

5
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"IZTACALA"**

**TRES PERSPECTIVAS DE INTERVENCION PSICOLOGICA
COMO UNA ALTERNATIVA PARA LOS ENFERMOS
TERMINALES Y SU FAMILIA**

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
EUGENIA ALBARRAN GARCIA
ASESOR: LIC. FERNANDO QUINTANAR OLGUIN



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Los Reyes Iztacala, 1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION.....	1
CAP. I. IMPORTANCIA DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA CON PACIENTES TERMINALES Y SU FAMILIA.....	7
CAP.II. LA PSICOLOGIA CONDUCTUAL Y SUS TECNICAS CON PACIENTES TERMINALES..	24
CAP. III. LA PSICOLOGIA EXISTENCIAL Y SUS TECNICAS CON PACIENTES TERMINALES..	64
CAP.IV. PERSPECTIVA PSICOHISTORICA DE LA MUERTE Y EL MORIR.....	126
CONCLUSIONES.....	161
BIBLIOGRAFIA.....	173

RESUMEN

En este trabajo se hace una revisión bibliográfica de tres perspectivas de intervención psicológica con pacientes terminales y su familia, siendo estas, la teoría cognitivo conductual, la psicología o teoría existencial y la psicohistoria.

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo resaltar la importancia del trabajo psicológico y describir las técnicas que utiliza cada una para el tratamiento de este tipo de pacientes.

Se pretendía realizar una confrontación entre ellas, pero dadas sus características particulares, ésta se tornó un poco difícil. Sin embargo, es importante mencionar un punto relevante encontrado y que, se refiere a que independientemente de la teoría que manejemos como psicoterapeutas, lo más importante es estar disponibles cuando nuestros pacientes nos necesiten, estar dispuestos a escucharlos cuando quieran comunicarnos algo, por insignificante que sea.

INTRODUCCION

Antes de llegar a considerarse como profesión en México, la Psicología pasó por un proceso de conformación y transformación de elementos teórico-metodológicos que más tarde le servirían para constituirse como disciplina aplicada, logrando ocupar un status social en el conjunto de profesiones humanistas (Mouret y Ribes; 1977).

El psicólogo es un profesionista cuyo campo de acción es muy amplio, al igual que los problemas a los que debe enfrentarse, con el compromiso profesional y social de aportar soluciones satisfactorias a la diversidad de problemas psicológicos existentes en la actualidad (op.cit.; 1977).

La psicología está dividida en diversas áreas como son: la psicología industrial, educación especial y rehabilitación, psicología educativa, social, experimental, clínica, psicofisiología y la psicología médica entre otras.

A la psicología médica se le puede definir subrayando su aspecto de enseñanza o de investigación y práctica; así la disciplina cobra perfiles muy diferentes según los casos. Si se considera desde el ángulo de la investigación y la práctica, en pocas facultades existe la psicología médica como especialidad teórica. Es mucho más a menudo una disciplina, que aborda en medicina aquellos problemas que la psicología clínica ha dejado de lado. (Diccionario de Psicología, 1985).

La investigación no se limita exclusivamente a la intervención, sino que intenta abarcar también aspectos fundamentales de la confrontación psicológica (coping skills), así como de las consecuencias de las enfermedades, principalmente en casos de dolencia crónica e incurable (Cullen y Cols.; 1976, citados en Diccionario de Psicología, 1985).

Hoy en día la psicología es reclamada en el campo médico y hospitalario, tanto por los psicólogos como por los mismos médicos, pero lo más importante es que también se reclama su presencia por las personas que requieren de algún servicio en las distintas instituciones del área de la salud en general (Quintanar, F.; 1990).

En un principio fueron los médicos quienes contribuyeron al desarrollo de la psicología médica como un área del conocimiento, independientemente de la psiquiatría y de la medicina conductual. Los servicios de salud están dejando de ser un campo exclusivo del médico, al mismo tiempo que la psicología cuenta con un desarrollo científico y tecnológico generado por ella misma, y que tiene gran aplicación, tanto en hospitales, centros de salud, salas de operaciones, etc. (op. cit.; 1990).

Cabe aclarar que la psicología médica no trabaja con psicopatologías, sino con alteraciones psicológicas asociadas con enfermedades.

Dentro de la psicología médica existe un área a la que desafortunadamente no se le ha dado la importancia, ni la atención que merece, por el tipo de población a la que va dirigida: **LOS PACIENTES TERMINALES Y SU FAMILIA**, esta es la **PSICOTANATOLOGIA** ó psicología de la muerte.

Pero definamos primeramente estos términos:

En la actualidad existen algunas enfermedades que por su misma naturaleza desafortunadamente siguen siendo incurables, como por ejemplo Lupus, SIDA, cáncer (algunos tipos), mal de Alzheimer, Uremia crónica, entre otras, por lo que las personas que las padecen son considerados pacientes terminales o desahuciados.

Psicotanatología o psicología de la muerte y el morir, proviene de un vocablo griego "thanatos", que quiere decir - muerte - y "logos" - tratado - , es decir, -tratado sobre la muerte-; y se refiere a la investigación psicológica de las vivencias y de la conducta relacionadas con la muerte. El término Psicotanatología fue introducido en 1901 por Illjitsch Mechnikoff, y es el estudio interdisciplinario de todos los problemas de la muerte (Diccionario de Psicología, 1985).

Sin embargo, la muerte es un tópico poco abordado por los profesionales de la salud mental en México.

Al público común, generalmente se le ofrecen artículos, películas y dramas triviales que simplifican el significado de la muerte (INSEN; 1989).

Los médicos han realizado investigaciones acerca de cuando una persona se debe declarar clínicamente muerta, pero ésto, no ha ayudado a la comprensión de las personas próximas a morir, ni de sus familiares.

"La muerte puede posponerse, pero no evitarse indefinidamente".

El hombre no ha dejado jamás de reflexionar sobre la muerte, su origen, causas, significación, modalidades y sus consecuencias; porque la muerte es, sin duda, un tema profundamente humano.

La importancia teórica estriba en permitir que la psicología amplie sus conocimientos acerca de los individuos, con la finalidad de intervenir en aquellos campos que no han sido totalmente explorados, o en los que sólo habían tenido lugar otras disciplinas como la medicina o la religión.

Además de la importancia social que conlleva el intervenir, no solamente a un nivel aplicado, sino que lo ideal sería tratar este aspecto a nivel preventivo.

De ahí que la finalidad de este trabajo sea hacer una revisión teórica desde tres diferentes perspectivas psicoterapéuticas o intervenciones psicológicas que se utilizan con los enfermos terminales y sus familias. Considerándose esta atención de vital importancia para estos individuos y la sociedad en general.

Para una mejor comprensión, el presente trabajo se ha dividido en cuatro Capítulos. En el primero se hace referencia a la importancia que tiene el intervenir como psicólogos con este tipo de población. En el Capítulo II, se describen las técnicas de la psicología cognitivo- conductual que se utilizan con estos pacientes, tanto a nivel individual como de apoyo a familiares. En el Capítulo III, se describirá en que consiste la psicología existencial y sus técnicas psicoterapéuticas. Finalmente, en el Capítulo IV se describe la perspectiva psicohistórica de la muerte y el morir.

CAPITULO I

LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA CON LOS PACIENTES TERMINALES Y SU FAMILIA.

A muchas personas nos les gusta hablar de la muerte, ni oír que se hable de ella, pero pensándolo bien, la muerte es algo de lo que ninguno podemos escapar. Y si analizamos bien porque no queremos hablar de la muerte, acabamos por concluir que es porque quizás no hemos sabido vivir.

Ojalá que todos los desahuciados pudieran contar con el apoyo de otras personas para superar todos estos pasos del duelo, (los cuales describiremos más adelante, como ha escrito la Dra. Kubler Ross y otros autores) cuando se enfrentan a la inminencia de su muerte. ¿Por qué? esperar que nos den un diagnóstico de muerte para poder ser conscientes de que vivimos, y tratar de ser tan felices cada día, como si fuera nuestro último día de vida (G.Romo Avila; 1992).

En general imaginamos tratar de nuestra experiencia de la muerte, cuando en verdad hablamos de nuestra experiencia acerca del morir de los demás. La expectativa ante la muerte tiene mucha importancia durante la vida, porque el hombre no opera con lo que es, ni tan siquiera con lo que va a ser, sino con lo que se imagina que es o que va a ser. Hemos adoptado

ante la muerte expectativas que hacen de ella algo temible y angustioso por sí misma.

Son innumerables las emociones que la muerte suscita: temor, tristeza, angustia, desesperación, resentimiento, resignación, desconfianza, lástima, avaricia, sensación de triunfo, de abandono, y hasta cierto punto, prácticamente todas las emociones que pueden darse en el hombre (Hinton, J.; 1974).

La muerte de un ser querido deja siempre un vacío muy difícil de llenar. Ante ese hecho, la reacción de duelo que experimenta una persona pasa por tres fases bien diferenciadas: **negación, aceptación y recuperación**. La intensidad y duración de estas fases depende de muchos factores, particularmente del grado de significación de la persona que ha perdido (marido, hijo, esposa, padres, etc.) y si la muerte acontece en forma repentina, o por el contrario es esperada. (González Montes, B.; 1992).

El progreso de la civilización, y los triunfos tecnológicos de la ciencia mecanicista, han ido acompañados de una profunda y creciente negación de la muerte.

La medicina contemporánea, con sus aparatos super especializados y su técnica, considera la muerte como algo que se debe conquistar o al menos posponer a toda costa. Aunque el personal médico se esfuerza por prolongar la vida biológica, se presta poca atención a las necesidades psicológicas, filosóficas y espirituales del paciente o a la condición en la que transcurren sus últimos días.

A pesar de nuestro agudo entendimiento sobre la importancia de la muerte y el proceso de morir, y a pesar de todo el trabajo que se ha hecho, aún no se ha desarrollado ningún método para aliviar el sufrimiento de los que están muriendo.

La muerte influye poderosamente en la conducta humana, suscitando todo tipo de emociones, sentimientos y actitudes, aunque posiblemente sea el miedo y la ansiedad las respuestas más típicas ante la muerte. El miedo

a la muerte es tan poderoso, que la gente ha desarrollado sistemas de creencias y rituales para poder afrontarlo y cuyos contenidos varían de una sociedad a otra (González Montes; 1992).

Cuando el paciente está gravemente enfermo, a menudo se le trata como una persona sin derecho a opinar. Frecuentemente es otro quien toma la decisión de si hay que hospitalizarlo o no, ¿cuándo y dónde?. Sin recordar que él, ante todo, es un ser humano con voluntad propia (Torres, N.; I.M.P., 1989).

Pero ¿cómo enfrentan las personas la proximidad de su propia muerte?, ¿cuál es el proceso mediante el cual aceptan el hecho de que su vida pronto terminará?. En años recientes, unos cuantos profesionales que han observado a personas moribundas han elaborado teorías para explicar los procesos de pensamiento y sentimiento de tales personas (Papalia, Wendkos, S.; 1985).

A continuación describiremos algunas de las más importantes:

La teoría de los estadios de Elizabeth Kubler-Ross....

Esta médico, que trabajó con pacientes moribundos y los animó a hablar acerca de sí mismos, es ampliamente reconocida por haber revivido el interés sobre el tema de la muerte. Encontró que la mayoría de los pacientes con quienes se había puesto en contacto, aceptaba de buen grado la oportunidad de hablar abiertamente acerca de sus condiciones. Kubler-Ross propuso la existencia de cinco estadios en la aceptación de la muerte: **negación, ira, negociación, depresión y finalmente aceptación.** (Papalia, Wendkos, S.; 1985).

1.- **Negación.** La mayoría de las personas responde con desconcierto (choque inicial) ante el conocimiento de que está próxima a morir. Su primer pensamiento es: "Oh no: ésto no me puede suceder a mí". Cuando las personas que están cerca de quien esté enfermo, también niegan la realidad, éste no habla sobre el tema y, como resultado, se siente abandonado y solo. Cuando se da alguna esperanza junto con el primer

anuncio y también la seguridad de que no se le abandonará, independientemente de lo que suceda, la persona enferma puede pasar del choque inicial a la negación en forma bastante rápida.

2.- **Ira.** Después de darse cuenta de lo que les está sucediendo, las personas sienten ira a la vez que se preguntan "¿Por qué yo?". Llegan a sentir envidia de quienes alrededor de ellas están jóvenes y saludables. Realmente están disgustadas, no tanto con las personas como tales, sino por la juventud y la salud que ellas no tienen. Necesitan expresar su ira y librarse de ella.

3.- **Negociación.** El pensamiento siguiente puede ser: "Sí, ésto me está pasando a mí, pero". El "pero" constituye un intento de negociar por un tiempo. Las personas imploran a Dios: "si me permites vivir hasta que se gradue mi hija.... O hasta que mi hijo se case....seré una persona más buena...o no pediré nada más.

Estas negociaciones representan el reconocimiento de que el tiempo es limitado y de que la vida es finita.

4.- **Depresión.** En este estadio las personas necesitan llorar, lamentarse por la pérdida de su propia vida. Expresando la profundidad de su angustia, pueden superar la depresión mucho más rápidamente que cuando se sienten presionadas a ocultar su dolor.

5.- **Aceptación.** Finalmente, las personas pueden admitir: "Mi momento está muy cerca y está bien que sea así". No necesariamente es un momento de felicidad, pero las personas que han llegado hasta el fondo de su ansiedad y su ira respecto a la muerte, y han logrado resolver sus asuntos pendientes, finalizan con un sentimiento de paz con ellas mismas y el mundo.

Sin embargo los cinco estadios descritos por Kubler-Ross no son invariables para todas las personas y no deben considerarse como el criterio de la "buena muerte". Generalmente las personas no pasan por los estadios tan nítida y ordenadamente como se describe en el modelo teórico (op. cit.; 1985).

La siguiente teoría a describir son "Las trayectorias del morir", según E. Mansell Pattison.

El diccionario define una trayectoria como "la línea que describe el movimiento de una partícula o de un cuerpo, sobre todo una línea en tres dimensiones". Pattison, 1977; (citado en Papalia, D.; 1985), define su trayectoria de muerte como el transcurso anticipado de nuestra vida, y los planes que hacemos en relación con la forma en que hemos de vivirla. Cuando una enfermedad o una lesión nos obliga a enfrentar el hecho de que moriremos más pronto de lo esperado, esto nos hace cambiar la trayectoria.

Debemos cambiar nuestra forma de pensar y nuestros planes, para hacer frente al presente y a nuestro abreviado futuro. Entre el momento en que nos enteramos por primera vez de la inminencia de nuestra muerte -lo que Pattison llama "La crisis del conocimiento de la muerte"- y el momento real de ésta, estamos en lo que este autor llama "el intervalo vida-muerte". En este intervalo moldeamos nuestra trayectoria del morir.

El Intervalo Vida-Muerte.

Este intervalo se compone de tres estadios: **la fase de crisis aguda, la fase crónica vida-muerte y la fase terminal.** El objetivo de los cuidados que se le proporcionan al paciente es ayudarlo a hacer frente al choque de la fase aguda, a vivir lo más eficazmente posible durante la fase crónica y finalmente a entrar a la fase terminal.

La Fase Aguda.

Durante esta etapa las personas se enfrentan con lo que probablemente constituye la crisis más dura de su vida: la declaración de su sentencia de muerte, darse cuenta de que su vida pronto terminará, la necesidad de enfrentar el hecho de que nunca tendrán la oportunidad de hacer todo lo que esperaban. Con el fin de hacer frente al enorme estado de ansiedad que provoca la crisis, los individuos utilizan los más variados mecanismos de defensa para lograrlo.

En la primera parte de esta fase, muchas veces las personas se sienten inmovilizadas y tienen la sensación de que: "Esto no me está sucediendo a mí, yo sólo lo estoy observando". Enseguida pueden llegar a experimentar abrumadores sentimientos de insuficiencia, perplejidad y confusión. Negación, ira y negociación, los primeros tres estadios descritos por Kubler-Ross frecuentemente aparecen en esta fase aguda. Durante este tiempo las personas moribundas necesitan apoyo emocional y ayuda para considerar la realidad de su situación y el futuro que pueden tener.

La Fase Crónica Vida-Muerte.

Durante este período la persona moribunda debe afrontar diversos temores. Los profesionales así como los familiares y amigos que cuidan de ella, pueden ayudar a la persona enferma a separar cada uno de los aspectos implicados y a enfrentarse con ellos, de uno en uno. La principal preocupación la constituyen el temor a lo desconocido, el temor a la soledad, el temor al infortunio, el temor a la pérdida del cuerpo, el temor de perder a familiares y amigos, el temor a la pérdida de autocontrol, el

temor al sufrimiento y al dolor, el temor a la pérdida de identidad y el temor a la regresión (retirarse de la vida).

Las personas moribundas pueden sobreponerse a estos temores lamentando sus pérdidas; ejerciendo sobre su vida tanto control como sea posible y colocándola en perspectiva dentro de su propia historia personal, familiar y de tradiciones humanas.

La Fase Terminal.

Este estadio empieza cuando las personas moribundas comienzan a retirarse, centrándose en ellas mismas. Al parecer este retirarse es resaltado por señales corporales internas que indican a las personas que necesitan conservar su energía. Durante esta fase, la esperanza de recuperación de los pacientes cambia, de confiar en que sus expectativas se cumplan, a reconocer que su esperanza representa lo que ellos desearían que sucediera, pero que no es probable que ocurra. Es al llegar a este punto que las personas aceptan la realidad de su muerte inminente (Papalia, D.; Wendkos, S.; 1985).

No todos los pacientes que van a morir requieren de ayuda psicoterapéutica, o de ayuda psicosocial sistemáticamente, a pesar de que algunas enfermedades no comienzan como enfermedades, sino como una disrupción social o de un estrés personal. Invariablemente, también las enfermedades terminales tienen un impacto psicosocial y complicaciones que pueden extenderse a la red de relaciones interpersonales del enfermo. En estos casos la ayuda puede ser brindada por personal no tan especializado, que esté dispuesto a trabajar y que pueda ser supervisado.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que el trabajo psicoterapéutico con pacientes terminales es reciente, hasta hace poco este trabajo era realizado por personal paramédico, trabajadoras sociales, enfermeras, entre otros. Es sólo en la última década cuando los psicoterapeutas se han ocupado de la comprensión y ayuda profesional de las personas que van a morir (Torres, N.; 1989).

Un factor importante es el hecho de que para las personas con formación médica, o en salud, desde un punto de vista biológico, la muerte es el fin de la existencia, y después de ella no hay nada. Esto a diferencia

de los clérigos, que piensan que después de la muerte corporal seguirá en vida el espíritu o se irá a la vida eterna; este hecho hace más difícil para los profesionales en el área de la salud trabajar con pacientes terminales. Probablemente habría que rescatar las creencias religiosas del paciente (aunque no sean compartidas por el terapeuta), para hacer menos difícil el paso de la vida a la muerte.

Otro punto que dificulta el tratamiento psicoterapéutico de los enfermos terminales, es el hecho de que a los terapeutas se les entrena como promotores de crecimiento y desarrollo (en el sentido de madurez), y a veces esto suena contradictorio con la realidad de ayudar a una persona a morir. Esta contradicción no es tan real, en el sentido de que cuando una persona muere, ha llegado el momento de su máximo desarrollo y madurez, el terapeuta debe atender este fenómeno como tal.

A la vista de todo lo anterior, es evidente que el enfermo desahuciado tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si se toma el tiempo de sentarse a escucharlos y averiguar cuáles son. Lo más importante en

esta relación es que el paciente entiende que se está dispuesto a compartir sus preocupaciones.

Para trabajar con el enfermo terminal se requiere una cierta madurez, examinar a fondo nuestra actitud con respecto a la muerte, para poder acompañar tranquilamente y sin ansiedad a los pacientes en estas circunstancias.

Si bien el trabajo que es necesario realizar individualmente con los enfermos dependerá, en gran medida, del tipo de enfermedad, edad del paciente, el lugar que ocupe en la familia, y la posibilidad de ésta de darle apoyo y cercanía, se puede considerar un lineamiento general con el que se pueden utilizar diferentes técnicas.

