INSTITUTO UNIVERSITARIO DE
CIENCIAS DE LA EDUCACION

ESCUELA DE PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

"RELACION ENTRE EL VACIO EXISTENCIAL MEDIDO POR LA PRUEBA P.I.L. Y RASGOS DEPRESIVOS EVALUADOS MEDIANTE LA ESCALA 2-D DE DEPRESION DEL INVENTARIO M.M.P.I."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARIA MAGDALENA SANCHEZ ROCHA

ASESOR
LIC. MA. ELIZABETH RAMIREZ

MEXICO, D.F. 1996

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS
DE LA EDUCACION

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Incorporada a la
Universidad Nacional Autónoma de México

RELACION ENTRE EL VACIO EXISTENCIAL MEDIDO POR LA PRUEBA P.I.L. Y RASGOS DEPRESIVOS EVALUADOS MEDIANTE LA ESCALA 2-D DE DEPRESION DEL INVENTARIO M.M.P.I.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA

MARIA MAGDALENA SANCHEZ ROCHA

ASESOR : LIC. MA. ELIZABETH RAMIREZ

MEXICO, D.F. **1996**

**Agradezco infinitamente a mis padres, hermanos y amigos
el apoyo que con tanto cariño recibí durante mi desarrollo personal
y profesional.**

**A mis maestros por su valiosa colaboración y por su apoyo en la
realización de este trabajo.**

**Al equipo del Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro
Por la oportunidad de compartir una experiencia diferente de vida,
a la cual encuentro sentido.**

PRÓLOGO

A partir de una opción por el servicio profesional dirigido a quienes sufren y a raiz de la propia búsqueda de significado existencial, nace el interés por investigar sobre la experiencia y trabajo del Dr. Viktor Emil Frankl.

RELACION ENTRE EL VACIO EXISTENCIAL MEDIDO A TRAVES DEL PIL Y RASGOS DEPRESIVOS EVALUADOS CON UNA ADAPTACION DE LA ESCALA 2 - D DEL MMPI

I N D I C E

PAGINA

INTRODUCCION

Una de las inquietudes más importantes en la práctica profesional de los psicólogos clínicos es la observación de la divergencia existente en las formas de explicar la conducta humana (normal y anormal) y en consecuencia, su abordaje terapéutico, denotando así diferencias teóricas dentro del ámbito de la dinámica de la personalidad y de la psicopatología.

Ello obliga a entender que en la actualidad no existe nada que pueda decirse, ni un argumento totalmente definido en pro de una teoría y en contra de otra. Ninguna de éstas que intente explicar el comportamiento humano, posee la verdad sobre él, y ésto hace pensar acerca de que la preferencia o inclinación de una teoría sobre cualquier otra, tiene que considerarse como una mera manifestación de fe en una determinada orientación terapéutica, involucrada claro está, la propia personalidad del terapeuta.

Una de las orientaciones psicoterapéuticas dentro del ámbito existencial, es **la logoterapia** que presenta el médico vienés Viktor Emil Frankl, como un modelo de explicación del ser humano (análisis existencial), así como un modelo terapéutico serio y funcional (logoterapia).

El Dr. Frankl supone que el hombre busca fundamentalmente encontrar un significado y un propósito en la vida.

El sentido debe descubrirse y hallarse de manera independiente y por sí mismo. La logoterapia va enseñando al hombre que en el fondo, está penetrado de una voluntad de sentido y que ésta puede frustrarse cuando se cae en el sentimiento del absurdo y del vacío.

El sentido no se puede dar. El sentido debe hallarse, y en cada caso no puede hallarlo sino uno mismo, a través de la propia conciencia moral, que es considerada, desde la logoterapia como el "órgano de sentido".

Los caminos por los que puede hallarse sentido, son primordialmente cuando se realiza una acción o se crea una obra. Un segundo camino es cuando se experimenta algo o a alguien, en toda su unicidad, es decir, al amar. Y una tercera manera se da ante lo que el Dr. Frankl denomina como las "situaciones límites" a las que se enfrenta el hombre, y que están fuera de su control. Éstas pueden ser enfermedades incurables o pérdidas irreparables. La actitud y la postura que el hombre asume ante éstas situaciones, le dan la posibilidad de mostrar su humanidad.

Cuando se falla en encontrar sentido, se experimenta el "vacío existencial".

El vacío existencial no es en sí mismo una neurosis, es más bien una condición humana.

Este estado de vacío, puede dar como resultado una "frustración existencial", como respuesta emocional a lo primero, y en los individuos con predisposición neurótica, puede conducir a un tipo especial de neurosis. Son las llamadas "neurosis noögenas", que describen el abatimiento creado por una combinación de síntomas neuróticos al fallar en encontrar el significado en la vida.

Ante la experiencia del Dr. Frankl en los campos de concentración y las diferentes investigaciones realizadas con posterioridad, el presente trabajo intenta contribuir en esta búsqueda de mayores explicaciones sobre los fenómenos de vacío, frustración y neurosis noögena, que amplíen el trabajo logoterapéutico.

El punto de interés principal de dicha investigación se centra en la posible relación del fenómeno de vacío existencial y rasgos depresivos, no intentando equiparar ambos conceptos, sino relacionarlos con los posibles cuadros psicopatológicos descritos con posterioridad (neurosis noögena y depresión).

CAPITULO I

ANTECEDENTES DE LA LOGOTERAPIA

Todo sistema terapéutico y todo sistema que promueve el crecimiento y desarrollo de la persona, posee un concepto de ser humano en su base y horizonte. En este apartado se intenta dilucidar dicha imagen presente en la perspectiva de Viktor E. Frankl .

Viktor Frankl, médico, neurólogo y psiquiatra, de origen judío es el iniciador de la logoterapia, es decir, una psicoterapia orientada al sentido. Movido por una convicción profunda en el ser humano, se propone presentarlo como un ser que busca continuamente el significado de la propia vida y que, solo en la autotrascendencia, cuando realiza dicho significado, podrá obtener como consecuencia, la realización de sí y de su potencialidad, la felicidad, la alegría, la paz, a pesar del más incomprensible dolor. De esta manera, el sentido de la vida se convierte en el objeto de estudio del Dr. Frankl.

1.- VISIÓN ANTROPOLÓGICA EXISTENCIAL

¿Quién es un ser humano para el Análisis Existencial y la Logoterapia?

La concepción frankliana concibe al hombre como una unidad, formada de cuerpo, mente (psique) y de espíritu (nous) y, se basa en los siguientes principios:

a) El hombre posee una tercera dimensión, que le permite trascender y aspirar a una dimensión superior a la suya.

El significado de esta dimensión se puede explicar con mayor claridad a través del símil del Dr. Frankl: 'Un avión, - escribió - no deja de ser un avión cuando se desliza por tierra. Pero su verdadera naturaleza sólo se manifiesta cuando vuela por los aires. De modo similar, el hombre no deja de ser humano cuando se mueve en el plano meramente psicofísico, no obstante su esencia humana sólo se manifiesta cuando se eleva a la dimensión noética. En esta dimensión se encuentran los fenómenos exclusivamente humanos como el amor, la libertad y la responsabilidad'.

b) La vida del hombre tiene sentido bajo todas las circunstancias, esto es, que el hombre puede enfocar su existencia.

Al mismo tiempo propone cinco características antropológicas propias del ser humano, a saber:

*** EL HOMBRE ES ÚNICO**

El Dr. Frankl afirma que toda persona es única, en el sentido de que tiene que vivir su propia vida, por eso el parte de su propia experiencia.

"El hombre es único y toma conciencia de ello. No hay otro ser humano igual...la conciencia de sí mismo no basta para sentir el significado de ser único. Hace falta el asombro que lleva a la contemplación que aquilata el valor de la vida, de tu vida, de mi vida como única"[1]

Esa conciencia de ser-único es puerta abierta al punto de partida de todo crecimiento humano y de todo proceso terapéutico: la autoestima personal, el cariño profundo, el amor a la propia vida...

"La conciencia de lo único es generadóra de actitudes llenas de sentido, como son la propia responsabilidad y el sentido de admiración y respeto por el tú".[2]

El sentido de lo único no se queda ni se agota en el pensamiento del Dr. Viktor Frankl en la consideración de la dimensión de lo individual, sino que ahonda en el sentido de la unicidad, es decir, el tomar al hombre como una totalidad-en-unicidad.

Así pues, el ser humano no es la suma de cuerpo y alma en oposición intrínseca y permanente, ni está compuesto de partes inconexas como sería el intelecto, el afecto, la voluntad, etc. Tampoco es una imagen genuinamente humana aquella que intente expresar y explicar la totalidad del ser humano, tomando como punto de partida un factor particular que se absolutiza y que sirve por el contrario, para obtener un reduccionismo del ser humano.

---

[1] PAREJA GUILLERMO; **Viktor E. Frankl: Comunicación y Resistencia;** Ed. Premia Editora; Segunda Edición; pág. 131.
[2] Ibidem; pag.132.

El hombre es concebido como unidad y, para subrayar esta unicidad, el Dr. Frankl introduce el concepto de dimensiones: "...el hombre está aprisionado en la dimensión de su cuerpo, y está condicionado en la dimensión de su psique, pero es libre en la dimensión de su nous".[3]

*** EL HOMBRE ES IRREPETIBLE**

En la visión frankliana de ser humano como irrepetible, se señalan dos aspectos implícitos:

- El hombre al tener conciencia de su ser único, concluye de modo natural en su irrepetibilidad. Dicha irrepetibilidad puede favorecer la sensibilización de la conciencia de la libertad y responsabilidad de la propia vida.

- El ser humano descubre que no es reemplazable, pues no es objeto de producción en serie.

Sin embargo, la irrepetibilidad del ser humano no se circunscribe exclusivamente a la consideración de sí mismo, sino al mismo tiempo se proyecta a la de los demás seres humanos, así como a la posibilidad de tomar conciencia de la irrepetibilidad de las situaciones humanas.

"Para ser persona, más auténticamente humana, se ha de descubrir la auto trascendencia o capacidad de apertura radical al tú, a los otros, al mundo".[4]

La irrepetibilidad como característica propia del hombre, tiene una proyección que se hace presente en el desarrollo del proyecto existencial personal. El tomar conciencia de

---

[3] FABRY, Joseph; **La búsqueda de significado**; pag.47.
[4] PAREJA, GUILLERMO; **Viktor...**; pag. 140.

la irrepetibilidad, parte de que la vida tiene sentido, que es como un proyecto y posibilidad de realización.

"Tengo una misión en la que soy totalmente irremplazable: la misión de hacerme responsable de la realización de mi existencia".[5]

En el fluir de la propia existencia se va descubriendo que el hombre va manifestando su irrepetibilidad, por lo cual, el Dr. Frankl hace mención que al hombre no le basta experimentar su existir como ser responsable frente a las posibilidades de realización de los valores, sino que la misión de cuyo cumplimiento se le hace responsable, es siempre una misión especifica.

"La misión no solo cambia de unos individuos a otros, con arreglo al carácter peculiar insustituible de cada persona, sino que cambia también de hora en hora a tenor del carácter singular-irrepetible de cada situación".[6]

*** EL HOMBRE ESTA LLAMADO A LA LIBERTAD**

El tema de la libertad constituye el eje fundamental de la antropología frankliana.

El contacto que tuvo con Sigmund Freud y con Alfred Adler, le plantearon inmediatamente el problema de la libertad humana. Las preguntas se suscitaron en diferentes contextos, pero siempre con un denominador común: ¿El ser humano es realmente libre? y si lo es, ¿qué tipo de libertad tiene? ¿existe libertad real ante las pulsiones del yo, los condicionamientos biológicos y sociales?

---

[5] Ibidem.; pag. 139.
[6] FRANKL, E. VIKTOR; **Psicoánalisis y Existencialismo**; Ed. Fondo de Cultura Economico; pag. 98.

Sin embargo, la postura del Dr. Frankl es la abierta afirmación de que pese a los condicionamientos presentes de los anteriores ordenes (biológico, psicológico y social, entre otros), el ser humano tiene la capacidad de tomar una actitud libre ante ellos. La libertad, en este sentido no es una libertad concebida como carente de obstáculos, sino que para ser tal, tiene que hacer referencia, en sentido negativo, a los obstaculos o condicionantes de los que es capaz de liberarse.

Fueron los años pasados en el campo de concentración durante la segunda guerra mundial, donde Frankl tuvo la real y dolorosa oportunidad de poner a prueba sus hallazgos científicos y sus conclusiones filosóficas, a partir de su propia existencia y la de sus compañeros.

