



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESINA PROFESIONAL

ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN DESDE LA LOGOTERAPIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JESUA RAMÍREZ CORIA

ASESOR:

PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ

ORIZABA, VER.

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios... Quien me ayudó a llegar hasta este momento de la vida, proveyendo los medios y las personas necesarias para que pudiera culminar mis estudios universitarios. Y quien, hasta el día de hoy, sigue perfeccionando su Obra en mi, haciéndome cada día una mejor persona, hombre, profesionista, hijo y ser humano en la vida.

A mi madre... Quien me proveyó todo lo necesario para llegar a este momento, y me animó cada día a no desanimarme y terminar mis estudios universitarios.

A mi hermano... Quien con su ejemplo me acompañó y me ayudó a recorrer toda mi trayectoria de estudiante.

A mi esposa... Quien con sus palabras y ánimos siempre me ayudó a seguir creciendo y avanzando en la vida.

A mis profesores de universidad y mentores de vida... quienes me enseñaron todos los conocimientos y experiencias que hoy tengo, y me ayudaron a convertirme en el profesional y psicólogo que soy.

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo I. La Depresión	
1.1. La Depresión.....	7
1.2. La Depresión en adultos.....	15
1.3. Consecuencias de la depresión en mujeres adultas.....	19
Capítulo II. El Sentido de Vida y La Logoterapia	
2.1. Fundamentos teóricos del sentido de vida.....	23
2.2. La importancia del sentido de vida en la actualidad.....	33
2.3. La Logoterapia.....	37
Capítulo III. Modelo y área psicológica	
3.1. Modelo Psicológico: Humanismo.....	44
3.2. Área de la Psicología: Social.....	62
Conclusión.....	65
Referencias.....	68

RESUMEN

La depresión es un trastorno afectivo frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La depresión afecta más a mujeres que a hombres. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.

Desde la perspectiva Humanista-Existencial, pueden ser consideradas todas las formas de depresión como una lucha de la persona por percibir el valor de la vida propia. Este estado afectivo es el resultado de la concurrencia de causas biológicas, psíquicas y sociales. Esto, a su vez, influye sobre la actitud con respecto a la vida en cuanto a la cuestión de en qué medida la persona es capaz de soportar y de configurar su existencia.

Por su parte, la Logoterapia tiene como objetivo la búsqueda del sentido de vida ante situaciones adversas como puede ser el afrontamiento de una enfermedad crónica, la pérdida de un ser querido, o la ruptura de un matrimonio. Dicha técnica puede ser adecuada para el manejo de pacientes con depresión ya que proporciona herramientas para ayudar a contribuir a una mejora en la calidad de vida por medio del reconocimiento de los propios recursos internos.

La presente investigación es de tipo documental, ya que consistió en recopilar información documental sobre las características y causas de la depresión, y sobre la logoterapia y sus técnicas más utilizadas. El objetivo de este trabajo es orientar a las personas, desde un enfoque Humanista-Existencial, acerca de las estrategias y técnicas logoterapéuticas, para el manejo de la depresión en mujeres adultas.

INTRODUCCIÓN

En el mundo hay mas de 350 millones de personas con depresión, trastorno afectivo que altera sus vidas. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento. Las personas afectadas, experimentan al menos tres de los siguientes síntomas, durante casi todo el día, durante al menos dos semanas consecutivas: Pérdida de energía, insomnio o hipersomnolencia, disminución del apetito y una pérdida importante de peso no debida a dieta, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse; pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, y en el peor de los casos puede llevar al suicidio. Este estado afectivo constituye un importante problema de salud pública dada su elevada prevalencia, las grandes tasas de discapacidad y mortalidad que implica, su repercusión social, psicológica y su impacto en los sistemas de salud, por lo que representa grandes retos que se deben afrontar en la práctica clínica y psicológica a diario.

Para una mejor comprensión y lectura del análisis de la depresión desde el punto de vista de la Logoterapia; el presente trabajo esta dividido en tres capítulos:

En el primer capítulo denominado: La Depresión, se habla de las primeras formulaciones psicológicas sobre los trastornos depresivos, la clasificación de los trastornos depresivos; causas biológicas, cognitivas y sociales; sus principales síntomas físicos, cognitivos y emocionales; la depresión en adultos y las diferencias de ésta entre hombres y mujeres; así como las consecuencias de la depresión en mujeres adultas.

En el segundo capítulo denominado: El Sentido de Vida y La Logoterapia, se habla de los fundamentos teóricos del sentido de vida, el surgimiento de la Logoterapia con Viktor Frankl, la importancia del sentido de vida en la actualidad, así como las principales técnicas logoterapeuticas como la Desrefexión, Dialogo Socrático,

Intención Paradójica, Biblioterapia, Clarificación y Confrontación, así como su impacto en la terapia clínica.

En el tercer capítulo denominado: Modelo y Área Psicológica, se habla de los antecedentes históricos del Modelo Humanista, sus principales representantes tales como, Abraham Maslow, Carl Rogers, Viktor Frankl; los postulados básicos del Modelo Humanista, sus principales técnicas terapéuticas como la Logoterapia de Viktor Frankl, el Análisis Transaccional de Berne, el Psicodrama de Moreno y, las Terapias Corporales y Bioenergéticas; y su relación con el área social.

CAPÍTULO I

LA DEPRESIÓN

1.1 La depresión.

Las primeras formulaciones psicológicas sobre los trastornos depresivos provinieron del psicoanálisis. Ya en 1893, Freud había propuesto algunas hipótesis sobre la melancolía, pero fue su discípulo Karl Abraham, el primero en articular una teoría psicodinámica de la depresión.

Abraham concibió la depresión como una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, es decir, como una tendencia exagerada a experimentar placer por medio de la gratificación oral, a lo que conducía a una intensificación de las necesidades y, por tanto, de las frustraciones asociadas con los actos de chupar, beber, comer, besar, etc. Cuando la persona depresiva experimenta repetidas frustraciones relacionadas con los objetos de sus deseos libidinales, se produce una asociación permanente de los sentimientos libidinales con deseos destructivos hostiles. Cuando en su vida posterior se repiten tales frustraciones o desengaños amorosos, la persona depresiva vuelve su cólera hacia el objeto amado y, puesto que hay una especial fijación en el nivel oral, el depresivo busca destruir el objeto incorporándolo, interiorizándolo, con lo que la cólera se dirige en última instancia hacia el yo. En este sentido, Abraham concibió la pérdida del apetito que frecuentemente forma parte del síndrome depresivo como una defensa del paciente contra sus deseos hostiles de incorporar el objeto de amor.

En su clásico trabajo de 1917 (Duelo y Melancolía), Sigmund Freud unió la hipótesis de Abraham a sus propias conceptualizaciones sobre el fenómeno depresivo para constituir lo que sería el núcleo del modelo psicodinámico de la depresión. En ese trabajo Freud diferenció las reacciones depresivas normales (melancolía) de aquellas reacciones depresivas debidas a la pérdida de un ser querido (duelo). Ambas serían

respuestas a la pérdida de algo o alguien a quien se ha amado, y ambas incluirían los siguientes síntomas: tristeza acompañada de dolor profundo, falta de interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Sin embargo, a diferencia del duelo, la melancolía se caracterizaría además por una disminución extraordinaria de la autoestima, dando lugar a excesivos autorreproches y a expectativas irracionales del castigo inminente, y también se caracterizaría por la vaga noción que tiene el melancólico de la naturaleza de su pérdida, siendo incapaz de reconocer la causa de su tristeza.

En líneas generales, las teorías psicoanalíticas más recientes afirman que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un “objeto” amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Estos objetos amados son personas significativas en la vida de los niños, usualmente los padres, y más frecuente las madres. Estas pérdidas tempranas han hecho que su autoestima, su autovaloración, depende excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se vean incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados o abandonados. Así, las pérdidas en la infancia sirven como un factor de vulnerabilidad, que más tarde, en la edad adulta, conducen a la depresión si el individuo experimenta una nueva pérdida. (Belloch et al, 2009, pp. 273, 274).

Las teorías conductuales enfatizan la idea de que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de conductas. Charles Ferster fue uno de los primeros psicólogos que estudió el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico/experimental. Según Ferster, la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el miedo, mientras que, por el contrario, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos. En concreto, Ferster señala los siguientes cuatro procesos que, aislados o en combinación, podrían explicar la patología depresiva:

- a) Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo.
- b) Programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio.
- c) Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone a su vez, una mala adaptación al medio y, por ende, un menor número de refuerzos positivos que a su vez produciría una nueva reducción conductual.
- d) Repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones.

Ciertos procesos cognitivos juegan un papel fundamental en el inicio, el curso o la remisión de la depresión. Siguiendo con esta línea, se pueden delimitar tres clases de teorías cognitivas de la depresión que responden, principalmente, a los antecedentes conceptuales de las cuales derivan, pero que también reflejan diferentes supuestos cognitivos. Estos tres tipos de teorías son: 1) las teorías de procesamiento de información, 2) las teorías cognitivo-sociales y 3) las teorías conductuales-cognitivas.

Estas teorías se inspiran en la metáfora del hombre como sistema de procesamiento de la información: en un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. La información sobre sí mismo y sobre el mundo experimenta transformaciones cognitivas y afecta a las respuestas tanto emocionales como conductuales de la propia persona, produciéndose una interdependencia entre cognición, emoción y conducta. (Belloch et al, 2009, pp. 275, 276).

Uno de los últimos planteamientos psicológicos sobre los trastornos depresivos ha sido el enfoque interpersonal. Este enfatiza la importancia de los factores interpersonales, tanto sociales como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión.

Quizá la mas clara conceptualización interpersonal de la depresión sea la presentada por James Coyne (1976). Este autor sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían tener apoyo social, y que las respuestas de las personas significativas de sus entornos sirven para mantener o exacerbar los síntomas depresivos. (Belloch et al, 2009, pp. 288, 289).

El enfoque biológico de la depresión data de los tiempos de Hipócrates que llegó a la conclusión de que la depresión se produce por un excesivo enfriamiento y acumulación de bilis negra. De ahí el termino “melancolía” (mele = negro; celos = bilis), que sigue utilizándose. Siguieron a ésta muchas otras especulaciones de valor similar hasta que, a mediados del siglo XX, empezaron a descubrirse las relaciones entre los efectos bioquímicos de ciertas sustancias y las modificaciones correspondientes del estado afectivo, con lo que se fue aclarando el verdadero papel del sistema nervioso en la depresión.

Durante algún tiempo, las hipótesis biológicas sobre la etiopatogenia de la depresión compitieron por credibilidad con las teorías psicodinámicas, conductistas y psicosociales. Frente a todas las simplificaciones reduccionistas ha comenzado a abrirse paso a una nueva conceptualización integradora, enunciada de la manera siguiente por uno de sus primeros y más lúcidos proponentes:

Los estados depresivos son el resultado de la interacción de múltiples factores, genéticos, evolutivos, bioquímicos e interpersonales, cuyos efectos convergen en el sistema límbico y originan una alteración funcional reversible de los mecanismos cerebrales de gratificaciones y esfuerzo.

Nótese en esta formulación el reconocimiento de la doble vía psicósomática, es decir, de la influencia de los factores biológicos en la conducta y el estado afectivo y, en sentido inverso, la experiencia y los procesos mentales sobre la función e incluso la estructura cerebral. Los caminos hacia la depresión son múltiples y diversos, pero una vez que se establece el estado depresivo es inevitable una cierta alteración de procesos neurobiológicos. Es muy posible que muchas depresiones sean abortadas antes de alcanzar rango clínico por esos mecanismos de autorregulación. Mas que cuál es la causa de la depresión, la pregunta importante es como se mantiene, especialmente si tenemos en cuenta la gran capacidad de adaptación, autorregulación y defensa del organismo. (Belloch et al, 2009, p. 300).

Es muy antiguo el concepto de una alteración en la química orgánica en la depresión, bien por acumulación de sustancias tóxicas, por exceso o defecto de elementos normales, o por desequilibrio entre ellos.

Hasta la fecha, las principales sustancias neurotransmisoras implicadas en la depresión han sido las catecolaminas o aminas biógenas, con una implicación menor, y probablemente marginal, de la acetilcolina. Dos observaciones casi simultáneas lanzaron lo que ha llamado la hipótesis catecolaminérgica de la depresión. La primera de ellas fue el descubrimiento de un alcaloide, la reserpina, antiguamente utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial por su efecto anti adrenérgico, provocaba estados depresivos en el 15% de los pacientes tratados. La segunda fue el descubrimiento de la eficacia antidepresiva de fármacos que prologan la acción de la noradrenalina cerebral disminuyendo su catabolismo, como la Imipramina y los inhibidores de la monoaminoxidasa. Las anfetaminas actúan incrementando la liberación de la noradrenalina en el espacio sináptico, y aunque su efecto elevador del humor es inicialmente intenso, es poco duradero y produce estados depresivos cada vez más profundos por agotamiento progresivo de los almacenes de catecolaminas. (Belloch et al, 2009, pp. 305, 306).

La serotonina, o 5-hidroxitriptamina, es la principal indolamina, y la única de interés en el estudio de la función cerebral. Las funciones de la serotonina en la regulación de la homeostasis son múltiples e importantes, modulando en general la estimulación y ejerciendo un efecto inhibitorio sobre la conducta. Déficit de serotonina han sido asociados con la regulación de numerosos sistemas neurobiológicos, incluyendo el sueño, el apetito, la actividad sexual, los ritmos cardiacos, por citar solo unos pocos. su papel en la depresión se relaciona con la actividad catecolamenérgica a través de la “hipótesis permisiva de la depresión”, según la cual un déficit funcional de la neurotransmisión serotoninérgica predispone a la aparición de un trastorno afectivo, presentándose un estado depresivo si la neurotransmisión catecolaminérgica está también deficitaria, mientras que, si está por el contrario aumentada, la manifestación clínica es de maniaco. (Belloch et al, 2009, p. 308).

La serotonina es un neurotransmisor muy relacionado con el control de las emociones y el estado de ánimo, aunque cumple también otras funciones: regula el apetito causando la sensación de saciedad, controla la temperatura corporal, regula el apetito sexual, controla la actividad motora, la percepción y la función cognitiva. A la serotonina también se le conoce como la hormona de la felicidad, ya que cuando aumentan sus niveles, genera sensaciones de bienestar relajación, satisfacción, y aumenta la autoestima. Tener los niveles de serotonina por debajo de lo normal puede causar mal humor, dificultad para dormir, ansiedad o incluso depresión.

La depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, y alteran de manera reversible los circuitos cerebrales de recompensa y castigo. El principal sustrato neuroquímico de esta alteración es una desregulación de las monoaminas neurotransmisoras, noradrenalina y serotonina y, posiblemente, también la acetilcolina y de las endorfinas. El estado depresivo influye a su vez en las relaciones interpersonales, el entorno y las pautas de gratificación, creando situaciones depresógenas con experiencias de pérdida desvalimiento, indefensión y estrés que

influyen de nuevo negativamente en la actividad de los neurotransmisores, cerrando un círculo vicioso de retroalimentación positiva, que tiende a mantener indefinidamente el proceso. (Belloch et al, 2009, pp. 311, 312).

La mayoría de nosotros nos sentimos deprimidos de vez en cuando. Suspender un examen, no ser admitidos en la primera carrera universitaria que hemos elegido, o quizá romper con la pareja, podrían ser ejemplo de situaciones que propician en muchas personas un estado de ánimo depresivo. Sin embargo, los trastornos de estado de ánimo son alteraciones mucho más graves, y que duran mucho más tiempo. Se trata de perturbaciones muy intensas y persistentes, hasta el punto de que provocan desajustes, y a menudo otros problemas importantes, tanto en las relaciones interpersonales como en las laborales.

En el trastorno depresivo mayor, cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: 1) estado de ánimo deprimido o 2) pérdida del interés o del placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes. (American Psychiatric Association, 2014, pp. 104,105).

La justificación para que se diagnostique un trastorno de adaptación con ánimo deprimido es que el individuo está experimentando un funcionamiento social o laboral deteriorado, o que el factor estresante no parece lo suficientemente grave como para justificar los síntomas depresivos de esa persona.

Para establecer un diagnóstico de distimia es necesario que el sujeto muestre un estado de ánimo persistentemente deprimido durante la mayor parte del día, durante al menos dos años, y durante la mayoría de los días. Además, debe manifestar al menos dos de los siguientes síntomas: 1) escaso apetito, o también hambre voraz, 2) perturbaciones de sueño, 3) poca energía, 4) baja autoestima, 5) dificultades de concentración y de toma de decisiones, y 6) sentimientos de desesperanza. Esto es, haber experimentado niveles moderados de depresión durante un periodo de al menos dos años. (Butcher et al, 2007, pp. 218 - 220).

Los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor exigen que los síntomas sean persistentes (que no estén intercalados con periodos de humor normal). La persona afectada debe experimentar un estado de ánimo señaladamente deprimido, una fuerte pérdida de interés en actividades agradables durante la mayoría de los días, durante casi todo el día, durante al menos dos semanas consecutivas. Además de manifestar uno de estos síntomas o los dos, es necesario que experimente al menos tres o cuatro de los siguientes síntomas durante ese mismo periodo: 1) fatiga o pérdida de energía; 2) insomnio o hipersomnolencia (esto es, muy poco o demasiado sueño); 3) disminución del apetito y una pérdida importante de peso no debida a dieta; 4) agitación o retardo psicomotriz; 5) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; 6) auto-culpabilidad; y 7) pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (Butcher et al, 2007, pp. 220 - 221).

Una persona con depresión mayor no solo muestra síntomas de tristeza, sino también diversos síntomas cognitivos, motivacionales y biológicos, que adoptan un carácter más grave que una depresión leve. Se ponen de manifiesto diversas distorsiones cognitivas, tales como el sentimiento de inutilidad y culpabilidad. Sus

síntomas biológicos incluyen la pérdida del apetito y el despertar muy temprano por la mañana. La pérdida del contacto con amigos es frecuente en la depresión.

Durante cierto tiempo se pensó que la depresión no podía presentarse durante la niñez, pero investigaciones recientes han encontrado depresión mayor en niños y preadolescentes, y se estima que alrededor del dos o tres por ciento de los niños de edad escolar cumplen los criterios de algún tipo de trastorno unipolar, mientras que quizá otro dos por ciento muestren una depresión crónica leve. Si bien es posible encontrar depresiones durante la infancia y la niñez, la incidencia de la depresión aumenta bruscamente durante la adolescencia. De hecho, se ha estimado que aproximadamente el quince por ciento de los adolescentes pueden experimentar un trastorno depresivo mayor en algún momento de sus años de adolescencia.

Cuando se hace un diagnóstico de depresión mayor, generalmente también se especifica si se trata del primer episodio o si ya se han producido otros. Esto se debe a que los episodios depresivos suelen tener una duración limitada. Si bien la mayoría de las depresiones remiten por sí mismas, generalmente vuelven a aparecer tras un periodo de al menos dos meses. La recaída suele ocurrir, por ejemplo, cuando se finaliza antes de tiempo un tratamiento farmacológico, después que hayan remitido los síntomas, pero antes de que episodio subyacente haya finalizado.

Algunas personas que experimentan episodios depresivos recurrentes ponen de manifiesto un patrón estacional que habitualmente se conoce como trastorno afectivo estacional. Para cumplir los criterios del DSM-4-TR para una depresión mayor recurrente estacional, la persona debe haber tenido al menos dos episodios de depresión durante los últimos dos años, que estos hayan tenido lugar en la misma época del año, y que además se haya producido una remisión completa de los síntomas también en la misma época del año. además, no se debe tener ningún otro episodio depresivo fuera de esa estación durante ese periodo de años, y la mayoría de los episodios depresivos de esa persona deben haber aparecido relacionados con la estación del año. (Butcher et al, 2007, pp. 222 - 223).

1.2 La depresión en adultos.

Hace mucho que se sabe que las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de desarrollar una depresión mayor. Estas diferencias se mantienen en la mayoría de los países del mundo. Esta diferencia sexual comienza en la adolescencia y se prolonga hasta alrededor de los sesenta y cinco años, edad en la parece desaparecer.

Otra hipótesis es que las mujeres responden de manera diferente a un estado de ánimo deprimido que los hombres. En concreto, parece que las mujeres tienen más tendencia a cavilar cuando están deprimidas. La cavilación incluye las respuestas como intentar averiguar por qué está uno deprimido, llorar para aliviar la tensión, o hablar de la depresión con las amistades. Por el contrario, los hombres tienen más tendencia a realizar actividades de distracción cuando se encuentran deprimidos, actividades que parecen disminuir su depresión. (Butcher et al, 2007, pp. 236 - 237).

Existe un vínculo muy estrecho entre las relaciones adultas problemáticas y la presencia de un trastorno del comportamiento en algún miembro de la pareja. El maltrato físico puede estar presente en este tipo de relaciones. Desde hace mucho tiempo se sabe que las personas con trastornos del comportamiento tienen un elevado riesgo de adoptar conductas violentas, también en el ámbito familiar. No obstante, hasta hace poco se consideraba que ese alto riesgo tenía que ver con la pérdida de control y desinhibición durante los episodios maniacos. La continua evolución de la investigación cuestionaba esa idea continuamente e introdujo los trastornos depresivos en los casos en los que existía mucha violencia, especialmente en los de violencia doméstica.

Los hombres que maltratan a sus parejas, habitualmente lo hacen infundiéndoles miedo para intentar controlar y cambiar una situación que creen que amenaza sus propias vidas. Aunque parezca lo contrario, tales hombres tienden a ser

altamente dependientes de sus parejas en el plano emocional y raramente les permiten algún indicio de independencia. Sus complejos de inferioridad subyacentes alimentan sus intentos desesperados por mantener el control sobre su relación y cambiar el comportamiento de sus esposas.

El reconocimiento de las anomalías del estado de ánimo es de suma importancia, puesto que no menos de 20% de mujeres adultas y 10% de varones adultos pueden experimentarlas en algún momento de su vida. La frecuencia de los trastornos de estado de ánimo parece ir en aumento en ambos sexos, y genera la mitad o más de las consultas de salud mental. Los trastornos de estado de ánimo pueden recurrir en individuos de cualquier raza o condición socioeconómica, pero son más comunes entre los solteros y los que carecen de una persona cercana. Un trastorno de estado de ánimo también es más factible en una persona que tiene parientes con problemas similares. (Morrison, 2015, p. 112).

A lo largo de la vida, quizá el 6% de adultos padecen distimia; a menudo las mujeres resultan doblemente afectadas en comparación con los varones. Si bien puede iniciar en cualquier edad, es rara su aparición tardía; el caso clásico aparece de manera tan discreta y en una fase tan temprana de la vida que algunos pacientes consideran que su estado de ánimo abatido habitual es, digamos, normal.

Los adultos depresivos o distímicos sufren en silencio, y su discapacidad puede ser sutil: tienden a invertir gran parte de energía en el trabajo y menos en los aspectos sociales de la vida. Puesto que no parecen tener discapacidad intensa, son capaces de continuar sin tratamiento hasta que sus síntomas se intensifican y se convierten en un episodio depresivo mayor que se diagnostica sin dificultad. (Morrison, 2015, p. 139).

El cuadro que presenta un adulto deprimido puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata

de estado mas bien leves y en otros existentes deseos o intentos de suicidio. Pero en general, en cualquier adulto deprimido es probable que presente un conjunto de signos y síntomas que se puede reducir a cinco grandes núcleos.

La tristeza es un síntoma anímico por excelencia de la depresión en adultos. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes. Pero, aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad son los mas habituales, a veces el estado de animo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo.

Otro de los aspectos subjetivos mas dolorosos en adultos deprimidos es el estado general de inhibición en que se hallan. La apatía y la falta de motivación son síntomas psicológicamente muy importantes que estar conectados además a pensamientos negativos de desesperanza, falta de control o de no poder dar sentido a la vida.

El rendimiento cognitivo de un adulto deprimido está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente, incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas. La aparición del cambio físico es habitual y suele ser uno de los motivos principales por que se solicitan la ayuda de un profesional. Un síntoma típico, que afecta a un 70-80% de los adultos depresivos, es los problemas de sueño. También los adultos depresivos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, dolores de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, etc.).

Otra área descuidada de la investigación sintomatológica en la depresión de adultos es el de los problemas interpersonales. De hecho, un 70% dice haber disminuido su interés por la gente. (Belloch et al, 2009, p. 242).

Las cifras de prevalencia de los problemas depresivos son prácticamente el doble en las mujeres que en los hombres. Estas cifras no son resultado de ningún

artefacto estadístico ni se debe a que las mujeres pudieran quejarse más o que busquen más ayuda que los hombres, dado que estos tópicos no son reales. En cualquier caso, esta diferencia sexual pudiera ser un indicio de la existencia de los factores genéticos contribuyentes a la manifestación fenotípica de esta alteración, o bien reflejar la existencia de tempranas diferencias educativas entre niños y niñas; por ejemplo, antes un suceso estresante, las mujeres tienden más a “rumiar” y hacer preguntas sobre la causa de su estado, amplificando así su estado de ánimo negativo, mientras que los hombres parecen tener una tendencia mayor a dedicarse a actividades que les distraigan y les haga olvidar su estado de tristeza. (Belloch et al, 2009, p. 248).

1.3 Consecuencias de la depresión en mujeres adultas.

Algunas evidencias recientes han demostrado que, al menos por lo que concierne a las mujeres, las que tienen un riesgo genético de depresión no solo experimentan más acontecimientos estresantes, sino que también son más sensibles a ellos.

Además de las variables genéticas, existe una miríada de variables que hacen que algunas personas sean más vulnerables a desarrollar una depresión tras haber experimentado algún acontecimiento estresante. Brown y Harris (1978) encontraron algunos ejemplos interesantes en su estudio clásico de grupo de mujeres pobres que vivían en una zona deprimida de Londres. Encontraron cuatro factores que estaban asociados con algún tipo de protección contra la depresión: 1) Tener una relación íntima con algún esposo o amante, 2) no tener más de tres niñas en casa, 3) tener un trabajo parcial o a tiempo completo fuera de casa, y 4) tener un compromiso religioso fuerte. Por el contrario, no tener una relación íntima y permanente, tener más de tres niños menores de cinco años en casa, no tener trabajo, y haber perdido a un padre antes de los once años, eran factores fuertemente asociados con la aparición de una depresión tras haber experimentado alguna situación negativa importante. (Butcher, 2007, pp. 229 - 230).

Como veremos, los problemas interpersonales y las deficiencias en habilidades sociales pueden desempeñar sin lugar a duda un papel causal en algunos tipos de depresión en mujeres. Además, la depresión provoca en muchas mujeres múltiples dificultades interpersonales, tanto con familiares y amigos, como con desconocidos.

Las mujeres con depresión no solo tienen problemas interpersonales, sino que desgraciadamente, su propia conducta empeora dichos problemas. Por ejemplo, la conducta de una mujer con depresión suele provocar la simpatía, el apoyo y el cuidado de los demás. Sin embargo, no siempre se produce este reforzamiento positivo. Muchas veces la conducta depresiva puede provocar sentimientos negativos (incluyendo la hostilidad) y el rechazo por parte de los demás, ya se trate de desconocidos, compañeros de piso o conyugues. Dichos sentimientos negativos a su vez hacen que la persona sin depresión no se muestre demasiado deseosa de relacionarse con las personas deprimidas. De hecho, el rechazo social resulta especialmente factible cuando la mujer deprimida intenta constantemente buscar la aprobación de los demás. (Butcher, 2007, pp. 235 - 337).

Los aspectos interpersonales de la depresión también se han estudiado cuidadosamente en el contexto de las relaciones matrimoniales y familiares. Gotlib y Hammen (1992) han demostrado que entre un tercio y la mitad de las parejas con problemas matrimoniales tienen al menos uno de sus miembros con depresión clínica. Además, los problemas matrimoniales están relacionados con un peor pronóstico para una esposa deprimida que se ha recuperado de sus síntomas. Esto es, una persona que se ha recuperado de una depresión tiene más probabilidad de recaída y tiene problemas matrimoniales.