- a) **Proporcionar al enfermo apoyo y posibilidad de ser escuchado en los momentos en que lo requiera. Esto es especialmente importante cuando la familia no lo hace, y aún cuando la**

familia tenga la capacidad de escucharlo, apoyarlo y acompañarlo, siempre pueden darse momentos en que el enfermo quiera hablar a solas con un especialista sobre su situación. (Torres, N.;1989).

Si se pudiera combinar la enseñanza de los nuevos descubrimientos científicos y técnicos con el incremento de las relaciones humanas interpersonales, se harían verdaderos progresos, pero ésto no será posible, si el personal de las instituciones de salud adquiere mayor formación científica a costa del contacto interpersonal cada vez menor (Torres, N.; 1989).

Por todo lo anterior, puede deducirse que si la capacidad del enfermo terminal para defenderse físicamente va disminuyendo paulatinamente, sus defensas psicológicas tienen que multiplicarse, derivándose de este hecho la aportación que nosotros como psicólogos podemos ofrecer a los enfermos terminales y sus familias.

Como se observó a lo largo de éste Capítulo, la inminencia de la muerte, suscita múltiples emociones en el ser humano, por lo que cuando acontece se pasa por diversas etapas como por ejemplo la negación, la aceptación y finalmente la recuperación. La intensidad y duración de estas fases, depende de diversos factores, como pueden ser el grado de significación de la persona fallecida, y si la muerte acontece en forma repentina o por el contrario es esperada.

En el caso de los enfermos terminales, que son el tema central de esta tesina, éstos tienen necesidades psicológicas muy especiales que pueden conocerse, si el profesional de la salud está dispuesto a sentarse y escucharlo; haciendo uso de las diversas técnicas psicoterapéuticas como por ejemplo las que se derivan de la psicología cognitivo conductual, mismas que se describirán en el siguiente capítulo.

CAPITULO II**LA PSICOLOGIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y SUS TECNICAS
CON PACIENTES TERMINALES**

Para la terapia de la conducta, un hábito es una manera uniforme de responder ante situaciones estímulo bien definidas. Comúnmente el hábito declina -sufre extinción- cuando deja de satisfacer las necesidades del organismo, o de evitar el daño, el dolor o la fatiga.

Por diversas razones, algunos hábitos no adaptativos no se extinguen y llegan a convertirse en problemas terapéuticos. Un ejemplo de estos, es cuando un individuo se enfrenta con la noticia de que padece una enfermedad incurable. Por lo que tendrá que modificar su vida futura.

La terapia de la conducta consiste en aplicar principios establecidos experimentalmente a la superación de estos hábitos no adaptativos persistentes, escudriñando, si es necesario toda la gama de las ciencias de la conducta para obtener los principios pertinentes (Wolpe, J.; 1977).

La terapia conductual se caracteriza por cuatro elementos:

- 1) Se enfoca al comportamiento evidente y específico.
- 2) Precisa con claridad las metas terapéuticas.

- 3) Formula los procedimientos específicos para abordar determinados problemas, y
- 4) Evalúa en forma objetiva los resultados de la terapia.

La meta general de la terapia conductual es crear nuevas condiciones para que se dé el aprendizaje de nuevas conductas o habilidades de afrontamiento (Alvárez, G., J.L.; 1986).

Sobel (1981) menciona que el hecho de que la muerte represente un evento sumamente estresante, tanto para quien lo vive en primera persona (desahuciado), como para quien lo vive en forma colateral (la familia), no significa que todas las personas tengan que reaccionar con una serie de síntomas traumáticos. Lo que ocurre es que el potencial de angustia y dolor, conlleva a algunos sujetos a una nueva fase de desarrollo que es diferente a estados vividos anteriormente, y por ende, los conduce a presentar toda una serie de patologías, al alterarse el contexto que amenaza la integridad y la identidad de la unidad familiar.

Considerando lo anterior, en este Capítulo se describe en que consiste la Psicología Cognitivo-Conductual, y las técnicas que de ella se han derivado para tratar y ayudar al paciente moribundo, así como a la familia de éste; enseñándoles a manejar sus propias respuestas adaptativas a esa situación crítica por la que atraviesan dichos sujetos.

Con relación a los pacientes terminales Barofsky (1981; citado en Arfas, A.G.;1990), refiere que es importante evaluar la adaptación del individuo a los cambios que ocurren dentro de sí mismo y en su medio ambiente, así como la interacción entre ambos, sin hacer referencia a la etiología de la enfermedad. Este modelo se basa fundamentalmente en ciertas habilidades conductuales y cognoscitivas que adquieren los individuos en el transcurso de su vida.

El proceso de afrontamiento incluye el reconocimiento del problema y el resultado de la respuesta emitida ante él; este proceso es reiterativo en tanto que las soluciones a problemas se evalúan, corrigen y las nuevas aproximaciones se prueban.

Se han establecido tres grandes grupos de estrategias de afrontamiento:

- a) Técnicas para minimizar el estrés
- b) Actividades que intentan incidir sobre consecuencias específicas, y
- c) Actividades que involucren a otros.

Estas técnicas están encaminadas a controlar eventos que provocan estrés, para tratar de evitar situaciones potenciales de enfermedad.

Los esfuerzos para incidir sobre situaciones específicas pueden incluir la búsqueda de información, la participación en toma de decisiones, y el aprendizaje de nuevas habilidades para compensar la pérdida de funciones; esto puede involucrar a la familia, amigos y grupos de autoayuda.

En general, las habilidades de afrontamiento comprenden procesos cognoscitivos y conductuales específicos que pueden variar como una función del estadio de la enfermedad o de la edad del paciente.

Incluimos bajo el rótulo "Terapia de la Conducta", una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente del aprendizaje) para tratar la conducta humana de desadaptación. El término conducta se interpreta de manera general incluyendo tanto una respuesta manifiesta como una respuesta encubierta (por ejemplo: las emociones y verbalizaciones implícitas), siempre y cuando dichas respuestas se puedan señalar claramente (Rimm, D. y Masters, J.; 1980).

Entre las técnicas incluidas bajo este rótulo se cuentan la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, el modelamiento, el condicionamiento operante, la extinción, el condicionamiento aversivo, y el autocontrol, así como ciertas técnicas dirigidas a modificar patrones de pensamiento (op.cit.; 1980).

La terapia asertiva o entrenamiento asertivo, incluye el cambio de cogniciones; ésta persigue a su vez que el sujeto pierda miedo, y desinhibe su acción para que los efectos de su conducta tengan valor de reafirmación

de su autoestima y sus capacidades. También es un modo de ganar control, amortiguando los efectos perturbadores de la amenaza que de hecho pueden constituir en el simple temor de "no atreverse" a afrontar una situación objetivamente neutral o potencialmente controlada por el sujeto (Arfas, A.G.; 1990).

El método más preferido para el tratamiento de temores y fobias, ha sido el empleo de la desensibilización sistemática, según los procedimientos que postula Wolpe (1961, citado en Yates, A.; 1978), que son:

- a) Entrenamiento en relajación muscular
- b) Construcción de jerarquías de ansiedad, y
- c) La aplicación de la desensibilización trabajando sistemáticamente a través de las jerarquías, y con las precauciones necesarias.

El procedimiento de desensibilización sistemática se puede realizar de dos formas:

- a) En ausencia de los objetos reales de temor, imaginando visualmente los objetos = desensibilización sistemática imaginaria.

- b) O mediante exposición directa ante objetos reales que se aproximan sucesivamente al objeto que provoca la mayor cantidad de temor = desensibilización sistemática real.
(Yates, A.; 1987).

La desensibilización sistemática está dirigida específicamente al alivio de la ansiedad de desadaptación. La técnica como comúnmente se emplea, implica el igualar escenas imaginadas que representan situaciones que el paciente ha indicado le ocasionan ansiedad.

La desensibilización sistemática ideada por Wolpe, para seguir el principio de contracondicionamiento, que significa simplemente el empleo

de procedimientos de aprendizaje para sustituir un tipo de respuestas por otro; y en la desensibilización, en cambio, se hace el intento por sustituir la relajación por la ansiedad.

Mediante el empleo de la desensibilización sistemática se pueden tratar con éxito una gama muy amplia de problemas. Una lista de fobias que han sido exitosamente tratadas, incluye el temor a las alturas, rechazo de los demás, daño físico, e incluso el temor a la muerte (Rimm, D. y Masters, J.;1980).

La desensibilización sistemática tiene como finalidad que una persona pueda aprender a enfrentarse a objetos y situaciones que le son particularmente amenazadoras, tratando de aprender a relajarse mientras imagina escenas que progresivamente le provocan mayor ansiedad. Los principios básicos de la desensibilización sistemática son:

- 1) Una emoción puede contrarrestarse con otra emoción,

y

- 2) Es posible llegar a "acostumbrarse" a las situaciones amenazadoras.

Así pues, la desensibilización sistemática es un tratamiento efectivo para combatir fobias, miedos crónicos y algunas reacciones de ansiedad interpersonal. Es especialmente valiosa para inhibir ansiedades activadas por estímulos que no tienen respuestas manifiestas apropiadas, tales como el miedo a la soledad, al rechazo o a ser ridiculizado.

El primer paso a la desensibilización sistemática es el dominio de la relajación progresiva, que es en sí misma efectiva para reducir la tensión.

Esta técnica no está indicada en síntomas multifóbicos, ansiedades generalizadas o situaciones interpersonales que requieren conductas asertivas.

El dominio de la desensibilización sistemática es un proceso simple de aprendizaje en cuatro etapas:

- 1) Relajar los músculos a voluntad
- 2) Hacer una lista de todos los temores
- 3) En base a ésta, construir una jerarquización de escenas ansiógenas, y
- 4) Progresar a través de estas escenas en la imaginación.

Es imposible estar físicamente relajado y emocionalmente tenso al mismo tiempo, por lo que se puede aprender a sacar ventaja de esta conexión directa fisiológica entre el cuerpo y las cogniciones (Arfas, A.G.; 1990).

Es importante que antes de efectuar cualquier intervención psicológica con pacientes terminales, debemos conocer ciertos aspectos de la personalidad de los mismos; especialmente los patrones conductuales y cognoscitivos en situación de estrés. Es de suma importancia evaluar las

habilidades de afrontamiento del paciente, en particular desde etapas tempranas, para evitar el conflicto total. Y, es de vital importancia conocer que las habilidades de afrontamiento pueden ser aprendidas y mejoradas (Ayala, G.M.; 1990). Además de saber la conceptualización que el paciente hace de su enfermedad.

Las habilidades de afrontamiento (coping skills), según Lazarus y Folkman (1984; citados en Ayala, G.M.; 1990), son aquellos cambios continuos a niveles cognoscitivos y conductuales, por los que pasa el enfermo terminal, como un esfuerzo para manejar demandas específicas externas y/o internas que son apreciadas como tolerantes o que exceden los recursos de la persona.

Sobel (1981), refiere que se debe ayudar a este tipo de pacientes estimulándolos moral y espiritualmente, también sugiere que se permita a los pacientes acompañarse de sus familiares y amigos, lo cual fortalecerá su estado de ánimo. Este autor menciona que la terapia del comportamiento y la terapia cognitiva, son un grupo de técnicas que implican muchas estrategias para resolver los problemas que refieren a la

mente. El intentó trabajar con la depresión a través de terapia conductual, aunque menciona que existen diversas formas de tratar las depresiones como por ejemplo las psicofarmacológicas y las terapias tradicionales.

Sin embargo, en el caso de los pacientes graves es necesario conocer cómo manejar la depresión desde su centro de ella, reorganizando de una manera científica y tratando de prevenir la destrucción que ya se encuentra marcado en estos enfermos, para ésto se usan métodos para resolver problemas, se hace un análisis y un entrenamiento instruccional, los cuales funcionan como prescripciones para el cuidado terminal del enfermo.

Otra técnica conductual que ha sido efectiva con estos enfermos es el **AUTOCONTROL**. Esto es cuando se hacen observaciones en condiciones ambientales internas y externas. Los datos y registros deben ser recolectados para percibir relaciones interdependientes entre conductas individuales y condiciones ambientales; se deben distinguir los reforzadores positivos y negativos.

El paciente debe aprender la autodeterminación de consecuencias para conductas específicas constituidas:

- Se debe hacer una planeación ambiental y modificación de estímulos.

Se toman en cuenta conductas y cogniciones, las cuales deben ser mantenidas, registradas y asociadas al mismo tiempo que los otros.

Los principios del autocontrol y sus estrategias son importantes para el problema conductual de la muerte, para entenderla mejor, lo mismo que a la familia y el sistema de cuidado de la salud.

El simple acto de la enseñanza puede reducir la ansiedad del paciente, la ansiedad corporal se disminuye por medio de una relajación progresiva que funge para fortalecer la integridad personal y el control moral.

El ambiente del hospital puede reforzar al paciente así como a las enfermeras y a la familia, dando al paciente la oportunidad de demostrar

su autocontrol y opciones viables para reducir su tensión y lograr una mejor adaptación. el control de la respuesta varía considerablemente en cada paciente y el tipo de respuestas puede verse en las actitudes, expectativas, cogniciones generales y el control de su mente.

En las técnicas de Sobel (1981), la resolución de problemas se analiza e imparte dentro del autocontrol; con los enfermos moribundos se trata de mantener su forma adaptativa y el control creativo para no excederse en discusiones y situaciones, y así mantener la fuerza, flexibilidad y optimismo.

Por lo que es necesario:

- 1) Identificación primaria de efectos de sus acciones.
- 2) Definición del problema.
- 3) Generación de alternativas y estructuras.
- 4) Imaginación de cómo otros podrían responder para resolver problemas similares.

- 5) Consideración de pros y contras de cada situación propuesta.
- 6) Rango de orden de todas las soluciones posibles.
- 7) Selección de la solución más aceptable.
- 8) Reexaminar y redefinir el problema original a la luz del asesoramiento, y la fase de redefinición final para resolver problemas, es la orientación del autocontrol.

Una vez que hemos descrito algunas de las técnicas de la psicología conductual utilizadas con pacientes terminales, pasaremos a describir en qué consiste la **terapia cognitivo conductual** y la forma en la cual las técnicas antes mencionadas han sido adaptadas.

Al enfoque cognitivo conductual también se le ha dado el término de **interaccionismo**. Este enfoque, a diferencia del conductual, toma en cuenta los eventos privados.

Mahoney (1983, citado en Anguiano, S.; 1990), sugiere que la perspectiva cognitivo conductual presenta amplias posibilidades clínicas, ya que los procesos cognitivos son factores permanentes e influyen en la actividad del sujeto.

Edler y Magnuson (1976, citados en Anguiano, S.; 1990), señalan cuatro características principales de este enfoque:

- 1) La conducta es función de un proceso continuo de retroalimentación entre el individuo y la situación que encuentra.
- 2) En este proceso de interacción, el individuo es un agente activo.
- 3) En cuanto a los aspectos de la persona en la interacción, parece que los factores cognitivos constituyen los agentes determinantes de la conducta.
- 4) En cuanto a la situación, resulta que la significación psicológica de la situación para el individuo constituye el factor causal importante.

Se considera relevante mencionar aspectos de la cognición que han sido estudiados por los modificadores de conducta cognoscitiva, éstos son:

- a) **Procesamiento de información.** Que incluye aspectos como adquisición, atención, percepción, lenguaje y memoria.
- b) **Creencias y sistema de creencias.** Que son las ideas, actitudes y las expectativas de sí mismo y de otros.
- c) **Autorreporte.** Que son los monólogos privados, los cuales influyen la conducta y en los sentimientos.
- d) **Solución de problemas y habilidades de afrontamiento.** Que es el procesamiento conceptual y simbólico que incluye una respuesta efectiva para afrontar situaciones problemáticas (Anguiano, S.; 1990).

En los pacientes terminales frecuentemente se presenta el estrés, por lo que Mckay y Cols, (1985, citados en Arfás, A.; 1990), mencionan que la intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés deben

considerar a éste como un síndrome que se define por la combinación de tres elementos:

- 1) El medio ambiente,
- 2) Los pensamientos negativos, y
- 3) La activación fisiológica.

Y para interrumpir este síndrome, es suficiente con cambiar uno de los tres elementos.

La terapia cognitivo conductual parte de la base de que el sujeto percibe y configura su entorno como resultado de una integración de estímulos, los cuales se traducen en imágenes, pensamientos, esquemas y convicciones.

Entre las técnicas cognitivas-conductuales que han sido utilizadas con los enfermos terminales, están:

La inoculación del estrés.-

Esta enseña como afrontar y relajarse ante una amplia variedad de escenas estresantes al margen del análisis racional de la situación y de las posibilidades que el sujeto tiene para afrontar (Ayala, G.M.; 1990).

Meichenbaun (citado en Arfás, A.G., y Ayala, G.M.; 1990), menciona que una respuesta de miedo o cólera puede concebirse como una interacción de dos elementos fundamentales:

- 1) Una elevada activación fisiológica (aumento de la tasa cardíaca y respiratoria, sudoración, tensión muscular, escalofríos, etc.), y
- 2) Pensamientos que interpretan la situación como peligrosa, amenazadora o injusta.

El entrenamiento de inoculación del estrés I.E., incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva de

grupos musculares, de modo que cada vez que se experimenta estrés, donde y cuando sea se puede relajar la tensión.

El primer paso es elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarlas jerárquicamente desde las menos estresantes hasta las más estresantes, después se aprende a evocar cada una de las situaciones en la imaginación y como relajar la tensión, mientras se visualiza claramente la situación.

El segundo paso es la creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento al estrés, lo cual se utiliza para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales.

El tercer paso, es la utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento "en vivo", para ejercer presión sobre los hechos estresantes que se consideran perturbadores, mientras se respire profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento.

Una vez que la persona ha aprendido a relajarse, se encuentra preparada para hacer una lista de situaciones de su vida ordinaria que considere más estresantes, debe incluirse en ellas los hechos estresantes que probablemente se presenten en el futuro inmediato (la muerte propia o la del ser querido).

Debiendo pensar en las áreas principales de su vida (trabajo, familia, relaciones sexuales, amigos, salud, etc.), y en los lugares específicos, con las personas implicadas en estas situaciones y que se asocian físicamente a momentos desagradables.

Se debe realizar una lista de aproximadamente veinte situaciones que recorran toda la gama, desde la molestia más ligera hasta la experiencia más molesta.

Wolpe (citado en Arfás, A.G.; 1990), diseñó un sistema para ordenar los hechos estresantes, basándose en una medida a la que llamó "unidad subjetiva de ansiedad" (USAS), la relajación total se valora con cero USAS; entre estos dos extremos se valoran el resto de los ítems, dependiendo de

la impresión subjetiva que produce cada situación en relación a los ítems más o menos estresantes.

La teoría cognitivo conductual, presenta un gran interés por comprender aquellas técnicas para diagnosticar, prevenir, tratar y ayudar al paciente moribundo, así como a la familia de éste. Enseñándoles a través de la técnica revisada anteriormente, a manejar sus propias respuestas adaptativas a esa situación crítica por la que atraviesan. Esto debido a que la aflicción presentada por los individuos contribuye a crear una variedad de desórdenes psicosomáticos, al representar la aflicción un tiempo de gran estrés que puede exacerbar problemas en la salud al presentarse una baja resistencia a los patógenos (ejemp.: supresión del sistema inmune (Pereda, R.M.; 1988).

La finalidad de esta terapia con estos individuos, es la extinción de viejas respuestas y el establecimiento de nuevos patrones de conducta.

Como podemos ver, la aflicción juega un papel muy importante, ya que puede provocar desequilibrio o enfermedad en el ser humano, por lo

que es necesario tener un mejor conocimiento sobre los orígenes de ésta, con el fin de crear un método terapéutico acorde con la problemática presentada por el paciente.

Bandura (1971, citado en Anguiano, S.;1990), señala que las cogniciones pueden ser vistas como mediadoras de conducta, que es como una representación simbólica que sirve para mediar entre estímulos antecedentes condicionados, y respuestas manifiestas, las cuales pueden tener profundos efectos en la determinación de la conducta.

Sin embargo, estas cogniciones sufren alteraciones en los seres humanos, por lo que surge la técnica de la **Terapia Racional Emotiva (T.R.E.)**.

