de Babinski
- Presencia de un tumor cerebral o hidrocéfalo comunicante en estudio de neuroimágenes
- Sin respuesta a dosis altas de levodopa descartando alteraciones de la absorción
- Exposición a MPTP

Tercer paso: criterios positivos que soportan en forma prospectiva el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson.

Presencia de al menos tres de ellos para establecer el diagnóstico definitivo:

- Inicio unilateral
- Temblor de reposo presente

- Enfermedad progresiva
- Persistencia de asimetría afectando más el lado por el que se inició la enfermedad
- Excelente respuesta (70-100%) a la levodopa
- Corea inducida por la levodopa (severa)
- Respuesta a la levodopa por cinco años o más
- Curso clínico de diez años o más. (p.27)

Estos tres pasos que se plantean para el diagnóstico, el primero hace referencia a establecer criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson; el segundo paso plantea todos aquellos criterios que serán excluyentes para la patología y, por último, el tercer paso se deben analizar los criterios que apoyan el diagnóstico de enfermedad de Parkinson, que si bien no son signos cardinales y necesarios, el que estén presentes hacen más probable el diagnóstico.

Esta enfermedad se inicia de manera gradual y general, lo que dificulta que la persona que lo padece pueda precisar el momento exacto en el que se presentó. Como así también se destaca la dificultad para el diagnóstico, debido a la variedad de causas que tiene la enfermedad, ya que los síntomas se relacionan y son características también de patologías degenerativas.

Al no existir marcadores biológicos confiables, el diagnóstico se basa en síntomas y signos clínicos. En la etapa inicial de la enfermedad es especialmente difícil diagnosticarla pues los síntomas no permiten caracterizar el cuadro, y sólo la evolución permitirá establecer el diagnóstico definitivo. (Chaná, 2010, p.28)

TRATAMIENTO

En la actualidad hay diversas formas de abordar un tratamiento en ante el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, Peñas y Otros (2015) realiza un cuadro (tabla 3) donde se diferencian los distintos tipos de tratamiento:

Tabla3*Principales tratamientos para la enfermedad de Parkinson*

Tratamientos farmacológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Levodopa • Agonistas dopaminérgicos • Anticolinérgicos • Amantadina • Inhibidores de la MAO (seleginina y rasagilina) • Inhibidores de la COMT (entacapona y tolcapona) • Infusión continua de levodopacarbidoa • Infusión subcutánea de apomorfin
Tratamientos quirúrgicos
<ul style="list-style-type: none"> • Palidotomía (en ocasiones) • Estimulación Cerebral Profunda
Tratamientos rehabilitadores
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Logopedia • Terapia ocupacional • Atención psicológica • Otras terapias: musicoterapia, reflexología, hidroterapia...

Fuente: Peñas y Otros, 2015, p.109

El objetivo del tratamiento es lograr reducir la velocidad de la progresión de la enfermedad, controlar los síntomas y los efectos secundarios derivados de los fármacos. La indicación del tratamiento será de acuerdo a la fase de la enfermedad en la que se encuentre.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la Levodopa, es el fármaco más efectivo para el tratamiento de la enfermedad, ya que mejora la rigidez, la bradicidencia, la afectación en la marcha, la hipomimia y la micrografía y en menor medida el temblor. Este medicamento es un precursor de la dopamina, que se lo administra por vía oral.

La decisión de comenzar el tratamiento farmacológico en la persona con Parkinson debe ser en forma personalizada, ya que no existen recetas que se adapten a todos los pacientes. El concepto que debe regir la decisión es el de tratar de diferir en lo posible el comienzo del tratamiento pero no negarlo cuando éste demuestre ser necesario. Cabe destacar que esta necesidad es muy variable y una misma severidad de enfermedad puede ser aceptable para algunos y no para otros por motivos laborales, sociales o personales.

También es importante destacar en el proceso del tratamiento la función y el rol que desempeña el grupo de apoyo que debería tener una persona con esta patología. El grupo de apoyo, está conformado por los familiares, equipo médico y amigos de paciente. Este grupo le permitirá a la persona sentirse acompañada desde lo social y le permitirá adaptarse a la enfermedad y a compartir sus experiencias con otras personas en su misma situación.

La contención emocional y psicológica tanto para el enfermo de Parkinson como para la familia a la cual pertenece, es de suma importancia, ya que hay una gran modificación en el cambio de vida.

Considerando que es una patología que afecta al ser humano en toda su integridad, es importante que el abordaje del tratamiento sea desde lo biológico, lo social, lo psicológico y espiritual, de esta manera la persona logrará una mayor adaptación a la enfermedad.

ASPECTOS METODOLOGICOS

NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACION

Considerando la temática sobre la que se trabajó en esta investigación se utilizó el enfoque de tipo cualitativa; la investigadora se enfocó en explorar y describir si las personas con la enfermedad de Parkinson logran actualizar el valor de actitud ante el diagnóstico de la enfermedad. Como plantean Hernández Sampieri y otros (2010) este enfoque cualitativo “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación” (p.7)

Asimismo, se trabajó con el desarrollo natural de los sucesos, sin manipulación de la realidad que se presentaba, por lo cual se trata de un diseño no experimental. La investigación se realizó desde una perspectiva analítica, descriptiva e interpretativa, para poder cumplir con los objetivos que se plantearon.

ALCANCE DE LA INVESTIGACION

El alcance de esta investigación será exploratorio y descriptivo, ya que se apuntará a describir de qué manera las personas con la enfermedad de Parkinson que asisten a la Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta (AEPSA) durante el año 2017 se posicionan ante la enfermedad. Se buscará analizar y conocer si actualizan o no el valor de actitud y como se manifiesta.

DISEÑO

Se pretendió indagar sobre la actualización de los valores de actitud en las personas que padecen la enfermedad de Parkinson. La base de la investigación fueron los relatos que hicieron las personas que padecen la enfermedad. Por esto, de acuerdo a la clasificación que hace Mertens, citado en Hernández Sampieri y otros (2010), el diseño que se empleo fue de tipo narrativo biográfico.

Por medio de la entrevista en profundidad se tuvo en cuenta el relato de cada uno de los participantes. Ellos expresaron su historia de vida y el proceso de su enfermedad,

que es lo que interesa en esta investigación. Se puso mayor atención en el discurso de ellos, en lo que describieron respecto a su vida y a la enfermedad de Parkinson.

El análisis de lo expresado en los relatos fue complementado con lo relevado del Logo-test y en las observaciones. Esto permitió arribar a conclusiones de cada caso-participante de la investigación. Sintetizando, se aplicaron las técnicas de la observación, la entrevista y el Logo-Test, y se analizó todo lo recolectado desde la perspectiva de la logoterapia.

CONCEPTOS CENTRALES

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Esta Patología, como lo definen Peñas Domingo, Gálvez Sierra, Marín Valero y Pérez-Olivares Castiñeira (2015):

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo crónico producido por la destrucción, por causas aún desconocidas, de las neuronas ‘dopaminérgicas’, que se encuentran en una región del cerebro denominada ‘ganglios basales’, en concreto en una parte del tronco del encéfalo llamada ‘sustancia negra’. Estas neuronas actúan en el sistema nervioso central y utilizan como neurotransmisor primario la dopamina, encargada de transmitir la información necesaria para el correcto control de los movimientos. (p.12)

La dopamina es un neurotransmisor fundamental para que la persona logre coordinar los movimientos y lograr el equilibrio del cuerpo. Es por esto que cuando estas neuronas empiezan a morirse, comienza a hacerse más evidente la enfermedad ya que los movimientos voluntarios no logran ser dominados por el sistema nervioso central. (Peñas y otros, 2015)

Es una patología neurodegenerativa, ya que las neuronas no se reproducen ni se reemplazan y el organismo no puede sustituirlas por otras cuando sufren daños. A medida que avanza la enfermedad suelen ser mayor cantidad de neuronas que van perdiendo su función y es así que los síntomas motores se hacen mucho más evidentes.

Desde la Asociación Civil Enfermedad de Parkinson Argentina (ACEPAR), plantean que los síntomas más característicos y recurrentes en las personas que padecen la enfermedad, son: Temblor en Reposo, Hipertonía Muscular (rigidez muscular), Bradicinesia (lentitud de los movimientos voluntarios) y la Pérdida de reflejos posturales.

RECURSOS NOÉTICOS

Tal como los define Martínez Ortiz (2005) “Los recursos noéticos son el conjunto de fenómenos, capacidades o manifestaciones espirituales, expresadas por el Autodistanciamiento y la Autotrascendencia (...) Los recursos noéticos no están en lo psicofísico, no tienen materia, son potencia pura, son posibilidad de manifestación” (p.47). Estas dos manifestaciones espirituales son características del ser humano.

El primero de los recursos, el Autodistanciamiento, es “libertad del hombre para tomar distancia respecto de sí mismo en cuanto organismo psicofísico, escogiendo una actitud frente a sus condicionamientos” (Guberman& Pérez Soto, 2005, p.22). Es decir, que la persona por su condición de ser hombre posee este recurso, el cual le permite tomar una posición ante distintas experiencias que le toque vivir; es una actitud ante la vida.