Una razón por la que los problemas matrimoniales y la depresión pueden ir unidos, es que la conducta de un cónyuge deprimido genera emociones negativas en el otro cónyuge. También es posible que la persona deprimida esté tan preocupada por sí misma, que no sea sensible a las necesidades de su cónyuge.

Los efectos de la depresión de una madre también se extienden hasta los niños y los adolescentes. La depresión de las madres coloca a los hijos en riesgos de sufrir muchos problemas, pero especialmente depresión. (Butcher, 2007, pp. 238 - 339).

En los episodios depresivos típicos la mujer adulta que las parece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos en mujeres adultas:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí misma y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos de sueño.
- g) La pérdida del apetito.

(CIE 10, 2000, p. 60).

Las mujeres deprimidas suelen acusar fatiga, que refieren con cansancio o disminución de la energía. Si expresión oral o movimientos físicos pueden mostrar lentitud; en ocasiones se identifica una pausa marcada antes de responder a una pregunta o iniciar una acción. El lenguaje puede mostrar un volumen muy bajo, en ocasiones inaudible. Algunas mujeres solo dejan de hablar, excepto a respuestas a una pregunta directa. En un extremo, puede haber mutismo total. La capacidad de las mujeres deprimidas para evaluarse de manera objetiva se desploma; esto se revela como una autoestima baja o culpa. Las consecuencias depresivas más graves de todas son las ideas de muerte, los deseos de muerte y las ideas suicidas, puesto que existe un riesgo real de que la persona actúe con éxito. (Morrison, 2015, p. 114).

Todos los tipos de depresión conllevan cierto riesgo de suicidio. Aunque resulta obvio que también las personas se suicidan por razones diferentes a la depresión, se estima que entre el cuarenta y el sesenta por ciento de quienes lo hacen están atravesando un episodio depresivo, o se encuentran en fase de recuperación. El riesgo del suicidio alcanza alrededor del uno por ciento a lo largo del año en que ha ocurrido un episodio depresivo, pero el riesgo a lo largo de la vida alcanza para alguien con episodios depresivos recurrentes alcanza el quince por ciento. Por decirlo de otra manera, las mujeres con depresión tienen una probabilidad de cincuenta veces mayor de cometer suicidio que las personas sin depresión. (Butcher et al, 2007, p. 255).

CAPÍTULO II

EL SENTIDO DE LA VIDA Y LA LOGOTERAPIA

2.1 Fundamentos teóricos del sentido de vida.

En el hombre, la búsqueda del sentido de su vida, constituye una fuerza primaria, no una “racionalización secundaria” de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico, en cuanto es uno mismo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logrará el hombre un significado que satisfaga su voluntad de sentido. Algunos autores sostienen que los valores y el sentido no son más que “mecanismos de defensa”, “formaciones reactivas” o “sublimaciones”. Sin embargo, ningún hombre estaría dispuesto a morir por sus “formaciones reactivas”. El hombre, no obstante, es capaz de vivir, incluso morir, por sus ideales” (Frankl, 2003, p. 132).

En realidad, hoy no nos enfrentamos ya, como en los tiempos de Freud, con una frustración sexual, sino con una frustración existencial. El paciente típico de nuestros días no sufre tanto, como en los tiempos de Adler, bajo un complejo de inferioridad, sino bajo un abismal complejo de falta de sentido, acompañado de un sentimiento de vacío, que se le denomina “vacío existencial” (Frankl, 2003, p. 5).

Cuando se me pregunta cómo explico la génesis del vacío existencial, suelo ofrecer la siguiente formulación abreviada: Contrariamente al animal, el hombre carece de instinto 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 lo que debe ser, sucede que muchas veces ya no sabe lo que quiere en el fondo. Y entonces solo quiere lo que los demás quieren (conformismo) o bien, solo hace lo que otros quieren de él (totalitarismo). Pero estas dos secuelas no deben inducirnos a pasar por alto una tercera: la neurosis noógena. Al contrario, a la neurosis en el 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 expresarlo bajo la forma de sintomatología neurótica (Frankl, 2003, pp. 7-8).

En todo momento el ser humano apunta, por encima de sí mismo, hacia algo que no es él mismo, hacia algo o hacia un sentido que hay que cumplir, o hacia otro ser humano, a cuyo encuentro vamos en amor. Podemos, pues, resumir, cuando falta un sentido a la vida, cuyo cumplimiento hubiera hecho feliz a una persona, ésta intenta conseguir el sentimiento de felicidad mediante un rodeo. El alcohol es una de las posibilidades. Lo mismo cabe decir de la esclavitud de las drogas. (Frankl, 2003, pp. 13-17).

Según Lukas, Víctor Frankl entendió al hombre como un ser que desea trazarse una vida llena de sentido y que puede enfermar mentalmente si su “voluntad de sentido” se ve frustrada (Lukas, 2003, p. 20).

El sentido de la vida pone de manifiesto el convencimiento logoterapéutico de que la vida tiene un sentido incondicional que no se pierde en ninguna circunstancia. Sin embargo, este sentido puede escaparse a la comprensión humana. Hasta aquí, el sentido es una magnitud que trasciende a los seres humanos y que debe percibirse y presentirse de nuevo cada vez.

Según Lukas, Frankl afirma que “No hay ninguna situación en la vida que carezca realmente de sentido. esto se deduce del hecho de que los lados aparentemente negativos de la existencia humana, especialmente la triada trágica formada por el sufrimiento, la culpa y la muerte, también pueden adoptar la forma de algo positivo si se trata con la actitud y la postura correctas”. (Lukas, 2003, p. 23).

Nuestro tema sobre “La búsqueda de sentido” no es un descubrimiento nuevo; en el fondo es antiquísimo, tan antiguo como la humanidad misma. Tal vez es lo que diferencia al ser humano como tal, ya que, en el reino animal, no es posible encontrar

dicha analogía. Es más, nuestro problema del sentido tiene algo que ver con la gran interrogante en torno a la llamada libertad. La libertad es como un campo infinitamente amplio y sin caminos hechos. Se puede avanzar por él en cualquier dirección, y no hay barreras ni límites que lo impidan; pero tampoco hay alguna ayuda para orientarse ni señales que le indiquen la dirección hacia la meta. Es un campo ilimitado y vacío, se puede también vagar desesperado. ¿Significa esto que al hombre no se le daba dar libertad? No, solo significa que para poder asimilar la libertad es necesario una cierta madurez humana. El concepto de “libertad”, en última instancia, es un concepto de valor. Sin este valor se desvanece su existencia práctica. (Lukas, 2003, pp. 18, 21).

Podemos clasificar a los hombres en dos grandes grupos: los que todavía están buscando un sentido, y los que ya han encontrado una cierta plenitud de sentido en su vida. Los primeros están muy probablemente capacitados para seguir viviendo en situaciones críticas; mientras que el segundo grupo de personas, incluso por motivos insignificantes, caen en la desesperación. Y de estos dos grupos, sin duda, el segundo grupo, es de los que hay que ocuparse en toda la psicoterapia de hoy. (Lukas, 2003, pp. 18, 31).

Hemos afirmado que la desgracia también encierra una posibilidad de sentido en la existencia humana y que cuando no hay desgracias ni miserias se da una posibilidad menos de hallar sentido. No en vano se encuentran muchísimo más neurosis en una sociedad de bienestar que en una nación que lucha por la supervivencia. Y no en vano los enfermos psíquicos de hoy proceden sobretodo de situaciones económicas buenas o, por lo menos, de medios relativamente desahogados.

Pero el psicoterapeuta no puede reducir el bienestar para que disminuyan las neurosis. Lo que sí puede hacer es sensibilizar a sus pacientes para nuevas posibilidades de sentido que hasta ahora apenas habían percibido. En una conversación para ayudarles señalará caminos y metas que puedan ensanchar el horizonte de la percepción individual de sentido, sin embargo, no puede dar sentido.

La decisión última sobre lo que tiene sentido y valor para él, corresponde al propio paciente (Lukas, 2003, pp. 40, 41).

Constantemente se ha encontrado en la praxis una estrecha conexión entre la orientación de un sentido de una persona y su estadio de madurez. Esto significaría que la causa principal de desesperada búsqueda de sentido por parte del hombre de hoy no debe situarse en el súbito descubrimiento de la falta de sentido de nuestra vida, sino en una escasa madurez de nuestra generación, especialmente frente a sus capacidades intelectuales y técnicas. Esto significaría también que cada uno de nosotros tendría que recorrer estos estadios: partir de la búsqueda de sentido, pasar por el encuentro de una única posibilidad especial de sentido y llevar a la posesión de muchas tareas personales de vida.

Asimismo, es conveniente que los padres inicien pronto a sus hijos en sus campos de interés, y les den ideas y sugerencias sobre diversas formas de llenar el tiempo libre. Los niños que han visto que, en el tiempo libre, sus padres se limitan a ver televisión, leer el periódico e ir al bar; con frecuencia modelan esta conducta en los años posteriores, porque les falta una alternativa. Lo mismo ocurre en los demás sectores de la vida; también hay que depositar pronto en los corazones de los hijos la semilla del amor a la naturaleza, de la actividad creativa, del juego en común, de la sociabilidad y del pensamiento creativo (Lukas, 2003, pp. 45-46).

La cuestión del sentido de vida es un asunto demasiado importante como para no darle el suficiente interés. Todo joven debe tener un proyecto de vida, un plan que identifique metas y medios para lograrlas, un plan que sea un estímulo para explotar al máximo las potencialidades, un plan que permita hacer realidad las más caras ilusiones. La visión te permite verte a ti mismo siendo lo que deseas ser. De hecho, cuando se expresa la visión, se hace compromiso con uno mismo.

Ni la visión ni la misión son rígidas. Pueden cambiar en otros momentos de la vida. Pero, aunque cambien, no pierden su valor, pues mientras están vigentes te dan

una razón para vivir, te motivan, te alientan a seguir adelante, a ser lo que mejor puedes ser, a dar de ti lo mejor que tienes. Existen muchas circunstancias en la vida que lo obligan a uno a cambiar de dirección, pero lo importante es no cambiar el propósito fundamental: Aprovechar al máximo los talentos y potenciales recibidas al nacer (Castañeda, 2009, p. 36).

Una persona sin metas es como un avión sin plan de vuelo. Quizá llegue a un lugar deseable, pero es también probable que arribe a un sitio al que conscientemente no quiera llegar. Hacer un plan de vida equivale a hacer un plan de vuelo. Siempre puede haber imprevisto, pero aun en esos casos, el plan puede contemplarlos y sugerir rutas diferentes (Castañeda, 2009, p. 40).

Cuando un joven elabora su plan de vida, abre la puerta que conduce a un futuro lleno de logros, lleno de esperanza, lleno de oportunidades. Un joven que prepara su plan de vida se prepara para triunfar. Difícilmente fracasará, y muy probablemente dejará huella profunda en el mundo.

El destino como tal no existe. Cada uno crea el destino con sus actos. No existe un oráculo que haya definido lo que cada uno será en la vida. Cada uno tiene libre albedrío y voluntad para hacer con su vida lo que quiere. De cada uno depende el uso que le dé a sus talentos y potencialidades.

Cada uno es el arquitecto de su propio destino, el capitán de su vida, el timón de su vida. Conocer nuestras fortalezas y debilidades es fundamental para proyectar nuestra vida. No podemos construir sobre un terreno cuyas características desconocemos. Si construimos sobre un terreno desconocido corremos el riesgo de que la construcción se derrumbe. Lo mismo pasa con nuestra vida. No podemos proyectar una vida de éxitos si tenemos defectos serios que desconocemos. Conocerse a sí mismo es el punto de partida de la planeación de la vida. Las preguntas fundamentales que debemos hacernos son ¿Quién soy? ¿Cuáles son mis fortalezas? ¿Cuáles son mis defectos? Responderlas toma valor (Castañeda, 2009, p. 25).

Aparentemente, el objetivo más deseable para el individuo, la meta que persigue a sabiendas o inconscientemente, es llegar a ser él mismo. Sin embargo, descubre que una gran parte de su vida se orienta por lo que él cree que debería de ser y no por lo que es en realidad. A menudo advierte que solo existe como respuesta a exigencias ajenas, y que no parece poseer un sí mismo propio; descubre que trata de pensar, sentir y comportarse de la manera en que los demás creen que debe hacerlo.

Según Carl Rogers, el filósofo dinamarqués Soren Kierkegaard, señala que, por lo general, la causa de la desesperación reside en no elegir ni desear ser uno mismo y que la forma más profunda de desesperación es la del individuo que ha elegido “ser alguien diferente de sí mismo”. Por otro lado, “en el extremo opuesto a la desesperación se encuentra el desear ser el sí mismo que un realmente es”; en esta elección radica la responsabilidad más profunda del hombre.

Una tendencia que se manifiesta en el proceso de convertirse en persona se relaciona con la fuente o centro de las relaciones y decisiones o los juicios de valor. El individuo llega progresivamente a sentir que este foco de evaluación se encuentra en sí mismo. Cada vez acude menos a los demás en busca de aprobación o reprobación, de pautas por las cuales regir su vida, de decisiones y elecciones. Reconoce que en él reside la facultad de elegir, y que la única pregunta importante es: ¿Estoy viviendo de una manera que me satisface plenamente y que me expresa tal como soy? Quizás esta sea la pregunta más importante que se pueda plantear el individuo creativo. (Rogers, 1961, p. 92).

“¿Cuál es mi objetivo en la vida?” “¿Para qué me estoy esforzando?” “¿Cuál es mi propósito?” Estas son preguntas que todo individuo se plantea en un momento u otro de su vida, a veces con una actitud serena y meditativa, otras, sumida en la agonía de la incertidumbre o en la desesperación. Son preguntas muy antiguas que el hombre se ha planteado y respondido en cada siglo de la historia, pero también preguntas que cada individuo debe formularse y responder por sí mismo.

Cuando en el pasado los hombres se interrogaron acerca del propósito de la vida, algunos respondieron con las palabras del catecismo: “El objetivo principal del hombre es glorificar a Dios”. Otros pensaron que se trataba de prepararse para la inmortalidad. Hubo quienes se propusieron un fin mucho más terreno: disfrutar, liberar y satisfacer sus deseos sensuales. Otro grupo, que hoy tiene muchos representantes, opina que el propósito de la vida es obtener posesiones materiales, status, conocimiento o poder. No faltan quienes se dedican plenamente y devotamente a una causa externa, tal como el cristianismo o comunismo. El propósito de Hitler fue convertirse en el líder de una raza superior que ejerciera el poder sobre el resto del mundo. Muchos orientales, por el contrario, se han esforzado por eliminar todo deseo personal y ejercer un máximo control sobre ellos mismos. (Rogers, 1961, p. 95).