Albert Ellis creó la terapia racional emotiva en 1955, cuando ejercía como psicólogo clínico en Nueva York. La terapia racional emotiva se ocupa de los significados, valores, propósitos y metas de las personas, además de su interés en la utilización de una enseñanza activo-directiva.

La terapia racional emotiva utiliza métodos conductuales y técnicas cognitivas y emotivas. De acuerdo a la teoría de la terapia racional emotiva, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida, y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone que en el establecimiento y persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor conciencia de que viven en un mundo social.

Suponiendo que las personas tiendan a ir directivamente hacia sus metas, lo racional en la terapia racional emotiva es "lo que ayuda" a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, por el contrario lo irracional es lo que las frena.

Sin embargo, la racionalidad no puede definirse de forma absoluta, ya que es relativa por naturaleza (Ellis, A.; Dryden, W.; 1989).

Dentro de la diversidad de métodos que se emplean en la terapia racional emotiva, se encuentran los cognitivos, que abordan las creencias de las personas; los emotivos para tratar los sentimientos y generar cambios profundos utilizando la imaginación de los mismos, y las técnicas

conductuales, que usan tareas en casa, condicionamiento operante y desensibilización encubierta.

En terapia racional emotiva se usa una psicoterapia activo directiva para lograr un cambio, y para ésto, primero se debe aceptar incondicionalmente a sus clientes como seres humanos capaces de autodestruirse, pero no esencialmente malos, así como tener sentido del humor para aceptar los problemas y no tomarlos tanto en serio mostrando empatía sin ser excesivamente cordiales.

El objetivo de emplear la terapia racional emotiva es tratar de lograr un desprendimiento de ideas obsesivas del enfermo acerca de su comportamiento y de las personas que le rodean, acerca de su enfermedad y de su posible muerte, sustituyéndolas por actitudes racionales que no le ocasionen perturbaciones.

Cuando los pacientes están en la fase de aceptación (cuando ya no tienen esperanza), los que necesitan más ayuda son los familiares, para que acepten la partida del paciente.

Kubler-Ross (1976, citada en Flores, B.; y Vega Gómez, 1992), menciona que la familia atraviesa por las mismas etapas que lo hace el paciente, al enterarse de la enfermedad viene la negación, ira contra los médicos, enfermeras, con ellos mismos por no haber dado todo al paciente, culpas y por último la aceptación como reacción de no hacerse a la idea de que esa persona ya no existirá más, que se irá para siempre.

La terapia racional emotiva no pretende ser puramente objetiva, científica o técnica, sino que es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas.

Desde la creación de la terapia racional emotiva se ha mantenido la idea de que hay una interacción en los procesos psicológicos humanos. Las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada, sino que se superponen significativamente, ésto ocurre particularmente en el campo de las alteraciones psicológicas (Dryden, W.; Ellis, A.; 1989).

La terapia racional emotiva ha demostrado como la forma en que percibimos los hechos, interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emociones y conducta (Ellis, A.; 1984, citado en Dryden, W.; 1989). A la luz de esta interacción, es importante destacar el papel que tienen las cogniciones correctas en los procesos psicológicos humanos, particularmente el rol que juegan esos pensamientos evaluatorios en la salud y enfermedad psíquica. Una de las mayores contribuciones de la terapia racional emotiva al campo de la terapia cognitivo conductual es la distinción entre creencias racionales e irracionales.

Las creencias racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial (no absoluto). Se expresan en la forma de "Me gustaría"; "quisiera"; "no me gustaría"; "preferiría"; "desearía".

Los sentimientos positivos de placer y satisfacción, se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean, por el contrario, los sentimientos negativos de displacer e insatisfacción (tristeza, preocupación, dolor, disgusto), se experimentan cuando no se consigue lo que se desea.

Estos sentimientos negativos (cuya fuerza está estrechamente relacionada con la importancia del deseo), son considerados como respuestas apropiadas a los acontecimientos negativos que haya podido ocurrir, pero no interfieren en la persecución de nuevas metas o propósitos.

Estas creencias son "racionales" por dos aspectos. Primero, porque son relativas, y segundo porque no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos. Por otro lado, las creencias irracionales se diferencian de las racionales en dos características: primero, en que son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de "tengo que", "debo", "debería", "estoy obligado a", etc. Y segundo, en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo).

Las creencias racionales son el fundamento de los comportamientos funcionales, mientras que las creencias irracionales están a la base de las conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas (Ellis, 1982; citado en Ellis, A.; 1989).

Flores Baltazar, C. y Vega Gómez (1992), mencionan que el postulado central de la terapia racional emotiva es que el hombre es el único animal que es a la vez racional e irracional, que sus perturbaciones emocionales o psicológicas en gran parte son el resultado de su pensamiento ilógico e irracional y que puede liberarse de la mayor parte de su infelicidad emocional y mental, si aprende a maximizar su pensamiento racional, y a minimizar el irracional; entonces los terapeutas deben enseñar a los pacientes a volver a pensar de una manera diferente en sucesos de sus vidas para así cambiar sus pensamientos, emociones y conductas ilógicas e irracionales.

La terapia racional emotiva comienza con hacerle ver al enfermo que las cosas que ocurren no son las que perturban sino la opinión que se tiene de ellas, y en términos de la misma terapia se coloca el evento en el esquema A-B-C, en A (el acontecimiento activador) que no causa directamente C (consecuencia emocional y conductual), sino B (las creencias y pensamientos acerca de A).

Sin embargo, se debe ayudar conjuntamente a pacientes y familiares, pues es necesario que juntos lleguen a la idea de separarse, el llorar juntos logra la descarga emocional de ambos, el reír y el planear lo que vendrá después, para así cuando el paciente llegue a la fase de aceptación, la familia no sea una barrera que impida la tranquilidad del paciente al preocuparse por la actitud de la misma (Flores, B.; y Vega, Gómez; 1992).

Entre las técnicas de la terapia racional emotiva utilizadas, están...

La sensibilización encubierta, esta técnica se desarrolló y popularizó para tratar los hábitos destructivos, a los cuales se les denominó "encubiertos", ya que éstos se dan a nivel cognoscitivo. La teoría en la que se basa la sensibilización encubierta es la siguiente: las conductas que se convierten en hábitos arraigados son aprendidos debido a que son reforzados consistentemente, y una forma de eliminar el hábito es empezar asociando la conducta habitual con algún estímulo imaginario muy desagradable, así, el antiguo hábito deja de evocar situaciones placenteras y empieza a asociarse con algo nocivo o repulsivo.

Los pasos a seguir, son de forma breve los siguientes: aprendizaje de la relajación progresiva, análisis de hábitos destructivos; jerarquización de las situaciones en las que la persona disfruta de un hábito destructivo; jerarquización de escenas repulsivas; posteriormente, aparecen escenas agradables y desagradables. A continuación se da el aprendizaje de cómo finalizar la escena aversiva por medio de conductas adecuadas, y finalmente, se vivencia la escena donde se presentaban las conductas destructivas (Ayala, G.M.; 1990).

Otra técnica de la terapia racional emotiva es la **visualización**. Es la técnica cognoscitiva utilizada para conseguir un mayor control sobre las cogniciones, emociones y conductas.

Coué, farmacéutico francés (citado en Arfás, A.G.; 1990), encabezó un movimiento a principios de este siglo con el fin de usar la sugestionabilidad para vencer el síndrome del estrés, mejorar la repercusión de la enfermedad y facilitar el cumplimiento de objetivos positivos. Este estudio postulaba que una persona podría persuadirse a sí mismo a través de su imaginación para realizar cualquier fuerza física.

Además, si una persona piensa en fracasar es muy probable que fracase, de esta manera el miedo al fracaso se convierte en la causa del fracaso mismo, la creencia en el éxito inspira éxito. Coué, argumenta que los pensamientos buenos o malos se convierten en realidad concreta. El estaba convencido de que las enfermedades físicas son generalmente más fáciles de curar que las psicológicas.

Mientras que Coué, ponía el énfasis en un programa de cogniciones positivas en forma de una autosugestión, los profesionales contemporáneos han extendido el ámbito del pensamiento positivo, incluyendo también la visualización positiva, al formular una imagen, se realiza una declaración cognoscitiva clara de lo que se puede conseguir, repitiendo esta imagen una y otra vez, se llega a lograr que ocurra lo que se desea. En función de esta expectativa, se empieza a actuar de forma orientada al logro del objetivo y en verdad ayudan a producirlo (Mckay y Cols.; 1985, citados en Arías, A.G. y Ayala, G.M.; 1990).

Elvia Serra (I.M.P.; 1989), menciona que hasta el momento lo que más ha funcionado con pacientes de S.I.D.A. son los **grupos de apoyo**

(proyecto iniciado en San Francisco, California): Primero se le asigna una persona que orienta al paciente en forma individual y posteriormente, se le ofrece la opción de participar en un grupo de apoyo. Generalmente el paciente recién diagnosticado rechaza la idea de integrarse a dichos grupos, ésto se debe al miedo intenso que sienten de observar las reacciones y la enfermedad en quienes ya ha avanzado.

Entrar al grupo significa aceptar el diagnóstico, confrontar la enfermedad, las condiciones físicas de los otros miembros y aceptar que ese es su futuro.

Por todo lo anterior, es necesario que aquella persona que se haga cargo del paciente en forma individual, esté dispuesta a pasar un largo período, preparándolo para poder participar en algún grupo de apoyo. Los grupos dan la oportunidad al paciente de discutir todas sus reacciones en una atmósfera de libertad con personas que lo entienden en el mismo nivel. Con el tiempo el paciente acaba por aceptar su diagnóstico y su enfermedad.

El contacto físico con las personas que integran los grupos de apoyo, es muy importante para el paciente de S.I.D.A. ya que generalmente estos pacientes no tienen mucho apoyo en su medio ambiente, con personas que por temores injustificados y poca información, tienen miedo a un posible contagio. El grupo también ayuda al paciente a expresar su ira y el resentimiento que sienten por la pérdida de amigos, amantes y su hogar, a veces.

Las discusiones de grupo también incluyen consideraciones prácticas como: información médica, decisiones acerca del tratamiento, planeación económica, ayuda a sus inhabilidades, y resuelve en cierto modo su necesidad de sentir contacto físico. Así como nuevas ideas para lidiar con la adversidad.

Y en cuanto al manejo de los familiares, Cárdenas, J.; (I.M.P.; 1989), informa de las experiencias que ha tenido en el Instituto Mexicano de Psiquiatría con los familiares de pacientes de S.I.D.A., en específico, y dice que este manejo debe ser a nivel de orientación, información, educación y apoyo.

Los familiares de pacientes de S.I.D.A. presentan en términos generales las siguientes alteraciones de tipo psicológico:

- 1) Temor sobre la posible muerte del ser.
- 2) Temores exagerados y desproporcionados de infectarse.
- 3) Malestar, vergüenza y coraje hacia el enfermo, por su orientación y costumbres sexuales.
- 4) En el caso de que el paciente sea homosexual, temores exagerados de que el paciente "contagie su homosexualidad a los familiares", especialmente a los niños; a veces incluso, impidiendo el acercamiento de éstos al enfermo.
- 5) Sentimientos de culpa por la orientación y el estilo de vida sexual del familiar que lo ha llevado a esta enfermedad.

Y, finalmente, este autor nos habla del tratamiento de las parejas estables de los enfermos de S.I.D.A., y aquí también el manejo va a ser de orientación, información, educación y apoyo, aunque estos casos van a

tener características especiales, como por ejemplo: sentimientos de coraje hacia la pareja enferma, ya que para haber contraído la enfermedad, se le adjudica una conducta de infidelidad, además del temor de haberlos infectado.

Y para finalizar este Capítulo, en lo referente al manejo de los familiares de estos pacientes, Fabre, Jenkins y Cerruti (1987, citados en Flores, B.C., y Vega, G.Y.; 1992), sugieren que dentro del apoyo se debe promover la compañía y el soporte de la familia hacia el enfermo, especialmente en los momentos de gravedad y cercanía de la muerte; y que lo ideal sería trabajar con las familias desde el diagnóstico de la enfermedad crónica o del padecimiento en cuestión, hasta la muerte del paciente; a través de reuniones periódicas con todo el equipo de salud, y con la familia, comenzando el trabajo con una entrevista inicial con duración aproximada de dos horas, a la cual asistirá toda la gente que interactúa con el paciente; en dicha entrevista se cubrirían los siguientes objetivos:

- a) Facilitar la integración del sistema terapéutico.
- b) Manejar la información de la enfermedad.

- c) Reforzar las formas de comunicación entre las familias y los miembros del equipo de salud.

Luego, el segundo momento sería una entrevista de diagnóstico, dónde se realizaría una evaluación de cada familia, cubriendo los siguientes objetivos:

- a) Establecer si es o no necesario ofrecer terapia a la familia en ese momento.
- b) Definir momentos clave en los que sería conveniente trabajar con la misma.
- c) En función de la estructura familiar, hacer recomendaciones sobre la conveniencia o no de algunos tipos de tratamiento.

En el caso de que una familia requiera terapia, se da esta cuando el equipo de salud lo considera conveniente; también se debe impartir la terapia en momentos clave, como cuando hay complicaciones o recaídas en

la enfermedad; así la terapia tiene como finalidad:

- Ofrecer apoyo a la familia y al paciente en esos momentos difíciles.
- Explorar si en alguna forma la estructura y la dinámica están facilitando o reforzando esas complicaciones para decidir si se debe trabajar terapéuticamente.
- Otro momento importante de intervención es el de la hospitalización, pues es necesario preparar tanto al paciente como a la familia y trabajar sobre los cambios que van a darse en la familia mientras la hospitalización dure.
- Si existen momentos en los que la muerte es inminente, se debe reunir a todos los miembros de la familia, excepto al paciente, y tratar la posibilidad del desenlace.

Ahora bien, como se vio a lo largo de este Capítulo, existen en la psicología cognitivo-conductual múltiples técnicas como son la

desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, el autocontrol, la inoculación del estrés, la terapia racional emotiva, y los grupos de apoyo, que han sido muy útiles y efectivos en las intervenciones psicológicas con los pacientes terminales y sus familias.

Sin embargo, también existe otra corriente psicológica que ha hecho grandes aportes a este respecto; y que es la psicología existencial, misma que se describirá en el siguiente capítulo, haciendo referencia a cuáles son sus fundamentos teóricos, en qué consiste y las técnicas que de ella se han derivado.

CAPITULO III

LA PSICOLOGIA EXISTENCIAL Y SUS TECNICAS

El problema de fondo de la filosofía es la cuestión del ser: ¿Qué es el ser?, ¿Porqué existe algo y no la nada?. Estas preguntas no se plantean en el aire, se plantean en el aquí y ahora, con las condiciones concretas y condicionamientos reales. Si se quiere encontrar uno a sí mismo lo ha de alcanzar en la búsqueda del ser. La búsqueda directa del ser es un fracaso, por eso se filosofa. Y el filosofar tiene tres instancias inseparables:

- 1) La orientación filosófica en el mundo
- 2) La dilucidación de la existencia, y
- 3) La metafísica.

El estar en-el mundo, es estar en contacto con los objetos cuya abundancia, riqueza y también misterio es interminable. La orientación en-el mundo en el que se está, se dá a través de la ciencia y la filosofía.

La orientación científica se refiere a lo objetivo y universal. La orientación filosófica no se resume de la ciencia sino del lugar donde se plantean las preguntas que la orientación científica produce. La filosofía

pone a prueba los principios y las formas de pensar de que se vale el trabajo científico. Ciertamente no puede darse una orientación filosófica en el mundo si previamente no hay una orientación científica en el mundo.

Pero la orientación filosófica trabaja en un nivel al que no llega la ciencia, porque ésta no trabaja con elementos como son la comunicación existencial y el ser de las ideas, pues ambos manifiestan el-ser, en cuanto tal que es libertad. La ciencia se limita a los factores causales y no va al terreno donde se plantean preguntas cómo: ¿Qué es la ciencia?, ¿Hacia dónde va y cuál es su sentido?, ¿Cuáles son sus límites? (Jaspers, 1985).

La ciencia trabaja en un nivel en que los resultados son de carácter objetivo, coercitivo y universal. La orientación filosófica busca la validez de las preguntas y de las respuestas pero en referencia a mí. Por eso es conveniente distinguir entre ciencia y filosofía, entre validez universal y validez para mí. Las ciencias, todas, no pueden tener una visión del mundo, como tampoco es posible una sistematización de todas ellas en

dirección a una visión total del mundo. En la misma ciencia radica la limitación para este empeño.

Positivismo e idealismo filosófico son dos manifestaciones de un mismo empeño fallido: querer saberlo todo y tener la explicación total de quién es el ser-humano y qué es el mundo (antropología, ontología y cosmología). Lo fáctico es por sí mismo limitado y eso es olvidado por el positivismo.

La existencia por sí misma es limitada y éste es el olvido del idealismo. Es la filosofía la que ha de superar la contradicción entre sujeto y objeto, y pasar de lo objetivo a lo que no lo es.

Filosofar en contemplar el mundo, en-el mundo, e interpretarlo. La propia cosmovisión se ha de someter a la prueba de la crítica. La crítica sólo ha de buscar la fundamentación sensata y racional de la propia cosmovisión y ha de tener en cuenta la situación particular. La situación particular no es de validez universal, es válida para-mi y por eso no es la visión del mundo (Jaspers, 1985).

Para dilucidar la existencia es bueno saber que es existir para Jaspers (1985), existir es la conciencia que tengo de ser-conciencia universal (como fundamento del pensar en términos de validez universal propio de la ciencia), pero también de que hay una dimensión más allá, algo más que nos hace sentir que hemos de definir nuestra actitud en-el mundo.

La existencia se manifiesta en que, para vivir, no nos contentamos con las respuestas de validez universal de las ciencias sino que inmediatamente seguimos planteando interrogantes, plantear preguntas cómo:

- 1.- ¿Qué es la ciencia?. Quiere decir que la situación como interrogador está por encima de la misma ciencia o desde un nivel metacientífico.
- 2.- ¿Cuál es su modo de pensar?. La ciencia es una forma de pensar, no la única.
- 3.- ¿Cuáles son sus límites?. La ciencia no lo es todo ni es omnipotente, tiene límites.

- 4.- ¿Cuál es su sentido?. Si hasta preguntamos por el sentido de la ciencia, quiere decir que estamos afirmando que por sí misma no lo tiene, sino que el sentido está más allá de ella misma.

El ser-humano no es un autómeta, ni quiere serlo. Por eso una vida en la que se siente que la-vida-me-vive a mí y no soy yo-quien-vivo-la vida no puede satisfacer. No puede satisfacer el sólo saberse consciente de los condicionamientos que operan en la vida, sino la postura real que se tome ante ellos, porque de ellos no se puede uno ver libre. Se vive en el mundo y en el mundo de las cosas, de ellas no se puede prescindir, como tampoco se quiere prescindir de tomar una actitud ante ellas. ¿qué se busca en el fondo?. Existir, pero un existir que gira básicamente sobre elecciones libres que constituyen lo que Jaspers llama una Existencia dilucidada o iluminada.

Según Jaspers, cuando yo me defino en-el mundo, ante los demás y ante las cosas entonces, en cuanto existencia, soy-yo-mismo. En cuanto al punto de vista de la ciencia yo-soy-yo en la medida en que mi conciencia

es conciencia universal. Puedo superar mi posible aislamiento por la historicidad y la comunicación (Pareja, H.G.; 1982).

La historicidad es la conciencia de que soy histórico, me desarrollo en el tiempo, que vengo de un pasado, estoy en el aquí y ahora, y me proyecto al futuro y tengo en mí toda una tradición histórica. Parte de mí es la hora en que nací, la cultura que me iluminó y las ideas que me forme. No puedo negar mi historicidad pues ella le da cohesión a mi Dasein (lo fáctico).

Jaspers menciona que el existir auténticamente es sólo posible a través de la comunicación. La comunicación genuinamente humana es con un tú en el presente. Esta comunicación nos reta a la autenticidad. Todo lo que yo creo me compromete cuando lo comparto en mi comunicación.

Compartir en comunicación es hacerme responsable de lo comunicado. La comunicación no puede ser una exposición fría de ideas sino el poner toda mi verdadera y profunda actitud humana ante tí. Este diálogo, así de humano, pide una relación de amistad o de amor.