El otro recurso es la Autotrascendencia que como lo plantea Guberman& Pérez Soto es la “Orientación fundamental del hombre hacia el sentido. Esto hace referencia al hecho intrínseco de que el ser humano siempre se orienta hacia alguien o hacia algo distinto de él mismo.” (2005, p.23). A partir de esta definición expuesta, se puede inferir que la persona logra poder relacionarse con otros en el mundo a raíz de este recurso, que le posibilita posicionarse en una actitud hacia algo o alguien.

VALOR DE ACTITUD

Refieren a la posibilidad que tiene la persona para poder tomar una postura ante algún suceso trágico en la vida. Es a partir de la actualización de este Valor, que el ser humano puede llegar a encontrar un sentido a la vida.

“Son aquellos que se encarnan a partir de la capacidad del hombre de encontrar un sentido a su sufrimiento, logrando transformar una tragedia personal en un triunfo, siendo, por lo tanto, la facultad más humana del hombre. Frankl describe la siguiente ecuación: “ $S=D - S$ ”, que significa “Sufrimiento = Dolor – Sentido”. Para llevar a cabo el valor de actitud, el hombre deberá encontrar un sentido a su dolor, transformando la ecuación de la siguiente manera: “ $S = D + S$.” (Guberman& Pérez Soto, 2005, p.146)

CONTEXTO Y PERIODO

La investigación se llevó a cabo en la Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta, en el periodo de los meses de diciembre de 2017 y febrero y marzo de 2018. La recolección de datos se realizó en un ambiente tranquilo y armonioso para los participantes, como así también el tiempo que se demandó en la administración de las entrevistas y el test fue acorde a sus capacidades.

Todo esto se contempló ya que se trata de una patología en la que las personas no todos los días mantienen un mismo ritmo de vida, la manera de expresarse es fluctuante y tanto la movilidad como el traslado se torna dificultosa.

Los encuentros se llevaron a cabo en la única sede de la asociación, ubicada calle Tucumán 732. Donde se solicitó un gabinete a fin de encontrarse con cada participante para ser entrevistado.

PARTICIPANTES

Siguiendo la clasificación de muestreo cualitativo que plantean Hernández Sampieri y otros (2010), el tipo de muestra con el que se trabajó en la investigación fue de tipo homogénea, ya que los participantes tenían las mismas características:

- Personas de sexo masculino o femenino
- Diagnosticadas clínicamente con la enfermedad de Parkinson,
- Que hayan recibido el diagnóstico en un lapso igual o menor a cinco años al momento de la recolección de la información.
- Que voluntariamente acepten participar de la investigación.

- Forman parte de AEPSA

Los participantes de este trabajo de investigación fueron aquellos que cumplieron con todos estos criterios de inclusión para formar parte de la muestra.

INSTRUMENTOS

INVESTIGADOR

De acuerdo a lo planteado por Hernández Sampieri y otros (2010), el principal instrumento de recolección de la información en una investigación de tipo cualitativa “es el *Investigador* es quien —mediante diversos métodos o técnicas— recoge los datos (él es quien observa, entrevista, revisa documentos, conduce sesiones, etc.). No sólo analiza, sino que es el medio de obtención de la información” (p. 409).

Para la recolección de la información se utilizaron herramientas que permitieron indagar en aquellas experiencias por las que atravesó el participante en el momento del diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. De esta manera se pudo caracterizar si es que las personas con enfermedad de Parkinson logran o no actualizar el valor de actitud y, en caso que sí lo logren, cómo lo hacen.

OBSERVACION CUALITATIVA

Descripción

El principal propósito de la observación es poder investigar en el contexto o ambiente que se pretende llevar a cabo el trabajo y así lograr realizar un análisis de lo observado. Hernández Sampieri y otros (2010), plantean que la Observación Cualitativa “No es mera contemplación (“sentarse a ver el mundo y tomar notas”), implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones” (p.411)

Objetivos

La participación que tuvo la investigadora como observadora en la investigación fue de tipo “moderado”, ya que solo participo en algunas de las actividades que se realizaron en la asociación, aquellas en las que se consideró que cumplían con los objetivos que se planean para llevar a cabo esta observación cualitativa. Estos objetivos son:

- ✓ Poder indagar en la dinámica de interacción interpersonal entre las personas con la enfermedad de Parkinson, dentro de la AEPSA. Explorar en el ambiente del individuo, las actividades que desarrolla, la comunicación no verbal y verbal que estos presentan.
- ✓ Captar en cada una de las entrevistas personales el fenómeno de estudio.
- ✓ Poder poner en práctica algunas habilidades aprendidas en el transcurso de la carrera, en el cursado de las distintas materias (tales como Psicología Educacional, Orientación Vocacional, Técnicas Proyectivas I y II, Psicometría, Psicodiagnóstico y las Prácticas Pre Profesionales)

Aplicación y Análisis

El modo de aplicación y análisis de la observación cualitativa, fue por medio del registro de aquellas situaciones, sucesos o acontecimientos que fueron relevantes para la investigación. Se puso mayor atención en los vínculos de los participantes y la manera que tienen en relacionarse tanto con sus pares (otras personas que tienen la enfermedad de Parkinson), como con sus cuidadores y los profesionales que tengan a su alrededor.

Igualmente, se puso especial atención en el transcurso de la entrevista, ya que a partir de la misma el participante expresó sus experiencias vividas, sus creencias y actitudes ante la enfermedad de Parkinson.

La aplicación de la Observación Cualitativa, se realizó en dos momentos: 1) La observación propiamente dicha, incluía el registro de los sucesos tal cual se presentan 2) La interpretación y análisis de lo que se registró.

Teniendo en cuenta que los participantes de la investigación son personas con enfermedad de Parkinson, patología que se manifiesta físicamente, se tuvo en cuenta

características de la enfermedad en sus gestos, formas de proceder y contestaciones, tal como se expuso en la planilla de observación provisoria que se diseñó y que se presenta a continuación.

PLANILLA DE OBSERVACIÓN N°.....	
Participante a observar:	
VECTORES DE OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN
Bradicinesia	
Rigidez	
Actitud con el grupo de pares	
Actitud ante el encuentro	
Tono de voz	
Gestos y posturas	
Relación con el equipo de profesionales y/o cuidadores	
Relación con la familia (en caso que lo acompañen)	
Otras observaciones	

BITACORA DE ANALISIS

Descripción

Este instrumento permitió registrar el análisis y las reacciones propias del investigador, durante el proceso de la investigación, lo cual dio lugar a poder reflexionar sobre las anotaciones registradas en el transcurso de la investigación.

Hernández Sampieri y otros (2010) definen la bitácora de análisis de la siguiente manera: “Sirve para asegurar la aplicación coherente de las reglas emergentes que guían

la generación de categorías y sus definiciones, sí como la asignación de unidades posteriores a las categorías que ya surgieron.” (p. 455)

Objetivo

El principal objetivo que se persiguió con este instrumento fue poder documentar el procedimiento de análisis de los datos recolectados y las reacciones que el investigador tuvo durante el proceso de la misma. Para la aplicación de este instrumento se tuvo en cuenta los tres aspectos señalados por Hernández Sampieri y otros (2010)

- Anotaciones sobre el método utilizado (se describe el proceso y cada actividad realizada, por ejemplo: ajustes a la codificación, problemas y la forma como se resolvieron).
- Anotaciones respecto a ideas, conceptos, significados, categorías e hipótesis que van surgiendo del análisis.
- Anotaciones en relación con la credibilidad y verificación del estudio, para que cualquier otro investigador pueda evaluar su trabajo (información contradictoria, razones por las cuales se procede de una u otra forma). (p.447)

Aplicación y Análisis

Para cada instrumento que se aplicó se realizó una bitácora en forma de planilla que fue completada por la misma investigadora, luego de la administración del instrumento aplicado.

Instrumento:	Participante:
Nº de encuentro:	
Lugar:	
Observación:	
¿Hubo que realizar algún tipo de modificación en la aplicación del instrumento? ¿Por voluntad del investigador? ¿Por qué lo requería la situación? ¿Por solicitud del participante? ¿Cuáles?	
¿Cómo fue el desarrollo del proceso?	

La información con que la investigadora ha llenado la planilla fue otorgando significados a los conceptos e ideas y que están agrupadas en distintas categorías y definidas en la coreografía de análisis. De este modo se alcanzó progresivamente un sentido de entendimiento en relación al planteamiento del problema establecido para esta investigación.

ENTREVISTA

Descripción

Como lo define Hernández Sampieri y otros (2010) se trata de “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)”. Desde el tipo de diseño cualitativo, las entrevistas son más flexibles e íntimas.

En esta investigación se trabajó con una entrevista “semiestructurada” que definida por Hernández Sampieri y otros (2010) basadas “en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas)” (p. 418)

Objetivo

Los objetivos de este instrumento para la investigación, fueron:

- Identificar aquella información que se encuentra vinculada a la investigación, que hacen referencia a las experiencias personales del participante, como fue que percibió el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson
- Conocer qué tipo de actitudes asumió ante el diagnóstico de la patología
- Descubrir si logro cambiar alguna actitud ante la enfermedad en el transcurso de su vida después del diagnóstico de la enfermedad.