Según Sartre, (En Gutiérrez, 2001, p. 183) el hombre no tiene libertad, sino que es libertad. Ésta no debe concebirse como una facultad o una potencia. Para Sartre, no hay ser en potencia, todo lo que existe está en acto. La libertad es la misma elección que el hombre realiza al existir como una indeterminación o nada, pero que continuamente está auto determinando.

Con la libertad, el hombre se fabrica su propia esencia y les da sentido a las cosas. Por otro lado, con la libertad, el hombre les da sentido a las cosas. Debido al proyecto libre que cada hombre se hace, es como las cosas se consideran como obstáculos o como instrumentos. Con todo, Sartre considera que el hombre “está condenado a ser libre”.

El hombre que efectivamente vive su libertad, siente el peso aplastante de la responsabilidad, y eso le produce angustia. Por tal motivo, la gran mayoría de la gente prefiere evadir la existencia auténtica, que es libre, responsable y angustiada, y se refugia, “de mala fe”, en los valores y reglas ya hechas. La libertad absoluta que proclama Sartre es, pues, completamente autónoma; cualquier motivo objetivo que se aduzca en una elección, falsifica la libertad, y degrada a la condición del cobarde. Ni

las leyes, ni los valores hechos, ni la supuesta propia naturaleza o carácter, ni el inconsciente, se pueden constituir como guías de la libertad. (Sáenz, 2001, p. 179).

Cuando se afirma que el vivir o la vida es atractiva, se puede decir que se ha encontrado el sentido de la misma, el sentido de vida tiene que ver con lo significativa que es la existencia; cuando el adolescente ha descubierto esto, vive en plenitud, poniendo en práctica todas sus capacidades que posee; los adolescentes en el proceso de encontrar sentido a su vida caen en cosas y vivencias superfluas, por lo tanto es necesario que ellos busquen la autorrealización y trascendencia como medios para disfrutar de la verdadera felicidad y vida.

En la búsqueda de sentido, los adolescentes son guiados por su conciencia. “En una palabra: La conciencia es un órgano de sentido. Se podría definir como la capacidad de percibir totalidades llenas de sentido en situaciones concretas de la vida”.

La conciencia le dictará, en este caso, al adolescente, la seguridad o la duda de haber hallado el auténtico sentido de vida. Dado esto, la educación al adolescente, debería ser una educación para fomentar una conciencia responsable. La educación debe ocuparse no solo de transmitir conocimiento, sino también de refinar la conciencia para que los adolescentes sean capaces de escuchar en cada situación el sentido que contiene. Como resultado de una mayor atención a la conciencia, no solo estaría la vida llena de sentido, sino que estaríamos inmunizados contra el conformismo, consecuencia del vacío existencial, pues una conciencia alerta nos hace capaces nos hace resistir de manera que nos entreguemos fácilmente al conformismo (Frankl, 1988, pp. 30,31).

Alarmanamente se reconoce que vivimos en una sociedad de la abundancia, pero esta superabundancia no lo es solo de bienes materiales, lo es también de información, una explosión de información. Cada vez más libros y revistas se amontonan sobre nuestros escritorios. Nos inunda toda clase de estimulantes y no

solamente en lo sexual. Si los adolescentes desean salir airosoamente en medio de esos estímulos que los inundan a través de los medios de comunicación social, deben saber qué es importante y qué no lo es; de otra forma dicho, lo que tiene sentido y lo que no.

El adolescente al tomar conciencia de su estar en el mundo, descubrirá que tiene la tarea de hacerse cargo, en primer lugar, de su propia vida. Este descubrimiento puede significar para muchos adolescentes el gozo de emprender el proyecto de definición de la propia existencia y saber hacia dónde dirigirse.

En general, la vida es un proceso activo y no pasivo, en donde el actuar del ser humano está dado en la dirección de mejorar y crecer. Esta es la naturaleza misma del proceso que llamamos vida. De modo que a la pregunta sobre lo que hace que una persona se mantenga y crezca en sí misma es la voluntad de sentido. En las personas el ser, por una parte, y el deber ser, por otra, discrepan entre sí. Esta discrepancia entre el “ser” y el “deber ser”, la determina cada uno.

Si el sentido de cada persona consiste en eliminar esta discrepancia, no se debe olvidar que el sentido de la vida consiste en que la persona realice su sentido de vida, y no el sentido de vida que otros impongan sobre la persona. Se comprende que el sentido de la vida es único y concreto. Se refiere siempre a la persona individual a la situación concreta. La cuestión del sentido de vida, solo se puede plantear en forma concreta, y solo de se puede contestar de modo personal y activo, ya que contestar a las preguntas de la vida significa responsabilizarse de la propia existencia.

Con base a que fenomenológicamente percibir es atribuir significados a lo que pasa ante mí; el mundo que experimentamos y llegamos a conocer es necesariamente construido por nosotros mismos, y no tiene ninguna pretensión con la visión de otros ni con una realidad ontológica; es así como se pasa a plantear que el sentido de vida de los adolescentes también se verá fuertemente influenciado y confirmado a partir de

las de las percepciones e interpretaciones que de sí mismo y de su entorno haga en ese momento de su realidad.

En el actuar de los adolescentes la congruencia ocupa un papel muy importante, ya que, dependiendo de cómo se desarrolle la misma, es como se evaluaremos si su sentido de vida es auténtico y genuino o es incongruente.

Cuando un adolescente busca la congruencia veremos entonces que abandona progresivamente sus defensas para dejarse invadir por lo que siente, se convierte en su única referencia. No depende ya de normas exteriores introyectadas o supuestas a su experiencia moral, sino que escoge lo que le parece más adaptado a la situación presente tal como puede captarla, oponiéndose, si es necesario, a las normas de su ambiente no por anticonformismo sino por una preocupación de autenticidad, pesando su responsabilidad.

Son los sujetos congruentes, creadores de sus normas, de sus tipos de relación con los demás, del sentido que dan a su vida, a su actividad profesional quienes hacen evolucionar a su entorno, logrando incluso un impacto sobre la sociedad desproporcionando a su número.

Estas personas nuevas tienen confianza en su propia experiencia vivida y desconfían profundamente de toda autoridad exterior. Ni papá, ni juez, ni universitario, pueden convencer a esas personas de cualquier cosa que no se base en la experiencia personal.

En otras palabras, se puede decir que cuando se vive en la congruencia, se ha aprendido a discernir, dentro de sus experiencias, lo que es verdaderamente él o ella de lo que es transitorio. Por eso cada adolescente debe ser muy sincero consigo mismo a fin de determinar qué es lo que quiere y qué es lo que puede conseguir. Por ello se advierte que para descubrir y vivir un sentido de vida auténtico se necesita silencio, reflexión, experiencias y tiempo.

Durante el proceso de formación, los adolescentes se ven obligados a encontrar su sentido de vida en relación con los de la familia. Por una parte, los padres exitosos brindan a los hijos raíces y un sentido de seguridad en un ambiente en el que se sienten amados y aceptados. Por otra, los alientan para que se conviertan en adultos autónomos capaces de funcionar de modo independiente en la sociedad. La forma en que los padres interactúan con los adolescentes influye de modo decisivo en que estos encuentren su sentido de vida.

Los padres y las madres influyen en sus hijos adolescentes de distintas maneras su sentido de vida. Los padres suelen estimular por tradición el desarrollo intelectual y la fuerza física de los adolescentes. La relación de los adolescentes con su madre es mucho más compleja. La interacción con la madre suele darse en áreas como los quehaceres domésticos, las responsabilidades las actividades familiares, la disciplina familiar tanto en casa como afuera de ésta y las actividades recreativas.

Muchos adolescentes se entregan a conductas riesgosas como el sexo sin protección y el abuso de drogas, afectando y desviando su sentido de vida.

2.2 La importancia del sentido de vida en la actualidad.

El sentido de vida se ha venido investigando durante las últimas cuatro décadas, descubriendo datos de interés para el ámbito psicológico, como su relación inversa con el afecto negativo, siendo, tal vez, la depresión, la relación inversa más estudiada y reportada. Este hallazgo es de suma importancia si se tiene en cuenta que las personas con bajos niveles de sentido de vida reportan una mayor ideación suicida. (Castellanos et al, 2013, p. 72).

En el campo de las adicciones, se observa lo mismo, las personas con problemas adictivos presentan menos niveles de sentido de vida. En el área clínica, la recomendación para los profesionales es examinar atentamente el sentido vital como

eje fundamental de trabajo, particularmente, en personas que sufren trastornos de personalidad, especialmente trastorno antisocial. En términos generales, décadas de investigación sobre el sentido de vida han demostrado que las personas con baja percepción del mismo tienden a la depresión, ansiedad, son menos felices y menos satisfechas con sus vidas, presentan mayor estrés psicológico, más psicopatología y problemas clínicos, tienden a consumir más drogas y presentar más conductas disruptivas que personas con mayores niveles de sentido de vida. Contrariamente, quienes tienen un mayor sentido de vida presentan un menor impacto de eventos traumáticos vividos y mayor bienestar, afecto positivo, adecuado afrontamiento y felicidad general. (Castellanos et al, 2013, pp. 72,73).

Por su parte, la logoterapia concibe el sentido de vida no solo como tener metas en la vida, una sensación de logro o simplemente la perspectiva que cada uno asume en un contexto dado, pues una cosa es el significado situacional atribuido a un contexto particular y otra el sentido de vida descubierto en dicha situación. (Castellanos et al, 2013, pp. 72,73).

Proyectar la vida y sentir la vida, evidentemente son dos escenarios distintos que movilizan el actuar humano pero que se complementan entre sí, tal como sucede con el hacer en la vida y el ser en la vida. Sin duda, son dos procesos necesarios para la condición humana.

La discusión de los estudiantes frente al proyecto y al sentido de vida se enmarcar en lo siguiente:

El proyecto de vida debe ser uno; y uno lo debe construir desde su ser; desde lo que le gusta y hacia donde quiere llegar; pero pues si miramos es obvio que tiene errores porque la educación preliminar no nos está ayudando, no nos está dejando las herramientas suficientes, porque un test que le arroja un computador no es suficiente para decidir usted que va a hacer con en su vida; sino que por el contrario debería ser a través de vivencias, a través de experimentos.

Mientras el sentido de vida hace referencia a las significaciones que cada persona le otorgue a su vida, los proyectos de vida corresponden a las metas que una persona desea alcanzar a lo largo de la historia. Así mismo, hablar del sentido nos remite al ser, al proyecto le concierne el hacer; este último se tramita a través de un plan o un esquema que demarca la vida, y su desarrollo se circunscribe en una lógica operativa que hace posible dicho plan, y efectivo el esquema. Es tan importante el sentido de la vida como el proyecto a través del cual nos involucramos en la vida escolar y laboral; sin embargo, los niveles escolares han centrado más su atención en la construcción de proyectos que el descubrimiento de sentidos. (Valdés-Henao, 2017, p. 10).

La escuela es un escenario donde cada estudiante construye su proyecto de vida; además que la idea de proyecto figura de manera recurrente en nuestra sociedad, estando tan arraigada que parece poco efectiva actuar si dicho proyecto no existe. Incluso desde la escuela se habla de proyecto educativo institucional, de los proyectos de aula, e incluso de proyectos personales tanto en el estudiantado como en el profesorado; pero tales proyectos son lineales y planeados, en los cuales no caben, o por lo menos se evitan a toda costa, la incertidumbre y la contingencia; por ello se remiten a la idea de sentido en lugar de proyecto. Del mismo modo, por sentido se entiende la construcción de una trayectoria donde lo incierto tiene mayor cabida y constituye el escenario de acción permanente; sin olvidar que, siguiendo la misma tarea, la construcción del “sentido de vida” no tiene un carácter voluntarista ni individualista, sino más bien social.

La discusión entre el sentido y el proyecto de vida no debe darse por terminada, sino que debe invitar a reflexiones continuas que permitan la construcción de puentes entre una y otra, además de constantes conexiones entre el ser y el hacer.

El sentido no puede presentarse como un proyecto terminado, sino como un proceso que permite realizar actos de reflexión, y dichos actos no se deben atravesar

por la tecnificación sino por las reflexiones que se producen naturalmente entre cada maestro con sus estudiantes. Si bien los proyectos han sido sobrevalorados y los sentidos han sido subvalorados, estas dos instancias presentan un valor altamente vinculante no solo con la escuela sino con la sociedad en mas amplio espectro, ya que es en el tejido producido entre estas dos donde cada persona se vincula con un mundo psicosocial y propende por su permanencia en este. Esto nos permite comprender que cuando el ser y el hacer se extinguen o se disocian, y cuando los sentidos de vida se confinan a los proyectos de vida, se empieza a generar la deserción universitaria, pero la deserción de la vida misma. (Valdés-Henao, 2017, pp. 11, 12).

Por otra parte, se observa en la sociedad actual, especialmente en los jóvenes, la carencia de ideales y propósitos definidos. Autores como Viktor Frankl y Carl Roger, que han trabajado el tema del sentido de vida, tanto en terapia como en educación, coinciden en señalar la importancia que este tiene en las acciones y comportamientos de la persona; explican que, cuando se tiene claridad en el significado y los propósitos de la existencia, es mucho mas fácil mostrar un genuino interés y esforzarse por el logro de dichos propósitos, sin perder de vista el rumbo o la dirección que se han fijado.

En tiempos actuales, existe a nivel mundial un gran numero de personas frustradas y obsesionadas por un sentimiento de falta de sentido muchas veces relacionado con un vacío existencial. Este vacío puede manifestarse en actitudes de aburrimiento y falta de interés, así como en una falta de control por su propia vida, carencia de metas vitales y falta de iniciativa para hacer algo o cambiar algo de su entorno.