Comunicarme es aclararte y al mismo tiempo aclararme o también un proceso de mutua iluminación. Para Jaspers (citado en Pareja, H.G.; 1982), Dasein o, ser-de-hecho, quiere decir ser-determinado. En cambio, existir es-ser-libre. Y se constata en la experiencia que se es simultáneamente determinado y libre. La libertad que es la base de todo lo posible no se demuestra científicamente porque los objetos de la ciencia son los hechos y la libertad no es un hecho.

Sólo se sabe que la libertad se ha de hacer real (realización) y en ese hacerla real se le vive y se está seguro de su ser. La libertad es la propia determinación con respecto a la determinidad.

El ser-humano se siente amenazado por la dominación de su determinidad. La puerta de salida es la posibilidad de comunicarme contigo y las situaciones límite. ¿Qué son las situaciones límite?. Según Jaspers (1985), son situaciones ineludibles ante las que necesariamente se tiene que hacer una opción fundamental en la actitud vital.

¿Cuáles son esas situaciones límite, según K. Jaspers?.

- 1.- La historicidad de la existencia y la necesidad de asumir responsablemente una actitud ante ella.
- 2.- La relatividad inherente a todo lo fáctico. Lo fáctico no puede llenar y satisfacer la vida.
- 3.- La muerte. No satisface, por absurda, una respuesta universal. ¿Qué significa estar consciente de que yo voy a morir y pasar de este mundo?.
- 4.- El sufrimiento. No se puede eludir-mientras se está en-el-mundo esa compañía que es el sufrimiento. Sólo hemos de tomar actitud ante él, asumir su realidad y plantear nuestra postura en cada momento. Vivir es luchar en varios aspectos.
- 5.- La culpa, sabemos que cuando elegimos hay una puerta que cerramos y otras que permanecen abiertas. Pero nuestras elecciones también llevan sobre sí la conciencia de todo lo que no hemos realizado.

Las situaciones límite conllevan un filosofar profundo. Este filosofar inunda la factibilidad y la llena de su luz. Filosofar es declararme, dar cuenta de mis convicciones más íntimas y profundas, ante tí, ante mí, en diálogo comprometido.

La metafísica, cuando las situaciones límites golpean a la puerta sólo se encuentran respuestas válidas para uno, más no pueden ser universalmente válidas. Así pues, se establecen unos signos y símbolos por los que se puede intuir respuestas e intuir que se tratan de indicadores del absoluto. Los signos y símbolos contienen la apelación de la existencia..... apelación a la trascendencia.

¿Qué es trascender?. Es buscar el propio-ser. Ningún objeto es el propio ser. Tenemos que ir más allá y por encima de los objetivos, es decir: trascender. Trascender no es una obligación sino una posibilidad ante la libertad. Podemos entregarnos al mundo, a las cosas y vivir sin-trascendencia. Podemos incluso afrontar la muerte, el dolor, la culpa y la lucha como hechos, pero no permitirles que nos afecten y condenarnos así a la intrascendencia. Pero la intrascendencia es sinónimo de la

deshumanización. Los caminos para vivir esta trascendencia son los tres mencionados anteriormente (1.- la orientación filosófica en el mundo; 2.- la dilucidación de la existencia, y 3.- la metafísica) están inseparablemente unidos y jerarquizados. Finalmente, el ser, para Jaspers (citado en Pareja, H.G.; 1982), es lo "envolvente" y hace que la existencia humana se constituya por la trascendencia.

El existencialismo, como orientación o movimiento filosófico contemporáneo, presenta varias formas de expresión cuyo común denominador es la preocupación por la "existencia" (según Kierkegaard (op.cit.; 1982), lo humano concreto). Esta existencia humana se explica desde el plano de lo inmediato de la experiencia personal. No se trata de entender ni analizar racionalmente la existencia humana.

Como podemos darnos cuenta, el existencialismo, es un movimiento histórico social que ha influido a muchas de las manifestaciones culturales, y especialmente ha adquirido el significado de una reacción poliforma contra un racionalismo a ultranza que pretendía explicarlo todo. (Patiño, J.L.; 1990).

Kierkegaard (citado en Patiño, J.L.; 1990), propone que hay que descartar la razón, si se quiere experimentar la esfera de los valores, de la moral y de la religión. En cambio hace hincapié en que la filosofía debe conectar con la vida y la experiencia de cada individuo, con la situación histórica en que se encuentre.

Para el existencialista, lo real es lo personal. Para el pensamiento existencial, la adaptación a lo familiar, a lo social y a lo cultural, es, en alguna forma, una negación del hombre mismo, del sí mismo del hombre en cuanto a personalidad genuina.

El fenómeno general de la adaptación implica un ceder y acceder, y un limitarse en cuanto a apetencias, tendencias y necesidades de todo orden. Aunque pareza paradójica, en este saber cómo y cuándo limitarse y ante quién hay que acceder, estriba el concepto de salud mental.

El enfoque existencial conduce a la exploración y a la descripción del mundo en que vive el paciente, de cómo lo ha ido fraguando y

estructurando. Es el modo más seguro de acercarse a la intimidad del enfermo y de comprenderlo (Patiño, J.L.; 1990).

Es a partir del existencialismo, que surge el análisis existencial en psicología, el cual hace referencia directa a un modo de acercarse al ser humano que está en el mundo y dentro de un contexto histórico social concreto (Pareja, H.G.; 1982).

Distinguimos en el ser humano tres grandes dimensiones:

- 1.- La dimensión somática.
- 2.- La dimensión psíquica.
- 3.- La dimensión noética (dimensión del espíritu,
dimensión del logos).

La dimensión existencial se caracteriza por tres notas específicamente humanas. La libertad y la responsabilidad de esa libertad que surgen como manifestaciones de la espiritualidad del ser-humano. El análisis existencial es un análisis sobre la existencia humana y no de la existencia, porque la existencia en sí misma no puede ser analizada (Pareja, H.G.; 1982).

El análisis existencial desarrollado por la psiquiatría europea, intenta combinar la filosofía existencial con el método fenomenológico para alcanzar una comprensión y un tratamiento más efectivo de carácter psicoterapéutico de los pacientes (Portuondo, J.; 1979).

Esta forma de análisis despertó un gran interés, debido a los dilemas que afrontó el hombre del Siglo XX, en especial después de la Segunda Guerra Mundial, así como el vacío que existe entre las teorías psicológicas y psiquiátricas, además de las preocupaciones del género humano en los momentos actuales (op. cit.; 1979).

Una vista panorámica de la problemática europea durante el presente siglo nos revela desórden, agitación, guerra y crisis. Primero la llamada Primera Guerra Mundial; luego el caos económico de los años 29-30; diez años después la Segunda Guerra Mundial. Aunado a lo anterior, Europa y el mundo en general, ha contemplado: 1) el rápido aceleramiento industrial; 2) una profunda revolución científica; 3) los problemas inherentes a una urbanización desmesurada, lo cual lleva a una visión "naturalista" del hombre; y 4) el florecimiento de una filosofía económica,

social y política que subordina al hombre como individuo al bienestar del grupo, sociedad o estado.

Resultado de todo lo apuntado: es la "problematización" de todos los viejos valores y del mismo sentido de la vida; la sensación del hombre de que "se ha estado engañando" a sí mismo sobre su auténtica naturaleza (Tamames, F.; 1979).

El dilema del hombre es el que se origina en la capacidad de éste para sentirse como sujeto y objeto al mismo tiempo. El desarrollo fenomenológico y existencial en la psiquiatría y en la psicología se basa en tres aspectos:

- 1) Es una nueva forma de ver la realidad del paciente llamada fenomenología, que se refiere a tomar el fenómeno tal como éste se presenta, a diferencia de la cultura occidental a explicar las cosas sólo por sus causas. Se tiende a suponer que si tenemos una explicación causal o si describimos cómo se desarrollan las cosas, estamos describiendo la cosa en así.

Los fenómenos sostienen que lo que debemos descubrir y describir es aquello que la cosa es como fenómeno, la experiencia tal como se dá ante nosotros.

2) El segundo aspecto en el enfoque terapéutico existencial, es el principio de que todas las formas de entender al ser humano, todos los métodos terapéuticos se basan en algunos presupuestos.

3) El tercer aspecto es la ontología, que es la ciencia o el estudio del ser. La primera característica ontológica es, que todos los seres humanos están centrados potencialmente en sí mismos, no importa cuán distorsionado por los conflictos esté ese centro. Desde el enfoque ontológico, vemos que la enfermedad es precisamente el recurso que el individuo emplea para preservar su ser. (May, R.; 1987).

La clientela (pacientes) que acude a los consultorios no tienen hoy día las mismas dificultades que, por ejemplo, la clientela de Charcot o aún del mismo Freud. Actualmente hay menos histéricos clásicos, pero en cambio hay muchísimos sujetos que se quejan de "soledad", "despersonalización",

"alienación", "tristeza", "angustia", "aislamiento", "separación", y de no poder relacionarse con los otros (Portuondo, J.; 1979).

Quizás el clamor de nuestra época sea "nuestras vidas están vacías, sin sentido". Los psicoterapeutas piensan como ya se mencionó anteriormente, que el pensamiento occidental es inadecuado para comprender a estos pacientes, debido a que explican y analizan al hombre y al mundo y a sus cosas como objetos, ésto ya fue manifestado por Freud y por el conductismo norteamericano (Tamames, F.; 1979).

Una psicoterapia sobre las bases del análisis existencial investiga la historia de vida del paciente a ser tratado, pero no entiende esta historia de vida como su idiosincracia patológica de acuerdo a las enseñanzas de alguna escuela de psicoterapia, o significados de sus categorías preferidas. En vez de ésto, se entiende esta historia de vida como una modificación de la estructura total del "ser" del paciente en el mundo (May, R.; 1958).

El término existencia significa literalmente emerger. El existencialismo concierne básicamente a la ontología, que es la ciencia del "ser".

Los existencialistas dicen que es necesario y posible tener una ciencia del hombre, la cual estudie al ser humano en su realidad. Cada alternativa hace al hombre sujeto u objeto, resultando en la pérdida de la vivencia, la existencia como persona. Es importante considerar ambas cosas, subjetividad y objetividad.

Debemos no solamente estudiar la experiencia de una persona como tal, sino que debe ser analizado también con su experiencia presente (Angel, E.; 1958).

Tillich (citado en May; Ellemberger, y Cols; 1958), dice que la realidad o el ser no es el objeto de la experiencia cognitiva, pero es más que existencia. Es realidad experimentada inmediateamente, sobre el acento en ella misma.

Los clínicos existencialistas aseguran que el hombre necesita desarrollarse y autorrealizarse, además de considerar que el hombre no es un producto de su pasado. Insisten en el futuro y en la influencia de las ideas, esperanzas, metas y potencialidades no realizadas, y que forman parte de la conducta corriente del individuo (Sarason, I.; 1975).

La palabra "existencial" hace referencia a una actitud hacia los seres humanos, y a una serie de presupuestos sobre ellos mismos. En una terapia efectiva se dá un cambio en ambos, el terapeuta y el paciente; si el terapeuta no está abierto a las posibilidades de cambio, tampoco lo estará el paciente.

Una línea central del enfoque existencial es el énfasis en el saber por el hacer. "La verdad existe para el individuo sólo en tanto él mismo la produzca en acción" (May, R.; 1979),.

Los desórdenes conductuales surgen cuando el individuo fracasa en tener conciencia de que los trastornos generales de su existencia propia, de su "aquí y ahora". La psicoterapia existencial consiste en escudriñar más

allá de los síntomas, buscando los modos específicos de existencia que los determinan, y el terapeuta trata de ayudar a que el cliente encuentre nuevos patrones de conducta que le permitirán arreglar su existencia en una secuencia ordenada (Sarason, I.; 1975).

Es además un encuentro con la propia existencia en una forma inmediata y quintaesencial. Esa nueva dinámica incluye en sus principios el que la decisión precede a la introspección y el conocimiento. El paciente nunca logrará introspecciones, nunca podrá ver la verdad a menos que esté listo para tomar decisiones sobre su propia existencia. (May, R.; 1987).

En la psicoterapia, así como en la vida diaria, el individuo en desarrollo debe aprender a concentrarse en su experiencia presente. El encuentro del terapeuta con el cliente debe ser franco y mutuo, gracias a la comprensión del terapeuta y a la comunicación de dicha comprensión al cliente, se ayuda a que éste sienta y trate con el "ahora de su existencia" (Sarason, I.; 1975).

La significación de la relación personal entre el terapeuta y el paciente es fundamentalmente darle un nuevo universo personal caracterizado por un interés estable, en el cual él sea capaz de elegir una orientación decisiva para su propia existencia.

El énfasis existencial cambia los objetivos de la terapia, ya no es solamente la idea del ajuste, que en nuestra sociedad suele ser sólo una forma de denominar al conformismo, y, a la real pérdida de la propia existencia. Su objetivo es más bien el confrontamiento pleno de la propia existencia, aún cuando uno pueda estar menos adaptado a la sociedad y tener más ansiedad conciente que antes, es decir, la ansiedad normal de la existencia.

Este cambio de objetivos nos permite tratar con las realidades de la vida más importantes, que hasta ahora sólo habían tenido una posición inconsciente en la terapia, es decir, con la ansiedad, la culpa, la alegría, el amor y la creatividad normales (May, R.; 1987).

May, dice que se debe asumir el "ser" en la psicoterapia y no analizarlo. El "ser" de un individuo se ve, por ejemplo en su derecho a existir como persona, en sus posibilidades de respetarse a sí mismo, y en su libertad última para elegir su propia forma de vida. Se debe asumir todo ésto cuando se trabaje con un paciente, y, si no se puede hacer con alguna persona determinada, no se le debe tomar como paciente. Tratar de analizar estas evidencias del ser, es violar el "ser" fundamental de la persona misma.

La psicología existencial hace hincapié en el conflicto que surge del enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos de la existencia; con la expresión "supuestos básicos", Yalom, (1984), se refiere a ciertas preocupaciones esenciales, a ciertas propiedades intrínsecas que ineludiblemente forman parte de la existencia del ser humano en el mundo.

¿Cómo se descubre la naturaleza de estos supuestos?. En cierto modo resulta fácil, el método consiste en una profunda reflexión personal. Las condiciones son igualmente simples: soledad, silencio, tiempo y

libertad con respecto a las distracciones cotidianas que suelen llenar el mundo de nuestras experiencias.

Si pudieramos barrer de un plumazo o "poner entre paréntesis" el mundo cotidiano, si reflexionamos profundamente sobre nuestra situación en el mundo, nuestra existencia, límites y posibilidades, si llegamos al fondo subyacente a todos nuestros fundamentos, nos enfrentamos invariablemente con los supuestos de la existencia, con las "estructuras profundas" a las que en lo sucesivo se llamarán "preocupaciones esenciales". Con frecuencia este proceso de reflexión se cataliza a través de ciertas experiencias urgentes, denominadas situaciones límite, entre las que se incluyen el enfrentamiento con la idea de la propia muerte, con algunas decisiones importantes e irreversibles que nos proporcionan una serie de significados (Yalom, I.; 1984).

Algunas de estas preocupaciones esenciales son; la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de un sentido vital. El enfrentamiento del individuo con cada uno de estos hechos constituye el contenido de un conflicto dinámico existencial.

La muerte. La preocupación esencial más obvia y más fácil de comprender es la muerte. Ahora mismo existimos, pero en cualquier momento dejaremos de hacerlo. Nos sobrevendrá la muerte y no hay escapatoria posible. Esta es una verdad terrible y ante ella respondemos con un terror cerval. Para expresarlo con palabras de Spinoza (citado en Yalom, I.; 1984), todo tiende a permanecer en su propio "ser", y uno de los conflictos existenciales básicos es la tensión que se crea entre la conciencia de la inevitabilidad de la muerte y el deseo de continuar siendo.

La otra preocupación esencial que se abordará en este trabajo, es la falta de sentido vital.

Si tenemos que morir, si nos vemos forzados a constituir nuestro propio mundo, si cada uno de nosotros está básicamente solo en medio de un universo indiferente, ¿cuál es el significado de la vida?, ¿por qué vivimos?, ¿cómo debemos vivir?. Ya que no existe para nosotros una estructura predeterminada, tendremos que fabricar nuestros propios significados vitales, pero ¿serán lo bastante firmes para soportar los embates de la propia vida?.

El conflicto dinámico surge, pues, como resultado de buscar los propios significados en un universo carente de sentido.

Frankl, V. (1990), explica la génesis del vacío existencial, de la cual se deriva la carencia de sentido vital, de la siguiente forma:

Contrariamente al animal, el hombre carece de instintos que le digan lo que tiene que hacer, y, a diferencia de los hombres del pasado, el hombre actual ya no tiene tradiciones que le digan lo que debe ser. Entonces, ignorando lo que tiene que hacer e ignorando también lo que debe ser, parece que muchas veces ya no sabe tampoco lo que quiere en el fondo. Y, entonces sólo quiere lo que los demás hacen (conformismo), o bien, sólo hacer lo que los otros quieren, lo que quieren de él (totalitarismo).

Pero estas dos secuelas no deben inducir a pasar por alto una tercera, la neurosis "noógena". Al contrario que la neurosis en sentido estricto, que presenta por definición, una enfermedad psicógena, la neurosis noógena no se debe a complejos y conflictos en el sentido tradicional, sino a conflictos

de conciencia, a colisiones de valores, y, a una frustración existencial, que algunas veces puede expresarse bajo la forma de sintomatología neurótica.

El sentido no puede darse, sino que debe descubrirse. Este proceso del descubrimiento del sentido tiene como finalidad la percepción de una figura (Gestalt).

Lo que se percibe no es simplemente una figura (una Gestalt) que salte ante nuestra mirada desde un "trasfondo", sino que en la percepción-de-sentido, se trata del descubrimiento de una posibilidad desde el trasfondo de la realidad, y esta posibilidad en cada caso es única. Es pasajera. Pero sólo ella es pasajera, si esta posibilidad de sentido se realiza, se ha cumplido el sentido, y se ha cumplido para siempre.

El sentido debe descubrirse, pero no puede inventarse. Se comprende, pues, que el hombre que no es capaz de descubrir un sentido en su vida, ni tampoco imaginárselo, se inventa uno para huir del complejo de vacío. El sentido no sólo debe, sino que también puede encontrarse, y a su búsqueda guía la conciencia al hombre.

Sentido es, por tanto, el sentido concreto en una situación determinada. Es siempre "el requerimiento del momento". Pero este requerimiento está a la vez siempre dirigido a una persona concreta. Cada día y cada hora, espera, pues, con un nuevo sentido y a cada persona le aguarda un sentido distinto del de los demás.

Existe, pues, un sentido para cada uno, y para cada uno hay un sentido especial. De aquí se desprende que el sentido debe cambiar de situación en situación, y de persona en persona. Pero está universalmente presente. No existe ninguna situación en la que la vida deje ya de ofrecernos una posibilidad de sentido, y no existe tampoco ninguna persona para la que la vida no tenga dispuesta una tarea (Frankl, V.; 1990).

Ningún psiquiatra, ningún psicoterapeuta -incluidos los logoterapeutas- puede decir a un enfermo cuál es el sentido, pero si puede decirle muy bien que la vida tiene un sentido, y más aún: que lo conserva bajos todas las condiciones y circunstancias, gracias a la posibilidad de descubrir un sentido también en el sufrimiento.

Se descubre el sentido, en base a tres cambios:

- 1.- En lo que se hace o se crea.
- 2.- En vivir algo o amar a alguien, e
- 3.- Incluso en situaciones desesperadas con las que se enfrenta el individuo desvalidamente.

Lo que importa es la actitud y el talante con que una persona sale al encuentro de un destino inevitable e inmutable. Sólo la actitud y el talante le permiten dar testimonio de algo de lo que sólo el hombre es capaz: de transformar y remodelar el sufrimiento a nivel humano para convertirlo en un servicio.

No existe ninguna situación en la vida que carezca de auténtico sentido. Este hecho debe atribuirse a que los aspectos aparentemente negativos de la existencia humana, y sobre todo aquella trágica tráfada en la que confluyen el sufrimiento, la culpa y la muerte, también puede transformarse en algo positivo, en un servicio, a condición de que salga a su encuentro con la adecuada actitud y disposición.