Aplicación y Análisis

El modo de aplicación y análisis que se empleó para la entrevista cualitativa fue de manera individual y se siguieron las recomendaciones planteadas por Hernández Sampieri y Otros (2010):

- El propósito de las entrevistas es obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado. (...) Nos interesa el contenido y la narrativa de cada respuesta.
- Lograr naturalidad, espontaneidad y amplitud de respuestas resulta esencial.
- Es muy importante que el entrevistador genere un clima de confianza en entrevistado (rapport) y desarrolle empatía con él
- Es indispensable no preguntar de manera tendenciosa o induciendo la respuesta (...) y dejar que la persona expone sus sentimientos y emociones.
- No se deben utilizar calificativos
- Escuchar activamente, pedir ejemplos y hacer una sola pregunta a la vez
- Los autores de este libro consideramos que debe buscarse identificación con el entrevistado, compartir conocimientos y experiencias y responder dudas, pero mantener su papel como investigador. Recordando no intentar convertirnos en psicólogos o asesores personales.
- Debemos evitar elementos que obstruyan la conversación – como el timbre de algún teléfono, el ruido de la calle, el humo de un cigarro, las interrupciones de terceros, el sonido de un aparato- o cualquier distracción. También es importante que el entrevistado se relaje y mantenga un comportamiento natural. Nunca hay que interrumpirlo, sino guiarlo con discreción.
- Es recomendable no brincar “abruptamente” de un tema a otro, aun en las entrevistas no estructuradas ya que si el entrevistado se enfocó en un tema, no hay que perderlo, sino profundizar en el asunto.
- Siempre resulta conveniente informar al entrevistado sobre el propósito de la entrevista y el uso que se le dará a ésta; algunas veces ello ocurre antes de la misma, y otra, después. Si tal notificación no afecta a la entrevista, es mejor que se haga al inicio. Incluso a veces resulta conveniente leer todas las preguntas.
- La entrevista debe ser un dialogo y resulta importante dejar que fluya el punto de vista único y profundo del entrevistado. El tono tiene que ser espontaneo, tentativo, cuidadoso y con cierto aire de “curiosidad” por parte del entrevistador. Nunca incomodar al entrevistado o invadir su privacidad es una regla. Evite sarcasmos; y si se equivoca admítalo.

- Normalmente se efectúan primero las preguntas generales y luego las específicas.
- El entrevistador tiene que demostrar interés en las reacciones del entrevistado al proceso y a las preguntas, igualmente debe solicitar al entrevistado que señale ambigüedades, confusiones y opiniones no incluidas.
- Cuando al entrevistado no le quede clara una pregunta, es recomendable repetirla; del mismo modo, en caso de que una respuesta no le resulte entendible o diáfana al entrevistador, es conveniente solicitar que le repita la respuesta para verificar errores de comprensión. Cuando las respuestas están incompletas pueden hacerse pausas para sugerir que falta profundidad o hacer preguntas y comentarios de ampliación.
- El entrevistador debe estar preparado para lidiar con emociones y exabruptos. Si expresamos comentarios solidarios, debemos hacerlo de manera auténtica, ya que la hipocresía o la manipulación de sentimientos no tiene cabida en la investigación.
- Cada entrevista es única y crucial, y su duración debe mantener un equilibrio entre obtener la información de interés y no cansar al entrevistado
- Siempre es necesario demostrarle al entrevistado la legitimidad, seriedad e importancia del estudio y la entrevista
- El entrevistado debe tener siempre la posibilidad de hacer preguntas y disipar sus dudas. Es importante hacérselo saber. (pp. 420-422)

<i>Guía de Entrevista Semi estructurada</i>	
Fecha	Lugar:
Edad:	Sexo:
<p style="text-align: center;"><u>Momento de la detección del Parkinson</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En qué año le detectaron la enfermedad? 2. ¿Qué edad tenía cuando le detectaron? 3. En el momento que se le diagnostica la enfermedad, ¿Cómo fue? 4. ¿Con quién estaba? 5. ¿Estaba atravesando alguna situación particular? 6. ¿Recuerda cuáles eran las sensaciones o sentimientos más recurrentes en ese momento? 7. ¿Qué importancia tiene esto para Usted? 	
<p style="text-align: center;"><u>Antes de la detección</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. ¿Cómo era un día de su vida antes de la enfermedad? 9. ¿Cómo era el estilo y ritmo de vida antes de que se diagnostique el Parkinson? 10. ¿Cuáles fueron los síntomas previos a la detección del Parkinson? 	

<p>11. ¿A qué se dedicaba?</p> <p>12. ¿Con quién vivía en esos momentos?</p> <p>13. ¿Qué actividades sociales realizaba?</p> <p>14. En su vida ¿Cómo maneja o ha manejado una situación complicada o difícil de atravesar?</p>
<p><u>La vida con Parkinson</u></p> <p>15. ¿Cómo lleva la enfermedad de Parkinson en su vida?</p> <p>16. ¿Qué significado o sentido tiene para usted?</p> <p>17. ¿Qué cosas son importantes en su vida?</p> <p>18. ¿Realiza alguna actividad que le interese mucho o que le apasione?</p> <p>19. ¿Hay algún tema acerca del cual desea saber siempre más y al cual le dedica tiempo de estudio o de lectura?</p> <p>20. De las actividades que realiza, ¿Qué es lo que más le cuesta? ¿Lo que menos le cuesta?</p>
<p><u>Relaciones interpersonales</u></p> <p>21. ¿Con quién vive en la actualidad?</p> <p>22. ¿Se siente a gusto en su círculo familiar?</p> <p>23. ¿Participa de algún grupo o comunidad?</p> <p>1. ¿de qué manera?</p> <p>2. ¿desde cuándo?</p> <p>24. ¿Siente la contención y acompañamiento dentro de su entorno? ¿De qué manera? ¿Cómo describirá ese apoyo?</p>

El registro de las respuestas se realizó por medio de la grabación, ya que los participantes permitieron ser grabados en sus entrevistas.

El análisis de la entrevista, fue abordado desde la logoterapia, se realizó una “evaluación por áreas”, que como plantea Martínez Ortiz (2005):

Va a indicar las rutas de manifestación de los síntomas, así como los lugares de expresión, consecuencias de su estado actual, estrategias de afrontamiento, exacerbantes del malestar u otras dificultades. De igual forma, la evaluación por áreas va a desarrollar parte del diagnóstico alterno, los recursos de la persona, las áreas de desarrollo personal y los posibles caminos de sentido. (p76)

Se realizó un análisis sistematizado de la entrevista, de esta manera se obtuvo información adecuadamente organizada. La investigadora propuso un cuadro, donde expuso cada una de las áreas que se analizaron para arribar a los objetivos planteados en la investigación.

<u>DATOS GENERALES</u>	
AUTODISTANCIAMIENTO	
AUTOTRASCENDENCIA	
ÁREA SOCIAL	
ÁREA TRABAJO	
ÁREA SALUD	
ÁREA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	
ÁREAS AFECTIVAS	
ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD	

LOGO-TEST

Descripción

Test creado por Elisabeth Lukas, que permite medir el logro interior de sentido y la frustración existencial. Brindará información acerca de hasta qué punto las personas creen que su existencia tiene sentido o no.

El test se divide en tres categorías, cada una de ella arrojará la información sobre cómo se encuentra la persona en relación a cada uno de los valores de la logoterapia (experiencia, creación y actitud). La primera etapa investiga sobre 9 categorías descubiertas en la experiencia, el bienestar material, la autorrealización, la familia, la actividad ocupacional principal, la sociabilidad, los intereses, las vivencias y experiencias, los servicios a los otros y las necesidades vitales. La segunda etapa busca

indagar sobre la frustración existencial, los efectos generales de la frustración, tales como la agresión, regresión, la super-compensación, la reacción de huida, la adaptación razonada y las neurosis de depresión. Por último la tercer etapa, que se divide a su vez en dos partes, va a evaluar la posición que tiene la persona frente su realización interior de sentido de vida.

Objetivos

Como lo plantea Elizabeth Lukas (1996)

El objetivo principal del Logotest será descubrir en poco tiempo la posible problemática noogena de un individuo, con el fin de emprender un tratamiento gradual necesario o, al menos, a fin de tenerla en cuenta en las entrevistas de asesoramiento y apoyo. (p.14)

Aplicación y Análisis

Teniendo en cuenta, la descripción y el principal objetivo que tiene este test. La investigadora considero oportuno la aplicación y administración del mismo en este trabajo de investigación, ya que le brindo la información pertinente para poder abordar el planteamiento del problema.

El test para su administración, consta de dos protocolos, uno para mujeres y otros para varones, este fue administrado de manera individual a los participantes de la investigación. El tiempo en el que se empleó el test fue teniendo en cuenta los condicionamientos que tienen las personas con la enfermedad de Parkinson.

En esta investigación se trabajo de manera individual y considerando las dificultades que se les presentan por la patología, el tiempo de administración no fue estricto.

Teniendo en cuenta que la información que brinda el test es expresada tanto de manera numérica como de manera textual, es importante considerar que desde esta investigación se realizó un análisis cualitativo con las dos formas de información,

teniendo en cuenta para el análisis de la misma la información arrojada con los puntajes de Actitud y el puntaje Total.