El testimonio propio de Frankl y el de muchos otros prisioneros, es que el ser humano tiene la capacidad de elección. Son muchos los ejemplos que muestran que aquellos seres humanos sí fueron capaces de ir más allá de su apatía y postración general. Dice el Dr. Frankl:

"Los que estuvimos en el campo de concentración recordamos a los hombres que iban de barracón en barracón consolando a los demás, dándoles el último trozo de pan que les quedaba, puede que fueran pocos en número, pero ofrecían pruebas suficientes de que al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas; la actitud personal ante un conjunto de circunstancias, para decidir su propio camino".[7]

---

[7] FRANKL, E. VIKTOR; **El hombre en busca de sentido**; Ed. Herder; pag. 69.

"Fundamentalmente pues, cualquier hombre podía incluso bajo todas circunstancias, decidir lo que sería de él mental y espiritualmente, pues aún en un campo de concentración puede conservar la dignidad humana".[8]

"El hombre puede conservar un vestigio de la libertad espiritual, de independencia mental, incluso en las terribles circunstancias de tensión psíquica y física".[9]

Frankl concluye :

"Dostoyevsky dijo en una ocasión: 'sólo temo una cosa, no ser digno de mis sufrimientos', estas palabras retornaban una y otra vez a mi mente cuando conocía a aquellos mártires cuya conducta en el campo, cuyo sufrimiento y muerte, testimoniaban el hecho de que la libertad íntima nunca se pierde. Puede decirse que fueron dignos de sus sufrimientos y la forma en que lo soportaban fue un logro superior genuino. Es esta libertad espiritual, que no se puede arrebatar, lo que hace que la vida tenga sentido y próposito".[10]

"Nada hay concebible que pueda condicionar al hombre de tal forma que le prive de la más mínima libertad".[11]

Hasta este momento, se ha tomado un aspecto de la libertad: la radical capacidad humana de ejercer la libertad espiritual interior ante el peso casi anonadante de los condicionamientos del ambiente, esto es, que la libertad definida en negativo es una libertad-de, una libertad que postula la superación de una opresión, de una esclavitud.

---

[8] Ibidem, pag. 139
[9] Ibidem; pag. 69
[10] Ibidem; pag. 70
[11] Ibidem; pag. 129

Pero la libertad humana no se queda en el ser solamente una "libertad de" sino que lleva una dirección trascendente que le lleva a convertirse en una "libertad para", es decir, libertad para aquello que constituye el proyecto personal de humanización, es decir, capacidad de responder.

***EL HOMBRE ESTA LLAMADO A LA RESPONSABILIDAD**

El Dr. Frankl considera que la escencia íntima de la existencia humana está en su capacidad de ser responsable.

"En última instancia, el hombre no debería inquirir cuál es el sentido de la vida, sino comprender que es a él a quien se inquiere. En una palabra, a cada hombre se le pregunta por la vida y únicamente puede responder a la vida respondiendo por su propia vida, sólo siendo responsable puede contestar a la vida".[12]

En la actualidad prevalece el anhelo de riqueza, poder, placer o dicha. ¿Pero porqué cuestionarse qué se espera de la vida, en lugar de qué espera la vida de uno?. Quizá no cuestionar a la vida, sino cuestionarse uno mismo frente a ella. Desde esta perspectiva, vivir significaría asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas.

Si se analiza el sentido del término "responder" y específicamente la responsabilidad, se verá que se trata de una capacidad y una actitud. La responsabilidad es la capacidad para responder.

---

[12] Ibidem: pag. 108

Así, el hombre es el ser con la capacidad y la habilidad para responder y, en esta perspectiva, el pensamiento antropológico frankliano considera que el ser humano no es solamente el ser que pregunta, que interroga, sino también el que responde.

"Al declarar que el hombre es una creatura responsable que debe aprender el sentido potencial de su vida, quiero subrayar que el verdadero sentido de la vida debe encontrarse en el mundo y no dentro del ser humano o de su propia psique, como si se tratara de un sistema cerrado".[13]

De esta manera surge una pregunta: ¿de qué es responsable el hombre?. La respuesta se puede extraer de la experiencia humana en su proceso de maduración. Así, cuando el hombre toma conciencia de su "estar en el mundo", descubre que tiene la tarea de hacerse cargo, en primer lugar de su propia vida. La responsabilidad fundamental es hacerse cargo de esta tarea y misión intransferible.

"El ser humano responde:

Ante sí mismo

Ante los demás

Ante Dios".[14]

El lugar donde el hombre responde es la conciencia.

"La conciencia es la dimensión donde el ser humano tiene el privilegio de encontrarse en la desnudez de su mismidad, en su más profunda intimidad en donde se

---

[13] Ibidem: pag. 109
[14] PAREJA, GUILLERMO;**Viktor E. Frankl**...; pag. 147

manifiesta la presencia diagonal de Dios. La conciencia es quien guía a la libertad para que pueda responder de sí, a los demás".[15]

En esta línea, la conciencia manifiesta que el hombre al estar en el mundo, como ser que responde, tendrá siempre delante de sí a las personas y a las situaciones.

Las situaciones que son múltiples y se presentan a modo de preguntas dirigidas a cada ser humano, pueden quedar sin respuesta. Las respuestas implican decisiones y éstas hacen referencia a la libertad humana. Así, en la libertad humana se hace visible la existencialidad, mientras que en la responsabilidad se revela la trascendencia.

Por lo tanto, es para Frankl, responsable de actualizar y realizar los significados y valores en el mundo y en su historia.

***BUSQUEDA DE SENTIDO**

La quinta característica de la antropología existencial frankliana, presenta al hombre en busca de un sentido. Esta actitud es posible porque el ser humano tiene como motivación básica en su conducta, la búsqueda de aquello que le es significativo y valioso.

Esta primera fuerza motivante del hombre, de luchar por encontrarle un sentido a su propia vida, se le denomina voluntad de sentido, que es su motivación humana primaria. También expresa la búsqueda de felicidad, que es siempre la consecuencia de los actos intencionales del hombre.

---

[15] Ibidem; pag. 148

Así es como el Dr. Frankl presenta una nueva y original opción de la propia voluntad:

"Cuando hablamos de una voluntad de sentido, queremos afirmar que, en primer y último término, el ser humano busca y se dirige hacia el sentido... el ser humano según el análisis existencial frankliano... está atraído por el sentido y ante él se decide libremente".[16]

*** EL SENTIDO DE LA VIDA**

El sentido de la vida constituye un privilegio y responsabilidad humana, y la pregunta por dicho sentido se da a lo largo de la existencia. La manera de presentación de la pregunta es variable: puede surgir en el contexto del quehacer cotidiano, en el encuentro con otros seres humanos, o cuando el hombre se ve confrontado con el dolor y el sufrimiento momentáneos o crónicos, con la experiencia de la culpa y la muerte.

Para Viktor Frankl, el significado de la vida difiere de un hombre a otro, de un momento, a otro, de tal modo que es imposible, definir el significado de la vida en términos generales. "Vida" no significa algo vago, sino algo muy real y concreto, que configura el destino de cada hombre, distinto y único en cada caso. Ninguna situación se repite y cada una de las respuestas es distinta. Cada situación se diferencia por su unicidad y en todo momento no hay más que una única respuesta correcta al problema que la situación plantea.

De esta manera, en la búsqueda por el sentido de su vida, el ser humano tiene la libertad para comprometerse en la tarea de encarar los valores de su situación histórica concreta y la libertad para actualizar el sentido que descubra.

[16] Ibidem, pág. 148

En el pensamiento de Frankl, el hombre puede encontrar y des-cubrir el sentido de su vida a través de tres caminos fundamentales o de tres experiencias básicamente humanas, tales como:

1) Los valores de creación; esto es, cuando la persona experimenta que es capaz de ofrecer algo a través de sus creaciones, es decir su trabajo o quehacer.

2) Los valores de experiencia: es decir, cuando la persona encuentra y descubre que no solamente puede dar algo de sí al mundo, sino que puede recibir algo del mundo y este recibir puede ser a través del contacto con las vivencias de tipo estático, la contemplación de las maravillas de la naturaleza, la meditación o el encontrarse con otro ser humano recorriendo los diferentes niveles de amistad hasta el amor profundo.

3) Los valores de actitud; es decir, la posibilidad de descubrir sentido mediante actitudes.

2.- FUNDAMENTOS DE LA LOGOTERAPIA

El Dr. Frankl indica que la logoterapia en teoría presupone la motivación de la vida por el logos (sentido); en la práctica pretende alcanzar una confrontación de la vida con el sentido. De ahí que según dicha línea, el análisis existencial se refiere al análisis del ser responsable. La logoterapia se aplica a la persona que sufre neurosis, para hacerla consciente de su ser responsable, de su ser espiritual.

Guillermo Pareja, logoterapeuta mexicano, menciona que la logoterapia es un sistema psicoterapéutico que se refiere directamente al sentido y por medio de él se aproxima al dolor humano. Logoterapia es el nombre con el que se le conoce a la tercera escuela vienesa de psicoterapia. Parte de la dimensión espiritual y a ésta la considera cualitativamente diferente de la dimensión psíquica; es decir, es inconsciente, irrefleja, irreflexionable. Se trata de la existencia humana.

Dentro de un encuentro logoterapéutico se tiene siempre presente la espiritualidad, integrando lo biológico, lo psicológico y lo social junto con la dimensión espiritual constituyendo la autenticidad misma.

La dimensión espiritual tiene sus raíces en la libertad y responsabilidad de la existencia propia. La logoterapia posee los siguientes elementos esenciales: terapéutica desde lo espiritual y análisis existencial que consiste en la exploración dirigida a lo espiritual; dicho análisis utiliza el método fenomenológico abordando a la persona como sujeto y manteniendo la unidad de la persona espiritual existencial y los valores.

Ante la presentación de un padecimiento psicológico, se procede a determinar si el factor primario es el biológico, el psicológico o el noógeno, a fin de determinar si se está

frente a una psicósis, neurosis psicógena o bien ante una neurosis noógena; y para dicha derterminación intervienen el médico, el psicólogo y el logoterapeuta.

En ésta última (neurosis noógena), la persona vivencía un vacío existencial el cual se caracteriza por depresión, angustia, fastidio, tedio, etc. que no se le considera patológico en sí mismo, pero sí es posible que inicie una neurosis noógena, en la cual la persona siente confusión debida a serios conflictos de valores.

Si el diagnóstico dice tratarse de una neurosis noógena, los informes médicos y psicológicos resultan de ayuda a la logoterapia. Ésta enfoca a la persona como unidad biológica, psicológica y espiritual, incluyendo a lo social, cultural y los valores que implica su búsqueda. De esta manera se devela el significado de la vida, es decir, que el significado de su vida no se encuentre en la enfermedad, sino en la actitud que frente a ella tiene.

"Si quisieramos definir al hombre habríamos de hacerlo como un ser que va liberándose en cada caso de aquello que lo determina (sea tipo biológico-psicológico-sociológico); es decir, como un ser que va trascendiendo todas estas determinaciones al superarlas o conformarlas, pero también a medida que va sometiendose a ellas...Esta paradoja define el carácter dialéctico del hombre, uno de cuyos rasgos esenciales es el permanecer perennemente abierto y problemático para sí mismo: su realidad es siempre una posibilidad y su ser un poder. El hombre no se agota nunca en su facticidad. Ser hombre, podríamos deciri, no consiste en los hechos sino en las posibilidades".[17]

Así, el Dr. Frankl afirma que en el ser humano existe la autonomía de la dimensión espiritual.

[17]FRANKL E. VIKTOR; 1982; pág. 129.

El análisis existencial no da el sentido, ayuda al paciente a encontrarle sentido a su vida. No puede develar un sentido sino solamente una multiplicidad de situaciones concretas que exigen respuestas significativas.

De manera que, una persona con neurosis puede creer que siempre tiene que ser así, sin embargo, es un ser facultativo que puede cambiar si así lo decide. La libertad, la responsabilidad y la espiritualidad, son los existenciales básicos del ser humano, siendo constitutivos y no característicos.

Para Frankl, la libertad humana se ejerce tomando una actitud anté los condicionamientos y ante sí mismo, se trata de una libertad-para.