El hombre es capaz de transformar en servicio, cualquier situación que, humanamente considerada no tiene ninguna salida. De ahí que también en el sufrimiento se dé una posibilidad de sentido. Se habla de situaciones inevitables, que no admiten modificación, de sufrimientos que no se pueden eliminar, como por ejemplo las enfermedades incurables y su consecuencia la muerte (Frankl, V.; 1990).

El sufrimiento tiene sentido si tú mismo te cambias en otro. La capacidad de sufrimiento es la capacidad de realizar valores de actitud. Lo que importa es cómo se soporta el destino, cuando ya no se tiene poder para evitarlo.

El concepto de muerte desempeña un papel básico en la psicoterapia existencial, porque cumple una función fundamental en la experiencia vital del hombre. La vida y la muerte son interdependientes: aunque la muerte física nos destruye, la idea de la misma nos salva. Su reconocimiento nos empuja a vivir, cambia radicalmente nuestra perspectiva vital y a veces nos conduce de una existencia frívola caracterizada por las diversiones, el aturdimiento y la ansiedad producida por trivialidades, a otra más auténtica.

Se han evidenciado avances psicoterapéuticos obvios e importantes, y profundos cambios personales en individuos que han tenido que encararse con la muerte.

La muerte y la angustia tienen una relación estrecha, la angustia desempeña un papel tan importante y claro en la psicoterapia que es innecesario subrayarlo. El miedo a morir es permanente y de tal magnitud que una parte considerable de la propia energía vital se consume en la tarea de negar la muerte. Uno de los afanes básicos del ser humano es intentar trascenderla: desde los fenómenos personales más profundos, pasando por nuestras defensas, motivaciones, sueños y pesadillas, hasta las estructuras macrosociales más externas, como los monumentos funerarios, las teologías e ideologías, los apacibles cementerios, los embalsamientos, la necesidad de extendernos en el espacio, todo nuestro sistema de vida, incluidos la distribución del tiempo disponible, la predilección por las diversiones, la infatigable reverencia al mito del progreso, el impulso a "avanzar" y el afán con que perseguimos una fama duradera, todo ello tiene como fin trascender la muerte (Yalom, I.; 1984).

La muerte es un hecho que duele siempre, que nuestras actitudes hacia ella influyen sobre nuestra manera de vivir y de crecer, sobre nuestras vacilaciones y sobre nuestras enfermedades. Yalom (op.cit.), sugiere dos proposiciones básicas, ambas con implicaciones importantes en la práctica de la psicoterapia:

- 1) La vida y la muerte son interdependientes; existen en forma simultánea y no consecutiva; la muerte late continuamente bajo la membrana de la vida y ejerce una enorme influencia sobre la experiencia y la conducta.
- 2) La muerte es una fuente primordial de angustia, y como tal, es un manantial primario de material para la psicopatología.

Una línea de pensamiento, que data de los comienzos de la escritura, señala la imbricación entre la vida y la muerte. Una de las verdades más evidentes de la existencia es que todo se desvanece y que la desaparición de las cosas nos produce temor. Es evidente también que, no obstante, nos vemos obligados a vivir enfrentándonos tanto a la desaparición de las cosas,

como al temor que sentimos. Los estoicos decían que la muerte es el hecho más importante de la vida. Aprender a vivir bien es aprender a morir bien y viceversa.

El límite biológico entre la vida y la muerte es bastante preciso; pero desde el punto de vista psicológico ambas se fusionan. La muerte es un hecho de la vida. Si reflexionamos durante un momento, nos daremos cuenta de que la muerte no es simplemente el último momento de la vida. "Estamos muriendo desde el nacimiento; el final está presente desde el principio".

Jacques Choron (citado en Yalom, I.; 1984), fue el primero que hizo una clara distinción entre el miedo y la angustia (temor), al contrastar el miedo a algo, con la angustia, que es un miedo a nada en particular, "a una nada a la que el individuo es ajeno". Uno teme (o a uno le produce angustia) perderse y convertirse en la nada, y además este temor no puede localizarse ni explicarse.

Pero como es imposible enfrentarse a un temor incomprensible e inlocalizable, adquiere mayor gravedad aún: produce un sentimiento de indefensión que invariablemente genera más angustia.

¿Cómo debemos combatirla?. Desplazándola de la nada a algo. Esto es lo que Kierkegaard quizá dijo cuando afirmó que "esa nada de la que sentimos temor, se va convirtiendo paulatinamente en algo". Si convertimos el temor a la nada en un miedo a algo, podemos organizar una campaña defensiva: evitaremos la causa de nuestra inquietud, buscaremos aliados para enfrentarnos a ella, inventaremos rituales mágicos para conjurarla o planificaremos una lucha sistemática para despojarla de su contenido siniestro.

El individuo que se convierte en un "paciente", es aquel a quien no le han bastado los medios convencionales para evitar el miedo a la muerte y se ha visto precisado a emplear mecanismos extremos de defensa, debido a un estrés extraordinario o a la inadecuación de sus estrategias. Estas maniobras defensivas, a menudo torpes, constituyen el cuadro clínico que el paciente presenta.

La realidad de la muerte es importante en psicoterapia por dos razones diferentes: porque la conciencia de la misma puede actuar como "situación límite" y provocar un cambio radical en la perspectiva de la vida; y porque la muerte es una fuente primaria de angustia.

Una "situación límite" es un hecho, una experiencia urgente, que impulsa a la persona a enfrentarse con su "situación" existencial en el mundo. La confrontación con la propia muerte es una situación límite por excelencia y posee la capacidad de provocar un cambio radical en la manera de vivir de la persona en el mundo. "Aunque el hecho físico de la muerte destruye al individuo, la idea de la misma puede salvarle".

La muerte actúa como catalizador capaz de hacer progresar al individuo de un estado del ser a otro más elevado: de un estado de incertidumbre por cómo son las cosas a otro de admiración por el hecho de que sean. La conciencia de la muerte nos aleja de las preocupaciones triviales y comunica a la vida una profundidad, una agudeza y una perspectiva enteramente diferentes.

¿Cómo es posible que la conciencia de la muerte provoque un cambio personal?. La muerte nos recuerda, pues, que la existencia no puede posponerse, que todavía hay tiempo para vivir. ¡Cuenta los favores de que disfrutas!, ¡Que pocas veces sacamos provecho de esta simple existencia!.

Generalmente, lo que tenemos y lo que podemos hacer se nos pasa completamente inadvertido, distraídos como estamos pensando en aquello de lo que carecemos y en lo que no podemos hacer, o impedidos por preocupaciones insignificantes y amenazas a nuestro prestigio y orgullo. Teniendo presente la muerte, pasamos a un estado de gratitud y de aprecio por los incontables dones de la existencia.

Para la psicología existencial un punto importante a considerar es el desarrollo personal de los individuos, el cual comprende los siguientes puntos:

- Reestructuración de las prioridades de la vida:
trivialización de lo trivial.

- Sentido de liberación: la capacidad de elegir sólo lo que se desea hacer.
- Sentido realizado de la vida en el presente inmediato en lugar de posponerla para cuando uno se retire o para algún otro momento futuro.
- Profundo aprecio por los hechos elementales de la existencia: el cambio de las estaciones, el viento, la caída de las hojas, la última navidad, etc.
- Comunicación con las personas amadas más profunda que la mantenida antes de la crisis.
- Menos temores interpersonales, menos miedo al rechazo, mayor predisposición a arriesgarse que antes de la crisis.

Entre las técnicas existenciales que se han utilizado con los pacientes terminales o que han estado cerca de la muerte, se encuentra la **DESIDENTIFICACION**. En su trabajo clínico cotidiano, el psicoterapeuta encuentra individuos en grave estado de angustia por acontecimientos que normalmente no justifican su aparición. La angustia

es una señal de que la persona percibe una amenaza para la continuidad de su existencia. El problema es que la persona neurótica tiene una seguridad tan precaria que prolonga innecesariamente el perímetro de sus defensas.

En otras palabras, el neurótico no sólo defiende su parte esencial, sino que lucha con la misma intensidad para proteger muchos otros atributos (trabajo, prestigio, actitudes, vanidad, potencia sexual o aptitudes atléticas).

Por tanto, muchos individuos se alteran ante las amenazas a su carrera o a cualquier de sus atributos externos. En esta situación, el terapeuta, procura decirles: "no"; usted no es su carrera, no es su cuerpo espléndido. Usted es usted, su parte esencial. Trace una línea alrededor de su esencia. Todo lo demás, todo lo que queda fuera de esa línea, no es usted. Aunque todo eso se desvaneciera, usted seguiría existiendo".

Desgraciadamente, estas exhortaciones tan simples, casi nunca son efectivas a la hora del cambio. Los psicoterapeutas buscan, pues; otros métodos para fortalecerlas. Uno de ellos es la "desidentificación". El

procedimiento es simple y se aplica aproximadamente entre treinta y cuarenta y cinco minutos. Se crea un ambiente tranquilo y distendido y se pide a los participantes que confeccionen una lista, en tarjetas separadas, de las ocho respuestas más importantes que puedan aportar a la pregunta "¿quién soy yo?".

A continuación se les pide que revisen las respuestas y que clasifiquen las tarjetas en orden de importancia. Entonces se les pide que mediten la respuesta de la última tarjeta y la posibilidad de renunciar a ese atributo. Pasados dos o tres minutos, se les indica (empleando el sonido de una campanilla para que no se distraigan), que pasen a la siguiente tarjeta, y así sucesivamente hasta que se hayan despojado de los ocho atributos. Después, es aconsejable ayudar a los participantes a reintegrarse llevando a cabo el mismo procedimiento al revés.

La desidentificación es una parte importante del sistema de psicosisíntesis de Roberto Assagioli (citado en Yalom, I.; 1984). Este terapeuta ayuda al individuo a llegar hasta el "centro de la conciencia de sí

mismo" pidiéndole que imagine que de su cuerpo se desprenden, de una manera sistemática, las emociones, los deseos y, finalmente el intelecto.

El individuo que padece una enfermedad crónica y que se enfrenta con su situación de una manera adecuada, suele pasar espontáneamente por este proceso de desidentificación. La desidentificación es un mecanismo de cambio obvio y muy conocido, ya que la trascendencia de las cosas materiales y sociales siempre ha formado parte de las tradiciones ascéticas, pero su empleo no es muy corriente en la práctica clínica. Es la conciencia de la muerte la que promueve un cambio de perspectiva y permite al individuo distinguir entre lo esencial y lo accesorio, reinvertir el primero y despojarse del segundo.

Si los psicoterapeutas aceptamos que la conciencia de la muerte puede servir de catalizador para el proceso del cambio, nuestra tarea consiste en facilitar la conciencia que el paciente tiene de la muerte. El terapeuta lo que tiene que hacer es ayudar al paciente a reconocer un hecho insoslayable.

Normalmente negamos o desatendemos, selectivamente, todo aquello que nos recuerde nuestra situación existencial. La tarea del terapeuta es hacer que este proceso retroceda, hacer ver al paciente que estos elementos no son enemigos, sino aliados poderosos en la búsqueda de la integración y la madurez. En el tratamiento de cada paciente surgen situaciones, que, si el terapeuta hace hincapié en ellas con sensibilidad, lograrán incrementar la conciencia del paciente de las dimensiones existenciales de sus problemas. Las situaciones más obvias son las inexorables alusiones a nuestra propia finitud y a la irreversibilidad del tiempo.

Otra técnica es la "**TERAPIA DE CHOQUE EXISTENCIAL**", pidiendo a los miembros del grupo que escriban su propio epitafio. Así como los "**LABORATORIOS DE DESTINO**" para ejecutivos acosados por el tiempo, estos suelen comenzar mediante el siguiente ejercicio estructurado:

- En una hoja de papel en blanco dibuje una línea recta.

Uno de los extremos de esa línea representa su nacimiento; el otro extremo su muerte. Dibuje unacruz para representar el punto donde usted se encuentra ahora. Medite sobre ello durante cinco minutos.

Este ejercicio breve y simple provoca casi siempre emociones poderosas y profundas.

Otro ejercicio existencial es la "LLAMADA EN VOZ ALTA", que se utiliza en grupos numerosos para aumentar la conciencia de la propia finitud. Los miembros se dividen en grupos de tres y se les asigna un tema de conversación. El nombre de cada individuo está escrito en un trozo de papel y colocado en una bolsita; entonces se saca un papel al azar y se lee el nombre de la persona en voz alta. Aquel cuyo nombre haya salido, calla y da la espalda a los demás. Muchos participantes afirman que, como resultado de este ejercicio, adquieren una mayor conciencia de la arbitrariedad y fragilidad de la existencia.

Algunos terapeutas y directores de grupos de encuentro, han empleado una técnica de fantasía dirigida a aumentar la conciencia de la muerte. Piden a las personas que imaginen su propia muerte: "¿dónde ocurrirá?, ¿cuándo, ¿cómo?". Describa con todo lujo de detalles una fantasía sobre su propia muerte. Imagine su propio funeral".

El descubrimiento de uno mismo es esencial en la psicoterapia, tanto de grupo como individual. Al mismo tiempo es importante que los pacientes no vivan el grupo como una confesión forzosa. Antes de ingresar al grupo es importante hacer una sesión de orientación para señalarle que, para obtener ayuda del grupo; deberá ser absolutamente honesto, tanto en lo referente a su condición física, como a sus preocupaciones psicológicas, aunque siempre llevando su propio ritmo.

Uno de los axiomas básicos de la terapia interactiva de grupo es que su desarrollo debe propiciar la creación de un microcosmos social para cada uno de sus miembros. Todos, tarde o temprano, comienzan a relacionarse con el resto de la misma manera como se relacionan con personas ajenas

al grupo. Por consiguiente, cada uno labra su propia estructura interpersonal.

Otro axioma de la terapia de grupo es que cuando alguien oculta un secreto importante, tiende a inhibirse globalmente. Además, se muestra muy cuidadoso si surge alguna pista que pudiera revelarlo.

Un axioma más de los grupos terapéuticos reducidos es que los miembros, cuando se enfrentan a los mismos estímulos, responden a ellos de una manera especialmente individual, ya que cada uno tiene su propio mundo interno.

Otra técnica existencial muy útil, es la **Disección y EL ANALISIS**. En los temores orgánicos yacen muchos sentimientos catastróficos, cuyos componentes pueden ceder ante un análisis racional. A este respecto, es aconsejable estimular al paciente (tanto al de psicoterapia normal como al moribundo), para que examine su propia muerte y clasifique los distintos componentes de sus temores. La medida estratégica más importante es

separar los sentimientos secundarios del verdadero desamparo que tiene lugar cuando uno se enfrenta a su situación existencial inalterable.

Existe una gran variedad de temores secundarios: el dolor de morir, la vida después de la muerte, el temor a lo desconocido, la preocupación por la familia, el miedo al daño corporal, la soledad y la regresión (Yalom, I.; 1984).

A continuación retomaremos lo mencionado anteriormente acerca de otra de las preocupaciones del ser humano, la voluntad de sentido o sentido de la vida.

El hombre constantemente está intentando encontrar sentido a las cosas, poniendo frecuentemente en juego su búsqueda de sentido, es decir, lo que Frankl designó como "voluntad de sentido". La motivación en logoterapia significa que el hombre está respondiendo a las preguntas que la vida le dirige y cumpliendo de este modo los sentidos que la vida le está ofreciendo.

Actualmente hay personas que acuden al psiquiatra porque dudan sobre el sentido de su vida, o incluso porque desesperan de hallar algún sentido a su vida. En este contexto en la logoterapia hablamos de frustración existencial (Frankl, V.; 1987).

Hacia 1929, nace la logoterapia, es decir, la psicología del sentido de la vida, inscrita dentro de las psicoterapias de base fenomenológico-existencial que constituye la tercera escuela vienesa de psicología.

Cada vez que dos personas se vinculan como terapeuta y paciente, se da un encuentro que trasciende a ambos; en una común dignidad humana los dos hacen lo único genuinamente útil en época de conflicto individual o social: dialogar "comunicándose las existencias". Esta es la propuesta del creador de la logoterapia, donde no importa tanto la técnica sino cuánto de nosotros dedicamos al arte de generar buenos vínculos, porque - recordémoslo- no recibimos de los demás lo que esperamos, sino lo que inspiramos. Se trata, como dice Frankl (1985), de darnos a todos una segunda y definitiva oportunidad.

La historia de la logoterapia se remonta en realidad al año 1924. En la psicología humanística existe el concepto de autoexpresión; se deben expresar los sentimientos, se debe expresar lo que uno piensa en todo momento y ésto es de primordial importancia.

Cuando el ser humano no encuentra una causa superior a sí mismo, o no encuentra a otros seres humanos a quien amar u otras cosas en las cuales encontrar sentido, se enferma.

La gente generalmente padece un sentimiento de falta de sentido, más un sentimiento de vacío. Estos sentimientos se manifiestan en la forma de dos aspectos principales: en primer lugar la apatía y en segundo término el aburrimiento. El aburrimiento es la falta de interés en el mundo y la apatía, puede definirse como la falta de iniciativa para cambiar algo en el mundo. Es la posibilidad de hacer algo sobre la realidad, la posibilidad de cambiar la realidad, de hacer algo en una situación dada.

Los logoterapeutas no tratan de lograr el sentido a largo plazo, en general, sino el sentido como algo concreto destinado a una persona concreta.

Si una persona se ve enfrentada a una enfermedad incurable, un cáncer que no puede operarse, una minusvalía severa, aún puede cambiar algo: **su actitud frente a ese destino**; puede hacer uso de esa capacidad específicamente humana de convertir una tragedia personal en un logro humano.

"Ver hacia afuera", es decir, referirse a cualquier objeto o ser que no sea uno mismo, origina lo que Frankl (1985) denominó la autotrascendencia.

Scheler, M. (1918, citado en Pareja, H:G;; 1982), señala la importancia de la confrontación entre la dimensión del espíritu humano y la facticidad física. Este autor plantea una antropología en la que la persona está radicalmente abierta al mundo.

Para Frankl (1985), la persona es un ser básicamente autotranscendente, es decir, que va más allá de sí misma, que no se queda en sí misma. La esencia de la existencia humana es la autotranscendencia. Ser persona quiere decir estar dirigida hacia algo (las cosas, el trabajo, las propias creaciones artísticas, etc.), o hacia alguien (los otros, el ser y los seres amados, la contemplación de la naturaleza). Scheler y Frankl (op.cit.), conceptualizan que la persona está abierta a la trascendencia. Esta apertura se da a través de la conciencia. La conciencia en cuanto a fenómeno no se queda ni se agota en sí misma, sino que va más allá de la persona.

La logoterapia no debe sustituir la psicoterapia, sino solamente complementarla.

La logoterapia tiende a tornar consciente lo espiritual. Pues bien, concebida específicamente como la aplicación terapéutica del análisis existencial, se esfuerza, especialmente, por hacer que el hombre cobre conciencia de su responsabilidad, viendo en ella el fundamento esencial de la existencia humana.

La responsabilidad significa siempre responsabilidad ante un deber. Ahora bien, los deberes de un hombre sólo pueden ser interpretados partiendo de un "sentido", del sentido concreto de una vida humana.

El problema del sentido de la vida, ya se plantea de un modo expreso, o de una manera simplemente tácita, debe ser considerado como un problema verdaderamente humano. Por tanto, el hecho de poner sobre el tapete el problema del sentido de la vida, no debe interpretarse nunca en modo alguno, como síntoma o expresión de algo enfermizo, patológico o anormal en el hombre; lejos de ello, es la verdadera expresión del ser humano (Frankl, V.; 1987).

La problemática espiritual de un hombre no debe dejarse nunca de lado como un simple síntoma, es, en todo caso, una aportación: una aportación hecha ya por el paciente, o una aportación que debemos ayudarle a realizar.

Esto es aplicable, sobre todo a los que han perdido el equilibrio de su alma por razones puramente exógenas. En esta categoría de sujetos

habría que incluir por ejemplo, al hombre que habiendo perdido al ser que amaba más que a nada en el mundo, y al que consagraba su vida entera, se pregunte, indeciso, sin rumbo, si su vida tiene ya, ahora algún sentido, una razón de ser (Frankl, 1987).