F: Cuestionario Femenino

Nombre:.....Edad:

Ocupación:..... Fecha:.....

1) Lea las siguientes afirmaciones. Es aquellas que coincidan o reflejen su propio caso y que incluso Usted hubiera podido decir de sí misma, escriba "SI" en la casilla correspondiente. En aquellas que más bien expresan una posición u opinión contraria a la suya, escriba "NO" en la casilla correspondiente. Puede dejar el espacio en blanco si la decisión le resulta difícil.

1) Si soy sincera, yo lo que prefiero es una vida agradable y tranquila, sin grandes dificultades y con suficiente respaldo económico.

2) Tengo ideas definidas sobre cómo quiero ser y en qué quisiera tener éxito y trato de realizar estas ideas en la medida de lo posible.

3) Me siento a gusto en el calor del hogar, dentro de mi círculo familiar (o de comunidad) y quisiera contribuir a que mis hijos (en caso de tenerlos) también obtengan una base similar.

4) Encuentro verdadera realización personal en la profesión u ocupación que estoy ejerciendo para la cual me preparo en serio.

5) Tengo compromisos y relaciones con una o varias personas y el cumplir con ellos me causa alegría.

6) Hay una materia o actividad que me interesa particularmente acerca de la cual deseo saber siempre más y a la cual me dedico en cuanto tengo tiempo.

7) Experimento gozo y placer en cierto tipo de vivencias (gusto por el arte, contemplación de la naturaleza....) que no quisiera perder.

8) Creo en una tarea religiosa o política (o en una tarea al servicio del progreso) y estoy dispuesta a actuar a favor de ella

9) Mi vida se ve ensombrecida por adversidades, preocupaciones o enfermedades, sin embargo, me esfuerzo mucho por mejorar esta situación.

II) Señale con una cruz el grado de frecuencia en que Usted ha tenido las siguientes vivencias y procure, por favor, ser sincera.

1) La sensación de rabia o enojo impotente porque creyó que todo lo que había hecho hasta ahora fuera en vano.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

2) El deseo de ser otra vez niña y poder comenzar todo de nuevo desde el principio.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

3) La observación de que Usted trata de presentar su vida ante sí misma o ante otras personas como más sustanciosa y rica en sentido de lo que realmente es.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

4) Aversión a dejarse molestar por pensamientos profundos y en ocasiones incómodos sobre su modo de ser y actuar.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

5) La esperanza de poder transformar un fracaso o una desgracia, a pesar de todo, en un hecho positivo, con sólo poner todo su esfuerzo por conseguirlo.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

6) Experiencia de angustia que se le impone y que produce en Usted una dolorosa pérdida de interés hacia todo lo que se le presenta.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

7) El pensamiento de tener que decir ante la proximidad de la muerte que no valió la pena vivir.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

III.1) A continuación se le presentan tres casos:

A) *Una mujer tiene mucho éxito en su vida. Si bien no ha podido conseguir aquello que ella siempre había deseado, ha logrado en cambio alcanzar con el tiempo una buena posición y puede mirar sin demasiada preocupación el futuro.*

B) *Una mujer se ha obstinado en una tarea que se propuso como meta. A pesar de los continuos fracasos se mantiene firme en su empeño. Por causa de ello, ha tenido que renunciar a mucho, finalmente ha obtenido poco provecho constatable de todo ello.*

c) *Una mujer ha establecido un compromiso entre sus deseos y las circunstancias que la vida le impone. Cumple cabalmente con sus obligaciones aunque no especialmente a gusto. Por otra parte, cuando le resulta posible, se dedica a sus propios intereses y ambiciones.*

III.2) Ahora, refiriéndose a los 3 casos arriba descritos, responda por favor a las siguientes preguntas:

1) ¿Cuál es la mujer más feliz?	A	B	C
2) ¿Cuál es la mujer que más sufre?	A	B	C

III.3) Finalmente, describa para terminar, en pocas frases, su propio caso, contrastando aquello que ha querido y por lo que se ha esforzado hasta ahora con lo que ha conseguido y exprese asimismo lo que usted piensa y siente al respecto

M: Cuestionario Masculino

Nombre:.....Edad:

Ocupación:..... Fecha:.....

I) Lea las siguientes afirmaciones. Es aquellas que coincidan o reflejen su propio caso y que incluso Usted hubiera podido decir de sí mismo, escriba "SI" en la casilla correspondiente. En aquellas que más bien expresan una posición u opinión contraria a la suya, escriba "NO" en la casilla correspondiente. Puede dejar el espacio en blanco si la decisión le resulta difícil.

1) Si soy sincero, yo lo que prefiero es una vida agradable y tranquila, sin grandes dificultades y con suficiente respaldo económico.

2) Tengo ideas definidas sobre cómo quiero ser y en qué quisiera tener éxito y trato de realizar estas ideas en la medida de lo posible.

3) Me siento a gusto en el calor del hogar, dentro de mi círculo familiar (o de comunidad) y quisiera contribuir a que mis hijos (en caso de tenerlos) también obtengan una base similar.

4) Encuentro verdadera realización personal en la profesión u ocupación que estoy ejerciendo para la cual me preparo en serio.

5) Tengo compromisos y relaciones con una o varias personas y el cumplir con ellos me causa alegría.

6) Hay una materia o actividad que me interesa particularmente acerca de la cual deseo saber siempre más y a la cual me dedico en cuanto tengo tiempo.

7) Experimento gozo y placer en cierto tipo de vivencias (gusto por el arte, contemplación de la naturaleza....) que no quisiera perder.

8) Creo en una tarea religiosa o política (o en una tarea al servicio del progreso) y estoy dispuesto a actuar a favor de ella

9) Mi vida se ve ensombrecida por adversidades, preocupaciones o enfermedades, sin embargo, me esfuerzo mucho por mejorar esta situación.

II) Señale con una cruz el grado de frecuencia en que Usted ha tenido las siguientes vivencias y procure, por favor, ser sincera.

1) La sensación de rabia o enojo impotente porque creyó que todo lo que había hecho hasta ahora fuera en vano.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

2) El deseo de ser otra vez niño y poder comenzar todo de nuevo desde el principio.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

3) La observación de que Usted trata de presentar su vida ante sí mismo o ante otras personas como más sustanciosa y rica en sentido de lo que realmente es.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

4) Aversión a dejarse molestar por pensamientos profundos y en ocasiones incómodos sobre su modo de ser y actuar.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

5) La esperanza de poder transformar un fracaso o una desgracia, a pesar de todo, en un hecho positivo, con sólo poner todo su esfuerzo por conseguirlo.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

6) Experiencia de angustia que se le impone y que produce en Usted una dolorosa pérdida de interés hacia todo lo que se le presenta.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

7) El pensamiento de tener que decir ante la proximidad de la muerte que no valió la pena vivir.

<i>muy frecuentemente</i>		<i>alguna vez</i>		<i>nunca</i>	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

III.1) A continuación se le presentan tres casos:

A) *Un hombre tiene mucho éxito en su vida. Si bien no ha podido conseguir aquello que él siempre había deseado, ha logrado en cambio alcanzar con el tiempo una buena posición y puede mirar sin demasiada preocupación el futuro.*

B) *Un hombre se ha obstinado en una tarea que se propuso como meta. A pesar de los continuos fracasos se mantiene firme en su empeño. Por causa de ello, ha tenido que renunciar a mucho, finalmente ha obtenido poco provecho constatable de todo ello.*

c) *Un hombre ha establecido un compromiso entre sus deseos y las circunstancias que la vida le impone. Cumple cabalmente con sus obligaciones aunque no especialmente a gusto. Por otra parte, cuando le resulta posible, se dedica a sus propios intereses y ambiciones.*

III.2) Ahora, refiriéndose a los 3 casos arriba descritos, responda por favor a las siguientes preguntas:

1) ¿Cuál es el hombre más feliz?	A	B	C
2) ¿Cuál es el hombre que más sufre?	A	B	C

III.3) Finalmente, describa para terminar, en pocas frases, su propio caso, contrastando aquello que ha querido y por lo que se ha esforzado hasta ahora con lo que ha conseguido y exprese asimismo lo que usted piensa y siente al respecto

NOTA DE CAMPO

Este instrumento se agregó ya que la investigadora a medida que fue recolectando la información, fue haciendo registro de los sucesos vinculados a su investigación.

Descripción

Las notas de campo, son los registros que hace el investigador en el momento inmediato de haber presenciado el suceso. Este registro se hace en base a la escucha y observación directa del momento en que se presenció el acto.

Objetivo

El principal que se persiguió con este instrumento en la investigación realizada, fue el de poder tener un material de primera mano que brinde mayor información acerca de los acontecimientos que se dieron durante el trabajo.

Aplicación y Análisis

La clase de anotación que se realizó fue de anotación de la reactividad de los participantes. El registro de la información, se hizo en un cuadro donde se detalla el participante y el momento del acontecimiento.

La información recolectada de este instrumento será tomada en cuenta en el momento del análisis, ya que fueron datos que enriquecieron el análisis tanto de la entrevista como del Logotest.