La vida humana es un proceso hacia una existencia auténtica, la vida es más que nada una misión, y una misión entendida como la responsabilidad de la propia existencia, si no se asume la mencionada responsabilidad, la persona cae en la cosificación, en la intrascendencia en donde no se da la comunión ni comunicación con las personas, no se llega al tú, al nosotros; se cae en la absolutización de las cosas, la alineación, autoenajenación. La persona que cae en lo anterior llega a un vacío existencial, siente que es vivido por la vida y puede hundirse ya a nivel macrosocial, en un conformismo o totalitarismo; su centro lo siente exterior a sí mismo y no en su interior. Así, indica Guillermo Pareja (logoterapeuta mexicano), la logoterapia se dirige al sufrimiento humano, el cual al llegar a ser muy fuerte puede convertirse en síntoma clínico.

3.- EL CONCEPTO DE VACIO EXISTENCIAL

¿Cuál es la actitud y la respuesta del hombre cuando se enfrenta ante situaciones que le afectan en lo más profundo de su ser sin proporcionarles ningún sentido? Cuál es su postura ante la desgracia, el sufrimiento, el dolor o la muerte?.

La inquietud de Viktor Frankl en referencia al problema de las situaciones límites, del vacío existencial y de las neurosis, respondió no sólo a su propia sensibilidad o a las de sus compañeros en los campos de concentración, sino a su preocupación profesional por dar respuesta a la situación social-histórica que vivió Austria a consecuencia de la primera y segunda gurerra mundial. Mucha gente vivió los efectos del "sin sentido" del conflicto manifestado en orfandad, abandono, mutilaciones, problemas emocionales traumáticos, inseguridad y depresión, que en última instancia se engloban en una pérdida de sentido de la vida. A continuación se describirán estos tres apartados:

a) SITUACION LIMITE = TRIADA TRAGICA

Este apartado hace referencia a algunos aspectos de la antropología de Karl Jasper cuando se refiere a la condición humana ante las situaciones límites. Según Jasper son situaciones ineluctables ante las que necesariamente se tiene que hacer una opción fundamental en la actitud vital. Esas situaciones son: la historicidad de la existencia; la necesidad de asumir responsablemente una actitud ante ella; la relatividad inherente a todo lo fáctico que no puede llenar y satisfacer la muerte y el sufrimiento, que no se pueden eludir mientras se 'está en el mundo', y por último, la culpa que proviene por la ausencia de franqueza en las decisiones y acciones de sinceridad en el encuentro.

Ignacio Larrañaga define la situación límite como:

"Situaciones o realidades que nos desagradan o nos provocan rechazos, y, que no está en nuestras manos solucionarlas o son esencialmente insolubles".[18]

Con gran concisión Larrañaga lo expresa así:

"No hay ser humano que pueda decir que él no ha fallado, que él no sufre y que él no morirá".[19]

Esta es la postura del autor ante lo trágico, ya que intenta hacer consciente en el ser humano que no hay aspectos trágicos en su condición ante los cuales no pueda tomar, postura, por su libertad y responsabilidad, para trasmutar la dimensión trágica en un logro, en un crecimiento humano.

b) EL VACÍO EXISTENCIAL

El vacío existencial surge cuando se frustra la búsqueda de sentido por parte del hombre, y puede surgir de un huir de sí mismo porque lo pone frente a su situación real.

El hombre en razón de su autotrascendencia, como ya ha sido mencionado anteriormente, es una esencia en busca de sentido. En el fondo está dominado por una voluntad de sentido, pero esta voluntad se encuentra ampliamente frustrada cuando fracasan sus aspiraciones y empeño de dar a su vida un significado que la haga digna de ser vivida.

---

[18] LARRANAGA IGNACIO, **"Del sufrimiento a la paz"**; Tercera edición; Ed. Librería Parroquial de Clavería; pag. 50.
[19] PAREJA GUILLERMO; **"Victor E. Frankl..."**; pag. 109

Para Frankl el vacío existencial se explica de la siguiente manera:

"...Contrariamente al animal, los instintos ya no le indican al hombre lo que tiene que hacer y las tradiciones no le dicen lo que debe hacer y a menudo, éste ni siquiera parece ya saber lo que quiere realmente". [20]

El hombre sufre de un sentimiento de carencia de sentido de la propia existencia, en donde no hay una visión de los valores, en donde se queda con las manos vacías en ésta su exigencia de encontrar un sentido a la vida.

El vacío existencial se manifiesta con diversas caretas y disfraces. El hombre existencialmente frustrado no conoce o no sabe con qué puede llenar su vida.

El principal síntoma de ese vacío es el sufrimiento, el hastío o el fastidio en la propia existencia. Esto mismo puede ser muy peligroso; pues en la actualidad se puede ver ese tedio presente en la sociedad: jóvenes que se entregan al vicio del alcoholismo o drogadicción como evasión a sus conflictos, la delincuencia como posible desprecio a la autoridad, el confundir el ser con el tener, es decir, el buscar prestigios, honores, títulos, independencia financiera, etc., en vez de buscar en una introspección, su propia identidad. Tedio que se manifiesta también en un no saber el modo de emplear el tiempo libre, hasta llegar al asesinato o al mismo suicidio.

Joseph B. Fabry, hace su aportación acerca del vacío existencial, escribiendo:

"La represión de la voluntad de sentido del hombre le hace sentir que su vida carece de finalidad, incentivos y obligaciones, que sus actos no tienen ninguna repercusión, que la vida lo agobia y que él es tan insignificante como un insecto arrollado por una aplanadora:

[20] FRANKL E. VIKTOR;"**La Voluntad de Sentido**; pag. 16

llega a sentir que está sometido irremediablemente a circunstancias que escapan a su gobierno, que está atrapado, que ha sido derrotado por la vida".[21]

Eugenio Fizzotti, uno de los más prestigiados discípulos de Frankl, de la Universidad de Roma, dice:

"En la perspectiva del quietismo más absoluto, de la apatía, del aburrimiento, del desinterés, de la irresponsabilidad, el razonamiento asume un puesto central sobre la frustración existencial, el vacío interior en que se hunde el hombre que de pronto ve su existencia desposeída de un significado".[22]

La sensación de pérdida de la actitud de que la vida no es significativa, está aumentando y extendiéndose en el mundo de hoy, pues ante la calidad de vida que lleva el hombre, preso por el frenesí del éxito y del bienestar, éste corre el riesgo de olvidar lo más importante: él mismo.

c) NEUROSIS EXISTENCIAL

El vacío existencial y la frustración, pueden ser punto de partida, o bien, pueden terminar en un conflicto neurótico y llegar a ser causa de varios padecimientos o enfermedades psíquicas.

El hombre, según Frankl, enferma espiritualmente por el sentimiento de falta de sentido, por las desviaciones en la voluntad de sentido, por la frustración de su empeño y su aspiración a invertir en su existencia tanto sentido como sea posible y realizar en su vida

[21] FABRY JOSEPH B.;**La búsqueda de significado**; pag. 58
[22] FIZZOTTI EUGENIO; **De Freud a Frankl**; pag. 153

tantos valores como sean posibles. Frankl califica a este padecimiento como neurosis existencial o noógena:

"Sentimiento de insatisfacción, carencia de sentido, despersonalización y deshumanización".[23]

Este trastorno neurótico se desencadena desde la dimensión espiritual -existencial ó noética-. Nace de los conflictos humanos de tipo existencial, por ejemplo, desde la libertad, la responsabilidad y deber moral.

[23] FRANKL E. VIKTOR; **"Psicoterapia y Humanismo"**; pág. 13

CAPITULO II

EL CONCEPTO DE DEPRESIÓN

Desde la antigüedad griega hasta cerca de 80 años, depresión fue un término estrictamente ordinario, sin adaptación técnica alguna; no tenía implicación directa en la medicina y menos aún, en lo que después se diferenció como psiquiatría. Designó el estado o situación del sujeto triste, desganado o afligido, sin que estas condiciones supusiesen un estado mórbido determinado, y por lo mismo no fueron objeto de ningún trabajo notable.

En 1898, Kraepelin introdujo en su clasificación de las enfermedades mentales la psicosis maníaco depresivas, y con esto el vocablo **depresión** quedó definitivamente incorporado a la psiquiatría.

La depresión no se encuentra unívocamente definida, sino que toma acepciones variables según se aplique a hechos distintos.

1.- DIFERENTES ENFOQUES SOBRE LA DEPRESIÓN

- EL ENFOQUE FENOMENOLOGICO

Según este concepto, la depresión consiste en la baja general y primaria de la afectividad, considerando la afectividad como una función cerebral dependiente de un sustrato anatómico.

Papez (1937) hizo descansar el estado interno que traduce los afectos en hipotálamo, núcleo anterior del tálamo, circunvolución del cíngulo o hipocampo. Las interconexiones de estas estructuras y otras que se agregaron posteriormente han sido verificadas experimentalmente como sustrato de la emoción, incluso a nivel humano, como lo hizo Penfield. La depresión, para este enfoque, se halla ligada a una de estas estructuras, presumiblemente a nivel funcional, pero en todo caso se trata de una manifestación endógena (entendiendo por endógeno un mecanismo cerebral central).

- EL ENFOQUE DE VAN PRAAG (1965)

Praag describe la **depresión vital**: Se presenta sin razón alguna aparente, no está motivada, es incomprensible y, en apariencia, absurda. La contrapone a las 'depresiones personales' congruentes con la situaciones del ambiente y cuyos principales síntomas pertenecen a la esfera emocional. La depresión vital comprenderá, además de los sentimientos emocionales de la depresión, síntomas de retardo junto con un decaimiento generalizado, tanto de la capacidad intelectual como de la capacidad física; dificultades en el pensar; sentimientos de indiferencia; receptividad emocional disminuida y pérdida del apetito, utilizándose la expresión síndrome vital o depresión vital como un concepto descriptivo.

- EL ENFOQUE DE PERRIS (1966)

Describe las depresiones bipolares y unipolares: La depresión unipolar se refiere a individuos que han sufrido varios episodios pero nunca maníacos y la bipolar se refiere a aquellos que han sufrido episodios tanto maníacos como depresivos.

2.- DEPRESIÓN EN LA PSIQUIATRÍA CLASICA

Depresión es una palabra que se emplea para describir un estado de ánimo, un síntoma, un síndrome o para designar un grupo específico de enfermedades.

"Es un síntoma neurótico y es la característica sobresaliente de tres psicosis: psicosis maniaco-depresiva, melancolía involutiva y reacción psicótica de depresión... por lo general desempeña una parte significativa de la sintomatología".[1]

"La depresión es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo".[2]

Algunos autores como Joshep Mendels y Lawrence Kolb, hablan de depresión en términos de reacción, más que de un cuadro clínico.

"Depresión reactiva...Término usado para describir un estado depresivo que surge en asociación con experiencias de stress en individuos predispuestos...Se trata de una reacción, de una respuesta a situaciones de fracaso y decepción. 'sentimiento agudo de desaliento y tristeza de intensidad y duración variable' (Gutheil, 1959). El problema de la depresión reactiva se relaciona en cierta manera con el dolor, el duelo y la tristeza de la vida cotidiana, e implica una experiencia en la que el individuo predispuesto sufre la pérdida (real o simbólica) de un objeto querido".[3]

---

[1] PHILIP SALOMON, VERNON D. PATCH;**Manual de psiquiatría;** Ed. Manual Moderno; México 1979; pag.36 y 40

[2] KOLB, LAWRENCE C.,**Psiquiaría Clinica Moderna**; Ed. Prensa Médica Mexicana; 6ta. Edición; Mexico, pág. 164

[3] MENDELS, JOSHEP;**La depresión**; Ed. Herder; Edición 1972; pág 45

"...en éstas, la angustia se enmascara con una conducta de desprecio a sí mismo y con afecto depresivo. Estas reacciones incluyen muchos casos de aflicción patológica, como el duelo prolongado después de la muerte de un familiar cercano, por ejemplo. En la mayoría de los casos, el principio de la depresión reactiva aparece poco después de una pérdida importante y evidente, por ejemplo: una muerte o separación, o se inicia después de la derrota en la vida social, económica o personal del individuo...en todos los casos la pérdida produce el estado afectivo de tristeza, también angustia y con frecuencia culpa o vergüenza...los pacientes que se deprimen de manera reactiva suelen pertenecer al grupo de individuos con estructura neurótica del carácter".[4]

"Episodio depresivo normal...se caracteriza por cierto estado de ánimo, que es de tristeza, a veces tenido de cierta ansiedad y que comprende una actitud que podría ser descrita como pesimista. El pensamiento tiende a girar alrededor de las circunstancias desencadenantes... En casos típicos existe un período de relativa inactividad; no se tiene disposición para las actividades habituales y si éstas han de ser desempeñadas, será con la sensación de esfuerzo extraordinario. La concentración mental se hace difícil: puede haber vaga sensación de inquietud y posiblemente de irritabilidad; puede existir también la tendencia a llorar...habrá alteraciones moderadas del apetito y del sueño. La alteración interior más significativa de modo característico es el abatimiento de la opinión que cada quien tiene de sí mismo... Las circunstancias que producen esta clase de reacciones son ordinariamente las que corresponden a una desilusión o a una pérdida; algunas veces, comprenden un sentimiento (moderado) de vergüenza o de culpa... En su forma característica, esta reacción es autolimitada. El aligeramiento del estado de ánimo y el regreso de las perspectivas normales aparecen casi simultáneamente".[5]

---

[4] KOLB, Lawrence C.; Ibidem; pág. 593
[5] HOFLING, CHARLES K. **Tratado de Psiquiatría**; Ed. Nueva Interamericana; Segunda edición 1974, México; pág. 329-330.