La logoterapia es un tratamiento orientado hacia el sentido de su vida. Para lo cual no solamente se trata de poner en acción la voluntad de sentido, sino que ante todo es menester provocarla o evocarla, hacerla aparecer donde se hubiera perdido, donde la inconsciente, donde haya sido inhibida (Frankl, V.; 1976).

La tarea de la logoterapia es la de ampliar lo más posible en el enfermo el campo visual de valores, de suerte que se haga cargo de toda la abundancia de posibilidades -posibilidades de sentido y valor-, que están a su alcance; dicho de otro modo, que llegue a percibir todo el espectro de los valores.

La logoterapia mira hacia el futuro, es decir, a los cometidos y sentidos que el paciente tiene que realizar en el futuro. Al aplicar la

logoterapia el paciente ha de enfrentarse con el sentido de su propia vida para, a continuación, rectificar la orientación de su conducta en tal sentido.

El término "logoterapia" se deriva de "Logos" palabra griega que equivale a "sentido", "significado" o "propósito". 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, como ya se mencionó anteriormente, es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida (Frankl, V.; 1992).

El logos o "sentido", no es sólo algo que nace de la propia existencia, sino algo que hace frente a la existencia.

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 (1).- a la propia 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 del sentido.

La frustración existencial se puede también resolver en neurosis. Para este tipo de neurosis, la logoterapia ha acuñado el término "neurosis noógena". Las neurosis noógenas, tienen su origen no en lo psicológico, como ya se mencionó, sino más bien en la dimensión noológica (del griego noos, que significa mente), de la existencia humana. Este término logoterapéutico, denota algo que pertenece al núcleo "espiritual" de la personalidad humana. No obstante, debe recordarse que dentro del marco de referencia de la logoterapia, el término "espiritual" no tiene connotación religiosa, sino que hace referencia a la dimensión específicamente humana.

Las neurosis noógenas no nacen de los conflictos entre impulsos e instintos, sino más bien de los conflictos entre principios morales distintos; en otras palabras, de los problemas espirituales, entre los que la frustración existencial suele desempeñar una función importante (Frankl, V.; 1992).

Es conveniente considerar lo siguiente cuando el paciente pregunta cuál es el sentido de su vida. El sentido de la vida difiere de un hombre a otro, de un día para otro, de una hora a otra hora. Así pues, 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.

La logoterapia se basa en tres principios que tal vez no pueden ser demostrados, pero que según Frankl pueden ser experimentados.

- 1) La vida tiene sentido bajo todas las circunstancias.
- 2) El hombre es dueño de la voluntad del sentido y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla.
- 3) El hombre es libre, dentro de sus obvias limitaciones, para el sentido de su existencia.

Según Frankl, (citado en García, P.; 1988), la vida puede hacerse significativa de tres maneras:

- a) A través de lo que le damos a la vida (en términos de nuestro trabajo creativo).
- b) Por lo que tomamos del mundo (en términos de nuestros valores experimentados).
- c) A través de la actitud que tomamos hacia el destino que no podemos cambiar.

La posibilidad de descubrir sentido mediante las actitudes adquiere importancia cuando el hombre se enfrenta a la "triada trágica": sufrimiento inevitable, culpa imborrable y muerte. Cuando la persona está ante una situación dolorosa que es incapaz de alterar, puede encontrar sentido si la enfrenta con valor y dignidad, y siente además que su vida es ejemplo para otra persona.

Según Frankl, la logoterapia no puede suprimir el sufrimiento, pero puede suprimir la desesperación a la que define como un "sufrimiento

desprovisto de sentido para quien lo padece". Basado en estos planteamientos teóricos, elaboró dos técnicas terapéuticas:

La Intención Paradójica y la Derreflexión.

La INTENCION PARADOJICA es un medio terapéutico específico, que unido a la capacidad humana del humor, permite a la persona afrontar su situación e incluso hacer aquello que teme y le angustia por vía paradójica (Pareja, H.G.; 1982).

Mediante la intención paradójica, Frankl insta al paciente a hacer o desear aquello que teme. El objetivo de este método es romper el círculo vicioso que se crea como resultado de la ansiedad anticipatoria a un hecho. Rompiendo este patrón de conducta, aunque sólo sea por el momento, el paciente logra verse a sí mismo, no como a una víctima indefensa, sino como el dueño de su propio destino (García, D.P.; 1988).

La angustia o ansiedad anticipatoria demuestra que, el temor realiza lo que teme y, al mismo tiempo, imposibilita lo que se propone. Se trata

de desear precisamente lo que se teme. Aprender a sustituir el miedo por la -intención- que es paradójica - quita el fundamento al temor. La intención paradójica es específica para estados fóbicos, en la ansiedad anticipatoria y en el fallo sexual.

La intención paradójica facilita que la persona pueda objetivar su neurosis y se distancie de ella, en cuanto su ser de persona en la dimensión espiritual - de la neurosis en cuanto afección de su ser psicofísico.

Concretamente el paciente ha de aprender a reírse de su angustia, y esta actitud es posible por la capacidad humana del humor y de hacer el propio ridículo (Pareja, H.G.; 1982). El humor ha de ser considerado como una manifestación de la capacidad peculiarmente humana que es designada en logoterapia como autodesprendimiento.

En el autodesprendimiento, el hombre es capaz de bromear acerca de sí mismo, de reírse de sí mismo y de ridiculizar sus propios miedos. En la autotranscendencia puede olvidarse de sí mismo, entregarse y abrirse al sentido de su existencia (Lazaruz, 1971).

La intención paradójica expone efectivamente al paciente a la situación por él temida, pidiéndole deliberadamente que intente evocar las consecuencias temidas de su comportamiento, en lugar de evitar las situaciones (Frankl, V.; 1992).

El facilitador del proceso ha de hacerle una demostración práctica al paciente de qué puede decirse a sí mismo, y de que puede llegar a desear que sucedan las cosas que él teme, reemplazando así el temor patológico por el deseo paradójico. El humor tiene la capacidad de facilitar que la persona tome distancia de su padecimiento y se ubique ante él.

La técnica de la intención paradójica es efectiva, independientemente de las bases etiológicas del problema, es decir, es un método terapéutico dirigido a los síntomas, pero que no se queda en ellos, sino que los supera. (Pareja, H.G.; 1982).

Por su parte, la DERREFLEXION desvía la atención del paciente a su persona (García, D.P.; 1988), pero expliquemos mejor esto a continuación:

La neurosis de angustia lleva con frecuencia la angustia anticipatoria, a la que se asocia una obsesión de observación producida por la angustia anticipatoria. La obsesión de observación frustra todos los procesos automáticos, por ejemplo: dormir, deglutir, hablar, respirar, escribir, pensar, crear, la capacidad orgásmica y eyaculatoria, etc.

La neurosis obsesiva puede verse a nivel del conocimiento y a nivel de la decisión. A nivel del conocimiento, se siente una insuficiencia cognoscitiva y se compensa con un exceso de conciencia. Entonces, tenemos una HIPERREFLEXION u obsesión de observación.

El exceso de intención, HIPERINTENCION, y el exceso de atención, HIPERATENCION, son patógenos y se afrontan por medio de la derreflexión.

La raíz del conflicto es la expectación angustiosa de un trastorno o fallo, error, etc., que origina precisamente lo que se teme.

La intención paradójica es la técnica para la angustia anticipatoria y la derreflexión para la obsesión de observación. La intención paradójica ironiza la neurosis y la derreflexión ignora los síntomas. La derreflexión señala que al existir en la persona algo más que sus síntomas, es decir, su orientación trascendente que apunta hacia algo o hacia alguien distintos de sí mismo, se eliminan los síntomas y la hiperreflexión.

La fundamentación de la derreflexión está en la orientación existencial básica del ser humano: lo propio es estar orientado hacia algo o hacia alguien, el tú, los otros, la comunidad, etc. El estar con-alguien o con-algo diferente a mí, posibilita que yo-esté conmigo mismo.

La autotrascendencia es un elemento importante en la derreflexión, es una característica esencial de la existencia humana, y consiste en el ignorarse a sí mismo, para dedicarse a un objetivo, a una persona que se ama, o a un Dios, al cual desea consagrarse.

La actitud o técnica de derreflexión, entendida como antídoto a la hipertención y a la hiperreflexión, ha sido usada por Frankl sobre todo en

el campo de los trastornos funcionales de la sexualidad, pero se utiliza también en otros trastornos, en los que la atención del paciente queda polarizada sobre la obtención de un objetivo preciso como el de dormirse, no tartamudear, etc. (Bazzi y Fezzotti; 1989).

Las técnicas logoterapéuticas buscan un nuevo tipo de objetividad que pone en primer plano, no los síntomas, sino un objeto que pueda dar sentido y planificar la propia existencia y hacerla digna y deseable de ser vivida (Pareja, H.G.; 1982).

Según Frankl (1992), cada edad tiene su propia neurosis colectiva, y cada época precisa su propia psicoterapia para vencerla. El vacío existencial que es la neurosis masiva de nuestro tiempo, puede descubrirse como una forma privada y personal de nihilismo; ya que el nihilismo puede definirse como la aseveración de que el ser carece de significación.

A través de este Capítulo nos hemos dado cuenta, de la importancia que tiene el tratar al individuo como sujeto y no como un objeto. Importancia que para la psicología existencial tiene la experiencia personal.

Este enfoque nos conduce a la exploración y descripción del mundo en que vive el paciente, y de la forma en cómo lo ha ido fraguando y estructurando. Haciendo uso del método fenomenológico que consiste en tomar al fenómeno tal como éste se presenta, es decir, descubrir y describir aquello que la cosa es: "la experiencia tal como se da ante nosotros"; además de usar la ontología, que es la ciencia o el estudio del ser.

Esta teoría existencial también nos habla de las preocupaciones esenciales del ser humano, como son la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de un sentido vital. Siendo a partir de esta carencia de sentido vital, que Viktor E. Frankl elabora la técnica psicoterapéutica llamada Logoterapia.

La logoterapia toma como fundamento el creer que la persona humana tiene siempre en sí misma, la posibilidad de dar un significado a la propia existencia; el psicoterapeuta tiene la función de sostener al paciente en la búsqueda y realización de dicho significado.

La tesis principal de Frankl, era que el hombre para vivir, tiene sobre todo necesidad de sentido. En la logoterapia es necesario recurrir al pasado, como una fuente de alegría; ya que ningún poder de la tierra puede arrancarte lo que has vivido, nuestras experiencias y cualquier cosa que hayas hecho o cualquier pensamiento (Bazzi y Fizzotti; 1989).

Al hacer referencia al pasado de nuestros pacientes y de su familia, podremos rescatar como ya se mencionó, eventos o pensamientos significativos, que nos permitan elaborar junto con ellos, un nuevo sentido a su vida. Independientemente de que estén conscientes de que su propia vida o la de su familiar está determinada por un lapso de tiempo, a causa de padecer una enfermedad crónica e incurable.

Pero en los últimos años, ha surgido una nueva forma de analizar los eventos psicológicos en los individuos, y ésta es la psicohistoria, la cual se describirá en el siguiente capítulo.

CAPITULO IV

PERSPECTIVA PSICOHISTORICA DE LA MUERTE Y EL MORIR.

Finalmente, en este capítulo se tratará acerca de la psichistoria, un área psicológica adicional a las ya existentes, y de como a través de ella podremos entender la forma de dar apoyo a los pacientes terminales y su familia.

Se iniciará describiendo que es la perspectiva psichistórica, puesto que no existe una definición total de ella.

El contenido de la psichistoria ambiciosamente toma el funcionamiento de la psique en la historia, y su tarea es la elucidación de el elemento psicogénico en la misma, mostrando como los métodos de crianza de una generación afecta y configura las vidas individuales y de grupo de la siguiente generación (Schmidt, C.; 1987).

La cosa más cierta que uno puede decir acerca del hombre y su historia, es que las relaciones entre ambos están siempre cambiando. Esto se debe a que nuestro desarrollo histórico, va a una velocidad extraordinaria, y aunado a ésto consideremos las enormes consecuencias de

ciertos actos y decisiones públicas; la precariedad de nuestra existencia colectiva, y la presión constante de nuestras necesidades.

Los momentos históricos radicales como los que vivimos, caracterizados por una intensidad increíble de cambio, que producen inercia y amenaza, provocan respuestas igualmente radicales. Esto se aplica no sólo a la acción social, sino también a las formas de investigación. Sin embargo, esta aproximación psichistórica es más que una mera expresión de trastorno social, es la base de una inquietud general entre los practicantes de ambas disciplinas, la psicología y la historia; considerando sus métodos tradicionales para describir y explicar al hombre durante la última parte del siglo XX (Lifton, R.; 1970).

Esta teoría también intenta solucionar una ansiedad específica acerca de ciertas posturas convencionales de sus disciplinas; la tendencia psicologista de eliminar la historia, y el impulso histórico de ignorar, o también improvisar pobremente al hombre en su psicología.

La psicohistoria explora según métodos propios aplicados a situaciones históricas los procesos humanos psíquicos, tanto colectivos como individuales (Chevalier, L.; citado en Binion, , 1986);

Para el psicohistoriador hay dos puntos elementales a considerarse, el porqué y el qué psichistóricos, mismos que a continuación se describirán:

El porqué de la historia se refiere forzosamente y de manera integral a un porqué psicológico. "Es decir que la historia la hacen los hombres".

El porqué psichistórico comienza donde terminan las explicaciones de los interesados. El qué de la historia está en función de las ideas que nos formulamos sobre lo que es importante. Este qué de la historia, transmitido de generación en generación, está en función del porqué de la historia, es decir, de las opiniones en boga sobre los elementos activos de la historia, sus fuentes vitales y sus determinaciones fundamentales (op.cit. ; 1986).

Como se dijo anteriormente, la historia la hacen los hombres, pero para saber por qué la han hecho de determinada forma, debemos profundizar en sus móviles. Significando ésto, buscar lo que hay detrás de las razones expresadas, atribuidas a prácticas, actos, instituciones y creencias determinadas.

Consideremos una emigración, una revuelta. Los emigrantes hablan de opresión, los rebeldes dicen lo mismo, pero hay quienes están en la misma situación y no emigran ni se rebelan. Lo que hay detrás de cada valor proclamado, de cada fin que se señala, de cada medio que se emplea para conseguir cierto valor o fin hubiera podido ser otro. El porqué psichistórico se inicia como ya se mencionó antes, donde finalizan las explicaciones de los interesados, al igual que cuando terminan el análisis de datos externos del problema a tratar.

La psichistoria escudriña en forma minuciosa las intenciones explícitas manifiestas; para llegar más lejos, para saber que hay detrás de ellas. Esto implica admitir un psiquismo ajeno a lo consciente, lo que equivale a la aceptación del inconsciente. El campo de trabajo del

psicohistoriador es el determinar la forma psíquica inconsciente de todas las acciones e inacciones humanas que constituyen la historia (Binion, R.; 1986).

Binion, nos dice en su libro que el método psichistórico es similar al método Bergsoniano de la intuición, el cual consiste en realizar la comprensión racional de un tema al máximo, pero observándolo continuamente, en espera de penetrar súbitamente en él por intuición inmediata, unificando así la totalidad de los conocimientos previos; y así pulirlos al traducirlos posteriormente a conceptos, fórmulas y términos objetivos, susceptibles de ser comunicados y verificados.

El procedimiento psichistórico se hace mediante una investigación material detallada, que engloba todas las instancias culturales y sociales, con la finalidad de sentir en sí mismo la realidad existencial vivida, de poder analizarla en su propia persona, para así extraer de ella su sentido profundo, el hilo conductor inconsciente. Este, una vez identificado, no solamente une todos los datos heterogéneos del complejo histórico en cuestión, desde el punto de vista racional y analítico, sino que revela otros

nuevos, quizás insospechados, pero que al documentarse y verificarse confirman la visión intuitiva del investigador.

Esta penetración imaginaria de un tema histórico, éste abstraerse subjetivo artificial en un pensar y en sentir que pertenecen al pasado, llevados al extremo de volver consciente lo que era inconsciente en su época, recibe el nombre de empatía; y al control consiguiente a la toma de conciencia del principio psíquico activo subyacente en el trozo de historia de que se trate, es decir, los nuevos hechos materiales que proceden de él y que se confirman entonces con pruebas, se llama retroacción (Binion, R.; 1986).

Los datos que emplea la psicohistoria para su análisis se refieren a las relaciones familiares, la experiencia infantil y la vida afectiva íntima. Inclusive es posible hablar de una psicohistoria meramente descriptiva, la cual se encarga de los ajustes psicológicos normales en una cultura histórica dada -estructuras familiares y domésticas; procesos de socialización y de maduración; vías legítimas de descarga de la sexualidad y de la agresión; fundamentos afectivos del prestigio, de la autoridad, de los valores

públicos. Lo fundamental, es conocer a fondo el expediente histórico- del problema en cuestión, cualquiera que sea éste.

"Si se determina la causa psichistórica, se dice que se ha determinado la causa total", aquella que incluye la historia, el tiempo y la psicología de una época particular.

Como se ha descrito en párrafos anteriores, explicar la historia a través de los móviles humanos, y explicar los móviles humanos por medio de la historia, eso es la PSICOHISTORIA.

Los métodos que utiliza la psichistoria para su análisis, según Binion (1986), son dos: la psicobiografía (cuando es aplicada a los individuos), y las fantasías básicas (cuando se refiere a fenómenos de grupo), consistentes en aislar fuera de su marco, todas las imágenes, metáforas y figuras de retórica en las palabras de personalidades públicas en tiempo de crisis nacional águda; de leer todas en forma conjunta y tomarlas literalmente para ver lo que resulta.

Otro método que los psichistoriadores también usan para su análisis son los sueños, ellos prefieren a éstos, ya que los consideran como ventanas del inconsciente. El sueño sirve de igual forma como la psicobiografía y el diario secreto.

El contenido de los sueños es frecuentemente visto como algo crucial, los estudios sobre este contenido, están basados en reportes orales. El reporte oral del paciente es material primario; ya que cuando este ha sido impreso en algún papel, ha sido censurado por el ego. Además la asociación libre es la base para entender al inconsciente. Entendida de esta manera, en los reportes impresos no existe asociación libre.

Los reportes impresos del sueño son presentados por el soñador por una razón consciente, en la sesión analítica el propósito del soñador es lograr el auto-entendimiento. Así las dos situaciones implican diferentes motivaciones, que de esta forma, al ser reportado el sueño tendrá diferente significado (Schneidman, J.; 1988).

Los historiadores son incapaces de usar un reporte impreso de un sueño, de la misma forma que lo haría el analista escuchando al paciente. Los historiadores frecuentemente son enfrentados con la cuestión de ¿qué es la conducta?; así parece ser que solamente hay dos caminos para ellos, el pensar que la conducta es causal o imitada.

La psicohistoria, es la historia en la cual la teoría psicológica ha sido incluida en forma adicional.

Los sueños proveen un excelente insight dentro del consciente e inconsciente del soñador. El sueño es un documento que refleja inmediatamente resultados a corto y largo plazo en la vida del soñador. Los sueños como cualquier otro recurso terapéutico puede ser usado pero con precaución (Elovitz, P.; 1989).

Los sueños tienen un enorme valor como un recurso histórico. Si ese sueño es recordado y registrado es una fuerte indicación de que éste tiene un significado especial. Los sueños pueden también ser muy útiles en entender los procesos de fenómenos de grupo.

El sueño es probablemente el acto más individual en el cual el hombre puede ser implicado. Contemporáneamente los sueños, algunas veces ilustran la frecuente conexión entre el estado de la mente del individuo y la condición de su grupo social.

Los sueños son documentos históricos, y el propio hecho de recordarlos hacen de ellos algo importante para el soñador, y por lo tanto importantes también para el historiador (Elovitz, P., 1989).

En referencia a la psicobiografía, Schmidt, C. (1987), menciona que ésta algunas veces es practicada como un fin en sí misma; como un estudio de caso clínico limitado a una persona singular en la historia, "más que como un ejemplo de los métodos de crianza y dinámicas de grupo de un cierto tiempo y lugar".

De esta forma es frecuente que sirva como una defensa en contra de la historia de la infancia o grupo psichistórico.