Participante	Momento

PROCEDIMIENTO

Los procedimientos que se realizaron para arribar al análisis y la conclusión en la siguiente investigación se fueron dando de la siguiente manera:

En un primer momento, la investigadora tuvo contacto con la vicepresidenta de la Asociación, a quien le planteó su inquietud de la investigación, ante el interés por la temática, le brindó su apoyo y predisposición para que se lleve a cabo la investigación. Fue así que le brindo un espacio a la investigadora para que pueda convocar a una reunión a los miembros de la asociación y a los participantes de la misma, en donde les informó sobre la finalidad, el objetivo del trabajo y la modalidad que se utilizó para recolectar la información, allí mismo se invitó a los que estuvieran interesados, a participar de la misma. Se corroboró que los interesados en participar cumplan con los requisitos planteados en la investigación para que formen parte de la muestra. Es así que la muestra quedo conformada por seis participantes, tres mujeres y tres varones.

La investigadora inició el proceso de recolección de información con una observación general que realizó sobre una clase de Educación Física, en donde pudo tomar registro del comportamiento de cada uno de los participantes en situación de grupo es decir cómo se relacionaban entre ellos y con los profesionales que en ese momento se encontraban a cargo de la actividad.

Luego, siguió con la administración de las entrevistas semi- estructuradas. Las mismas se efectuaron de manera individual en el gabinete facilitado por AEPSA. Si bien se presentó una estructura de preguntas, la investigadora fue realizando las preguntas a medida que el participante mostraba la participación ante las mismas. Se procuró que todas las preguntas que estaban en la estructura fuesen respondidas, sin tener en cuenta el orden de las mismas.

Una vez concluida la administración de la entrevista, se prosiguió con la aplicación del Logo Test, esta técnica también se realizó de manera individual con cada uno de los participantes. Considerando la patología y uno de los síntomas más característicos de la misma, la investigadora le preguntó a cada uno de los participantes cómo preferían la administración del test, ya que muchas veces el entumecimiento o el temblor en las manos les hace dificultosa la actividad de escribir. Así mismo se les consultó, igual que en la entrevista, la posibilidad de hacer un registro de grabación ante

las respuestas que den en los instrumentos. Una vez concluida con la recolección de la información con esta técnica, se agradeció la participación en la investigación.

En el proceso de la recolección de la información, la investigadora fue realizando anotaciones tanto en la bitácora de análisis como en las notas de campo.

Todo el material recopilado fue transcrito y expuesto en el anexo de esta investigación, resguardando la identidad de cada participante.

Los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, fueron expresados de manera sistemática tanto entrevista como los del Logo Test. Con la entrevista se expuso toda la información de manera objetiva en un cuadro de doble entrada, en donde se marcaban ítems centrales que arrojaron datos necesarios para el análisis de la misma. Mientras que para la información proporcionada por el Logo Test se tuvo particular importancia a los puntajes totales y al puntaje en el ítem de Actitud que brinda el test.

Es así que a partir de esta información recopilada, junto con los registros que la investigadora realizó, en las bitácoras y en las notas de campo que se pudo llegar a realizar un análisis de manera general de todos los casos.

El procedimiento que se realizó para la administración de los instrumentos, la sistematización y el análisis de la información recolectada, fue llevada a cabo bajo la supervisión y guía de la directora de esta investigación.

Las conclusiones que se arribaron en la investigación, fueron en base a las observaciones que se realizaron, las notas de campo, y el análisis general de los instrumentos.

RESULTADOS

CASO A

Resultados de la entrevista

<u>DATOS GENERALES</u>	
Juan 71 años Jubilado 3 hijos 3 matrimonios Separado Con Diagnostico de Parkinson hace 4 años	
AUTODISTANCIAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Puede verse en situación, como así también monitorear sus propios procesos emotivos y cognitivos. - Logra tomar distancia de sus dolencias y padecimientos
AUTOTRASCENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Pudo percibir sentidos, salir de sí mismo. - Se puede evidenciar a partir de relato que pudo poner en acto la triada de valores
ÁREA SOCIAL	<p>En la actualidad manifiesta que es restringida, ya que le cuesta movilizarse.</p> <p>Pero en su relato, se podría evidenciar que tuvo una vida socialmente activa, siempre al servicio del otro ya sea por el rol que le tocaba desempeñar por su trabajo o por iniciativa propia.</p>
ÁREA TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> - Actualmente se encuentra Jubilado - Fue maestro rural de zonas inhóspitas. Actividad por la que manifiesta mucho agrado. - Se dedicó a la política
ÁREA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Con un diagnóstico de la enfermedad de Parkinson desde hace 3 o 4 años, manifiesta no recordar bien la fecha - Manifiesta haber atravesado un diagnóstico de Cáncer, el cual resultado ser negativo - Tiene todas las características y síntomas que afectan a las personas

	con Parkinson
ÁREA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	Se evidencia en su relato que antes del diagnóstico de la enfermedad, tenía una actividad fluida. En la actualidad, sólo asiste de manera eventual a AEPSA
ÁREAS AFECTIVAS	En el relato de su entrevista, no se puede evidenciar una relación de manifestación de afecto hacia su núcleo primario de familia. Pero si lo hace cuando hace referencia a su última pareja, la cual falleció un año antes que del diagnóstico de Parkinson. Así mismo muestra afecto hacia las actividades que realizaba en su labor de maestro.
ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD	Si se manifiesta en el relato

Resultados del Logo Test

- En el ítem de Actitud arrojó una puntuación de **1 punto** ya que se puede ver una tendencia hacia una actitud positiva con respecto a su propio sufrimiento.
- Una puntuación total de 10 puntos
- Considerando el puntaje total y la edad del participante (71 años). La Puntuación total se sitúa en el **Área Media (Q2+ Q3)**. Esto significa que el participante no posee una “realización interior del sentido” ni muy buena ni muy mala. Se podría decir que es una persona que se encuentra en un proceso de acuerdo al desarrollo de evolución de su patología.

CASO B

Resultado de Entrevista

<u>DATOS GENERALES</u>	
José 69 años Casado Un hijo Diagnosticado hace 5 años	
AUTODISTANCIAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Logra verse así mismo - Puede monitorear los emotivos y cognitivos - Dialoga consigo mismo y sus circunstancias
AUTOTRASCENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Logra percibir valores y sentidos - Resonancia afectiva - Logra salir de si mismo
ÁREA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - No manifiesta tener una amplia relación social, salvo con su núcleo familiar.
ÁREA TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> - Se jubiló a los 63 años - Se dedicó a ser chofer de colectivo - También fue encargado de edificio en la provincia de Bs.As.
ÁREA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Se le diagnosticó la enfermedad de Parkinson hace 5 años - Manifiesta que el principal síntoma que presenta es la pérdida de equilibrio y el entumecimiento de las piernas.
ÁREA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - No realiza ninguna actividad, salvo la de asistir a las clases de educación física en AEPSA
ÁREAS AFECTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Manifiesta un fuerte afecto hacia su nieta y a su núcleo familiar primario.
ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - No manifiesta una actitud ante la enfermedad, como tampoco ante el diagnóstico.

Resultados del Logo- Test

- En el ítem de Actitud arrojó una puntuación de **1 punto** ya que se puede ver una tendencia hacia una actitud positiva con respecto a su propio sufrimiento.
- Puntaje total de 9 puntos
- Considerando la puntuación total y la edad del participante (69 años). La Puntuación total se sitúa en el **Q1**. Esto significa que el participante tiene una “realización interior del sentido” que va de buena a muy buena, es decir que logra atribuirle un sentido a su vida y a la situación por la que esta atravesando.

CASO C

Resultados de la entrevista

<u>DATOS GENERALES</u>	
Mario 78 años Viudo Un hijo Diagnosticado hace 4 años	
AUTODISTANCIAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Pudo tomar distancia sobre sus dolencias y padecimientos. - Logra hacer una significación sobre los sucesos a los que se enfrenta.
AUTOTRASCENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Percibe valores y sentidos
ÁREA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Se muestra una persona abierta que le gusta y disfruta de las relaciones sociales.
ÁREA TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> - Jubilado - Trabajó de manera independiente - Es un área en la que no interiorizo mucho
ÁREA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticado hace 4 años con Parkinson - Realiza varias actividades en durante el día para el cuidado de su salud
ÁREA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza diversas actividades entre ellas: baile, natación, gimnasia
ÁREAS AFECTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Manifiesta gran afecto hacia su actual pareja. - Expresa los afectos que marcaron su vida.
ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Manifiesta una actitud optimista y realista

Resultados de Logo- Test

- En el ítem de Actitud arrojó una puntuación de **0 puntos**, con una tendencia de actitud positiva tanto hacia el propio sufrimiento como hacia el propio éxito.
- Puntaje general de 8 puntos
- Considerando la puntuación total y la edad del participante (78 años). La Puntuación total se sitúa en el **Q1**. Con esta puntuación se puede decir que el participante tiene una “realización interior de sentido” que varía desde buena a muy buena, lo cual estaría indicando que logra asignarle un sentido a su vida y a las experiencias que vive. Así mismo esta puntuación está indicando que el participante ante situaciones adversas que atraviesa en la vida las enfrentaría con seguridad.