Es una reacción neurótica depresiva la intensidad y la duración de la aflicción del paciente, y especialmente el abatimiento de la autoestima, se encuentran en desproporción con el suceso determinante (considerado objetivamente). El estado emocional sólo puede explicarse en relación con la personalidad del paciente, tal como estaba formada en la época del conflicto psicológico.

3.- ETIOLOGÍA DE LA DEPRESION

Se ha mencionado con anterioridad, que la depresión es reconocida como un síndrome clínico, como un estado de ánimo, como un síntoma, como una reacción. Pero continúa el debate de si se trata de una entidad aislada bien definida de intensidad variable, o una categoría mixta de trastornos cualitativos diferentes, y en cuanto a su etiología, existen diferentes aseveraciones.

Según Vernon, la cognición psicodinámica de la depresión se puede resumir de la siguiente manera: Todos los síntomas de este cuadro constituyen el complemento de una pérdida de la autoestima, no importando como aconteciese esto. El paciente siente desesperación, culpa o malestar corporal en proporción variable. En cualquier momento podrá mostrar ira, la cual había sido dirigida principalmente en contra de él mismo. Lo que lo hizo encolerizar puede ser una pérdida real o simbólica.

"La depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos, dirigidos hacia personas que son el objeto de una devoción forzada o hacia personas de quienes depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse contra el propio yo del individuo".[6]

Existen dos grupos de teorías psicológicas que proponen explicaciones sobre las causas de la depresión:

---

[6] Ibidem; pág. 330.

a) Las que afirman que la depresión es primariamente una perturbación del estado de ánimo, es decir, un trastorno afectivo; son las llamadas teorías psicológicas afectivas, tales como:

- Abraham y Sigmund Freud (Teorías Psicoanalíticas)

Sigmund Freud fue el primero que habló de la depresión periódica como una tercera forma de las neurosis de angustia. Pensaba que si bien, todos los casos de neurastenia están marcados por una merma de la confianza en uno mismo, se debería de considerar la aparición de la angustia como un factor aparte. La angustia pertinaz se designó como depresión periodica. En 1911 se lleva a cabo el primer intento sistemático de explotar la enfermedad maniaco depresiva, según las exigencias de la teoría psicoanálitica, comparando la depresión con la pesadumbre o el duelo normal. En 1917 en su escrito 'Duelo y Melancolía', Freud relaciona el concepto de melancolía y el duelo en términos psicoanalíticos en donde, en la melancolía se presenta una acentuada pérdida del amor propio, es decir, un empobrecimiento del yo. En cuanto a la diferencia entre duelo (pesadumbre) y melancolía decía lo siguiente '...en la pesadumbre, el mundo se torna pobre y vacío; en la melancolía, se vacía y toma pobre el yo mismo'. En el duelo la pérdida es consciente, mientras en la melancolía la verdadera pérdida es inconsciente.

La melancolía puede costituir una reacción a la pérdida de un objeto amado, pero se observa que la pérdida es de naturaleza más ideal. El sujeto no ha muerto, pero ha quedado perdido como objeto erótico. Freud, relaciona la melancolía con una pérdida de objeto sustraída a la conciencia, diferenciándose así del duelo, en el cual nada de lo que respecta a la pérdida es inconsciente.

"Melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio".[7]

La disminución del amor propio se traduce luego en reproches y acusaciones que el paciente se hace así mismo, pudiendo llegar a una delirante espera del castigo. En el duelo se presentan también estos caracteres, a excepción de la perturbación del amor propio.

Esta pérdida de un objeto amado no implica necesariamente la muerte real de una persona. Freud afirmaba que la ausencia de amor y de apoyo de parte de una figura significativa durante un estadío crucial del desarrollo, predispone a un individuo a la depresión en épocas posteriores de la vida. Es ésta pérdida, posteriormente recapitulada en forma simbólica, lo que origina la depresión. Ésta, por consiguiente, puede considerarse como un fallo del proceso normal del duelo. Así mismo consideraba el autorreproche y la pérdida de estimación propia que se desarrollan en la depresión, como dirigidas hacia la persona introyectada y perdida.

Abraham desarrolló ulteriormente postulados teóricos de Freud y afirmó que existen diversas dificultades en el proceso evolutivo infantil que proporcionan la base para una aparición de la enfermedad depresiva en época posterior de la vida. Según esta teoría, se da una recapitulación (simbólica) de la pérdida primaria de la infancia en épocas más tardías de la vida, la cual conduce a una reacción depresiva.

---

[7] Freud, Sigmund, **Obras Comoletas: "Duelo y Melancolía"**, Ed. Biblioteca Nueva, 3ª Edición, Tomo II, pág. 2091.

- Melanie Klein (1948)

Esta autora, refiere en su obra dos fines de desarrollo: **La posición esquizo-paranoide y la posición depresiva.**

La primera, se caracteriza por el hecho de que el bebé no reconoce "personas", sino que se relaciona con objetos parciales, y por el predominio de la ansiedad paranoide y de procesos de esición.

El reconocimiento de la madre como objeto total, marca el comienzo de la posición depresiva, que se caracteriza por la relación con objetos totales y por el predominio de integración, ambivalencia y ansiedad depresiva y culpa.

Melanie Klein, eligió el término "posición"m para destacar que el fenómeno que estaba describiendo no era una simple etapa o "fase" transitoria, sino que implica una configuración específica en las relaciones objetales, ansiedades y defensas, persistente a lo largo de la vida.

La posición depresiva nunca llega a reemplazar por completo a la esquizo-paranoide; la integración no es total, de modo que se puede oscilar siempre en ambas posiciones.

Ciertas ansiedades depresivas siguen activas en la personalidad. Durante la elaboración de la posición depresiva, se establece una relación relativamente firme con la realidad, y los mecanismos neuróticos van sustituyendo a los psicóticos paulatinamente.

Asimismo, la autora propone una base psicodinámica de la depresión, que se conformaría en el primer año de vida.

Afirmaba que todos los ninos atraviesan un estadío evolutivo, al que dió el nombre de actitud depresiva, que se caracteriza como fase de tristeza, temor y culpa. El nino se siente frustrado por la carencia de amor, se irrita contra la madre y desarrolla fantasías de tipo sádico y destructivo respecto de ella; llega a temer que estas fantasías destruirán realmente a su madre y despliega entonces, sentimientos de ansiedad y culpa. De esta manera, es incapaz de distinguir el mundo externo (su madre) del interno (él mismo y sus imágenes internas de la madre), y el temor de destruírse a sí mismo. Esta es la fase que Melanie Klein denomina actitud depresiva, fase que forma parte del desarrollo. Por lo general, el niño comprueba que la madre a la cual odia (objeto malo) y la madre a la que ama (el objeto bueno) son de hecho una, la misma (un objeto total). Esto conduce a una solución satisfactoria de la actitud depresiva. Cuando no se produce esta reunión de los dos objetos en uno solo (un fallo en la institución del objeto bueno interno) porque los sentimientos de agresión y odio, resultan más fuertes que los de amor, se ha colocado ya la base patológica para el desarrollo de las depresiones en la edad adulta.

- Edwar Bibring (1953)

Destaca la pérdida de la autoestima como elemento clave de la depresión, poniendo mayor énfasis en la psicología del yo y el superyo. Sostiene que la depresión clínica se desarrolla como una consecuencia de la frustración de las expectativas conscientes. Decía que la expresión emotiva de un estado de desamparo y de impotencia del yo, sin considerar

lo que pueda haber causado la ruptura de los mecanismos que establecen la autoestimación, constituían la esencia de la depresión.

- Therese Benedek (1956)

Esta autora habla de la constelación depresiva, expresión que describe un estado psicológico que proviene de las dificultades de las primeras reacciones entre madre e hijo.

Un niño satisfecho por su experiencia oral, introyectará una idea de la madre buena que alimenta y la iguala al buen yo satisfecho. Cuando un niño no se siente gratificado, se torna agresivo en sumo grado y desarrolla un estado de "madre mala igual a yo malo". Según Benedek esto es precisamente la base de la depresión que se presenta ulteriormente, cuando tensiones propicias para generarla provocan una regresión a esta fase oral.

b) Las que sostienen que la depresión es primariamente un trastorno cognoscitivo, a saber, una perturbación en el proceso mental; son las llamadas teorías psicológicas cognoscitivas:

- Beck (1967)

Sugiere que existe una alteración previa en el pensar que causa precisamente el desarrollo de la alteración del estado de ánimo. Según éste autor, las respuestas afectivas se determinan por la forma en la que un individuo estructura sus experiencias. De esta manera, si la conceptualización de una situación de un individuo posee un contenido

desagradable, dicho individuo experimentará una respuesta afectiva que corresponde a aquella.

Procesos del pensamiento importantes en el desarrollo de este estado cognoscitivo:

- Deducción arbitraria: Tendencia a sacar conclusiones de una situación que de por sí es neutral e impersonal.

- Abstracción parcial: Concentrarse sobre un aspecto de la situación tomado fuera de su contexto y llevado hasta la exageración.

- Magnificación y minimización: Consideradas como evoluciones distorsionadas y exageraciones de una situación o de una experiencia.

- Clasificación inexacta: Clasificación de una experiencia en una manera exagerada, que guarda relación directa con la respuesta afectiva y la clasificación, en lugar de asociar la respuesta real con la experiencia del momento.

En base a estas observaciones, Beck indica que sería más apropiado considerar la depresión como un trastorno antescedente del pensar, con una resultante alteración de la afectividad y de la conducta en consonancia con la distorción cognoscitiva, que como un trastorno primariamente afectivo.

4.- CLASIFICACION DE LA DEPRESION:

Kraepelin (1896) acuñó el término psicosis maníaco depresiva que incluía 'todo el campo de las llamadas demencias periódicas y circulares, la manía, una parte de los estados morbosos designados con el nombre de melancolía y también ciertos casos de locura'. Luego amplió el concepto para incluir todos los casos de 'excesos afectivos'. Kraepelin basaba en parte su enfoque del problema en su clasificación etiológica de enfermedades

exógenas, causada por toxinas bacterianas, químicas o de otro orden, y enfermedades endógenas causadas a su parecer, por trastornos degenerativos y hereditarios. Por ello la principal línea de demarcación en etiología es, sobre todo, la distinción entre causas internas y externas. Los más importantes grupos de enfermedades exógenas y endógenas resultan, de esta suerte, naturalmente divididos.

Esto perpetuó la distinción congénito-ambiental en la concepción de la depresión.

Lange (1928) trabajó sobre la dicotomía que proponía Kraepelin. Propuso que, además de la enfermedad endógena o maníaco depresiva y de las depresiones exógenas, podían existir formas mixtas con componentes dominantes endógenos o exógenos. Dió el nombre de reactivos al grupo de depresiones endógenas que sucedían a ciertas tensiones de origen ambiental.

Gillespie (1929), psiquiatra inglés, estudió a un grupo de enfermos depresivos y propuso tres grados de depresión:

- Reactiva
- Autómata (independiente de estímulos afectivos)
- Involutiva

Con el creciente empleo de la electroterapia (ECT) para la depresión, se condujo a la práctica de clasificación a los pacientes según respondieran o no a este género de tratamiento, cambiando de esta suerte el concepto de depresión endógena.