El último método de la psicohistoria que se mencionó anteriormente, y que se utiliza para el análisis de los grupos, son las fantasías básicas, y un ejemplo que nos describe de manera muy clara a éstas, es el que nos da Scheidman (1988), en su artículo "On the nature of Psychohistory evidence", y que es el siguiente: un terremoto es visto como un fenómeno natural, independientemente de la evolución humana. Pero si la experiencia social del terremoto es vista como un signo de la ira de Dios, entonces los historiadores deben abordar ese hecho.

Uno puede examinar de forma legítima la fantasía del grupo, la cuál guía a esa sociedad a aceptar la conexión entre su acción particular y la respuesta de Dios. A partir de esto, es fácil desechar la reacción de la sociedad, que se basa en la ignorancia y la superstición. En estas situaciones debemos ser doblemente cuidadoso.

En primer lugar esto no es ignorancia. Ellos saben algo, ¿qué fue lo que supieron ellos?, aunque nosotros lo consideremos erróneo, debe ser estudiado con más detenimiento. La historia contemporánea debe presentar evidencias que contengan varios componentes de las fantasías, que nos

guiarán a la conclusión de que ellos hicieron algo que fue considerado tan pecaminoso que Dios los castigó con un terremoto.

La psichistoria es historia, "un modo antiguo de historia", cronológicamente historia política; historia social es decir, historia con un énfasis sobre la sociedad; historia cultural, con atención sobre la cultura. La psichistoria no es diferente.

La contribución que la psichistoria ha hecho para nuestra comprensión del mundo, es el señalar el impacto que tiene la experiencia de una psique indefensa como la de los fetos, los infantes y los adolescentes, supera cualquier cosa que los adultos pudiesen imaginar, quizás más que la guerra, una gran cantidad de atrocidades, y el más horrible resultado de los procesos políticos -o, en el otro extremo- las imágenes del edén o del paraíso, que nos causan una felicidad interminable, con la cual los seres humanos siempre nos hemos consolado a nosotros mismos, cuando estamos asustados o heridos.

En psicohistoria no se pretende sustituir las investigaciones objetivas por la empatía o por la intuición; se trata de conocer la realidad subjetiva de los sujetos históricos, de su sentido interior, sumergiéndose de forma literal, pero sólo con conocimiento de causa objetiva, plena y total.

El origen multicausal de la conducta, es lo que constituye la historia, lo que nos relatan los historiadores, tratándose de instituciones o innovaciones agrícolas, jurídicas o de puericultura; hagan referencia a la guerra o a la paz; cuestiones étnicas, fiscales y criminales; todo reducido a lo que han sentido, pensado y hecho los individuos para dar paso a hechos naturales o accidentales que afecten la vida común, como una epidemia o algún accidente. Sin embargo, también habrá que prestar atención ante todo, a las reacciones de unos y otros a tales hechos naturales o accidentales. De tal forma que explicar por qué se ha sentido, pensado, obrado o reaccionado de cierta manera, es un porqué psichistórico forzosamente.

En referencia a éste porqué psichistórico, con respecto al estudio de la muerte, el campo de investigación de esta perspectiva psicológica, se

aboca a analizar la forma de reaccionar por parte de la gente hacia este evento, tanto a nivel individual como grupal.

Quintanar (1992), nos dice en su artículo, que lo primero que debe preocuparle tanto al psicólogo general como al psichistoriador, debe ser la fase general de la vida en la que se ha utilizado un determinado medio para volver a contar, revivir o reactivar una fase anterior de la vida individual o colectiva; con el fin de reforzar el sentido de la actualidad en la que se cuenta. Erickson (citado en op.cit. 1992), considera que, en ocasiones las repeticiones de los recuerdos son confesiones, y confesar es proporcionar datos personales e íntimos que ayudan a formar una biografía.

Cualquier dato biográfico deberá ser juzgado en primera instancia por su significado en la etapa vital correspondiente de quien lo vive; en segundo lugar por su significado en el desarrollo de toda historia personal, incluyendo la de quien escuche la confesión; por último, deberá ser juzgado e inmerso en el momento histórico social en el que surgió. El recuerdo es una muestra evidente de la historia, y un indicador de la calidad de la experiencia.

En psicohistoria como menciona Quintanar (1992), no se trata de curar un enfermo, sino de construir mediante la eliminación de las causas superfluas y la supresión de explicaciones de las que no depende un determinado resultado. No se han preguntado alguna vez ¿por qué determinada realidad material ha pasado inadvertida antes de cierta fecha, y después ha fascinado a quienes le perciben?, este hecho merece un análisis más profundo, dadas las implicaciones que tiene para la psicología general y la psicohistoria en sí.

La forma en la que se ha definido la muerte, también está determinada por una razón histórica y psichistórica, en la que las técnicas de la psicohistoria pueden ser una fuente de respuestas que ayuden a orientar la participación del psicólogo en la asistencia al paciente moribundo y al anciano; para entender y quizás proponer algunas ideas y técnicas para la atención que se brinda a los enfermos en los medios hospitalarios hoy en día (Quintanar, 1990; citado en Quintanar, F.; 1992).

Con respecto a la psicobiografía Rajnarain (1985, 1992, op.cit.), nos describe una visión amplia acerca del desarrollo de ésta, la cual se inicia

como un simple anecdotario, hasta llegar a una estructura que permite una búsqueda sistemática de hechos importantes acerca del individuo. La psicobiografía es una aproximación del objeto de estudio con que cuenta la pscohistoria, siendo importante considerar tres puntos:

- 1.- cómo se estructura,
- 2.- qué teoría la sustenta, y
- 3.- cómo se interpreta.

La pscohistoria no sólo estudia individuos y grupos, también estudia costumbres sociales y procesos históricos y políticos, pero se apoya mucho en la psicobiografía.

Wengle (1984) en su artículo "Sociobiology: A Pscohistoric Note", refiere a la sociobiología como una parte conceptual de la psicología de la muerte. La motivación más fuerte y fundamental de la conducta humana es el miedo a morir, y el consecuente esfuerzo por la inmortalidad. Los seres humanos somos dados a buscar una trascendencia psicossimbólica de la muerte, y este autor enumera cinco formas en las que el ser humano

trata de trascender a la muerte, y éstas son: el biológico, el teológico, el creativo, el natural y la experiencia. Para Wengle, los humanos tienen un status especial en la naturaleza en comparación con lo que el destino dispone para el animal, la muerte con insignificancia.

En el caso de la psicología Kastenbaum (1977), es el que mas se ha preocupado por el tema de la muerte, al igual que la Dra. Kubler-Ross; este autor menciona que tanto la epidemia de la peste, la guerra y el hambre durante la edad media, han permitido tener a la muerte como algo familiar en la sociedad. Aún cuando la muerte y el morir son tan antiguos como la humanidad y la vida misma. La muerte puede estudiarse en varias formas, ya sea través de pensamientos, sentimientos, actitudes y acciones acerca de ella; además de considerarse a la muerte también como un resultado posible de la conducta individual y social.

En cuanto a los usos clínicos que tiene la psicohistoria, Bloom (1993), comenta acerca de sus experiencias en este campo a través de su trabajo clínico como psiquiatra, ella se percató de que los eventos traumáticos de la vida, en especial los de nuestra niñez, tienen un papel

mucho más significativo de lo que se creía, en la evolución de desórdenes mentales.

Los eventos de la historia reciente como ella refiere, juegan un papel fundamental en la evolución del pensamiento, refiriéndose a las guerras, la historia del holocausto, así como también los sobrevivientes de campos de concentración, de secuestros, así como de varios hechos producidos por el hombre, y por la misma naturaleza a través del mundo. Esta información, proporcionó a los investigadores los datos suficientes para afirmar que existe una respuesta humana universal a los eventos traumáticos, que tiene un origen biopsicosocial y transgeneracional con efectos a largo plazo.

La psicoterapia siempre ha sido un método histórico, sin embargo, muchos terapeutas han sido tan selectivos en sus estudios históricos, como algunos otros grupos de historiadores, escogiendo solamente ciertos detalles individuales históricos, como el mayor foco de atención. Es fácil entender por qué ha habido tanta resistencia histórica para conocer como los eventos traumáticos de la vida, generalmente suceden en la niñez. El evento

traumático penetra el escudo invulnerable que nos protege en contra de una desagradable realidad.

La psicohistoria provee la construcción teórica para la reconexión social. El evento traumático experimentado por otros seres humanos, aliena a las víctimas en su falta de humanidad y disminuye seriamente su capacidad de confiar o amar a otra gente.

Blomm (1993), utiliza a la psicohistoria para ayudar a reconectar a las víctimas o pacientes a su comunidad humana. Si los pacientes son las víctimas y creen que lo que les ocurrió fue una consecuencia inevitable de algo profundamente y fundamentalmente erróneo en él, entonces la esperanza de recuperación será tan pequeña que puede darse el caso, de repetirse el ciclo de victimización. Sin embargo, si lo que le ocurrió es el resultado de una herencia de abusos, que ha sido transmitido de generación a generación. Entonces deberá existir la posibilidad de que el paciente sea capaz de hacer algo contra ese ciclo ya mencionado.

Es importante considerar estos eventos traumáticos, ya que pueden convertirse en obsesión.

La psicohistoria explora formas o caminos a través de los cuales, hombres y mujeres -algunos de ellos expuestos a las más extremas experiencias de nuestra época, considerada de igual forma también extrema- sufren, sobreviven, se adaptan y desarrollan nuevas formas de sentimientos y pensamientos, de rebelión y de vida. Esta teoría también sugiere formas sistemáticas de estudiar e interpretar estos diversos, y en algunos grados nunca vistos, desarrollos humanos. (Lifton, R. 1970).

Seligman (1981; citado en Quintanar, 1992) con referencia a lo anterior, encontró que el "síndrome de desamparo aprendido", permite explicar la muerte de prisioneros de guerra, y de pacientes críticos en hospitales.

La Dra. Kubler Ross (1991-1992, op.cit.) nos dice que la única razón que impide a las personas hablar acerca de sus experiencias en el umbral de la muerte, es la "increíble actitud" de nuestra sociedad que se obstina en

ridiculizar o negar estas cosas, pues nos molestan y no concuerdan con nuestros preceptos, o con nuestras ideas científicas o religiosas. Sin embargo, estos planteamientos son una de las razones a considerar en la psicohistoria, ésto es, que debe existir algo más que sustenta determinada forma de reaccionar ante un hecho universal y tan antiguo como es la muerte y el morir.

La forma en la cual las personas confrontan la muerte, nos conduce a una cuestión acerca de la naturaleza de la muerte y de la vida. Las ideas psicológicas acerca de la muerte han sido tan estereotipadas, limitadas, extraordinariamente pobres, que cuando estamos expuestos a situaciones extremas, como en el caso de Hiroshima, nos vemos forzados a desarrollar nuevas ideas e hipótesis que nos puedan ayudar a conocer algunas reacciones observadas (Lifton, R.J.; 1980).

Este mismo autor sugiere algunas ideas, que pueden ser tomadas como principios tanto psicológicos como históricos. Su premisa básica, es que se entiende al hombre a través de paradigmas o modelos; la elección del paradigma o modelo llega a ser extremadamente importante, ya que

determina lo que podría ser llamado la idea predominante o el tema central de nuestra teoría psicológica.

La cultura humana es tan amplia, que se tiene una gran variedad de paradigmas disponibles para utilizarse como ideas principales, incluyendo las de "fuerza", "ser", "instinto y defensa", "clase social", "inconsciente colectivo", "relaciones interpersonales", etc. Estos paradigmas no tienen igual significado, pero cada uno puede ser usado para esclarecer algunos aspectos de la experiencia humana.

Lifton, en su quehacer psicológico sobre situaciones históricas extremas, tales como violencia y muerte masiva, ha preferido hablar de un proceso de entorpecimiento psíquico, más que de represión. La represión ocurre cuando una idea o experiencia es olvidada, excluida de la conciencia o relegada a la fantasía del inconsciente.

La perspectiva psichistórica acentúa que el ser humano en ocasiones no recibe información clara sobre algún evento en particular. El proceso de percepción de estos eventos, está vitalmente ligado con el proceso de su

propia recreación, en la cual uno utiliza cualquier forma disponible en la existencia individual psíquica.

Con esta perspectiva psichistórica, Lifton (1980), desarrolla el paradigma central acerca de la muerte y la continuidad de la vida, en el que habla primero de una teoría de inmortalidad simbólica, así como de una teoría que su idea principal es la muerte, y también la aplicación de este paradigma en el trabajo clínico y la psicopatología.

Se debe enfatizar que esta aproximación de psicología e historia, está motivada por un fuerte deseo de desarrollar una teoría psichistórica adecuada a los tiempos difíciles en los cuales vive el ser humano. En esta aproximación, es necesario hacer nuestra propia subjetividad como investigadores claros y concisos, tratando de entenderla y usarla como parte de el proceso conceptual.

La aproximación de Freud, según Lifton (1980), centra toda su atención en la inmortalidad como compensatoria, como una negación de

muerte y una opción de poder enfrentarla decididamente. Freud, insiste en que se debe enfrentar a la muerte de frente y sin rodeos.

La aproximación de Jung, fue muy diferente, el tomó los aspectos simbólicos y mitológicos de la muerte y la inmortalidad muy seriamente. Jung, enfatiza la enorme significancia que la idea de inmortalidad tiene sobre la psique humana y en especial del inconsciente. Aunque el también mencionó, que como médico estaba convencido de que era saludable descubrir en la muerte, una meta hacia la cual uno puede esforzarse, y desechar la idea de que es algo anormal e insalubre.

Para Lifton (1980), ambos puntos de vista eran importantes, pero ninguno completamente satisfactorio. La actitud de Freud, tenía el mérito de una firme aceptación de la muerte, como una aniquilación total del organismo, y el punto de vista de Jung, enfatiza la significancia simbólica de la fantasía universal acerca de la muerte y la inmortalidad.

Una tercera perspectiva, a la cual se ha llamado formativa-simbólica, toma de ambas teorías, dando mayor importancia a lo que concierne a la

formación simbólica como una característica fundamental de la vida psíquica del hombre. Se debe resaltar que se trata de un proceso continuo de simbolización, más que de símbolos particulares, como se hace en el psicoanálisis.

Es importante mencionar que en el contexto de esta visión psicoformativa, que incluso en nuestro inconsciente, no estamos convencidos realmente de nuestra propia inmortalidad. Sino que nosotros sabemos que debemos morir, y resistimos a influir en este conocimiento. No así a la trascendencia de muerte meramente negada.

Esta visión es consistente con la planteada por Otto Rank (citado en Lifton, 1980), la cual refiere la necesidad perpetua del hombre por una sobrevivencia eterna para él mismo. Rank, sugiere que el hombre crea la cultura cambiando las condiciones naturales, en un orden determinado para mantener así su identidad espiritual. Aunque esta necesidad del sentido de inmortalidad simbólica, vinculada con la biología del hombre y su historia, es ignorada por su teoría psicológica del individuo.

El sentido de inmortalidad puede ser expresado en cinco modos generales. El primero y más obvio, es el modo biológico. El sentido de vivir a través y en uno de mis hijos, y a su vez de sus hijos. En algún nivel de consciencia imaginamos una eterna cadena de vínculos biológicos. Este modo ha sido una expresión clásica de inmortalidad simbólica en la cultura del Este de Asia, especialmente en la China tradicional, con su énfasis extraordinario sobre la línea familiar.

En la moralidad de Confucio, cualquier acto no filial, es causa de no llegar a la posteridad. Pero este modo no es puramente biológico; también es biosocial, y se expresa así mismo en los vínculos de un grupo, tribu, organización, personas, naciones o casi todas las especies.

Un segunda expresión de el sentido de inmortalidad, es su idea teológica de una vida despues de la muerte, o una idea más significativa, como la de liberar a una vida profana la existencia de un plano superior. La idea literal de una vida posterior no es esencial a este modo, y como noción no está presente en muchas religiones. Un concepto más básico, es el de trascender a la muerte a través de logros espirituales. La fuerza de

la vida espiritual, en alguna forma supera a la muerte, y es ejemplificada en todas las religiones, así como de quienes han fundado esas religiones. Buda, Moisés, Cristo, (etc.); en cada una de las tradiciones religiosas, ha existido una palabra que conduce a estados espirituales en los cuales se ha trascendido a la muerte: los Japoneses lo llaman Kami; los Polinesios Mana, y los Cristianos le llaman Estado de Gracia. Todas estas palabras describen un estado en el cual uno posee fuerza espiritual sobre la muerte.

Significando en sentido simbólico, que uno está en armonía con un principio o norma que va más allá de los límites biológicos en el intervalo de vida.

El tercer modo de expresión de la inmortalidad simbólica, es el llevado a cabo con "obras y acciones", la forma de creatividad, el logro del impacto humano; el sentido de que uno escribe, uno enseña, e influye en los seres humanos, en forma grandiosa o humilde. A través de éste, seguiremos viviendo y será una contribución para no morir.

Los esfuerzos terapéuticos de médicos y psicoterapeutas son fuertemente impulsados, por una fantasía de impacto terapéutico ampliado a través de unos pacientes a otros.

Un cuarto modelo es el sentido de inmortalidad realizado a través de sobrevivir la existencia por naturaleza propia: el tema de la naturaleza o esencia eterna. Este tema es muy vivido entre los Japoneses, y fue una de las más importantes formas de fantasía, para los sobrevivientes de la bomba atómica. Esta creencia es tan fuerte no solamente en la religión actual, sino que se ha dado en todas y cada una de las culturas en una forma u otra.

El quinto modo, es un poco diferente de los anteriores, ya que éste depende solamente de un estado psíquico. Este es el estado de trascendencia empírica, un estado tan intenso que con el tiempo y la muerte desaparece.

Cuando uno se encuentra en estado de éxtasis o arrebató, la restricción de los sentidos, incluyendo el sentido de mortalidad -no existe por mucho tiempo. Poéticamente y religiosamente éste ha sido descrito

como "perdiéndose a sí mismo". Y puede ocurrir no solamente en el misticismo secular o religioso, sino también en canciones, danza, batallas, amor sexual, el nacimiento de un niño, esfuerzos atléticos, vuelos mecánicos, o en contemplar obras de creación artística o intelectual.

Este modo de expresión, se caracteriza por una unidad física extraordinaria, e intensidad perceptual. Pero también ocurre, como cuando oímos describir alguna experiencia con drogas, o un proceso de reordenamiento simbólico. Uno mismo se siente diferente después de retornar de este estado.

Se vive una trascendencia experiencial, y su consecuencia es la experiencia de muerte y renacimiento. Es central el cambio o transformación, y tiene gran significancia para la psicoterapia. La trascendencia experiencial incluye un sentimiento que ha sido llamado "presente continuo", que puede ser igualado con la eternidad o con el tiempo mítico. Este presente continuo es percibido como no solo "el aquí y ahora", sino también como inseparable del pasado y el futuro.

La teoría de la inmortalidad simbólica puede ser usada para aclarar ciertos cambios en el énfasis cultural de un período histórico a otro.

Se puede pensar en cambios históricos que involucren alteraciones en el énfasis dado de uno a otro método o combinaciones de métodos. La revolución Darwiniana del siglo XIX, por ejemplo, puede ser vista como un vínculo, un cambio de un modo predominantemente teológico a uno más natural y biológico.

Después del holocausto de la Segunda Guerra Mundial, la viabilidad de actividad psíquica tuvo indicios de sufrir un colapso. Al menos en cierta parte de Europa. Nosotros existimos ahora en un tiempo de dudas, acerca de los modos de continuidad y conexión. Y ésto tiene relevancia directa, cuando se trabaja con pacientes individuales. El conocimiento de nuestro predicamento histórico -de amenazas planteadas por las armas nucleares y la destrucción medioambiental- son factores que van a influir en esta forma de trascendencia experiencial.

Este paradigma de muerte y de continuidad de la vida, tiene aplicabilidad clínica para varias categorías de la psicopatología. Los psiquiatras mencionan la importancia que tiene la ansiedad hacia la muerte en el desarrollo de desórdenes psicológicos.

El principio de la fantasía de la muerte -o más exactamente de la imagen de muerte y la continuidad de la vida- es un tema único alrededor del cual, los padecimientos mentales pueden ser descritos y en algunos grados entendidos.

La etiología del padecimiento mental es una constelación de formas, cada una de las cuales tiene alguna importancia para el proceso que generalmente es llamado disturbio mental.