Se observa también que, a pesar de la sociedad actual, concede gran valor al hecho de que el individuo satisfaga sus necesidades, a las necesidades del sentido que le ha dado escasa importancia. Existen muchas evidencias empíricas de que la juventud es la mas afectada por la falta de sentido; concretamente “fenómenos como la adicción, la agresión, y la depresión son debidos en ultimo termino a la sensación de futilidad”. (Patiño-Armenta et al, 2018, p. 2).

2.3 La logoterapia.

Comparada con el psicoanálisis, la Logoterapia es un método menos introspectivo y retrospectivo. La Logoterapia se dirige al futuro, es decir, a los valores y el sentido que el paciente quiere proyectar en el futuro. La Logoterapia ciertamente, es una psicoterapia centrada en el sentido. Se propone romper el círculo vicioso de los mecanismos de retroalimentación que tanta importancia tienen en el desarrollo de la neurosis. De esta forma no se alimenta el típico egocentrismo del neurótico, sino que se quiebra.

Sin duda aquella definición simplifica muchísimo la Logoterapia. Pero es cierto que, al aplicar la Logoterapia, el paciente ha de enfrentarse con el sentido de su vida y confrontar luego su conducta con ese sentido. Por consiguiente, se trata de una definición válida de la Logoterapia, en cuanto el neurótico pretende eludir su responsabilidad vital; y despertar su consciencia al sentido de la vida es el fundamento para sobreponerse a la neurosis (Frankl, 2015, p. 126).

Logos es una palabra griega que denota “sentido”, “significado” o “propósito”. La logoterapia, también denominada, “Tercera Escuela de Viena de Psicoterapia”, se centra en el sentido de la existencia humana y en la búsqueda de sentido por parte del hombre. De acuerdo con la logoterapia, la primera fuerza motivadora del hombre es la lucha por encontrar un sentido a su vida. Por eso aludo a la voluntad de sentido, encontraste tanto con el principio de placer (o voluntad de placer) del psicoanálisis freudiano como con la voluntad de poder que enfatiza que la psicología de Alfred Adler (Frankl, 2015, p. 126).

En el hombre la búsqueda de sentido de su vida constituye una fuerza primaria, no una “racionalización secundaria” de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico, en cuanto es uno mismo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra el hombre un significado que satisfaga su voluntad de sentido. Algunos autores

sostienen que los valores y el sentido no son más que “mecanismos de defensa”, “formaciones reactivas” o “sublimaciones”. Personalmente no querría vivir en aras de mis mecanismos de defensa, ni estaría dispuesto a morir por mis “formaciones reactivas”. El hombre, no obstante, ¡tiene la capacidad de vivir incluso de morir, por sus ideales (Frankl, 2015, p. 127).

El hombre es capaz de malograr su voluntad de sentido, y en este caso la logoterapia habla de “frustración existencial”. El término “existencial” admite tres significados: 1) la existencia misma, esto es, el modo de ser específicamente del ser humano; 2) el sentido de la existencia; y 3) el afán de encontrar un sentido concreto a la vida personal, es decir, la voluntad de sentido.

La frustración existencial también puede cursar la neurosis. A este tipo de neurosis la logoterapia lo denomina “neurosis noógena”, por oposición a la neurosis en sentido estricto: la neurosis psicógena. La neurosis noógena tiene su origen en la dimensión noológica (del griego noos, que significa “mente”) de la existencia humana, no en la dimensión psicológica. Este término logoterapéutico denota su vinculación con el núcleo “espiritual” de la personalidad humana. Pero conviene recalcar que en la semántica de la logoterapia el término “espiritual” carece de una connotación religiosa: describe y define (antropológicamente) una dimensión específicamente humana.

Las neurosis noógenas no surgen del conflicto entre impulsos e instintos, sino más bien de problemas existenciales (que en una formulación general podríamos calificar de espirituales), y en ellos desempeña una función primordial la frustración de la voluntad de sentido. Es evidente, por tanto, que la terapia más apropiada para las neurosis noógenas no es la psicoterapia tradicional, sino la logoterapia: una psicoterapia que se adentra en la dimensión espiritual. De hecho “logos”, en griego, además de “significado” y “sentido”, también tiene la aceptación de “espíritu”. La logoterapia contempla desde niveles espirituales temas así mismo espirituales, como la aspiración humana a encontrar sentido a la vida o a la frustración de ese sentido (Frankl, 2015, pp. 129 - 130).

El sufrimiento no necesariamente es un fenómeno patológico; más que considerarlo un síntoma neurótico, el sufrimiento puede constituir un logro humano, en especial si nace de la frustración existencial. Niego tajantemente que la búsqueda de un sentido, o la duda de que, si existe ese sentido, proceda o sea resultado de una enfermedad. La frustración existencial en sí mismo no es patológica ni patogénica. La preocupación, o la desesperación, por encontrarle a la vida un sentido valioso revela una angustia espiritual, pero en modo alguno supone una enfermedad.

La logoterapia entiende que su función es ayudar al paciente a encontrar el sentido de su vida; por tanto, procede de un modo analítico el activar en la conciencia el logos oculto de la existencia. Ahora bien, el intento de la logoterapia por recuperar los contenidos de la conciencia no se reduce a los hechos instintivos, sino que también lo fuerzan a avivar las realidades espirituales que inciden en la experiencia, como el potencial sentido de la vida o la voluntad de sentido. La logoterapia difiere del psicoanálisis en la medida en que considera al hombre como un ser cuyo interés primordial consiste en asumir un sentido y realizar un conjunto de valor, y no en la gratificación y la satisfacción de sus impulsos e instintos (Frankl, 2015, pp. 131 - 132).

Sin duda la búsqueda humana de sentido y de valores pueden nacer de una tensión interna, no de un equilibrio interno. Ahora bien, esa tensión es un requisito indispensable para la salud mental. Aun en las peores condiciones, nada en el mundo ayuda a sobrevivir como la conciencia de que la vida esconde un sentido. Hay mucha sabiduría en las palabras de Nietzsche: “Quien tiene un *porqué* para vivir puede soportar casi cualquier *cómo*”. En estas palabras hay un motor de válido para la psicoterapia. Los campos de concentración nazis dan fe de que los prisioneros más aptos para la supervivencia fueron los que se sabían esperados por algún ser querido o les apremiaba acabar una tarea o cumplir una misión.

Lo anterior confirma que la salud psíquica necesita cierto grado de tensión interior, la tensión existente entre lo que se ha logrado y lo que hay que conseguir, o la distancia entre lo que uno es y lo que uno debería llegar a ser. Esta tensión es

inherente al ser humano, y, por lo tanto, es indispensable para el bienestar psíquico. No hay que amedrentarse, pues, al confrontar al hombre con el sentido de su existencia. Únicamente así despertaremos la voluntad de sentido del estado de latencia. Es erróneo y peligroso para la psicohigiene dar por supuesto que el hombre necesita, ante todo, equilibrio interior. Lo que el hombre necesita no es vivir sin tensión, sino esforzarse y luchar por una meta que merezca la pena (Frankl, 2015, pp. 132 - 133).

El vacío existencial es un fenómeno muy extendido en el siglo XX. El vacío existencial se manifiesta sobre todo en un estado de tedio. De hecho, el hastío genera hoy más problemas que la tensión y, desde luego, envía a más personas a la consulta. Lo penoso de esto es que quizá muchos no saben qué hacer con tanto tiempo libre. No pocos suicidios se originan en ese vacío existencial. Y si consideramos que el vacío existencial es una buena excusa, se comprenden mejor las tasas de alcoholismo y la delincuencia juvenil.

Es más, con frecuencia en vacío existencial se presenta de forma enmascaradas. A veces la frustración de la voluntad de sentido se compensa con la voluntad de poder en su expresión más burda: el deseo de tener dinero. En otras ocasiones el vacío de la voluntad de sentido se llena con la voluntad de placer (Frankl, 2015, pp. 134 - 135).

El imperativo categórico de la logoterapia es el siguiente: Actúa como si vivieras por segunda vez y la primera vez lo hubieras hecho tan desacertadamente como estás a punto de hacerlo ahora. Pocas estrategias estimulan más el sentido de la responsabilidad que esta máxima que invita a imaginar, primero, que el presente ya es pasado y, segundo, que el pasado se puede corregir. Este precepto enfrenta al hombre con la finitud de la vida y con la finalidad personal y existencial.

La logoterapia intenta que el paciente tome plena conciencia de su responsabilidad personal; por tanto, lo fuerza a elegir por qué, de qué o ante quién se

siente responsable. De ahí que el logoterapeuta sea el menos indicado, entre los psicoterapeutas, para imponer al paciente algún juicio de valor, porque nunca dejará que el paciente le transfiera la responsabilidad de juzgar su vida. Corresponde al paciente el decidir si debe interpretar su vida con responsabilidad ante la sociedad o ante su conciencia.

La logoterapia no es una labor docente ni misionera. Está lejos tanto del razonamiento lógico como de la exhortación moral. La función del logoterapeuta consiste en ensanchar el campo visual del paciente hasta que visualice responsablemente el amplio espectro del valor y de sentido de su horizonte existencial. La logoterapia no necesita imponer al paciente ningún juicio de valor porque la verdad se impone por sí misma placer.

El sentido de la vida cambia continuamente, pero no cesa. De acuerdo con la logoterapia, podemos descubrir el sentido de la vida de tres modos: 1) realizando una acción; 2) Aceptando los dones de la existencia; 3) por el sufrimiento. En el primer caso, el recurso para alcanzarlo resulta obvio. El segundo y el tercero requieren de una explicación. El segundo modo de descubrir el sentido de la vida se produce con la aceptación de los dones de la existencia; por ejemplo, la conmoción interior ante la belleza del arte, el esplendor de la naturaleza o el amoroso calor de otro ser humano. El tercer modo de encontrarle sentido a la vida es a través del sufrimiento. Cuando hay que enfrentarse a una situación inevitable, inapelable e irrevocable, la vida ofrece la oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo: aceptar el sufrimiento. el valor no reside en el sufrimiento en sí, sino en la actitud frente a él, en la capacidad de soportarlo. (Frankl, 2015, pp. 137 - 140).

Técnicas logo terapéuticas.

- **Dialogo socrático.**

Los diálogos socráticos consisten en desafiar las interpretaciones que el cliente de distintos sucesos (es decir, su sistema de creencias) a través de preguntas basadas en la lógica.

- **Desreflexión.**

Algunas personas prestan una atención excesiva a sus metas o a sus problemas, lo cual genera ansiedad e interfiere con la vida. La técnica consiste en redirigir esa atención de un modo adecuado y funcional.

- **Confrontación.**

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

- **Intención paradójica.**

Justamente el propósito de la técnica logoterapéutica de la intención paradójica es movilizar la capacidad de auto distanciamiento en el marco del tratamiento de la neurosis psicógena. En otras palabras, la tarea de intención paradójica es saltar los mecanismos que impiden enfrentarse a dicha situación. Y esto sucede cortándole las alas a los temores del paciente, o como se expresa de otra forma “tomar al toro por los cuernos”. Sin embargo, en este punto hay que tener en cuenta que la persona que padece neurosis de angustia teme algo que podría suceder.

La intención paradójica se define de la siguiente manera: se indica al paciente desear o proponerse a hacer exactamente aquello que siempre le ha inspirado tanto miedo.

Como vemos, la intención paradójica se trata de una inversión de la intención que caracteriza dicho patrón: la de evitar la ansiedad huyendo de ella.

- **Biblioterapia.**

Es una valiosa técnica que resulta terapéutica cuando se eligen las lecturas adecuadas. No solo libros que den luz a temas en los que se requiere profundizar durante la crisis, sino artículos y frases celebres que inspiran a continuar la lucha y mantener la esperanza. Tener a la mano un fichero de citas o pensamientos alentadores y elegir al azar a una de ella de cuando en cuando, abre un camino de luz.

- **Responsabilización.**

Moverse de la victimización a la responsabilidad es una de las elecciones mas importantes para descubrir un sentido a la vida. Esto incluye varios aspectos: quejarse menos y actuar mas. Separar las responsabilidades para no cargar de mas, ni de menos. Sobre-responsabilizarse convierte también en victima.

- **Clarificación.**

Durante todo el proceso es importante la clarificación, pero especialmente en la fase inicial en la que reina la confusión. Implica:

- Entender qué está pasando.
- Ponerle nombre a la crisis.
- Introspección y reflexión.
- Soledad alternada de compañía significativa.
- Reconocimiento de recursos personales.
- Identificar pérdidas y posibles ganancias.
- Identificar red de apoyo.

(Frankl, 2014, pp. 57-62).

CAPÍTULO III

MODELO Y ÁREA PSICOLÓGICA

3.1 Modelo psicológico: Humanismo.

La psicología humanista se remite habitualmente a la teoría del organismo como su marco de referencia conceptual. Su principio fundamental es la tendencia actualizante del organismo. La psicología humanista, dice Campbell (1984) tiene un solo y único principio, a saber: “que dadas unas circunstancias nutritivas, el ser humano posee el potencial para desarrollarse como una persona sana, que se auto determina, autorrealiza y trasciende”.

Las ideas o conceptos básicos del Modelo Humanista pueden resumirse de la siguiente forma: El ser humano tiene una naturaleza interna intrínseca de necesidades y tendencias direccionales. Existe un impulso natural hacia la autorrealización. El concepto de la autorrealización incluye la necesidad de establecer unidad y coherencia. Los impulsos y tendencias básicas del organismo humanos son de naturaleza positiva.

La personalidad humana se concibe como una organización y un proceso. El hombre tiene enormes potenciales de crecimiento, todavía no realizadas. La Psicología Humanista acentúa el desarrollo de ese potencial, al tiempo que la concepción de una personalidad sana en posición a la visión psicopatológica del hombre y la sociedad.

El concepto de autorrealización resulta pues nuclear en la concepción humanista. Aparece originalmente en la teoría motivacional de Maslow (1943, 1954) como el remate de la pirámide jerárquica de necesidades y se ha ido repitiendo en sucesivos trabajos suyos de forma insistente.

A pesar de posibles matices diferenciales entre los autores que utilizan el concepto (Rogers Maslow, Frankl, Fromm), la suposición básica o general de la que parten, es la misma: existen valores cuya realización o alcance constituyen la finalidad de la vida humana. (Martorell, 2002, p.1).