Se sugirió que si la depresión endógena respondía mejor a un tratamiento físico (ECT) y la depresión exógena o reactiva respondía mejor a la psicoterapia, se seguía ipso facto, que la depresión orgánica era un trastorno físico y la depresión reactiva un trastorno

psíquico. De esta forma, la terapéutica y las clasificaciones fenomenológicas dieron por sentado implicaciones etiológicas de mayor importancia.

La psiquiatría descriptiva muestra diferentes clases de depresión. Algunas se hallan caracterizadas por culpa, otras por aflicción, algunas por ansiedad, otras por apatía, algunas principalmente por síntomas físicos y otras solamente por síntomas mentales.

Una de estas clasificaciones es la siguiente:

"Depresión ligera: se manifiesta principalmente por una pérdida del interés agradable en los asuntos habituales de la vida. Se pierde la espontaneidad. Todo requiere un esfuerzo extra y proporciona menos satisfacción que antes. La fatiga es excesiva, las preocupaciones reales y los trastornos corporales ordinarios son prominentes en cognición, mientras que las memorias alentadoras, las esperanzas y los planes son difíciles de tener presentes... Depresión más intensa: El paciente se halla francamente abatido y se siente físicamente enfermo (o ambos) por lo general está sombrío, desesperado, desvalido y carente de autoestima. Su raciocinio, verbalización y movimientos se hallan retardados (retardo psicomotor), o se puede hallar tenso, hiperalerta e intranquilo (agitación, ansiedad). De los numerosos síntomas físicos, el insomnio es el más prominente."[8] Existen síntomas neuróticos que abarcan a la depresión con un problema de hipersomnio. Sin embargo en la depresión intensa, lo inverso es la regla. La anorexia y la pérdida de peso son también característicos. Otros males en la depresión son: dolor de origen oscuro, síntomas gastrointestinales, irregularidades menstruales y toda gama de trastornos psicofisiológicos. Apetitos deteriorados: apetito, sueño, relaciones sexuales y actividad.

---

[8] Ibidem.

5.- FACTORES DE PREDISPOSICION:

En términos generales, se hace referencia a los siguientes:

a) Genéticos

b) Presencia de una 'personalidad deprimida' que se caracteriza por los siguientes rasgos:

- Depresivo, extremadamente serio, estudioso, consciente, sentido restringido del humor, melancólico y sumiso.
- Vulnerabilidad agudizada al desechamiento, al contratiempo, a la marginación y a las frustraciones.
- Rasgos propios de la personalidad obsesiva-compulsiva (meticulosidad, rigidez, perfeccionismo y preocupación por el detalle).
- Rasgos que indican que la persona niega y se oculta a sí misma todo sentimiento de hostilidad y de ira (se incluye la complacencia, la conciliación, la cortesía excesiva y el servilismo).
- Carencias infantiles específicas o tensiones afectivas específicas o tensiones afectivas que acaecen en un periodo crucial del desarrollo, los cuales sensibilizan al individuo para la depresión en épocas más tardías de su vida.
- El desarrollo de una condición en la que la respuesta "no soy bueno" se presenta como consecuencia de muy diversos estímulos. Existe una relativa deficiencia en la fortaleza del yo, junto con una dependencia indebida y exagerada de fuentes de apoyo (reales o imaginarias) y la carencia de éstas puede dar lugar a una depresión.

FACTORES DE PRECIPITACION

La predispocición a la depresión neurótica es el resultado de las experiencias de la vida inicial que crean uno o más de los problemas psicológicos críticos como: el profundo sentido de inseguridad, la consciencia excesivamente ruda o áspera y la cólera crónica en contra de una persona importante, que ha sido también amada o necesitada. Entre esta clase de factores, se presenta con mayor frecuencia la pérdida de un objeto querido. Esta pérdida puede ser real o simbólica.

6.- RASGOS DEPRESIVOS

Estado de ánimo:

- Tristeza, insatisfacción, abatimiento.

- Llanto: Se da con cierta frecuencia entre los depresivos de grado 'leve y moderado'; a veces como respuesta a experiencias específicas y en otras por razón de la frustración de menor importancia; o cuando se irritan sin motivo aparente alguno.

Pensamiento:

- Pesimismo, ideas de culpabilidad, autoacusación, pérdida de interés y motivación, disminución de la eficiencia y de la concentración: el depresivo se enjuicia a sí mismo dentro de una gama de pensamientos que comprende desde la insuficiencia hasta la extrema culpabilidad. Dando crédito escaso o nulo a la realidad y ofrece una respuesta escasa o nula a la confianza que se le muestra, al argumento o al recurso emocional, negando éxitos y habilidades pasadas.

Conducta y aspecto:

- Negligencia en el aspecto personal, retardo psicomotor y agitación: con frecuencia el aspecto de las personas delata a éstas como depresivas; rostro triste, insatisfecho, actitud decaída y postura inclinada. A medida que la depresión se hace más profunda, tiene lugar una pérdida progresiva del interés por el aspecto y el cuidado de la persona.

El retardo psicomotor es un síntoma que se asocia a menudo con la depresión. Implica una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, así como una disminución de los movimientos espontáneos de los gestos expresivos. Se reduce al discurso espontáneo.

Síntomas somáticos:

- Pérdida del apetito y en ocasiones, la depresión va acompañada por un aumento de éste.

- Estreñimiento.

- Perturbaciones del sueño: éstas pueden ser un problema generalizado y pueden ser tan intensas como diferentes. Puede haber dificultad para conciliar el sueño, frecuente desasociego. Sensación de falta de descanso al despertar por la mañana. Otros pacientes duermen en demasía cuando se hallan deprimidos. Se quejan de males tales como: sequedad en boca, dolores y males, cefaleas, neuralgia, sensación de opresión en el pecho, dificultad para engullir.

- Alteraciones menstruales: el problema más frecuente es la prolongación del ciclo usual con un flujo más ligero, y en algunos casos puede cesar completamente durante un período de varios meses.

- Pérdida de la libido: Abarca desde una disminución del interés espontáneo de la actividad sexual, hasta una marcada obsesión por el sexo.

Rasgos de ansiedad:

Tensión, indecisión, temores vagos e inespecíficos y multitud de preocupaciones. En ocasiones se puede sufrir de temblor y accesos de sudoración.

En algunos pacientes, los síntomas fluctúan considerablemente según el tiempo y las circunstancias. El estado de ánimo y los rasgos asociados se relacionan íntimamente con el ambiente. Gillespie (1929) llamó a este fenómeno reactividad o capacidad de reaccionar: el grado de depresión se halla en proporción directa con las frustraciones y recompensas del ambiente inmediato.

El otro extremo lo constituye la depresión autónoma, en la que el estado de ánimo es fijo. Los pacientes no responden al entretenimiento o a la diversión y muestran pocos cambios tanto si están solos como acompañados.

Conducta suicida:

Las ideas de culpabilidad y desesperación presentes en el depresivo, pueden conducirlo a creer que merece la muerte (autocastigo) o a ver un futuro tan oscuro que sea mejor morir antes que vivir en el estado actual (huída).

Los depresivos raramente llevan a cabo el suicidio si se hallan en grado 'agudo' del padecimiento. En este estadío, puede existir un retardo profundo que inhibe la acción positiva que requiere un suicidio al menos intentado. El periodo peligroso comienza después de que el tratamiento o la liberación parcial les permite una suficiente soliviadura de la depresión y un aligeramiento del retardo cuando el paciente tiene la motivación y la energía requeridas para el intento.

"En el síndrome depresivo menos grave, el paciente está callado, cohibido, inhibido, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo y experimenta una sensación de lasitud, insuficiencia, falta de ánimo y desesperanza. Es incapaz de tomar desiciones y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que eventualmente no se le dificultaban. Se preocupa exageradamente por problemas personales. En la depresión un poco más profunda existe una tensión desagradable constante; toda experiencia se acompaña de dolor mental; el paciente está impenetrablemente absorto en unos cuantos tópicos de naturaleza melancólica. La conversación puede resultarle penosamente difícil. Su actitud y sus modales reflejan aflicción y desesperación. La actitud afectiva desalentada del paciente se proyecta en su ambiente, el cual refleja su triste perspectiva de la vida. Se siente rechazado

y sin que nadie lo quiera. Puede llegar a preocuparse a tal grado por sus reflexiones depresivas, que se alteran la atención, la concentración y la memoria".[9]

"...en él (el deprimido) se ha producido un cambio global, que abarca extensión y relieves. El horizonte se limita, se pierden los contornos, se desvanecen los objetos, el mundo, se encoge y se vacía. La comprensión de estos hechos está en la baja general y primaria de la afectividad. Las vivencias se empobrecen, la experiencia pierde resonancia y el pensamiento, sus objetos, sin que la voluntad tenga eficacia para modificarlos de alguna manera...la actividad decrece; la que se mantiene se realiza con lentitud, con cansancio, con dificultad. Las ocupaciones se abandonan. La producción psíquica sufre un cambio análogo: el lenguaje es escaso, su articulación lenta, el tono débil, se expresa con esfuerzo y termina pronto."[10]

[9] KOLB, Lawrence C.; Ibidem; pág. 164.
[10] PATIÑO, J. Luis; **Psiquiatría Clínica;** Ed. Salvat Mexicana; edición 1990, México; pág. 75.

CAPITULO III

RELACIÓN ENTRE EL VACÍO EXISTENCIAL Y RASGOS DEPRESIVOS

Algunos autores consideran que existen razones para pensar que la propensión a la depresión es de carácter existencial. Esto se basa fundamentalmente en la fuerza de penetración del llamado fenómeno del **repliegue de conservación**, conceptualizado inicialmente por Engel. Esta expresión, hace referencia a los mecanismos biológicos críticos a través de los cuales, la supervivencia del sujeto se apoya en procesos de ruptura e inactividad frente al entorno exterior. Según este autor, ésta no es una respuesta exclusivamente humana. El repliegue puede entenderse como una introversión o un retorno de energía hacia el sí mismo como objeto.

En base a su experiencia y estudios sobre reacciones depresivas, estos autores (Engel y Arturo Schmale) creen que hay un hecho de base biológica sobre el cual se superponen todas las demás influencias y características somáticas y psicológicas. Tanto el repliegue de conservación, como su contrapartida, la participación activa, refleja los estados extremos de las funciones biológicas heredadas por el hombre para interactuar con las fluctuaciones de su entorno y enfrentarse a ellas.

Algunos estados de repliegue mencionados por el autor, son la nostalgia y el hastío. El primero, podría ser un sentimiento que puede convertirse en doloroso y que se ve acompañado por una sensación de carencia que conduce a la tristeza o a la depresión, pero no necesariamente al padecimiento depresivo. El segundo, el hastío, es descrito como una carencia, pero que tiene su origen en uno mismo. Va normalmente ligado a sentimientos de vacío y a deseo de llenarlo, pero tal deseo carece de dirección y objeto. Según Greenson, el hastío en un estado de deseo y una incapacidad para designar lo que se desea: un estado de vacuidad. Este concepto, hace referencia a un grado de cansancio que implica el deseo de dejarlo todo, ya que nada tiene sentido alguno.

Estos estados de ánimo descritos, son producidos por estados corporales siempre y cuando la causa que los origina es tan diferente del objeto a que van a referirse. Es decir, mientras la causa es un determinado estado del cuerpo, el objeto es algo que el sujeto puede inventar para completar y justificar la emoción.

A.F. Shann menciona que todos los estados de ánimo surgen inicialmente sin un objeto definido, pero existe una tendencia inherente en ellos a buscar uno, porque el objeto es necesario para organizar y dirigir sus impulsos.

Este mismo autor, describe las reacciones depresivas en términos de sistemas de energía: "Hemos de tener en cuenta, que el nivel de energía que posee un individuo puede no sólo diferir del que posee otro, sino del que posee él mismo en otros momentos..."[1]

Aunado a estas ideas, postulan que la concienciación psíquica de la respuesta somática del repliegue de conservación y la reacción a ella, que se produce, como ya se mencionó, en distintos puntos del desarrollo de un individuo, influirá de forma muy concreta en su potencial para la depresión y en el tipo de depresión o conducta y reacción alternativa que pueda experimentar.

Todos los organismos, incluido el hombre, atraviesan ciclos de actividad-inactividad relativos, en conexión tanto con las influencias externas o medioambientales (cantidad de luz, temperatura, etc.) como con las influencias internas (estados metabólicos, sistemas de funcionamiento, etc.)