Algunas de las consecuencias derivadas del proceso de enfermedad mental son: el aturdimiento psíquico, el cual es un proceso de desimbolización y deformación. La fantasía que acompaña al aturdimiento psíquico es que "si yo no siento nada, entonces la muerte no existe"; por lo tanto no necesito sentir ansiedad acerca de la muerte.

Otra de estas consecuencias es la que Lifton (1980), llama "sospecha de educación falsa", y consiste en la idea, de que si la muerte existe, entonces la vida es fingida. La cuestión es ¿por qué nací, si no soy eterno?, e ilustra la relación de este tema a la pregunta sobre la inmortalidad.

La ansiedad de muerte puede ser vista como una señal de amenaza para el organismo, amenaza ahora entendida como desintegración o separación. Se puede tomar como un modelo para muchas de las neurosis, el síndrome llamado "neurosis traumática" o "neurosis de guerra". Este es generalmente descrito como los continuos conflictos del inconsciente, implicados en la situación traumática.

Recientemente el énfasis ha sido colocado sobre fantasías de muerte incitadas por el trauma, más que el trauma per se. Así este síndrome ha sido llamado por algunos: "neurosis de ansiedad de muerte".

Lifton, refiere este proceso como psicología del sobreviviente, en base a trabajos realizados sobre Hiroshima y con veteranos de guerra. Su

creencia es que los conflictos del sobreviviente emergen de y se aplican a las experiencias psicológicas cotidianas.

Cuando uno sobrevive a algo o a alguien, el espectro de la muerte prematura llega vividamente. Simultáneamente uno empieza a sentir lo que se ha llegado a llamar "culpa de la prioridad de los sobrevivientes", la noción de que una vida fue comprada a costa de otra, que uno fue capaz de sobrevivir porque alguien también murió. Este es un proceso clásico del sobreviviente, y está implicado en la neurosis traumática.

Un gran número de autores como Stekel, Rank, Horney y Tillich (citados en Lifton; 1980), han enfatizado patrones semejantes y, que ocasionan entorpecimiento psíquico, como la esencia de toda neurosis.

El estudio de la muerte desde un punto de vista psichistórico implica:

- a. Replantear y repensar la forma en que se ha definido la muerte.

- b. Reformular la concepción de la importancia de la familia, en su relación con el paciente terminal.
- c. Analizar la función psicológica que tiene la atención al paciente terminal en nuestra época.
- d. Reconsiderar los estilos de crianza y su vinculación con el tema de la muerte.

El futuro de la psiquiatría dependerá no solamente de las virtudes y virtuosidades de los psiquiatras mismos. Sino también de la capacidad de los seres humanos para observar dentro de la niñez, con un inevitable temor y una muy grande cantidad de amor.

CONCLUSIONES

Como se vió a lo largo del presente trabajo, el psicólogo es un profesionalista cuyo campo de acción es muy amplio, al igual que los problemas a los que debe enfrentarse. Entre ellos los que surgen de la psicología médica, la cual aborda como ya se vió, aquellos problemas que la psicología clínica ha dejado de lado.

La psicología médica abarca aspectos tanto de la confrontación psicológica (coping skills), como también las consecuencias a nivel psicológico de las enfermedades crónicas e incurables. Y una área dentro de la psicología médica es la psicotanatología o psicología de la muerte, y que se encarga de los pacientes terminales y su familia.

En la revisión teórica que se hizo para este trabajo, pudimos darnos cuenta de que los enfermos terminales y su familia, tienen necesidades psicológicas, filosóficas y espirituales muy especiales, y que desafortunadamente la medicina contemporánea con sus aparatos super especializados, y su técnica, consideran a la muerte como algo que se debe conquistar o vencer, por lo que han dejado de lado la atención psicológica que requieren este tipo de pacientes.

Se revisaron algunas formulaciones que han efectuado profesionales que han trabajado con este tipo de pacientes, como por ejemplo la Dra. Elizabeth Kubler-Ross y Mansell E. Pattison, los cuales nos permiten explicar los procesos de pensamiento y sentimiento de tales personas. Aunque también se encontró que estos estadios a los que hace referencia, no son invariables para todas las personas, ni se dan de forma tan ordenada como en ellas se menciona.

Sin embargo, no todos los pacientes que van a morir o sus familiares, requieren de ayuda psicoterapéutica, o de ayuda psicosocial en forma sistemática. Algunos autores mencionan que morimos en la misma forma en la que hemos vivido. Es decir, que si durante el transcurso de nuestra vida, nos hemos enfrentado a situaciones difíciles y las hemos superado; al momento de que nos enteramos que padecemos una enfermedad terminal o incurable, el impacto psicológico que este diagnóstico nos va a producir, será aminorado por nuestras experiencias previas de solución de problemas.

Otro punto importante que se deberá considerar cuando se trabaje con este tipo de enfermos, además de considerar el tipo de enfermedad, edad

del paciente, lugar que ocupa en la familia, y las posibilidades que ésta tiene de darle apoyo y cercanía, debe ser proporcionar al enfermo y su familia, apoyo y posibilidad de ser escuchado cuando se requiera, a partir de este principio, será posible la aplicación de cualquier técnica psicológica.

El objetivo principal de esta tesis, era la revisión y confrontación teórica de tres perspectivas de intervención psicológica con este tipo de pacientes, y que fueron: la teoría cognitivo conductual, la teoría existencial y la perspectiva psicohistórica.

El sustento teórico de cada una de ellas como se pudo observar es totalmente diferente, ya que en tanto la teoría cognitivo conductual, nos habla de que los individuos perciben y configuran su entorno como resultado de una integración de estímulos, los cuales se traducen en imágenes, pensamientos, esquemas y convicciones. Además de tomar como base principios establecidos experimentalmente de la terapia de la conducta, surgidos de la teoría del aprendizaje.

Entre las técnicas que se revisaron tanto de la terapia conductual, como de la cognitivo conductual, están: la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, el autocontrol, la inoculación del estrés, la terapia racional emotiva y los grupos de apoyo, mismas que ya fueron explicadas en el capítulo correspondiente.

Con referencia a la psicología y psicoterapia existencial, se centra en la persona existente y exalta al ser humano. El término existencial indica una actitud, una visión del hombre más bien que una escuela o grupo particular.

El existencialismo no es un método terapéutico, sino una actitud ante la terapia. Aunque haya dado lugar a muchos progresos técnicos, no constituye por sí misma un complejo de nuevas técnicas, sino una tentativa de comprender la estructura del ser humano y de su experiencia, sobre la cual deben basarse todas las técnicas.

Esta teoría nos habla de que los seres humanos, nos enfrentamos a situaciones límite, que son situaciones ineludibles antes las que

necesariamente se tiene que asumir una opción fundamental para nuestra vida, y que son: a) la historicidad de la existencia; b) la relatividad inherente a todo lo fáctico de la vida; c) la muerte; d) el sufrimiento; y e) la culpa.

El existencialismo como orientación o movimiento filosófico tiene varias formas de expresión, cuyo común denominador, es la preocupación por la "existencia", lo humano concreto. El enfoque existencial conduce a la exploración y a la descripción del mundo en que vive el paciente; de cómo lo ha ido fraguando y estructurando. Es el modo más seguro de acercarse a la intimidad del enfermo y comprenderlo.

De entre las técnicas surgidas de este enfoque existencial que se revisaron, estuvieron: a) la desidentificación; b) la terapia de choque existencial; c) la llamada en voz alta; d) terapia de grupo; e) disección y análisis, y finalmente f) la logoterapia, que es quizás la más conocida de las técnicas existenciales.

Estas técnicas también ya fueron descritas de forma más amplia en el Capítulo número Tres.

Y finalmente, se trató acerca de la perspectiva psichistórica de la muerte y el morir, la cual a través de métodos propios aplicados a situaciones históricas, explora los procesos humanos psíquicos, tanto colectivos como individuales.

El contenido de esta teoría psichistórica estudia el funcionamiento de la psique en la historia, y su tarea es la elucidación de los elementos psicogénicos de la misma; mostrando como los métodos de crianza de una generación va a afectar y configurar las vidas individuales y de grupo de generaciones posteriores, al mismo tiempo que modela la forma de pensar y sentir común a una época.

De los puntos que resaltan de esta perspectiva, es que para el psichistoriador existen dos elementos esenciales a considerar, el por qué y el qué psichistóricos.

Refiriéndose a que la historia la hacen los hombres, por lo que ésta se refiere forzosamente a un por qué psicológico. En tanto el qué psichistórico, estará en función de las ideas que nos formulemos sobre lo que es importante en la vida pasada de los individuos y de los pueblos.

La psichistoria va a escudriñar en forma minuciosa las intenciones explícitas manifiestas, para llegar más lejos, para saber que hay detrás de ellas.

El procedimiento que utiliza la psichistoria se hace a través de una investigación material detallada, que va a englobar todas las instancias culturales y sociales, con la finalidad de sentir en sí mismo la realidad existencial vivida, de poder analizarla en su propia persona, y así extraer de ella su sentido profundo, el hilo conductor inconsciente.

Se dice que si se determina la causa psichistórica, se habrá determinado la causa total, o más completa del sentido humano, viendo al individuo como el ser histórico.

Los métodos que utiliza la psicohistoria para realizar su análisis son: la psicobiografía (cuando se tratan pacientes individuales), las fantasías básicas (cuando se refiere a fenómenos de grupo), y el análisis de los sueños.

La confrontación que se pretendía realizar con estas tres perspectivas se torna un poco difícil, dadas las características de cada una de ellas, quizás uno de los puntos a mencionar es que tanto la psicología existencial y la psicohistoria, pretenden elaborar su análisis de una forma integral, y no considerando al individuo de forma aislada.

Consideramos que la importancia de cada una de ellas, es la de tratar de brindar diferentes alternativas de tratamiento para los pacientes terminales y sus familias.

Ya que con el advenimiento de la ciencia, la medicina nos hace creer que la salud y el bienestar del ser humano es solo una cuestión de conocimiento, de saber.

Puesto que como se ha comprobado, no todo el mundo humano puede arreglarse con la ciencia, y que, en última instancia, lo que nos une como humanidad es el hecho de saber que todos llegaremos a ser moribundos.

Considero que lo más importante, que como psicólogos podemos brindarle a este tipo de paciente y su familia, independientemente de la perspectiva psicológica que manejemos o que consideremos sea la más adecuada; es el estar disponibles cuando ellos nos necesiten, estar dispuestos a escucharlos cuando quieran comunicarnos algo por insignificante que sea.

Y también concientizar al personal de las instituciones de salud, con la finalidad de que los psicólogos tengan cabida en éstas, ya que desafortunadamente no se les da la importancia que se merecen, y se desperdicia el apoyo que podrían brindar a este tipo de pacientes.

Así como crearles una nueva mentalidad a los familiares de estos pacientes, para que puedan reintegrarlos a su ambiente familiar, en las etapas finales de su enfermedad. Ya que si a un paciente se le permite

acabar su vida en el ambiente de su hogar, no necesita tanta adaptación. Puesto que su familia le conoce lo suficiente como para sustituir un sedante por un vaso de su vino favorito; o el olor de una sopa casera, que pueda despertarle el apetito, y que es más agradable que una infusión.

No se niega la necesidad de sedantes e infusiones, ya que a veces pueden salvar una vida, y a menudo son inevitables. Pero también la paciencia y las caras y alimentos conocidos, pueden reemplazar muchas veces a una botella de líquidos intravenosos.

Tal vez haya que hacer esta pregunta: ¿estamos volviéndonos menos humanos o más humanos?, es evidente que, cualquiera que sea la respuesta, el paciente hoy sufre más, no físicamente quizás, pero sí emocionalmente. Y sus necesidades no han cambiado a lo largo de los siglos, sólo nuestra capacidad para satisfacerlos.

Por último, es de suma importancia considerar, que no se puede ayudar al paciente desahuciado o terminal, de un modo verdaderamente auténtico, si no tenemos en cuenta a la familia. Esta tiene un importante

papel durante la enfermedad, y sus reacciones contribuirán mucho a la respuesta que dé el paciente a su enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ GAYOU, J.L. Sexoterapia Integral.
Edit. El Manual Moderno
México, 1986.
2. ANGUIANO SERRANO, E. La elaboración de un instrumento de
evaluación para la detección de
repertorios conductuales en la pareja:
Una alternativa cognitivo conductual.
Tesis de Licenciatura.
ENEP. Iztacala, 1990.
3. ARIAS ARGUMEDO, M.G., y
AYALA GUADARRAMA, M. Entrenamiento de habilidades de
enfrentamiento de pacientes crónicos:
Perfiles de los pacientes oncológicos,
familiares como colateral y su medio.
Reporte de Investigación.
Licenciatura. ENEP Iztacala, 1990.
4. BAZZI, TULLIO, y
FIZZOTTI, EUGENIO Guía de la Logoterapia.
Edit. Herder
Barcelona, España 1989.
5. BINION, RUDOLPH Introducción a la Psicohistoria.
Fondo de Cultura Económica.
México, 1986.
6. BLOMM, SANDRA L. The Clinical Uses of
Psychohistory. In the Journal of
Psychohistory.
Vol. 20, Núm. 3, Winter, 1993.
New York, N.Y. 259-266

7. CARDENAS, JORGE Manejo de los familiares de pacientes con SIDA.
Taller: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
México, 1989.
8. DORSCH, F. Diccionario de Psicología.
Edit. Herder.
Barcelona, España 1985.
9. EBEL, HENRY Special Issue: The Past, the Present and the Future of Psychohistory. In The Journal of Psychohistory.
vol. 14 (4) (spr), 1987
-291-309
10. ELLIS, ALBERT , y DRYDEN, WENDY Práctica de la Terapia Racional Emotiva.
Edit. Descleé de Brouwer
Bilbao, España 1989.
11. ELOVITZ, PAUL Dreams as a Psychohistorical Source. In The Journal of Psychohistory.
1989 (win) Vol. 16(3), 289-296.
12. FLORES BALTAZAR, M.C. y VEGA GOMEZ, JESIKA Apoyo psicológico a familias de enfermos crónicos.
Reporte de investigación.
Licenciatura.
ENEP, Iztacala, 1992.

13. FRANKL, VIKTOR E. Psicoterapia y Humanismo. ¿Tiene sentido la vida?
Fondo de Cultura Económica.
México, 1984.
14. FRANKL, VIKTOR E. La idea psicológica del hombre.
Ediciones Rialp, S.A.
Madrid, 1976.
15. FRANKL, VIKTOR E. Psicoanálisis y Existencialismo.
(De la psicoterapia a la logoterapia)
Breviarios fondos de Cultura
Económica.
México, 1978.
16. FRANKL, VIKTOR E. La psicoterapia y la dignidad de la existencia.
Edit. Almagesto.
Buenos Aires, Argentina, 1985.
17. FRANKL, VIKTOR E. Ante el vacío existencial: Hacia una humanización de la psicoterapia.
Edit. Herder
Barcelona, 1980.
18. FRANKL, VIKTOR E. El hombre en busca de sentido.
Edit. Herder
Barcelona, 1992.
19. GARCIA DOUNCE, P. "Algunas alternativas para el tratamiento emocional del paciente con cáncer".
Tesina. Licenciatura.
Facultad de Psicología, U.N.A.M.
México, 1988.

20. GONZALEZ MONTES, B. Muerte y Morir como situaciones sociales. Resumen de ponencias del I. Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio. San Luis Potosí, S.L.P., 1992.
21. HINTON, J. Experiencia sobre el morir. Edit. Herder. Barcelona, España 1974.
22. JASPERS, KARL La Filosofía. Fondo de Cultura Económica. México, 1985.
23. KALISH, RICHARD A. , y LIFTON, ROBERT J. Death, Dying and Trascending. Cap.14, Baywood Publishing Company Inc. 1980, New York, N.Y.
24. KUBLER ROSS, E. "Sobre la muerte y los moribundos". Edit. Grijalva Madrid, España 1975.
25. KUBLER ROSS, E. Una Luz que se apaga. Edit. Pax. México, 1987.
26. LIFTON, ROBERT History and Human Survival. Random House. New York, N.Y. 1970
27. MAY, ROLLO , y ALLPORT, G.W. FEIFEL, H. MASLOW, A. ROGERS, C. Psicología Existencial. Edit. Paidós Buenos Aires, Argentina 1963.

- 28.MAY, ROLLO , y
ANGEL, ERNEST
ELLEMBERGER, H. Existence: A new Dimension in
Psiehiatry.
Touchstone Books.
New York, N.Y. 1958.
- 29.MAY, ROLLO La psicología y el dilema del hombre.
Edit. Gedisa.
México, 1987.
- 30.MOURET Y RIBES "Panorámica de la enseñanza de la
psicología en México".
En: La Revista Enseñanza e
Investigación en Psicología.
Vol.III, 2 ENEIP, México 1977.
- 31.PAPALIA, DIANE, y
WENDKOS, OLDS S. Desarrollo Humano.
Cap.18. "El Final: La muerte".
Edit. Mc Graw Hill.
México, 1985.
- 32.PAREJA HERRERA, G. El análisis existencial y logoterapia
del Dr. Viktor E. Frankl.
Tesis de Maestría.
U.I.A. México, 1982.
- 33.PATIÑO, J.L. 26 Lecciones de Psiquiatría Clínica .
Edit. Salvat
México, 1990.
- 34.PATIÑO, J.L. Psiquiatría Clínica .
Edit. Salvat
México, 1990.

35. PEREDA REYES, M.L. Importancia de la prevención y tratamiento de los efectos psicológicos que surgen en pacientes en relación con la muerte. Una alternativa para un mejor enfrentamiento.
Tesis de Licenciatura.
ENEP Iztacala, 1988.
36. PORTUONDO, JUAN A. DR. Psicoterapia Existencial, Gestáltica y Psicoanalítica.
TAMAMES, FRANCISCO DR. Biblioteca Nueva.
Madrid, 1979.
37. QUINTANAR, OLGUIN F. "La psicología médica en centros de salud y hospitales"
Historia de problemas y perspectivas
Taller de Elaboración de Tesinas
ENEP Iztacala, 1990.
38. QUINTANAR, OLGUIN F. El estudio de la muerte desde la psicología humanista y la psichistoria.
Revista Mexicana de Psicología Humanista y Desarrollo Humano.
U.I.A. Núm. 1 Primavera, 1992
México.
39. RIMM, DAVID C., y Terapia de la conducta.
MASTERS, JOHN C. Técnicas y hallazgos empíricos.
Edit. Trillas.
México, 1980.

40. ROMO AVIÑA, G. ENF. Filosofía de la vida, de la muerte y del anciano.
Resumen de Ponencias del I Congreso Internacional en México en Tanatología y Suicidio.
San Luis Potosí, S.L.P.
1992.
41. REYES ZUBIRIA, A. "Atención al enfermo terminal".
Curso INSEF
Instituto Nacional de la Senectud México, 1989.
42. SARASON, IRWIN G. Personalidad: Un enfoque objetivo.
Edit. Limusa
México, 1978.
43. SARASON, IRWIN G. Psicología anormal.
Los problemas de la conducta desadaptada.
Edit. Trillas
México, 1975.
44. SCHMIDT CASPER, G. Special Issue: The Past, present and Future of Psychohistory. In The Journal of Psychohistory.
1987 (spr) Vol. 14 (4)
315-325
45. SERRA TOCA, E. "Manejo psicológico del paciente con SIDA".
Taller del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
México, 1989.

46. SCHEIDMAN, J. LEE
Special Issue: Writing Childhood History. A Symposium in Journal of Psychohistory.
1988 (Fall) Vol. 16 (2) 205-212
"On the nature of Psychohistory evidence".
47. SOBEL, H.J.
Behavior Therapy in Terminal Care.
A humanistic approach.
1981. Cambridge Dallenger.
Pub. Col.
48. TORRES, NELLY PSIC.
Psicoterapia con pacientes terminales.
Taller del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
México, 1989.
49. WOLPE, JOSEPH
Práctica de la terapia de la conducta.
Edit. Trillas.
México, 1977.
50. YALOM, IRVIN D.
Psicoterapia Existencial.
Edit. Herder.
Barcelona, España 1984.
51. YATES, AUBREY J.
Terapia del comportamiento.
Edit. Trillas.
México, 1987.