CASO D

Resultado de la entrevista

<u>DATOS GENERALES</u>	
64 años Divorciada 3 hijos Diagnosticada hace 5 años	
AUTODISTANCIAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Logra tomar una actitud ante sus condicionamientos psicofísicos. - Logra tomar distancia de sus padecimientos
AUTOTRASCENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Logra salir de si misma - Percibe valores y sentidos, con respecto a la enfermedad.
ÁREA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Asiste a diversas actividades - Se evidencia una relación de compromiso con el grupo de AEPSA.
ÁREA TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> - Jubilada - Se dedicó al comercio de manera independiente
ÁREA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticada hace 5 años con la enfermedad de Parkinson - Manifiesta que este último año, los síntomas característicos de la enfermedad la afectaron mucho más que años anteriores.
ÁREA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Manifiesta el placer por desarrollar actividades que la distienda, por ejemplo pintura, baile, actividad física.
ÁREAS AFECTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Expresa su gran afecto hacia su hijo varón.
ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - En su relato, se puede evidenciar que existe una actitud positiva hacia la enfermedad.

Resultado del Logo- Test

- En el ítem de Actitud arrojó una puntuación de **0 puntos**. Esto indica que la participante posee una tendencia positiva tanto hacia el propio sufrimiento como hacia el propio éxito.
- Puntuación total de 4 puntos
- Considerando la puntuación total y la edad de la participante (64años). La Puntuación total se sitúa en el **Q1**. Esto indica que la “realización interior de sentido” que posee la participante varía desde buena a muy buena. Logra atribuirle un sentido a su vida y a los sucesos por los que atraviesa, enfrentándose a estos de manera segura y firme.

CASO E

Resultado de la entrevista

<u>DATOS GENERALES</u>	
Cristina 75 años Viuda 3 hijos Diagnosticada hace 3 años	
AUTODISTANCIAMIENTO	- No logra tomar distancia con respecto a la patología
AUTOTRASCENDENCIA	- Logra percibir valores y sentidos, con respecto a distintos sucesos de su vida.
ÁREA SOCIAL	- Sólo asiste al grupo de AEPSA - No tiene relación con otros grupos, excepto su núcleo familiar.
ÁREA TRABAJO	- Jubilada - En sus años de actividad laboral, se desempeñó como enfermera, brindando servicio en el área de maternidad. - Manifiesta gran satisfacción por la labor que desarrollaba
ÁREA SALUD	- Fue diagnosticada hace 3 años
ÁREA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	- Eventualmente realiza viajes para visitar a su familia - Asiste a las clases de educación física de AEPSA
ÁREAS AFECTIVAS	- Manifiesta afecto hacia sus nietos - Expresa un gran sentimiento hacia su último esposo.
ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD	- Se puede evidenciar una actitud de desilusión tanto ante el diagnóstico como ante la enfermedad.

Resultados del Logo- Test

- En el ítem de Actitud arrojó una puntuación de **2 puntos** Esto indica que la participante no logra destacar ningún tipo de actitud ya sea con respecto a su propio sufrimiento, como hacia el éxito.
- Puntuación total de 13 puntos
- Considerando la puntuación total y la edad de la participante (75 años). La Puntuación total se sitúa en el (**Q2 + Q3**). Con este puntaje, se infiere que la “realización interior de sentido” que posee la participante no es ni muy buena ni muy mala. Lo cual estaría indicando que esta persona al enfrentarse a situaciones adversas en la vida, podría enfrentarse a ellas de manera más insegura con muy poca estabilidad.

CASO F

Resultado de la entrevista

<u>DATOS GENERALES</u>	
Marta 63 años 4 hijos Casada Diagnosticada hace 4 años	
AUTODISTANCIAMIENTO	- Logra reconocer valores y sentidos a distintas situaciones de su vida por las que atraviesa
AUTOTRASCENDENCIA	- Logra tomar distancia sobre sus dolencias y padecimientos. - Hace una significación sobre los sucesos ante los que se enfrenta.
ÁREA SOCIAL	- Asiste a AEPSA - Tiene una fluida relación con su grupo familia
ÁREA TRABAJO	- Jubilada - Se dedicó a la enfermería, en la asitencia de púérperas - Manifiesta gran satisfacción y gusto por la labor que desempeñaba.
ÁREA SALUD	- Fue diagnosticada hace 4 años
ÁREA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	- Realiza actividades y viajes con su grupo familiar.
ÁREAS AFECTIVAS	- Se puede evidenciar una fuerte relación con sus lazos familiares, tanto hijos, nietos y su esposo.
ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD	- En la actualidad se evidencia una actitud positiva ante la enfermedad.

Resultado de Logo- Test

- En el ítem de Actitud arrojó una puntuación de **1 puntos**. Con este puntaje estaría indicando que en la participante se evidencia una tendencia de actitud positiva respecto al propio sufrimiento.
- Puntuación total de 8 puntos
- Considerando la puntuación total y la edad de la participante (63años). La Puntuación total se sitúa en el **Q1**, esto estaría indicando que la realización interior de sentido que posee la participante varía de buena a muy buena. Con esto indica que esta persona logra brindarle un sentido tanto a su vida como a las actividades que realiza.

ANALISIS

La información fue recolectada de los seis participantes, tres de género masculino y tres de género femenino entre las edades de 63 y 78 años. Los seis casos son jubilados, y asisten a AEPSA. Los años de diagnóstico de la enfermedad varían desde los tres hasta los cinco años.

A partir de las características de la muestra arriba mencionada y teniendo en cuenta el cuadro sistematizado que la investigadora realizó para organizar el análisis de la entrevista, se puede inferir que de los seis participantes de la investigación cinco logran un autodistanciamiento con respecto a la enfermedad y a otros sucesos para ellos significativos que se les presentaron en su vida. Así mismo con respecto a la autotrascendencia, se puede evidenciar que todos logran percibir un sentido y un valor a la situación por la cual están atravesando.

Con respecto a las distintas áreas que fueron tenidas en cuenta para el análisis de las entrevistas, se puede decir que son muy pocos los que realizan actividades sociales o tienen relación con diversos grupos. La mayoría de los participantes, encuentran la contención con su núcleo familiar íntimo y en AEPSA, en muchos casos siendo esta última el único lugar extra familiar al que concurren. Mientras que manifiestan que antes de la patología solían tener una actividad social y recreativa más rica. A partir de esto y considerando las características propias de la enfermedad, se infiere que las personas que participaron de la investigación limitaron su actividad social y recreativa debido a las consecuencias sintomáticas de la patología; una de ellas, la que sería más representativa en este punto, es la movilidad ya que al perder la estabilidad corporal, por los frecuentes mareos, por la bradicinesia o el entumecimiento del cuerpo, muchas veces se ven obligados a recurrir a la ayuda de otra persona que los pueda trasladar. Esta característica que es recurrente en los participantes, también se ve reflejada en la preocupación que tiene la profesora de educación física, en su relato (ver entrevista en anexo), ya que al depender de otra persona para poder moverse muchas veces se ven limitados a poder mantener un ritmo en la estimulación corporal.

Como se mencionó arriba, los seis participantes actualmente se encuentran jubilados, pero en su etapa de actividad laboral se puede evidenciar, a partir de sus

relatos que se dedicaron a actividades que les demandaba un alto nivel de tensión para poder llevarlo a cabo. Entre las labores que se desempeñaban hay dos enfermeras (se desempeñaron en el área de maternidad) hay un maestro rural, un chofer de colectivo y dos trabajadores independientes. Todos manifiestan gran satisfacción por las actividades que realizaron en ese momento, como así también expresan el alto grado de tensión y responsabilidad con que le demandaba llevar a cabo su labor.

Teniendo en cuenta ese factor común en los participantes y considerando el marco teórico con el que se trabajó en esta investigación se puede inferir que fueron personas que encontraban un sentido a su vida por medio de la actividad laborar en la que se desempeñaban. Se puede destacar también, que la mayoría de los participantes tuvo trabajos en los que brindaba un servicio al otro.

Con respecto al área afectiva la mayoría lo manifiesta de manera positiva, principalmente hacia algún miembro de su núcleo familiar íntimo, ya sea nietos, hijos o pareja. Como así también en el relato de las entrevistas, se puede llegar a evidenciar que la mayoría, en sus actividades tanto recreativas como laborales que realizaban antes de la enfermedad, llevan una carga afectiva importante la cual también les daba satisfacción realizarla.

Por último, teniendo en cuenta el ítems de actitud ante el diagnóstico, es evidente que la mayoría de los participantes logran manifestar una postura tanto ante el mismo, ya que varios pudieron expresar cómo fue ese momento. Varios manifiestan que ante el diagnóstico tuvieron una actitud de depresión, de desesperanza, y decaimiento, solo uno de ellos se mostró con una actitud neutra, tomando al diagnóstico como un suceso esperable en su vida, ya que su padre también había padecido la enfermedad. A partir de esto se podría inferir que los participantes, se encuentran en un proceso constante de ir aceptando el diagnóstico y la enfermedad, con todos los nuevos síntomas que van sucediéndose a medida que avanza la patología.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos del Logo-Test, se puede evidenciar que cuatro de ellos, logran tener una “Realización Interior de Sentido” (RIS) que varía desde buena a muy buena (Q1) con esto podríamos inferir que la mayoría logra hacer una resignificación del sentido de vida y de los sucesos por los que atraviesa.