Los postulados básicos de la psicología humanista son:

- 1) El hombre, como hombre, sobrepasa la suma de sus partes.
- 2) El hombre lleva a cabo su existencia en un contexto humano.
- 3) El hombre es consciente.
- 4) El hombre tiene capacidad de elección.
- 5) El hombre es intencional en sus propósitos, experiencias valorativas, creatividad y reconocimiento de significación.
- 6) La psicología humanista se centra en la persona humana y en su experiencia interior, así como en su significado para ella y en la auto presencia que esto le supone.
- 7) Enfatización de las características distintivas y específicas humanas: decisión, creatividad, autorrealización, etc.
- 8) Compromiso con el valor de la dignidad humana e interés en el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona; para la psicología humanista es central la persona tal como se descubre a sí misma y en relación con restantes personas y grupos sociales.

(Martorell, 2002, p. 4).

La llamada tercera fuerza surge como una refrescante opción terapéutica en la posguerra, alrededor de la década de los cincuenta y como una respuesta a las polaridades surgidas entre el cientificismo del conductismo y el subjetivismo del psicoanálisis y como una reacción lógica del pesimismo del movimiento existencialista europeo.

Esta tercera fuerza prevalece en EUA, compite en un inicio con la corriente existencia surgida en Europa; pero pronto domina el escenario terapéutico por su carácter ingenuo, positivo e idealista.

En la visión humanista la empatía, la consideración positiva, el juicio no inquisitivo y hasta la aceptación incondicional, son las bases de la intervención en la cual el terapeuta participa solo como facilitador para la auto actualización del individuo.

El modelo de trabajo de la escuela humanista está basado en el enfoque centrado en la persona. Esto determina un tipo de relación donde el terapeuta es un facilitador quien acompaña al paciente en un proceso de crecimiento que favorecerá el auto apoyo y desarrollo de los recursos personales del consultante, por consiguiente, la mejoría o superación del trastorno o aflicción que lo aqueja. (Sánchez, 2008, p. 305).

Uno de los principales exponentes fue Carl Rogers, quien comparte con Freud la libre asociación y la técnica de la entrevista libre y no dirigida. La teoría de Rogers está construida a partir de una sola tendencia actualizadora, epigenética y universal para todos los pacientes, la cual puede definirse como una motivación innata para desarrollar potenciales hasta el mayor límite posible.

De la misma forma que Maslow, Rogers cree que se les dejamos a su libre albedrío, los animales buscarán lo que es mejor para ellos; conseguirán la mejor comida, por ejemplo, y la consumirán en las mejores porciones posibles. De acuerdo con Rogers la necesidad de desarrollar una ideal del yo, es una causa de angustia, sobretodo cuando hay discrepancias entre el yo real y el yo ideal.

En la corriente humanista la intervención psicológica tiene una agenda centrada en el paciente, se basa en el principio de escucha, confidencialidad, respeto y empatía, favoreciendo un clima cálido y confiable. Por todo esto la intervención conste en crear condiciones de aprendizaje significativo que permite aprender de nuestras experiencias y ayudar a crear una vida plena y profunda.

La terapia Gestalt pertenece a la corriente humanista, puede definirse como el estudio del organismo humano y sus relaciones dentro de un contexto único, es

holística, atiende la existencia total del individuo, sin perderse en cada síntoma incluyendo el campo o ambiente afectándolo y afectarse por éste; en esta corriente se busca formar psicoterapeutas quienes promuevan el crecimiento psicológico y emocional de los individuos. (Sánchez, 2008, p. 306).

a) Antecedentes del modelo.

La psicología humanista es fundamentalmente un movimiento programático, surgido en Norteamérica en la década de los sesenta, orientado a promover una psicología más interesada por los problemas humanos, que sea “una ciencia del hombre y para el hombre”.

El mismo Maslow, considerado generalmente su inspirador, nos recuerda que el movimiento de la Psicología Humanista “no es obra de un solo líder o de un gran hombre que lo caracterice, sino de muchas personas”, como Erich Fromm, Kurt Goldstein, Karen Horney, Gordon Allport y Henry Murray entre sus antecesores y Carl Rogers, Rollo May, Gardner Murphy o Erik Erikson entre sus coetáneos. (Villegas, 1986, p. 11).

El movimiento de la psicología humanista con sus grandezas y sus miserias es, en consecuencia, un fenómeno genuinamente americano. Lo es por sus promotores y por las fuentes en que estos se inspiraron.

Aunque planificada durante la década de los cincuenta y ampliamente difundida a partir de los sesenta, la Psicología Humanista se incubó en los treinta con la obra de Gordon Allport y Henry Murray. Su concepción de la personalidad y de la motivación o de las necesidades específicamente humanas era un primer paso en la confrontación con el conductismo.

En la década de los cuarenta y cincuenta empiezan a abrirse paso las nuevas tendencias terapéuticas de Rogers. Un artículo de Maslow sobre motivación lleva por

titulo “La teoría de la motivación humana”. El primer año de la década de los cincuenta se ve la aparición del estudio de Maslow “Self-actualizing people: a study of psychological health”, en el que expresa los principios que llevan a la autorrealización.

La década de los sesenta se convierte en el lanzamiento y consolidación de la Psicología Humanista. (Villegas, 1986, p.19).

La amplitud pragmática de la Psicología humanista permitió en un momento histórico determinado, la década de los sesenta, agrupar bajo la etiqueta común de “humanista” a un conjunto de autores, que hasta entonces habían actuado de forma autónoma e independiente en los diversos campos de la psicología, preferentemente en la psicoterapia y psicología de la personalidad. Se citan entre los mas notables a Allport, Maslow y Murray.

El ideario pragmático de la Psicología Humanista no se dirigía, pues, inicialmente contra las aportaciones del psicoanálisis o del conductismo como métodos de trabajo, sino contra la autolimitación voluntaria de su objeto de campo de la patología o de la conducta observable. Lo que proponían los promotores de la Psicología Humanista era “una completa descripción de lo que significa existir como ser humano”. (Besora, 1976, pp. 23, 24).

La psicología humanista, en su sentido mas amplio, incluye a todos aquellos autores que han desarrollado sus propuestas apuntando a una cierta concepción del ser humano, del objeto de la psicología, de la patología, de la intervención psicológica y del método para obtener conocimientos sobre todo lo anterior que se engarza en la tradición filosófica humanista. Considerada de este modo, es en la primera mitad del siglo XX cuando surgen las primeras aportaciones de peso: en muchos aspectos la obra de William James en Estados Unidos y las de Ludwing Bingswanger y Medar Boss, entre otros, en Europa. Sin embargo, la psicología humanista, bajo esta denominación y como movimiento relativamente organizado, se gesta durante la década de los cincuenta y sesenta del siglo XX. En su aparición se pueden identificar

influencias de tres tipos a) filosóficas; b) sociales y culturales; y c) propiamente del ámbito de la psicología.

Desde una perspectiva estrictamente psicológica, el movimiento de la psicología humanista nace con la pretensión de configurarse como una alternativa a la visión del ser humano que proporcionan tanto el psicoanálisis como el conductismo (las dos grandes fuerzas de la psicología en esos años), de ahí que este movimiento también sea conocido como tercera fuerza. (Martorell, 2002, p. 1).

b) Principales exponentes.

*** Abraham Maslow (1908 – 1970)**

Es una de las figuras más conocidas del movimiento de la psicología humanista; su influencia y su prestigio le llevaron a ser elegido en 1968 presidente de la American Psychological Association. Comparte con otros representantes del movimiento humanista el intento de formular un sistema holístico abierto a la variedad de la experiencia humana y, por tanto, el rechazo al establecimiento de un método único para acercarse a esta diversidad.

Posiblemente, una de las peculiaridades del trabajo de Maslow sea su interés por las personas humanamente excepcionales, lo cual puede marcar una diferencia con los sistemas que han obtenido sus datos de la patología o con los que los obtienen de la norma. De este modo, se trataría de ir conformando una visión de la humanidad que muestra lo que el hombre puede llegar a ser.

A partir de lo anterior se entiende que el concepto central en la psicología de Maslow sea el de la autorrealización, entendida como la culminación de la tendencia al crecimiento que Maslow define como la obtención de necesidades progresivamente superiores.

Con relación al tema de la satisfacción de las necesidades, Maslow establece su jerarquía de las necesidades, quizá la más conocida de sus aportaciones. Esta jerarquía es como sigue: necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad, necesidades de pertenencia y amor, necesidades de estima, y necesidades de desarrollo de autorrealización. (Martorell, 2002, p. 25).

***La terapia Rogeriana.**

Las propuestas de Carl Roger (1902 – 1987) son, quizá, las más influyentes y conocidas de entre las que surgieron dentro del movimiento humanista. Su enfoque terapéutico, la terapia centrada en el cliente, también es conocida como terapia no directiva. La hipótesis central de este enfoque la establece así brevemente Rogers: el individuo posee en sí mismo medios para la auto comprensión, para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento auto dirigido; estos medios pueden ser explotados con solo proporcionar un clima determinado de actitudes psicológicas favorables. De un modo resumido, la terapia centrada en el cliente parte de dos premisas fundamentales:

- 1) La confianza radical en la persona del cliente.
- 2) El rechazo al papel directivo del terapeuta.

Para Roger el ser humano nace con una tendencia realizadora que, si no se falsea o se tuerce por los sucesos de la crianza, puede dar como resultado una persona de pleno funcionamiento, es decir, alguien permeable a nuevas experiencias, capaz de reflexión, espontáneo, y capaz de valorar a otros y a sí mismo.

Rogers se interesó particularmente por la comprensión y descripción del proceso de cambio en las personas cuando estas se sienten aceptadas y comprendidas tal como son por el terapeuta. (Martorell, 2002, p. 27).

En su autobiografía, Carl Rogers se describe a sí mismo del siguiente modo:

Soy un psicólogo, un psicólogo clínico y creo que un psicólogo de orientación humanística; un psicoterapeuta profundamente interesado por la dinámica del cambio de la personalidad; un científico dentro de los límites de mis posibilidades para medir el cambio; un educador estimulado por la posibilidad de facilitar el aprendizaje; un filósofo de poca envergadura, preocupado por la filosofía y la psicología de los valores humanos. (Rogers, 1972, citado por Castanedo, 2008, p. 253).

Las teorías de Rogers a veces se infieren casi imperceptiblemente de la acción terapéutica y en otras ocasiones, se plantea como una conceptualización rigurosa articulada que desemboca en definiciones operativas de variables medibles.

Cronológicamente hablando, podría pensarse que hay una evolución entre una fase subjetivo-intuitiva, a una fase experimental objetiva. Roger tiende a efectuar una síntesis entre las dos aproximaciones mencionadas.

Pero en realidad el proceso es más complejo porque ambas coexisten desde el principio hasta el fin en la obra de Rogers. Su intención es la de conciliar e integrar el método clínico con el método experimental.

Rogers trata de satisfacer y de integrar dos exigencias aparentemente contradictorias: Una fenomenológica y una experimental. Se puede relacionar esta doble orientación del pensamiento rogeriano con los conflictos que se manifiestan al inicio de su vida profesional, en su indecisión entre las ciencias de la naturaleza y la religión. (Castanedo, 2008, p. 259).

De este modo, las hipótesis fundamentales de Rogers no son en su origen más que la formulación subjetiva de su experiencia de terapeuta y de la experiencia de sus clientes. Nos la presenta en su estilo subjetivo y concreto, voluntariamente no desligado ni abstraído de la experiencia.

Él mismo dice que se trata de actos de fe y de creencias, pero al mismo tiempo señala que en esto no difiere de cualquier hipótesis científica en medida en que unas y otras estén abiertas y sujetas a la verificación de la experiencia.

Epistemología de Rogers:

Se puede confiar en la propia experiencia:

Uno de los principios fundamentales que tardé más en descubrir y que continúo descubriendo, es que cuando siento que unas de mis actividades son buenas y que vale la pena continuarlas, ésta es la prueba de que debo continuarlas. Dicho de otro modo, he aprendido que mi apreciación orgásmica de una situación es más digna de confianza que mi intelecto.

Una evaluación hecha por otro no sirve de guía:

Los juicios de los otros no pueden nunca servirme de guía, aunque tenga el deber de escucharlos y tomarlos en cuenta. A mis ojos, la experiencia es la suprema autoridad. Mi propia experiencia es la piedra de toque de toda validez. Y esto no porque sea infalible. Es la base de toda autoridad porque puede ser siempre verificada por medio primarios.

Es placentero discernir un orden en la propia experiencia:

Por eso he llegado a considerar la investigación científica y el proceso de elaboración de ideas como medios para descubrir un orden interno en la experiencia significativa. La investigación es un esfuerzo constante y disciplinado para dar sentido y orden a los fenómenos de la experiencia subjetiva. Solo existe para una razón válida para continuar con una actividad científica: satisfacer mi necesidad de encontrar significación.

Los hechos son amigos:

Por ello, aunque detesto tener que revisar todavía mis opiniones y tener que abandonar mi forma de percibir y conceptualizar, he acabado por reconocer, a nivel más profundo, que esta difícil reorganización es la que se llama aprender

y que, por desagradable que sea, conduce siempre a una percepción mas satisfactoria, por ser mas exacta, de la vida. (Rogers, 1972, citado por Castanedo, 2008, p. 261).

La originalidad de Rogers no es menor cuando se trata del método en psicoterapia. La psicoterapia es un encuentro entre dos hombres; el terapeuta y el cliente. Los únicos factores que operan en la terapia son las disposiciones profundas del terapeuta hacia el cliente, su mayor o menor disponibilidad hacia sus propias emociones y las del cliente; su grado de autenticidad y coherencia interna. El arsenal conceptual, metodológico y técnico del terapeuta sirve de vehículo a sus actitudes, un vehículo que no puede faltar ya que es producto de las mismas actitudes, pero que no tiene ninguna eficacia. Si el terapeuta se imagina que conduce racional y técnicamente la terapia, por un lado, se engaña y por el otro, se aleja de una terapia efectiva, porque rehúsa aceptar sus propias emociones y la relación viva en el tiempo. El cliente no es ni objeto de conocimiento, ni objeto de acción. Es un sujeto en relación, respecto al cual otro sujeto, el terapeuta, se sitúa. Para descubrir esta situación es necesario y suficiente caracterizar la actitud del terapeuta hacia el cliente en relación. Entre el terapeuta y el cliente no se interpone ni un papel social, ni un sistema conceptual o metodológico. Se trata de una relación humana, integral y autentica, puede decirse que se trata del prototipo de la relación humana. (Castanedo, 2008, p. 261).