---

[1] SHANN, A.F. **The Foundations of Character**, Reimpreso con autorización de Mcmillan International y Basingstoke.

Algunos de los factores bioquímicos y genéticos que se tienen por importantes en ciertas formas de depresión pueden aumentar o facilitar las experiencias de determinadas personas, de modo que son incapaces de tolerar los sentimientos de desamparo y desesperanza, así como los conflictos asociados con dichos sentimientos.

Con la propuesta anterior, sobre el fenómeno de repliegue de conservación, es posible entender que las reacciones depresivas pueden constituir manifestaciones de conflictos en las relaciones de objeto y, cuando aparecen durante la adolescencia, revelan la existencia de dificultades en el desarrollo psíquico y contribuyen a formarlas.

Según Sherman C. Feinstein, la depresión sigue siendo una de las reacciones emocionales más comunes de la niñez y de la adolescencia. La pérdida de un objeto es particularmente traumática para el adolescente, y produce un impacto profundo sobre la estructura psíquica todavía en desarrollo. La reacción depresiva es considerada como el método habitual para integrar el reconocimiento cognitivo y afectivo de la pérdida.

El adolescente , con su multiplicidad de tareas evolutivas, está sujeto a una amplia gama de experiencias, tanto intrapsíquicas como interpersonales. Las regresiones parciales, puestas al servicio del dominio de las tensiones del yo relacionadas con la relajación necesaria de sus estructuras, someten al adolescente a frecuentes experiencias de pérdida.

Según este autor, puesto que en la adolescencia tiene lugar una reelaboración tanto de los intentos originales de separación-individuación como de las resoluciones edípicas previas, puede considerarse que los mecanismos de duelo se hallan relativamente incompletos. La etapa final del duelo depende de la resolución eficaz de la adolescencia. Sin embargo, esta etapa final solo puede resolverse parcialmente, dejando al adolescente confundido, ambivalente y a veces temeroso de una difusión del yo. Durante estos estados,

es cuando los adolescentes tienden a buscar ayuda. En la mayoría de las veces, esta demanda no es un intento de procurarse consejo, sino que se expresa por medio de la agresión, de actitudes suicidas, de diversas conductas de moda, etc.

El Dr. Frankl, sin desacreditar las posturas anteriores, intenta complementar la explicación de estas conductas, con la existencia de otros motivos que inciden notablemente en la acentuación del sentido de vacío y de frustración existencial. Uno de ellos es el de carácter socioeconómico: se trata del fenómeno de automatización, es decir, el hombre es gradualmente sustituido por las máquinas. Si antes era el hombre el que forjaba con sus propias manos una obra, ahora es la máquina la que hace todo; entonces el hombre se convierte en una pieza del mercado comercial. Consecuentemente se encuentra con más tiempo libre y esto le puede provocar una acentuación del vacío interior.

Una persona existencialmente frustrada no sabe cómo emplear el tiempo que la automatización le deja libre. Aunada a ésta, considerada como fenómeno social, se presenta la rapidez del progreso, que le impone al hombre una rapidez en la actividad. Es aquí donde tales hombres sustituyen la voluntad de significado por la voluntad de poder: el hombre entonces pretende conseguir más dinero y honores.

Esta velocidad en la actividad constituye otro factor que utiliza el hombre para huir del vacío existencial: acelera el paso de forma neurótica hacia un futuro que no existe, hacia una meta nebulosa; pero en el fondo, trata de huir de sí mismo: el vacío interior le oprime porque le pone frente a su situación real.

De esta manera el Dr. Frankl habla de dos tipos de actividades: la "centrífuga", que sería aquella actividad que ayuda al hombre a huir de sí mismo, a escapar de su situación concreta a un mundo irreal. Ejemplos de esta actividad sería el lucro por el lucro, la

ocupación del tiempo libre con otros trabajos y en general aquellas actividades que acentúan la fuga ante la propia responsabilidad. El otro tipo de actividad es la llamada "centrípeta" que le permite al hombre enfrentarse consigo mismo y con los problemas existenciales que se le presenten.

Sin embargo, la progresiva automatización lleva consigo otro grave peligro: entusiasmado con sus creaciones, el hombre comienza a percibir su existencia en relación con las máquinas que ha inventado. Ante estas, a las que ve como sus "criaturas", se ha hecho esclavo; su imagen se ha distorsionado, y surge la difusa concepción del "hombre máquina", a la que el Dr. Frankl se refiere como el Homoculismo, en el sentido de que el hombre se concibe, de manera desnaturalizada, como 'nada más que'. Está insertado en una cadena de producción y el hombre no es más que un engranaje fácilmente sustituíble en el caso de que no rinda plenamente.

Es importante hacer mención que tanto el vacío como la frustración existencial no son considerados como fenómenos patológicos.

Algunos escapes que ayudan a huir de cualquier encuentro consigo mismo en este caso, pueden ser: el refugio en las discotecas, el frenesí de un encuentro de fútbol o el box, la fuga al mundo de las telenovelas, o novelas, y su consecuente identificación, el aturdimiento de la música, etc. Estas formas no hacen más que alejar el poco silencio que el hombre necesita para examinar con seriedad su vida. En la perspectiva del quietismo más absoluto, de la apatía, del aburrimiento, del desinterés, de la irresponsabilidad, asume un lugar central el razonamiento sobre el vacío existencial, es decir, el vacío interior que experimenta el ser humano que de pronto ve su existencia carente de un significado que la haga digna de ser vivida.

Los rangos depresivos por sí mismos no revelan la aparición de un cuadro patológico. Pueden ser indicadores de la presencia de un estado de vacío en la persona que de no superarse pueden conducir a una neurosis noógena o en personas con predisposición a un cuadro de depresión propiamente establecido.

De ahí, que de encontrar correlación entre fenómenos, la investigación favorecería el nivel preventivo de estos cuadros, ya que se podría detectar y atender a tiempo este sentimiento de vacuidad, posibilitando un mejor desarrollo para los adolescentes, como futuros encabezadores de la sociedad y del mundo.

CAPITULO IV

INSTRUMENTOS DE MEDICION

1.- LA PRUEBA DEL PROPOSITO EN LA VIDA

- ANTECEDENTES DEL TEST DEL PROPOSITO EN LA VIDA

Entre los años 1963 y 1964 se ensayó una medición psicométrica de la "frustración existencial" en el Brandley Center de Columbia (Georgia, E.E.U.U.). James Crumbahug, director del Laboratorio de Psicología en el Hospital Veterans Administration de Gulport, Mississippi, ha desarrollado junto con Leonard Maholik, el Porpuse-in Life Test (PIL) que consiste en tres partes. Sin embargo, sólo la primera, que contiene 20 ítems con perfiles de polaridad ha sido verificada científicamente por medio de test. En controles posteriores se presentaron dificultades de ordenación e interpretación en la evaluación de PIL que, finalmente obligaron a buscar un nuevo enfoque psicométrico para la variable tan difícil de captar de la "realización de sentido".

El test del Propósito en la Vida es una escala de actitudes construida de la orientación de la logoterapia. Este es un sistema de terapia existencial, originada por el psiquiatra Viktor Emil Frankl, M.D. Jefe del Departamento de Neurología del Hospital Policlínico de Viena. La escala está dirigida como una medida del concepto básico de Frankl, **"Vacío Existencial".**

- OBJETIVO DE LA PRUEBA

El objetivo del examen del Propósito en la Vida es detectar el vacío existencial. Si se detecta, la determinación de la neurosis noögena debe ser hecha por evaluación de los síntomas usuales de neurosis.

- UTILIDAD

La escala del Propósito en la Vida ha probado su utilidad en las siguientes situaciones:

1.- En consejo individual de estudiantes, en orientación vocacional y trabajos de rehabilitación, y en tratamiento de pacientes internos y externos neuróticos. Es particularmente pertinente para alcohólicos y retirados así como para poblaciones impedidas. En todos éstos usos debe notarse que ni esta escala, ni cualquier otro autoexamen en el cual el sujeto relate su propia opinión sobre él, deben ser usados solos - sin evidencia corroborativa de otras fuentes como una base de cualquier psicodiagnósis o consejo. Tales instrumentos son grupos exactos de medidas, pero están sujetos a distorsión individual debido a un número de variables incontrolables, y siempre deben ser empleados sólo con precaución en cualquier situación competitiva donde exista la motivación para presentar una imagen favorable de sí mismo.

2.- En administración a grupos para fines de investigación. Aquí la escala ha distinguido exitosamente una variedad de poblaciones en base a las predicciones basadas en grados esperados del sentido y propósito en la vida (Crumbaugh, 1968 a. Acuff 1967, Nyholm 1966, Snavely 1962, etc.)

- VALIDEZ

La construcción y criterio (o concurrentes) de validez del Test del Propósito en la Vida (PIL) ha sido declarado por Crumbaugh (1968). Predijo correctamente, desde el punto de vista de la validez, el orden de cuatro poblaciones consideradas como 'normales':

M= media

N= Tamaño de la muesta

D= Desviación Estándar

N1.- Negocios exitosos y personal profesional (M=118.90, N=230, SD=11.31).

N2.- Líderes activos de fieles protestantes (M=114.27, N=142, SD=15.28).

N3.- Estudiantes de Bachillerato (M=108.45, N=417, SD=19.98).

N4.- Pacientes indigentes de hospitales no psiquiátricos (M=106.40, N=16, SD=14.49).

La predicción del orden de las poblaciones psiquiátricas fue menos exacto, pero mostró el descenso esperado de neuróticos a alcohólicos y psicóticos no esquizofrénicos:

P1.- Pacientes neuróticos externos, diagnosis combinada (M=93.31, N=225, SD=21.67)

P2.- Neuróticos hospitalizados, diagnosis combinada (M=95.31, N=13, SD=18.36).

P3.- Alcohólicos hospitalizados (M=85.37, N=38, SD=19.41).

P6.- Psicóticos no esquizofrénicos hospitalizados (M=80.5, N=18, SD=17.50)

Pacientes esquizofrénicos con puntuación inesperadamente elevada:

P4.- Pacientes esquizofrénicos negros hospitalizados (M=108.00, N=11, SD=17.71).

P5.- Pacientes esquizofrénicos blancos hospitalizados (M=96.66, N=41, SD=16.12).

Frankl, sin embargo ha indicado que por teoría logoterapéutica se esperaba una alta puntuación para esquizofrénicos debido a su tendencia paranoica de ver un significado 'más profundo' aún más allá de los sucesos más triviales.

De esta manera, las predicciones correctas de la orientación de la logoterapia parecen concordar más bien con los resultados obtenidos para las poblaciones de pacientes y, la diferencia pronosticada entre las poblaciones de pacientes y no pacientes (o 'normales') fue obtenida:

Grupos 'normales' combinados (M=112.42, N=805, SD=14.07) contra los grupos psiquiátricos combinados (M=92.60, N=346, SD=21.34) produciendo una T de diferencia significativa a P<.001. Además la diferencia en la varianza entre las poblaciones de pacientes y no pacientes fue significativa (F=2.20, P=.01). Ésto confirma una predicción de la teoría de la logoterapia, para una mayor variabilidad del paciente, en el PIL reflejaría el hecho de que algunos pacientes tienen problemas noögenos y algunos no. La incidencia de tales problemas sería esperadamente más elevada entre los pacientes que en los no pacientes. Así, la validez de la escala parece bien sustentada.

El concurrente o validez del criterio del intrumento ha sido evaluado por dos medidas:

a) La correlación entre la puntuación PIL y las clasificaciones de los terapeutas del grado de propósito y significado en la vida demostrado por paciente.

b) Correlación entre la puntuación de PIL y las clasificaciones de los ministros del grado de propósito y significado mostrado por sus participantes.

La relación entre la escala y las clasificaciones de los terapistas fue .38 (Pearson Producto-Momento, N=50). La relación entre la escala y las clasificaciones de los ministros fue .47 (Pearson Producto-Momento, N=120). Estos resultados están en línea con el nivel de validez del criterio que normalmente puede ser obtenido de una medida simple de una característica compleja.

- CONFIABILIDAD

La mitad de la confiabilidad de el PIL fue determinado por Crumbaugh y Maholik (1964) como .81 (Pearson Producto-Momento, N=225, 105 'normales' y 120 pacientes). Spearman Brown lo corrigió a .90. La misma relación fue determinada por Crumbaugh (1968a) como .85 (Pearson Producto-Momento, N=136, mezcla de pacientes y no pacientes).