Relacionando esto con el análisis de las respuestas arrojadas en las entrevistas se puede decir que la mayoría de estas personas logran poner en acto los recursos noéticos, autotranscendencia y autodistanciamiento, que plantea la Logoterapia y esto se manifiestan en la capacidad que tiene los participantes de poder tomar una distancia de sus dolencias y padecimientos, como así también en la capacidad de poder percibir valores y sentidos a la situación por la cual están atravesando.

Por otra parte considerando los puntajes arrojados por el Logo-Test en el ítem de Actitud, se puede ver que hay una mayor variación de ellos, ya que de los seis participantes:

- Tres tienen una puntuación de uno (1), con una tendencia de actitud positiva hacia el sufrimiento los tres.
- Dos tienen una puntuación de cero (0), lo cual indica que estos dos participantes tienen una tendencia de actitud positiva tanto hacia el sufrimiento como hacia el propio éxito personal.
- Sólo uno de ellos tiene un puntaje de dos (2), esto indica que esta persona no presenta ningún tipo de tendencia de actitud

Considerando las puntuaciones obtenidas y teniendo en cuenta lo relatado por los participantes, es evidente que la mayoría explicita una actitud de sentido ante el diagnóstico, ya que varios pudieron poner de manifiesto cómo fue ese momento. Varios manifiestan que ante la confirmación médica de la enfermedad, tuvieron una actitud de depresión, de desesperanza y decaimiento, sólo uno de ellos se muestra con una actitud neutra, tomando al diagnóstico como un suceso esperable en su vida, ya que su padre también había padecido la enfermedad.

Con respecto a la enfermedad en sí misma, la actitud de sentido que toman es más variable, ya que a partir de lo manifestado en los relatos se puede deducir que alguno de los participantes aún no logra hacer una resignificación de su vida con respecto a la enfermedad. Mientras que otros, lograron hacer una resignificación de la misma y así poder convivir con la enfermedad y asumirla como una forma de vida.

En lo que se considera el desencadenante de la enfermedad, se podría inferir que a ninguno se le despertó la patología de manera repentina, sino que en su mayoría relatan que pueden hacer una mirada retrospectiva sobre sus vidas en lo que respecta al área de la salud y pueden darse cuenta que mucho antes de que reciban el diagnóstico por parte del médico ya presentaban síntomas característicos del Parkinson, sin tener la confirmación del mismo como diagnóstico. Sin embargo, se puede evidenciar que a partir de esta mirada que la mayoría de los participantes logran hacer de sus vidas en el relato, pueden atribuirle un suceso el cual fue el desencadenante de la enfermedad. Ante esto se puede inferir que el hecho de que logren tomar una actitud de sentido ante la enfermedad, podría estar relacionado a como es la actitud que ellos toman ante el suceso que consideran que desencadenó la enfermedad de Parkinson. Considerando que al valor de actitud logran manifestarlo a partir de la actualización de los recursos noéticos, se puede apreciar que los participantes que lograron tomar una actitud de sentido ante la enfermedad son aquellos que pudieron autotranscender y autodistanciarse de los sucesos que ellos mismos consideran que le causaron la enfermedad, es decir que lograron darle una significación a los sucesos que ellos consideran como detonante de la enfermedad.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones

Esta investigación se enmarcó dentro del análisis existencial, en particular desde la Logoterapia. Teniendo en cuenta principalmente las nociones de, ser humano, valor de actitud, sentido de vida y recursos noéticos con la que se trabaja desde este enfoque.

Fue una investigación cualitativa, de nivel descriptivo con un diseño de tipo narrativo biográfico. Se trabajó con una muestra de seis personas que padecen la enfermedad de Parkinson y que voluntariamente accedieron a participar de la investigación. Las mismas pertenecen a AEPSA y cumplieron con los requisitos planteados para poder formar parte de este estudio..

Los principales interrogantes que se planteó la autora de esta investigación al iniciar la misma fueron: ¿Cómo actualizan el valor de actitud las personas con la enfermedad de Parkinson que asisten a la Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta en el año 2017?, ¿Qué actitud asume la persona frente al diagnóstico de la enfermedad de Parkinson?, ¿Cómo se posiciona la persona con enfermedad de Parkinson que asiste a AEPSA frente a la misma?

Los instrumentos que se utilizaron para poder obtener la información fueron la observación directa, la entrevista semi estructurada y el Logo- Test. Como así también la investigadora, realizó anotaciones de campo y bitácoras de análisis de cada uno de los instrumentos empleados. Cabe destacar que el análisis que se realizó fue de manera general sobre cada uno de los resultados obtenidos de los participantes, y que la información numérica que fue arrojada por el Logo Test, fue analizada de manera cualitativa.

Considerando que los objetivos planteados en esta investigación fueron:

- ✓ Describir cómo actualizaron el valor de actitud las personas con la enfermedad de Parkinson que asisten a la Asociación de Enfermos de Parkinson de Salta (AEPSA) entre los años 2017.

- ✓ Conocer la actitud de las personas diagnosticadas con la enfermedad de Parkinson ante la patología.
- ✓ Caracterizar los recursos noéticos que ponen en acto las personas con la enfermedad de Parkinson para lograr actualizar el valor de actitud.

Se puede concluir que la autora, logró caracterizar los recursos noéticos que ponen de manifiesto los participantes para lograr actualizar el valor de actitud. El recurso más evidente entre los participantes, es el Autodistanciamiento, por medio del cual pueden tomar distancia y así una posición ante un suceso en particular, en este caso ante la enfermedad y el diagnóstico de la misma. Con respecto al otro recurso noético, la Autorascendencia, se puede decir que se vio manifestado en menor medida entre los participantes de la investigación. Considerando que la autotrascendencia es la posibilidad que tiene la persona de tomar una actitud hacia algo o alguien distinto de sí mismo y las características tanto físicas como emocionales que conllevan los participantes, se puede inferir que esta imposibilidad de manifestar plenamente este recurso, está ligado al proceso de aceptación que cada uno está atravesando con la enfermedad y el diagnóstico de la misma.

Por otra parte, considerando otro de los objetivos planteados, se puede decir que la investigadora, pudo conocer, cual fue la actitud que cada uno de los participantes tuvo ante el diagnóstico de la enfermedad y ante la enfermedad en sí mismo.

Con respecto al diagnóstico de la patología, se puede decir que:

- Un participante, manifestó una actitud neutral, considerando al diagnóstico como un suceso esperable en su vida. Es el caso del participante Caso B, quien en su relato en la entrevista manifiesta “...*me estaba viendo en el espejo del baño, para ir a trabajar en el mismo edificio, y usted sabe que cuando me veo, veo que me empezó a temblar acá (se señala mejilla izquierda) y uh!.. Como mi padre ya tuvo Parkinson, pensé ¡uh sonamos ya me llegó el Parkinson!...*” y al preguntarle cómo se sintió en ese momento su respuesta fue “*Y normal, yo seguí trabajando...*” Ante estas respuestas y teniendo en cuenta los valores arrojados en el Logo test de este participante, se puede concluir que esta persona, si bien no toma una actitud positiva ni negativa ante el diagnóstico, si lo hace ante la

enfermedad ya que a través de todo su relato se puede ver que intenta buscar un sentido a su enfermedad.

- Mientras que los otros cinco participantes, manifiestan en mayor o menor medida, cuáles fueron sus sentimientos y reacciones en el momento del diagnóstico. Se puede evidenciar, a partir del análisis, que esta magnitud de manifestación ante el mismo varía de acuerdo a la cantidad de años que lleva la persona con el diagnóstico clínico ya que las personas que tienen cinco años con el mismo, se muestran más positivas, recordando a ese momento con una carga afectiva negativa pero con optimismo para el tratamiento de la enfermedad. Mientras que las personas que tienen menos años con el diagnóstico, aún se muestran más afectadas con una carga afectiva más negativa hacia ese momento y sin poder manifestar claramente aun una actitud de sentido ante la enfermedad.

Considerando que el poder tomar una actitud de sentido y poner de manifiesto el valor de actitud, ante un suceso en nuestras vidas es un proceso que se va dando de manera paulatina. Es por esto que se puede concluir, diciendo que estos participantes, en su mayoría están en este proceso de poder aceptar la enfermedad y así lograr manifestar el valor de actitud ante la misma.

Tal es el caso de Juana Caso D, que en el relato que da en una de las respuestas del logo test manifiesta lo siguiente

“... yo me curé de mi enfermedad en el momento que acepté que tenía Parkinson, en el momento que estaba parada en la esquina de la San Martin y Buenos Aires y no podía cruzar la calle y le dije a un señor que por favor me ayude a cruzar, cuando uno acepta eso que no pudo hacer, ahí empieza uno a curarse de la enfermedad. Que no es la curación de la enfermedad en sí, sino la enfermedad de acá (señalándose la cabeza) ¿entendes?” (Ver anexo Caso D)

Considero relevante lo relatado por esta participante, ya que a partir del mismo se puede concluir que el proceso de poder tomar un valor de actitud ante la enfermedad está relacionado con la aceptación que tiene la persona con respecto a la patología.