De este modo se entiende, que el papel del terapeuta dentro de la terapia clínica, no ha de ser la de controlar o experimentar con el paciente, sino la de acompañarle al encuentro consigo mismo. La competencia principal del terapeuta dentro de la terapia clínica, ha de ser la empatía. Si el terapeuta no logra conectar empáticamente y humanamente con el paciente, no servirá de nada todo su repertorio y recursos técnicos y metodológicos que intente emplear. Ante todo, debe ser el trato humano lo que caracterice a un terapeuta profesional.

- **La terapia Gestalt.**

La psicoterapia gestáltica se define como un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que viva la persona, “en el aquí y en el ahora”, su presente. Uno de los requisitos en su aplicación terapéutica consiste en que el individuo tome conciencia o se de cuenta de lo que está pasando momento a momento dentro de sí mismo y a su alrededor, es por esta razón que en sus comienzos Fritz Perls, su fundador, la llamó Terapia del Darse Cuenta y posteriormente Terapia de la Concentración.

El termino alemán Gestalt significa figura, configuración o totalidad, lo que quiere decir que ningún fenómeno puede ser analizado si no es tomado en su totalidad. En la practica este principio implica que la persona está compuesta de factores físicos, emocionales, intelectuales y sociales, sin olvidar los espirituales; si uno de ellos es afectado los otros sufrirán también las consecuencias.

Warren define la Gestalt como una integración de miembros en contraste con la sumatoria de sus partes, expresado de otra manera significa que el todo es mas que la suma de las partes.

Todo lo anterior explica la importancia que concede la terapia Gestalt al proceso terapéutico considerado en su totalidad, compuesto tanto del contenido o el mensaje verbal que emite el cliente con relación al terapeuta, frente al terapeuta, como de la fenomenología que expresa el mismo cliente en el momento que interactúa con el terapeuta o facilitador del proceso. En muchas ocasiones el cuerpo expresa las necesidades, emociones y pensamientos del individuo con mas claridad que la frase hablada y en muchas otras el terapeuta descubre la incongruencia entre el lenguaje verbal y el no verbal (corporal) de su cliente. (Castanedo, 2008, pp. 307-308).

En esta definición de la terapia Gestalt no puede faltar el objetivo final que se persigue; que el cliente realice, con la ayuda del terapeuta, la transición de depender

del medio, incluyendo al terapeuta, para recibir apoyo, darse él mismo el apoyo que necesita. Para lograr este objetivo, el terapeuta Gestalt tiene que concentrarse, durante todo el tiempo que duren las sesiones de psicoterapia, en la polaridad dependencia-interdependencia, para finalmente indicar al cliente que existen diferentes caminos que puede tomar y ayudarlo a descubrir cuál de ellos es el más adecuado en ese momento de su vida. Con todo, el cliente tiene que decidir por sí mismo; esta es su responsabilidad, tomar decisiones. En este sentido la terapia Gestalt es un enfoque de psicoterapia que considera los trastornos de la persona o su conducta inadecuada como señales dolorosas para el individuo. La resolución de estos consiste en resolver o integrar las fuerzas que representan dos elementos opuestos de un proceso psicológico.

Científicamente, la psicoterapia Gestalt nace en 1912 con la Psicología de la Gestalt o psicología de la Forma desarrollada por Max Wertheimer y sus discípulos Wolfgang Kohler y Kurt Koffka.

Continuando con los aportes de la Psicología de la Gestalt tenemos que a Koffka se debe la ley gestáltica de la pregnancia según la cual: “La organización psicológica será siempre tan excelente como las condiciones dominantes lo permitan”.

Esta ley de la pregnancia mantiene el principio del cierre gestáltico según el cual, toda forma, aunque esté incompleta, tiende a cerrarse para ser percibida finalmente como un conjunto. En psicoterapia la tendencia al cierre, en situaciones inconclusas del cliente, es difícil que se logre por sí sola, esto no ocurre hasta que el cliente revive “en el aquí y en el ahora” el asunto desde el momento en que quedó inconcluso. (Castanedo, 2008, p. 308 - 310).

De acuerdo con los principios de la terapia Gestalt, retomados de la Psicología de la Gestalt, el ser humano vive o siente sus percepciones, necesidades, pensamientos y emociones como procesos en formación y destrucción de *Gestalten* (configuraciones, formas) en las que se da la polaridad de lo que sobresale en ese

momento (figura), y lo que se esconde (fondo). En algunos momentos la figura puede ser el individuo en contacto consigo mismo y el fondo la interrelación entre el individuo y el medio que lo rodea; en otras ocasiones la figura se puede convertir en el fondo y el fondo en figura.

El organismo humano como totalidad, está compuesto de partes que funcionan como una unidad: la persona.

En términos gestálticos la personalidad no es solo la suma total de las acciones e interacciones entre lo psíquico y lo somático, sino también es la manera en que lo psíquico y lo somático interactúan juntos con el medio.

De lo anterior se explica la gran importancia que tiene en terapia Gestalt el darse cuenta. El que la persona tome conciencia de cómo interrumpe su darse cuenta facilitará descubrir sus resistencias o bloqueos, lo que consigue cuando se encuentra “dirigiendo la atención a lo que el cuerpo y su mente hacen y lo que está o no está pasando entre la gente (conductas motoras, simbólicas e interpersonales). Las conductas motoras son aquellas que emite el cuerpo por medio de la postura, el tono de voz, la posición que tiene sentado y al caminar. Para que el terapeuta ayude a que cliente tome conciencia de estos elementos, puede elaborar pequeños ejercicios como “cierre los ojos y relátame qué está sintiendo”, o cuando el cliente emite un movimiento repetitivo del que no tiene conciencia, puede pedirle que lo repita exagerándolo, lo que puede conducirlo a descubrir su significado. (Castanedo, 2008, pp. 313-315).

c) Técnicas del modelo

- Logoterapia.

Víctor Frankl y su familia sufrieron la persecución nazi. Estas experiencias explican la importancia radical que Frank otorga a la pérdida del significado (sentido) en la vida o vacío existencial. La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a encontrar

significado a su vida, porque “la vida es potencialmente significativa hasta el ultimo momento, hasta el ultimo suspiro, gracias al hecho de que se puede extraer significado hasta del sufrimiento”. Para lograr su objetivo, el logoterapeuta se vale de un conjunto amplio de técnicas, como los diálogos socráticos, en los que cuestiona por medio de preguntas las interpretaciones del paciente, la Desreflexión, por medio del cual se entrena al paciente a redirigir su atención de modo que no preste una atención inadecuada al síntoma; y la intención paradójica, en la que por vía del humor, principalmente, se anima al paciente a intensificar su síntoma de modo que se crea un nuevo contexto para su aparición. (Feixas et al, 1993, p. 141).

- La psicoterapia centrada en el cliente, de Carl Rogers.

El método inicial de Roger se basa en la no-directividad, y en la confianza de que el cliente sabría desarrollar su propio camino. Precisamente, la transmisión de esta profunda confianza constituye uno de los ingredientes claves de la terapia centrada en el cliente. (Feixas et al, 1993, p. 143).

Para adoptar una actitud no-directiva o centrada en el cliente, es necesario que estén presentes las tres condiciones o actitudes que su a vez la definen: *la aceptación incondicional, la congruencia y la comprensión empática.*

Aceptación incondicional: Una primera condición consiste en que el terapeuta preste atención a su cliente. Una atención que no sea posesión, que no exija ninguna gratificación personal. Cuando el terapeuta experimenta una actitud calurosa, positiva y receptiva hacia lo que está en su cliente, está facilitando el cambio. Esto implica que el terapeuta acepte realmente el sentimiento que inunda en ese momento a su cliente. esto significa que el terapeuta se preocupa por su cliente, pero no de manera posesiva, sin pue le aprecia en su totalidad de manera no condicionada. Es decir que no se contenta con aceptar al cliente solo cuando tiene ciertos comportamientos, desaprobando cuando tiene otros.

Congruencia: Se entiende por congruencia que los sentimientos experimentados por el terapeuta están disponibles para él, por su consciencia y que es capaz de vivirlos, de ser esos sentimientos y de comunicarlo en el momento oportuno. Nadie alcanza la plenitud de este estado; sin embargo, cuanto mas logre el terapeuta escuchar y aceptar sin temores lo que pasa en él mismo, la complejidad de sus propios sentimientos, mas alto será su grado de congruencia.

Comprensión empática: Cuando el terapeuta adivina los sentimientos y las reacciones personales experimentadas por el cliente en cada momento. Cuando sabe percibir las “desde adentro” tal y como aparecen en él, y cuando comunicar algo de esta comprensión al cliente, entonces se cumple la tercera condición. (Castanedo, 2008, pp. 281-284).

- El análisis transaccional de Berne.

El análisis transaccional puede definirse como el análisis de los intercambios que se desarrollan entre las personas al interactuar unas con otras, constituye una técnica de intervención psicológica que se diferencia entre otras concepciones tradicionales en psicología y psiquiatría, tanto por su enfoque original de la personalidad, su estructura, funcionamiento y metas, como por su forma particular de tratar los problemas conductuales y las dificultades emocionales que aquejan a la persona.

El análisis transaccional es un enfoque racional y sencillo de la estructura y funcionamiento de la personalidad humana, cuyo conocimiento permite comprender mejor el comportamiento de las personas, tanto en su relación con sus semejantes como en su relación consigo mismas. Al fundamentarse en la premisa de que todas las personas tienen la capacidad para aprender a confiar en sí mismas, a pensar por si mismas y a tomar sus propias decisiones, el AT proporciona varios instrumentos conceptuales y conductuales que ayudan a expresar de manera libre las emociones

que facilitan el acceso a la satisfacción de las necesidades superiores del hombre: el afecto y el amor, el amor propio, la confianza en si mismo y la autonomía, todo ello dentro de un contexto humanístico, ético y armónico, que invita al crecimiento y al desenvolvimiento emocional, mental, social y espiritual del hombre. (Castanedo, 2008, p.105).

En sus planteamientos, Berne rechazó la costumbre generalizada en psicología de recurrir al uso de un lenguaje científico, confuso y lleno de expresiones complejas. En su lugar propuso y optó por un lenguaje simple y directo como en el caso de la denominación de los Estados del Ego: Padre, Adulto y Niño o palabras conocidas como juego, guion, caricia. Aunque el lenguaje del AT es sencillo, su teoría es profunda y rigurosamente razonada. (Castanedo, 2008, p.105).

Como modelo humanístico, el AT persigue como objetivo fundamental ayudar al hombre a crecer y desenvolverse plenamente al liberarlo de sus ataduras y compromisos (guiones psicológicos o argumentos de vida, juegos psicológicos y manipulaciones), enseñándole los caminos hacia la autonomía, la intimidad y la autenticidad. Como técnica o instrumento de cambio, el AT proporciona respuestas a múltiples preguntas que las personas formulan habitualmente con respecto a sí mismas, a los demás y a las conductas y motivos de cada cual. Además, el AT proporciona a las mismas personas la responsabilidad con respecto al uso adecuado y oportuno de los instrumentos conductuales ofrecidos al brindarles alternativas para el cambio conductual a través del mejoramiento de sus formas de relación y su emancipación con respecto a un estilo de vida conflictivo. (Castanedo, 2008, pp. 110,111).

- El psicodrama de Moreno.

Cuando se habla del psicodrama, inmediatamente acude a la mente la figura de fundador, Jacobo Moreno. A menudo, también, se piensa que este sistema de

psicoterapia, que tuvo su apogeo hace medio siglo en el Teatro de la Verdad que fundó Moreno, constituye actualmente una forma de practicar la psicoterapia, aun cuando se reconoce el valor que han tenido las distintas técnicas de acciones desarrolladas por Moreno, las cuales han sido retomadas en otros sistemas de psicoterapia; por ejemplo, la silla vacía de la Gestalt y el juego de roles usado en la simulación de situaciones de la vida social. (Castanedo, 2008, p. 187).

Lo que Moreno estableció como el proceso de la representación dramatúrgica en la que el director produce una síntesis entre los personajes actuados espontáneamente, es solo una continuación de lo que sucede en la vida cotidiana cuando los dramas internos de dos o más personas interactúan y se integran. Solo que en la representación dramática esta síntesis posee una dirección para que las experiencias que se han acumulado a través de la existencia tengan un lugar de expresión y reconocimiento, en efecto, es recuperar los dramas internos de las personas de un modo creativo y no dejarlos al azar.

Las categorías dramatúrgicas que Moreno emplea para la descripción y la realización del psicodrama como vehículo terapéutico deben, por consiguiente, considerarse concepciones elaboradas a partir de cómo tiene lugar en la vida cotidiana la experiencia intersubjetiva y la interacción social. Esto se puede apreciar también en la categoría de rol y catarsis. El rol no solo es un concepto para entender y llevar a cabo la representación, es también el medio por el cual la persona asume su propio drama y situaciones sociales relacionadas con él. La catarsis igualmente rebasa el marco psicoterapéutico en Moreno, es la forma en como se da en la vida cotidiana el acto y el proceso creativo. Es para Moreno ese momento de tránsito, contradictorio, en el cual la liberación de sentimientos reprimidos o inhibidos, asociada a la eliminación de estructuras y situaciones perturbadoras, se da junto con la visualización de un conjunto de nuevas alternativas de roles y dramas vitales. (Castanedo, 2008, p. 194).

La danza, los instrumentos y grabaciones musicales, son elementos que pueden ser usados como parte del calentamiento o como parte de la dramatización. Como el calentamiento es una técnica útil, en especial, en grupos que tienden a la intelectualización y que tienen conflictos que se resisten a traer explícitamente. La música, la danza y los instrumentos musicales favorecen la emergencia del protagonista. A pesar del mensaje que pudiera haber en determinado tipo de música, la finalidad de su uso en las sesiones del psicodrama es la de manifestar sentimientos ocultos entre los miembros del grupo o hacia el terapeuta. Además, la música funciona como estímulo para que el cliente pueda manifestar fantasías y contenidos afectivos reprimidos.