- RELACION CON OTRAS VARIABLES

Han sido reportadas las siguientes relaciones entre la puntuación de PIL y otras variables:

1.- Cuestionario Frankl:

Una serie de preguntas informales fue usada por Frankl para calcular la presencia de vacio existencial. De las 13 partidas, solo 6 pudieron ser cuantificadas. Pero Crumbaugh y Maholik (1964) determinaron la relación entre una puntuación derivada de estas partidas y el PIL como .68 (Pearson Producto Momento, N=136, mezcla de pacientes y no pacientes).

2.- Escala de Valores Allport-Vernon-Lindzey:

Crumbaugh y Maholik (1964) encontraron una relación poco significativa entre cualquiera de las seis escalas de A-V-L y el PIL.

3.- Inventario Multifasético de la Personalidad (MMPI):

Crumbaugh y Maholik (1964) encontraron correlaciones entre el PIL y la escala K (validez) de .39 y con la escala D (depresión) de -.30 (Pearson Producto Momento, N=45 pacientes neuróticos externos).

La relación consistente entre el PIL y la depresión ha sido mostrada por Crumbaugh y Maholik para ser predecible de la orientación logoterapéutica.

4.-Escalas de Anomie:

Crumbaugh (1968a) encontró correlaciones significativas entre el PIL y la escala Srola Anomia. En una muestra de 249 estudiantes de bachillerato, la relación fue de .48 para 94 personas del sexo masculino y .32 para 155 del sexo femenino. Para una submuestra de 145 estudiantes de 1er. año de bachillerato (55 hombres y 90 mujeres) de la misma población, la relación fue de -.34 (todas las correlaciones fueron de Pearson Producto Momento). Elmore y Chambers (1967) encontraron una correlación de -.51 (N=94) entre el PIL y la escala de Anomie General o factor sin importancia (M). Los subfactores de esta escala (desvalorizado, desesperado, impotencia y soledad) no mostraron relaciones significativas.

5.-Ansia Total:

Snavely (1963) encontró una correlación de .57 (N=40 estudiantes de bachillerato) entre el PIL y la escala del Deseo Social Crow-Marlow. Después fue introducida una variable independiente: la mitad de los sujetos fueron seleccionados al azar y se les proporcionaron normas falsas en cuanto a su posición - se les dijo que estaban en un nivel inaceptable-. Después todos fueron nuevamente examinados con el PIL y el Cronw-Marlow una semana después. La predicción fue que el grupo de normas falsas aceptable no cambiaría significativamente en cualquier escala, mientras que el grupo no aceptable

mostraría un aumento en la puntuación del PIL, indicando que los sujetos no estaban respondiendo al PIL con un rasgo de personalidad consistente más que con el deseo de aceptación social.

Se predijo que la correlación entre las dos medidas incrementaría mostrando que en una situación competitiva, el PIL se convierte fundamentalmente en una medida de conformidad social.

Los resultados de la re-examinación ofrecieron una correlación entre las escalas de só .36 y solamente un ligero aumento en el medio PIL del grupo socialmente inaceptable. El PIL estaba respondiendo evidentemente a la variable de deseabilidad en una forma muy diferente que la escala diseñada para medirlo y no puede ser considerado altamente influenciado por esta característica, y la relación inicial entre estas dos escalas puede ser racionalizada dentro de la teoría de la logoterapia.

Este estudio, sin embargo, señala el hecho de que el PIL, como cualquier otro autoexamen, debería ser empleado únicamente con precaución considerable en situaciones competitivas que tienden a despertar la característica de deseabilidad social.

6.- Inventario de la Personalidad California (CPI):

Nyholm (1966) encontró relaciones significativas entre el PIL y cuatro de las escalas CPI; auto-aceptación r = 40; sentido de bienestar R= .52; Realización vía conformidad R=63 e inclinación psicológica r = .47 (N= 34 no pacientes).

7.- Una variedad de otras medidas:

En un estudio de Frankl el deseo de importancia en un grupo de Hermanas Dominicanas en entrenamiento, Crumbaugh, Lozes y Shrader (1963) encontraron las

siguientes relaciones entre los puntajes PIL y un número de exámenes psicológicos (todas las correlaciones son Pearson Producto Momento, N=56 hermanas entrenadas):

- Inventario Buhier de Metas en la Vida: Relaciones no significativas. Perfil Personal Gordon: Responsabilidad .39; estabilidad emocional .43.

- Examen Catell de Análisis Motivacional (MAT): Relaciones sin importancia excepto con el subexamen de sentimientos de hogar y parentesco, puntuación total de motivación .28

- Examen Catell de Factor Personalidad (16PF) Estabilidad Emocional .41; Prudente vs consciente .37; confiado contra inseguro -.44; grupo dependiente vs autosuficiente -.34; tranquilo vs tenso -.38; tímido vs atrevido .34; confiado vs suspicaz -.35

- Catell 16 PF segundo orden de variables: neurotismo -.32, ansiedad -.52, comportándose fuera de potencial -.25, autocontrol .40

- Escala Washington de Inteligencia Social: sin relaciones importantes.

- Examen de énfasis Kerr y Sperhoff: sin relaciones importantes.

9.- Sexo, edad, educación e inteligencia:

Hasta ahora no han sido reportadas relaciones consistentes entre la puntuación PIL y estas variables.

Debe notarse que todas las relaciones de puntajes PIL reportadas en estos momentos involucran rasgos de personalidad más que síndromes psiquiátricos o categorías de psicodiagnóstico (una excepción posible es la escala de Depresión del MMPI, que representa a ambos como un síntoma y un síndrome). Este hecho además de la alta relación obtenida entre el PIL y el cuestionario de Frankl, y la altamente significativa separación de

PIL de las poblaciones de pacientes y no pacientes, sugiere que el PIL mide, como se pretendía, un nuevo factor (vacío existencial), ingrediente esencial de la neurosis noögena.

En septiembre de 1966, James Crumbaugh realiza un estudio con el propósito de reunir cantidades adicionales de evidencia concerniente a la validez de la tesis básica de Frankl. Los objetivos específicos fueron:

a) Revalidar los previos hallazgos PIL.

b) Aplicar el examen a mayores categorías de sujetos.

c) Explorar la relación de la neurosis noögena de Frankl con la depresión y otros síndromes tradicionales.

d) Aprender si la variable medida por el PIL puede ser identificada como anomie.

e) Examinar la evidencia correspondiente a la influencia de la deseabilidad social en cifras PIL.

GRUPOS DE SUJETOS POBLACION "NORMAL"

N 1	Empresarios exitosos/ personal profesional
N 2	Líderes activos de Protestantes fieles
N 3	Estudiantes de Bachillerato

POBLACION PSIQUITRICA

P 1	Neuróticos, pacientes externos, diagnosis combinada
P 2	Neuróticos hospitalizados
P 3	Alcohólicos hospitalizados
P 4	Esquizofrénicos hospitalizados negros

P 5	Esquizofrénicos hospitalizados
P 6	Psicótico(no esqizofrénicos)hospitalizados

Instrumentos utilizados en la investigación:

- Examen del Propósito en la Vida
- Inventario Multifásico de la Personalidad
- Escala Arole Anomie (II)
- Escala de Calificación del Ministro para Creyentes.

Resultados de la Investigación:

Los resultados con el examen del Próposito en la Vida (PIL), habían sido probados previamente en 1151 sujetos. Se consideró que el PIL fue encontrado para diferenciar entre los grupos normales y psiquiátricos con importancia elevada. También diferenció entre los cuatro grupos normales, ordenando del triunfador más alto a personas indigentes. Entre los seis grupos psiquiátricos, los esquizofrénicos calificaron inesperadamente elevado, pero de otra forma las puntuaciones se aproximan mucho al orden descendiente pronosticado, ordenando de los neuróticos a los alcohólicos, a otros psicóticos.

Las correlaciones entre el PIL y las escalas MMPI para los 50 pacientes externos del grupo P1, revelaron únicamente dos relaciones que fueron importantes en el nivel del 1% de confianza: Psicastenia -.44 (Pearson Producto Momento) y Depresión -.44 (Pearson Producto Momento). En una muestra similar de 50 pacientes externos reportada en el estudio anterior, sin embargo, solamente la escala Depresión y la escala K mostraron relaciones importantes con el PIL. Así, únicamente la escala Depresión ha mantenido una relación consistente.

Cuando la puntuación D (Depresión) de 93 sujetos del grupo P1 superior, la r con sus puntajes PIL fue -.65 (N=143), mostrando un efecto considerable de sumar el rango completo de puntuaciones de los sujetos "normal" al "psiquiátrico". Puede ser concluído que lo que mide el PIL no es directamente identificable a cualquier síndrome mental convencional, excepto quizás la depresión.

Nyholm (1966) encontró una correlación entre el PIL y la escala 2 D de -.42, y la escala Is (Introversión Social) de -.45 (N=68, 34 pacientes y 34 no pacientes).

Elmore y Chambers (1967) encontraron importantes correlaciones negativas entre el PIL y el MMPI, escalas D (Depresión), Hi (Histeria), Dp (Desviación psicopática) y Si (Introversión Social).

Crumbaugh (1968a) encontró correlaciones Pearson Producto Momento entre el PIL y la escala Pt (Psicastenia) de -.44 en una muestra de 50 pacientes externos. La relación de la escala D aumentó a -.65 en una muestra combinada de los mismos 50 pacientes externos con 93 estudiantes de bachillerato que no son pacientes (N=143).

Para el caso de la prueba Propósito en la Vida (PIL) se contaba con una reproducción fotocopiada del instrumento original en el idioma inglés, por lo que se procedió a realizar la correspondiente traducción del mismo, tan sólo en su parte A, la cual se había previamente especificado como la sección a aplicar, en virtud de ser la única que podía ser cuantificada objetivamente. La parte B y C del instrumento quedaron excentas de aplicación por considerarse de valoración subjetiva.

La traducción fue llevada a cabo bajo la supervisión de tipo no formal de un profesor de enseñanza de la lengua inglesa de la Escuela Berlitz.

El formato de la prueba se encuentra en el anexo 1.

2.- ANTECEDENTES DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE PERSONALIDAD

A fines de 1938 los Doctores Starke R. Hathaway (psicólogo) y J.C. Mckinley (neuropsiquiatra), comenzaron a reunir datos para crear una prueba objetiva para evaluar la personalidad por medio de escalas o perfiles que fueran útiles tanto para la páctica clínica como para la investigación, ya que en esa época, los hospitales psiquiátricos en E.U.A. tenían grandes deficiencias en sus programas de psicología clínica y ciencias de la conducta, además de que el material disponible en el área de diagnóstico y pronóstico para el estudio de la personalidad también era escaso y poco confiable.

En una serie de artículos, los autores de la prueba, han descrito detalladamente la construcción de la misma y la derivación de las nueve escalas básicas o clínica (Hathaway y Mckinley, 1940, 1942; Mckinley y Hathaway, 1940, 1942, 1944; Mckinley, Hathaway y Meel, 1948).

En 1940 apareció la prueba con el nombre de "Registro Multifásico de la Personalidad, y constaba de 504 frases impresas en tarjetas, que el sujeto debía leer y colocar en una caja con tres divisiones: "Cierto", "Falso", "No puedo decir".

Posteriormente, en 1942 la Universidad de Minnesota publicó el material de la prueba y el correspondiente Manual.

La lista original de frases constaba de 1,200 items que se habían obtenido en un principio de la experiencia clínica, textos de psiquiatía, etc., e incluía además preguntas que se utilizaban en la elaboración de historias clínicas de pacientes en general, pacientes psiquiátricos, neurológicos, etc.

El MMPI se basó en el concepto de que los reactivos conforman numerosas escalas potenciales. Éstas se elaboraron empíricamente siguiendo el criterio del diagnóstico psiquiátrico tradicional.

Actualmente existe traducido al español un folleto con 566 frases (550 + 16 reactivos repetidos) que es la adaptación de la prueba para América Latina. Existe también una versión abreviada de 366 frases, seleccionadas de tal manera que se mantienen la validez y confiabilidad de la prueba. Estos reactivos incluyen una variedad de temas: actitudes sociales, religiosas, políticas y sexuales; preguntas sobre educación, ocupación y familia; síntomas psicosomáticos, desórdenes neurológicos y trastornos motores; estados obsesivos y compulsivos; ilusiones, alucinaciones, fobias, tendencias sadomasoquistas, etc.