Teniendo en cuenta el primer objetivo planteado en esta investigación, se puede concluir que la investigadora, logró descubrir de que manera actualizan el valor de actitud los participantes. Pueden hacerlo a partir de manifestación de los recursos noéticos y a través de la resignificación que ellos logran hacer de la enfermedad.

Las acciones que se pudieron observar para reconocer la manifestación de los recursos noéticos, fueron las siguientes:

- Varios participantes manifiestan un interés por interiorizarse y conocer más sobre la patología de manera teórica y clínica
- Algunos buscan desarrollar actividades que les permite distenderse y no tomar conciencia de los síntomas físicos.
- La mayoría de los participantes logran hacer una significación de otros sucesos que marcaron su vida.
- Se permiten expresar en sus relatos, lo que ellos consideran el desencadenante de la patología.

Considerando este último ítem, se puede decir que todos los participantes logran, hacer una mirada retrospectiva con respecto a sus estilos y formas de vida y sobre aquellos sucesos que consideran la raíz de la enfermedad. Si bien, aun clínicamente no existe un factor específico que marque el desenlace del Parkinson, los participantes, a nivel personal pueden inferir que es lo que los llevó a que su cuerpo se manifieste con esta enfermedad.

Teniendo en cuenta los resultados y el análisis obtenido del Logo- Test, se puede concluir que los participantes de esta investigación son personas que en su mayoría se encuentran, en un proceso de aceptar la enfermedad y poder asumir una actitud ante ella.

Así mismo es importante destacar, que el hecho de que los participantes estén asistiendo a un grupo, donde encuentran una contención y acompañamiento para poder aceptar la enfermedad ya estaría mostrando una tendencia de actitud positiva hacia este proceso.

Se puede concluir, que a partir de todo lo mencionado arriba, la anticipación de sentido que se planteó en esta investigación fue confirmada, ya que los participantes logran actualizar su valor de actitud ante la enfermedad en virtud de las manifestaciones de los recursos noéticos.

Sugerencias

Teniendo en cuenta los análisis y las conclusiones a las que se arribó, se puede sugerir como nuevas vías de investigación, abordar la patología del Parkinson desde otros marcos teóricos, de esta manera se podrá enriquecer el abordaje terapéutico para esta enfermedad, principalmente en el momento del diagnóstico. Ya que se pudo ver a lo largo de la investigación que otros profesionales ocupan el rol del psicólogo para brindar apoyo y contención a las personas que padecen la enfermedad de Parkinson.

Otra sugerencia de investigación, es el abordaje familiar de las personas con enfermedad de Parkinson, ya que en el transcurso del estudio, se pudo ver que los participantes, limitan su círculo social volviéndose al grupo familiar primario, encontrando allí la contención necesaria para aceptar el aceptar la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, G. (1985) *“La Búsqueda de sentido y su efecto terapéutico”*.1ª Ed. Buenos Aires: Ediciones Fundación Argentina de Logoterapia “Viktor Frankl”
- Acevedo, G. (1996) *El Modo Humano de Enfermar* 2ª Ed.: Bs.As.: Fundacion Argentina de Logoterapia “Viktor E. Frankl”
- Acevedo, G. (1998) *La búsqueda de Sentido y su Efecto Terapeutico* 1ª Ed.: Bs.As.: Fundacion Argentina de Logoterapia “Viktor E. Frankl”
- Andrade, María del Carmen. *Los valores de actitud de la logoterapia ante una enfermedad como la fibromialgia* (2015)

<http://www.logoterapia.com.mx/publicaciones/otros-art%C3%ADculos-publicados/valores-actitud-logoterapia-ante-enfermedad-fibromialgia>

- Ascencio de Garcia, L. (2005). *Logoterapia Orientada a Manejo de Grupos*. México : Ed. Toma y Lee Editorial
- Asociación Civil Enfermedad de Parkinson (ACEPAR, 2017)
<http://parkinsonargentina.blogspot.com.ar/>
- Castellá Gabreil Jorge (1987) *“Paradojas Existenciales”* 1ª Ed. Buenos Aires: San Pablo
- CETRAM (2011) *“Manual de Orientacion Parkinson”* 1ºEd Sgo de Chile: Belisario Prats
- Chaná,P. (2010) *La Enfermedad de Parkinson* 1º Ed. Chile: Eva RamirezZlatar

- En la enfermedad de Parkinson, D. (2010). *Alteraciones de la esfera emocional y el control de los impulsos en la enfermedad de Parkinson*. Revista de neurología, 50(Supl 2).
<http://www.neurologia.com/pdf/web/50s02/bds020s41.pdf>
- Frankl E. Viktor (1994) “*El hombre doliente. Fundamentos Antropológicos de la psicoterapia*”. 3ª Ed. Barcelona: Herder S.A.
- Frankl E. Viktor (1996) “*El hombre en busca de sentido*”. 18º Ed. Barcelona: Herder S.A.
- Frankl, V. (1964) *Teoria y Terapia de las Neurosis* Ed: Madrid : Gredos S.A.
- Frankl, V. (1990) *Logoterapia y Análisis Existencial* 1ºEd: Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1997) *Psicoanálisis y Existencialismo* 1ºEd: Mexico: FCE
- Frankl, V. (2000) *En el Principio era el Sentido* 1ºEd: Barcelona:Paidos
- Frankl, V. (2003) *Psicoterapia y Humanismo* 2ºEd: Mexico: FCE
- Gerhard Nijhof “*Parkinson's Disease as a problem of shame in public appearance*”*Sociology of Health d Illness* Vol. 17 No. 2 1995. Recuperado 3 de Junio 2017
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10933386/full>
- Gotham, A. M., Brown, R. G. y Marsden, C.D. (1986) “*Depression in Parkinson's disease: a quantitative and qualitative analysis*”*NeurolNeurosurg Psychiatry* 49: 381-389 Recuperado 4 de Junio de 2017

<http://jnnp.bmj.com/content/49/4/381>

- Guberman M. & Pérez Soto E. (2005) “*Diccionario de Logoterapia*”. 1° Ed. Buenos Aires: Lumen Hvmánitas.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Pilar Baptista L. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5° Ed. México: Mc Grau-Hill Interamericana
- Jankovic J.; Tolosa E. (2007) *Enfermedad de Parkinson y Trastornos del movimiento*. 5ª Ed. España: Lippnoctt
- Kulisevsky, J., Agular, M., Calopa, M., Martí, M. J., & Pascual, B. M. *Guía terapéutica de la Sociedad Catalana de Neurología. Enfermedad de Parkinson*

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/enfermedad_de_parkinson.pdf

- Ledesma, N.L. (2010) *LA ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CÁNCER MEDIANTE LA ACTUALIZACIÓN DEL VALOR DE ACTITUD* Tesis de Licenciatura para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Facultad de Artes y Ciencias de la Universidad Católica de Salta. Argentina
- Lukas, E.S. (1996) “*LOGO – TEST Test para la medición de la “realización interior del sentido” y de la “frustración existencial”*” 1° Ed. Buenos Aires: Almagesto.
- Martínez D. Susana & Marín C. Laura (2007) *Cuidarse para cuidar mejor en la enfermedad de Parkinson* Asociación Parkinson Madrid. Presión e Impresión Montano s.a.
- Martínez Ortiz, E. (2001) *Logoterapia, Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones*. 1° Ed. Bogotá Colombia: Colectivo Aquí y Ahora

- Martínez Ortiz, E. (2005) *Psicoterapia y Sentido de Vida* 1º Ed. Bogotá Colombia: Colectivo Aquí y Ahora
- Mellido, A; Suárez Ojeda, E.N.; Rodríguez, D. (2004) *Resiliencia y subjetividad ciclos de la vida* 1º Ed. Bs.As. Argentina: Paidós
- Micheli, E. F. & Pardal Fernández, M. (2010) “*Neurología*” 2º Ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana
- Ministerio de Salud (2010) *Guía Clínica de Enfermedad de Parkinson* Santiago de Chile: Minsal
- Mudeño Molla, M. (2002) *La logoterapia, descubriendo el sentido de la vida: Una visión existencial.* Recuperado de <http://www.egocreatperu/logoterapia.htm>
- Ostrosky-Solis, F. (2000). *Características neuropsicológicas de la enfermedad de Parkinson.* RevNeurol <http://feggylab.mex.tl/imagesnew/7/0/4/8/6/Caracteristicas%20neuropsicologicas%20de%20la%20enfermedad%20de%20parkinson.pdf>
- Pareja Herrera, L. G. (2006) “*Viktor Frankl Comunicación y Resistencia*”. 1º Ed. Buenos Aires: San Pablo.
- Peñas Domingo, Gálvez Sierra, Marín Valero y Pérez-Olivares Castiñeira (2015) *El Libro Blanco del párkinson en España. Aproximación, análisis y propuesta de futuro.* 1º Ed. España: Real Patronato sobre Discapacidad(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)
- Pinder, R. (1992). Coherence and incoherence: doctors' and patients' perspectives

on the diagnosis of Parkinson's Disease. *Sociology of Health&Illness*, 14(1)

- Valiente Sáenz, S. (coord.) (2009) “*Logoterapia en Accion*” 1ª Ed. Buenos Aires: San Pablo

ANEXO