Con respecto a la danza, esta puede expresar lo que en ciertos momentos la palabra es incapaz de decir. En momentos en que el grupo se estereotipa en una comunicación verbal pobre, la introducción a la psicodanza suele ser efectiva. La música obra como movilizador de efectos que luego pueden dar lugar a la aparición de la palabra, a la llegada del movimiento y la acción. Si la música actúa como movilizador, la psicodanza permite la expresión del afecto contenido. (Castanedo, 2008, p. 202).

Las aportaciones de Moreno a la psicoterapia abarcan un amplio espectro: introdujo el concepto de encuentro en el ámbito terapéutico en los EE. UU., desarrollo el énfasis en la vivencia del presente (el “aquí y el ahora”), desarrollo técnicas tales como “la silla vacía” y “el juego de roles”, que fueron recogidas por la terapia gestáltica. Cabe destacar también que Moreno fue el iniciador de la “terapia de grupos” y el creador de la sociometría. Todas estas contribuciones tenían en el psicodrama su marco común, de modo que hay autores que defienden que el psicodrama no debe entenderse como una técnica terapéutica basada en la analogía teatral, sino como un sistema terapéutico complejo que abarca las técnicas psicodramáticas, la sociometría y la terapia de grupos.

- Las terapias corporales y energéticas.

Derivados, en su mayor parte, de la influencia de Wilhelm Reich, surgieron en los años sesenta y setenta una serie de enfoques terapéuticos caracterizados por centrar su intervención en los aspectos corporales, limitando el dialogo verbal a aspectos relacionados con los ejercicios corporales propuestos, y cuya conceptualización vincula los conflictos con los bloqueos energéticos localizados en el cuerpo. Seria largo enumerar la diversidad de enfoques y variantes existentes dentro de esta línea, por lo que nos vamos a centrar brevemente en el enfoque bioenergético de Lowen, que es el quizá el mas representativo. (Feixas et al, 1993, pp. 146, 147).

3.2 Área de la psicología: Social.

La psicología social es el estudio científico de la interacción entre las personas y del proceso cognoscitivo generado por esa interacción. Todos los seres humanos vivimos en un constante proceso de dependencia e interdependencia con nuestros semejantes.

Al entrar en contacto con el ambiente social que nos rodea, recopilamos información, la procesamos, y llegamos a emitir juicios. Así, clasificamos a personas y grupos, discriminando con base en el sexo, la edad, nacionalidad, creencias, etc. Y con base en las primeras impresiones que obtenemos acerca de una persona, nos apresuramos a formar una teoría acerca de su personalidad.

La psicología social ha dado creciente importancia a la idea del auto concepto. Nuestro auto concepto es formado, en gran parte, por medio de la percepción de nosotros mismos (nuestro sexo, rasgos familiares, gustos, preferencias, etc.), así como por la percepción de cómo nos comparamos con otras personas.

Es muy simple la pregunta inicial que desencadena todos los cuestionamientos en este tema: “¿Quién soy?”. Las respuestas pueden comenzar por los aspectos físicos,

características de personalidad, hábitos, ideas políticas, preferencias recreativas, estado civil, particularidades personales, etc. Introspección, auto consciencia, observación de nuestro propio comportamiento, y la teoría de la comparación social: son las fuentes que pueden ofrecer algunas respuestas a la pregunta planteada: “¿Quién soy?”. En resumen, el auto concepto se refiere a la idea que tenemos acerca de nuestro complejo y multifacético yo. (Rodríguez, 2005, p.185).

Los grupos son importantes psicológicamente porque son parte ineludible de la existencia humana. Las acciones, los pensamientos, emociones de los sujetos no pueden ser entendidas sin tomar en consideración los grupos a los que pertenecen o los grupos que los rodean. Las personas crecen en grupos (por ejemplo, la familia), trabajan en grupos, aprenden en grupos, juegan en grupos, toman decisiones en grupos y, por supuesto, también luchan o se defienden en grupos.

La relación de la Sociología con la psicología social es muy estrecha y las fronteras entre ambas no son muy claras. Sin embargo, encontramos diferencias en cuanto al método, técnicas y objetivo de estudio. El psicólogo estudia los procesos individuales sobre el trasfondo del grupo. El sociólogo, a la inversa, estudia el desarrollo del grupo sobre el trasfondo de los individuos que componen el grupo. ¿Por qué y cómo se forman los grupos? 1) Atracción hacia los miembros del grupo; 2) Atracción hacia las actividades del grupo; 3) Atracción hacia los objetivos del grupo, y 4) La pertenencia del mismo grupo. Se llama cohesión grupal al “resultado de todas las fuerzas que actúan sobre los miembros del grupo para que permanezcan en el grupo”. (Sánchez, 2014, p. 285)

Para González Núñez, el grupo es una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interinfluyen, con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en cuyo espacio emocional todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas que todos han creado y aceptado o modificado. Según González Núñez las siguientes características definen lo que es un grupo:

- Interacción. Implica una dimensión espacio–temporal donde se relacionan los miembros del grupo.
- Percepciones y conocimientos de los miembros y del grupo. Cada uno es parte del todo, los miembros se dan cuenta de que existe el grupo al cual pertenecen y que su conducta ejerce una influencia en el medio ambiente.
- Motivación y necesidad de satisfacción. En general, los individuos se incorporan a un grupo porque creen que van a satisfacer alguna necesidad de afiliación, pertenencia, éxito, estatus, poder, etc.
- Metas de grupo. Están relacionados con la motivación ya que los miembros del grupo las consideran significativas.
- Organización del grupo. Implica propiedades estructurales que regulan el funcionamiento grupal, como roles, normas y estatus, ya sean estos escritos o no, pactados de manera verbal o no verbal.
- Interdependencia de los miembros del grupo. Los integrantes reconocen, de manera consciente o inconsciente, que poseen necesidades y que para satisfacerlas depende de los demás miembros del grupo. (Sánchez, 2014, 305).

CONCLUSIÓN

La depresión es la principal causa de deterioro en el bienestar psicológico en el mundo. La presente investigación abordó el estudio de la depresión desde una “perspectiva psicológica”, analizando el papel que desempeñan los factores “biológicos, psicológicos y sociales”. Para ello, se propuso un modelo psicológico humanista que tiene en cuenta el papel de la naturaleza social, así como los acontecimientos vitales depresivos y los recursos de afrontamiento, y el apoyo social que conlleva.

Las técnicas logoterapéuticas del Modelo Humanista, son fundamentales y juegan un papel muy importante a la hora de realizar una intervención en pacientes con depresión. A partir de la revisión de este documento se pudo concluir que los cuadros depresivos y los síntomas pueden estar relacionados y pueden potenciarse.

En este enfoque se tomó como referencia la Logoterapia, que tiene como objetivo la búsqueda del sentido de vida ante situaciones adversas que pueden provocar en las personas depresión. Dicha terapia parece ser adecuada para el manejo de pacientes depresivos, puesto que proporciona herramientas para ayudar a contribuir a una mejoría en la calidad de vida por medio del reconocimiento de los propios recursos internos.

Dicha terapia, puede definirse como modelo de pensamiento humanista dirigido a capacitar a los pacientes con depresión a descubrir sus significados de vida. Se dice que la logoterapia es una propuesta psicoterapéutica que se centra en hacer consciencia de la propia libertad, aumentando la responsabilidad de la vida. Tal responsabilidad se relaciona con el hallazgo y vivencia de valores de estar abierto al mundo de forma auténtica.

Para Viktor Frankl el objetivo de la logoterapia es acentuar el dinamismo de la existencia humana, el deseo de realizar acciones que justifiquen el sentido de la vida.

Allí parece el origen de la espiritualidad que conlleva a que el paciente con depresión trascienda a un estado de paz y tranquilidad, mejorando su calidad de vida.

Entre las técnicas logoterapéuticas más efectivas del modelo Humanista para la intervención en pacientes con depresión, se encuentran las siguientes:

Diálogo socrático: Esta técnica es definida como la conversación que busca de manera funcional ayudar al desarrollo del encuentro del paciente deprimido consigo mismo. Se da cuando el paciente deprimido enfatiza los aspectos positivos de su vida, evitando a que se centre únicamente en los aspectos negativos que se relacionan a las causas de su depresión. Ayuda al paciente con depresión a cambiar la perspectiva desde la manera cómo interpreta los acontecimientos, dando por hecho que el paciente busca en sí mismo las respuestas.

Desreflexión: El objetivo de esta técnica es que el paciente con depresión aprenda a ignorar los síntomas, apartando el sufrimiento o preocupación, dado que entre más haya rumiación de algún pensamiento relacionado a la problemática, la persona tiende a desgastarse mentalmente empeorando la situación.

En conclusión, desear estar vivo es quizás la condición más importante, tener consciencia de que es posible vivir bien y no solo sobrevivir. Los pacientes que se dejan vencer mental y emocionalmente por la depresión declinan rápidamente hacia la muerte. No hay que negar que se tengan problemas o luchas diarias, ya que esto no es siempre una actitud positiva. Lo importante es hacerse responsable de la propia existencia personal, y que, aun que haya problemas y factores que desencadenen depresión en personas adultas, la vida tiene sentido hasta el último momento, hasta el último suspiro; porque aún del sufrimiento se puede encontrar sentido.

Ahora bien, a nadie se le puede decir cuál es su sentido de vida, porque es diferente en cada persona y en cada momento. En primer lugar, se puede encontrar un sentido ante la depresión del problema o sufrimiento, en el trabajo profesional o de otro

tipo. En segundo lugar, a través del amor o de la experiencia, de algo hermoso; la belleza, la verdad, el arte, la cultura; o la experiencia de otra persona en su carácter único; es decir, el amor. Además de encontrar un sentido en el trabajo y en el amor, hay otra forma, que otorga un profundo sentido al ser humano. Es el auténtico sufrimiento. Cuando hay un sufrimiento inevitable, lo importante es la actitud. Se puede realizar aquí el máximo potencial humano: el convertir una tragedia personal en triunfo.

En definitiva, podemos concluir del presente análisis de la depresión desde la Logoterapia, que además de los factores biológicos que juegan un papel muy importante en el manejo de la depresión, son las desigualdades sociales, a través de las experiencias y de estrategias de afrontamiento, entre las que podemos incluir las redes de apoyo social disponibles, y las diferencias en los sentimientos de alineación y autoestima, los que tienen un peso significativo en la probabilidad de sufrir una mayor sintomatología depresiva.

Sin duda, sin la presencia de variables sociales, no es posible trazar un mapa explicativo del deterioro psicológico de las personas que las conduce a la depresión. En este sentido, promover la salud mental no es solo una tarea que resida en la capacidad de las personas para cambiar sus estilos cognitivos, sino en la transformación tanto de las condiciones sociales que influyen en nuestra sociedad como de las interacciones sociales en las que se construye un alto sentido de vida.

REFERENCIAS

Belloch Amparo, Sandín Bonifacio, Ramos Francisco, (2009), Manual de psicopatología, Volumen II, Editorial Mc Graw Hill, España.

Butcher James N., Mineka Susan, Hooley Jill M., (2007), Psicología clínica, Editorial Pearson Educación, España.

Cardona Jaramillo Natalia Andrea, (2018), La búsqueda del sentido de vida en relación con los espacios, Sistema de Información Científica Redalyc, Colombia.

Castañeda Martínez Luis, (2009), Un Plan de Vida para Jóvenes, Editorial CeMPro, México.

Castanedo Celedonio, (2008), Seis Enfoques Psicoterapéuticos, Editorial Manual Moderno, México.

Castellanos Morales, Martínez Ortiz, Efrén, Carol, (2013), Percepción del sentido de vida en universitarios, Sistema de Información Científica Redalyc, México.

Feixas Guillem, Miró Ma. Teresa, (1993), Aproximaciones a la psicoterapia, Editorial Paidós, España.

Frankl Viktor, (1988), La voluntad de sentido, Editorial Herder, España.

Frankl Viktor, (1991), El Hombre en Busca de Sentido, Editorial Herder, España.

Frankl Viktor, (2003), Ante el vacío existencial, Editorial Herder, España.

Frankl Viktor, (2014) La psicoterapia en la práctica clínica, Editorial Herder, España.

Frankl Viktor, (2015) El hombre en busca de sentido, Editorial Herder, España.

García Parajuá Pedro, Margariños López Mónica, Médicos residentes de psiquiatría, (2000), Clasificación de los trastornos mentales y de comportamiento CIE 10, Editorial Medica Panamericana S.A. de C.V., España.

González Núñez José de Jesús, (1999), Psicoterapia de grupos, Editorial Manual Moderno, México.

Gutiérrez Sáenz Raúl, (2001), Historia de las doctrinas filosóficas, Editorial Esfinge, México.

Lukas Elisabeth, (2003), Logoterapia, La Búsqueda de Sentido, Editorial Paidós, España.

Martínez Ortiz Efrén, Castellanos Morales Carol, (2013), Percepción del sentido de vida en jóvenes universitarios, Sistema de Información Científica Redalyc, Colombia.

Martorell José Luis, Prieto José Luis, (2002), Fundamentos de la Psicología, Editorial Universitaria Ramón Areces, España.

Morrison James, (2015), DSM-5, Editorial El Manual Moderno, México.

Patiño-Armenta Gloria, García-Hernández Alejandrina, (2018), Desarrollo del sentido de vida en estudiantes de educación superior, Sistema de Información Científica Redalyc, México.

Rodríguez Cecilia, Seydell Pablo, Osimani Javier, (2005), Psicología Social, Editorial EDIUNC, Argentina.

Rogers Carl, (1961), El Proceso de Convertirse en Persona, Editorial Paidós, México.

Sáenz Gutiérrez Raúl, (2001), Historia de las doctrinas filosóficas, Editorial Esfinge S.A., México.

Sánchez Escobedo Pedro, (2008), Psicología Clínica, Editorial Manual Moderno, México.

Sánchez José C., (2014), Psicología de los grupos, Editorial Mc Grall Hil, España.

Valdés-Henao Carolina, (2017), Entre desvinculaciones institucionales y búsqueda de sentido de vida, Sistema de Información Científica Redalyc, Colombia.

Villegas Besora Manuel, (1986), La Psicología Humanista: Historia, concepto y método, España.