DESCRIPCION Y ESTRUCTURA DEL MMPI

Esta prueba está diseñada para proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las principales características de la personalidad que afectan la adaptación individual y social.

Las escalas constituyen un medio adecuado para conocer algunos rasgos de la personalidad así como el ajuste emocional de los jóvenes y adultos letrados, con fundamentos para evaluar la aceptación y confianza de cada resultado del Inventario.

Es importante mencionar que las nueve escalas para uso clínico de la Prueba fueron denominadas de acuerdo con las condiciones de anormalidad en que se basó su construcción; como consecuencia no se espera que las escalas midan rasgos puros ni que representen entidades separadas etiológicas o de pronóstico.

Los reactivos de la prueba se dividen en dos categorías: Cierto (C) y Falso (F). El sujeto debe identificar las frases como ciertas o falsas con respecto a sí mismo y hacer la anotación correspondiente en la *hoja de respuestas*. Posteriormente, se cuentan sus respuestas para obtener la puntuación de las 10 escalas clínicas y de las 4 escalas de validez. La calificación se realiza por medio de *plantillas*, a través de las cuales se observan las marcas realizadas por el sujeto en su respectiva hoja de respuestas. Cuando se ha obtenido la calificación para las diferentes escalas, se elabora el respectivo trazo en la *hoja del perfil*.

Existe también versión para Computadoras Personales.

LISTA DE LAS ESCALAS BASICAS DEL MMPI

Clave	Nombre de la Escala	No. de Reactivos
Escalas Clínicas		
1-Hs	Hipocondriasis	33
2-D	Depresión	60
3-Hi	Histeria	60
4-Dp	Desviación Psicopática	50
5-Mf	Masculinidad-Feminidad	60
6-Pa	Paranoia	40
7-Pt	Psicastenia	48
8-Es	Esquizofrenia	78
9-Ma	Manía	46
0-Is	Introversión social	70
Escalas de Validez		
?	Frases omitidas	-
L	Mentira	15
F	Validez	64
K	Corrección	30

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Respecto a los inventarios de personalidad, las estimaciones de confiabilidad dependen principalmente de si el grupo utilizado estaba integrado por sujetos normales, por pacientes hospitalizados o por los dos; ya que se supone que las características de personalidad de sujetos normales deberían ser más estables que las de los pacientes psiquiátricos. Pero existe la limitación cuando los inventarios miden rasgos de personalidad que se supone son variables.

Viendo estas dificultades, los datos reportados sobre la confiabilidad del MMPI parecen bastante satisfactorios. Hathaway y Mckinley (1942, 1944) utilizando la Forma Individual con sujetos normales no seleccionados, informaron los coeficientes de confiabilidad de seis de las variables clínicas. El tiempo de aplicación entre la primera y la segunda aplicación varió de 3 días hasta más de un año. Más tarde, Cottle (1950) informó de los coeficientes de aplicación y reaplicación utilizando sujetos no seleccionados, quienes fueron examinados con ambas formas, la individual y la de grupo, con una semana de diferencia. Holzberg y Alessi (1949) encontraron coeficientes para la aplicación y reaplicación con pacientes psiquiátricos no seleccionados a quienes se les aplicó la forma completa y la breve de la Forma Individual con una diferencia de tres días de tiempo.

COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD ENCONTRADOS EN LA PRIMERA APLICACION Y EN LA REAPLICACION DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

	Hathaway y Mckinley	**Cottle**	**Holzberg y Alessi**
Escala	Normales (N=40-47)	Normales (N=100)	Pacientes Psiquiátricos (N=30)
No puedo decir (?)			0.75
Mentira (L)		0.46	0.85
Validez(F)		0.75	0.93
Escala K		0.76	
Hipocondría (1-Hs)	0.80	0.81	0.67
Depresión (2-D)	0.77	0.66	0.80
Histeria (3-Hs)	0.57	0.72	0.87
D.Psicopática(4Dp)	0.71	0.80	0.52
Mas-Fem (5-Mf)		0.91	0.76
Paranoia (6-Pa)		0.56	0.78
Psicastenia (7-Pt)	0.74	0.90	0.72
Esquizofrenia (8Es)		0.86	0.89
Hipomanía (9-Ma)	0.83	0.76	0.59

Se ha encontrado que una puntuación alta en una escala predice positivamente el diagnóstico final correspondiente, estimado en más de 60% de los nuevos casos de admisión psiquiátrica. Dicho porcentaje es derivado de la diferenciación entre grupos normales y anormales. Aún en los casos clínicos que es más difícil que la mera diferenciación entre grupos normales y anormales. Pero, aún en los casos en que una puntuación no fue confirmada por el diagnóstico final correspondiente, casi siempre se notará dentro del cuadro sintomático la presencia del rasgo en un grado anómalo.

DESCRIPCION DE LA ESCALA 2 D (DEPRESION)

La escala 2 (D) se caracteriza frecuentemente como la escala del "estado de ánimo" ya que por medio de ella se pueden detectar estados emocionales momentáneos y pasajeros. Fue diseñada como una medida del 'grado de depresión', cuadro psicológico que expresa baja moral, sentimiento de desesperanza y tristeza. La escala varía en base a la forma en cómo fluctúen esos estados de ánimo. Dado que la depresión es uno de los principales cuadros característicos de todo paciente psiquiátrico, no resulta sorprendente encontrar que la escala 2 frecuentemente esté elevada en el perfil del MMPI y que sea repetidamente el punto más alto del perfil de la población de pacientes con padecimiento psiquiátrico. Se considera una escala muy lábil.

Para la población normal que obtiene una puntuación alta en esta escala, se puede decir que se trata de personas serias, modestas, individualistas, con intereses estéticos, insatisfechas con el medio y con ellas mismas, tienen tendencias a preocuparse demasiado, emotivas, de temperamento nervioso, generosos y sentimentales.

Otras características de dicha población de sujetos normales incluyen apatía, evasión, convencionalismo, indiferencia, silencio, aislamiento, sumisión, timidez. Son

además muy controlados, indecisos, responsables, pero desconfiados en sus propias capacidades, pesimistas. Tienden a evitar involucrarse en sus relaciones interpersonales y por ello mantienen relaciones a distancia con culpa y duda. Evitan el afrontar situaciones desagradables.

Los pacientes psiquiátricos con puntuación elevada en esta escala son individuos, por lo general, que muestran un estado de malestar por su fracaso en lograr satisfacciones y adecuada adaptación. Hathaway y Meehl (1951) señalaron que todo paciente con padecimiento mental y que se da cuenta de su enfermedad, muestra un cuadro de depresión. Los pacientes con puntuación alta pueden mostrar un cuadro depresivo. Guthrie (1952) encontró que los pacientes con puntuaciones altas en esta escala, generalmente tienen un pronóstico pobre, por su poca respuesta al tratamiento., a excepción de pacientes con escala dos moderadamente elevada.

La puntuación natural en esta escala encontrada por Swenson (1958) se distribuye de la siguiente manera: 15 o menos, persona cuidadosa y optimista; 16 a 20 en los hombres y 18 a 23 entre las mujeres, perciben la vida con una mezcla de optimismo y pesimismo; 21 a 24 entre hombres y 24 a 29 entre las mujeres medianamente pesimistas y depresivas; 25 a 31 entre los hombres y 30 a 37 entre las mujeres moderadamente deprimidas, preocupadas y pesimistas, y finalmente 24 o más entre los hombres y 29 o más entre las mujeres se encuentra en personas gravemente deprimidas, indecisas y pesimistas.

Marks y Seeman (1963) señalan que en el grupo que estudiaron, encontraron que la escala 2 elevada pudo ser interpretada como un signo con pronóstico favorable.

En 1974, Lachar encontró las siguientes características en la escala 2:

Puntuación T	Puntuación natural en hombres	Puntuación natural en mujeres

28-44	8-14	8-16

Son personas entusiastas, optimistas, activas, sociables. No presentan inhibiciones que les ocasionen hostilidad hacia los demás.

Puntuación T	Puntuación natural en hombres	Puntuación natural en mujeres
45	15-20	17-24

Personas con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo, se caracterizan también por mucha energía y entusiasmo.

Puntuación T	Puntuación natural en hombres	Puntuación natural en mujeres
60-69	21-24	25-29

Personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas, que puede resultar de situaciones temporales que les preocupan: esta elevación refleja características más estables y duraderas.

Puntuación T	Puntuación natural en hombres	Puntuación natural en mujeres
70-79	25-29	30-35

Pacientes con niveles de depresión clínicamente significativos por su importancia, se preocupan por minuciosidades. Los pacientes psiquiátricos caen dentro de esta posibilidad.

Puntuación T	Puntuacion natural en hombres	Puntuación natural en mujeres
80	30	36

Pacientes con depresión severa, preocupación extrema y pesimismo. Se caracterizan por conducta indecisa y aislamiento, anorexia e insomnio. Sentimientos de inadecuacidad y depresión con rasgos delirantes, y las elevaciones superiores presentan cuadros de apatía extrema y reacciones psicomotoras lentas.

Finalmente las 60 frases de esta escala se pueden subdividir en 5 grupos:

I.- Depresión subjetiva

II.- Retardo psicomotor

III.- Mal funcionamiento físico

IV.- Lentitud Mental

V.- Sentimientos de amargura

ADAPTACION DEL INSTRUMENTO

La adaptación del Inventario de personalidad MMPI, se realizó planteando la posibilidad de sustraer las escalas 2 D (Depresión y las escalas de validez L, F, y K, con el propósito de evaluar tan solo la escala de interés para la investigación, acompañada de las mencionadas escalas de validez alternadas, para evitar que el sujeto identificara los reactivos de depresión y manipulara el instrumento. El orden seguido fue el de la prueba original: L, F, K, 2D.

Para dicha modificación se elaboró un cuadernillo sin variar las instrucciones del instrumento original. Dicho cuadernillo contuvo los reactivos de la escala 2D y los de las respectivas escales de validez, quedando de esta manera 156 reactivos por contestar. Del mismo modo se diseñó la respectiva hoja de respuestas, modificando únicamente los círculos en los que el sujeto debe señalar como cierto o falso el ítem, por cuadrados. Así mismo se elaboraron las respectivas plantillas para poder calificar los resultados posteriores.

En el anexo 2 se presentará una réplica del cuadernillo utilizado.

CAPITULO V

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.- PROBLEMA

Históricamente, México ha sido considerado como un país rico en diversos aspectos: en climas, en extensión territorial, en recursos minerales, en la fertilidad de sus tierras, en la variedad de sus frutos, legumbres, carnes, pesca, etc. Es rico además en costumbres, tradiciones e historia.

Sin embargo, el país ha concentrado en la capital las principales instituciones de dirección de éste : secretarias, universidades, industrias, servicios médicos de primer nivel, centros culturales, etc., lo que hace parecer como un lugar ideal para trabajar, estudiar y para obtener los mejores servicios y oportunidades que eleven la calidad de vida del mexicano.

Esta imagen ideal de ciudad ha dado lugar para que cientos de miles de personas emigren del interior del país a esta capital en búsqueda de mejores condiciones de vida. Con el paso del tiempo, la imagen ideal ha ido desapareciendo.

El país y en especial la ciudad de México, se ha adentrado en un momento en el que la población se encuentra inmersa en graves problemas de crisis económica, inseguridad pública, delincuencia, alcoholismo, farmacodependencia, prostitución, consumismo, desintegración familiar y violencia principalmente.

Se trata de un momento en que el país y en especial la ciudad del Distrito Federal, vive una crisis de valores, que lo hace encontrase perdido y divagante, en la lucha por la sobrevivencia.

Es por ello que nace el interés por investigar el fenómeno del vacío existencial como una manera de resaltar su presencia, y la posible relación con algunos rasgos de depresión que aún no sean considerados bajo un cuadro crónico propiamente definido, a fin de ampliar las investigaciones logoterapéuticas, con respecto a la frecuencia de aparición del fenómeno del vacío existencial, en un nivel preventivo de los ya mencionados cuadros crónicos.

En el trabajo realizado por el Dr. Frankl, no se remarca una distinción de la presencia del vacío existencial en las diversas etapas del desarrollo. Toma en conjunto al ser humano en sus esferas bio-psico-social-trascendental, para explicar dicho fenómeno, por lo cual, la población fue elegida sin consideración alguna, salvo la de tener acceso, la suscrita, a una población definida.

Con respecto a los anteriores fenómenos mencionados, surge el siguiente problema.

DEFINICION DEL PROBLEMA:

¿Existe alguna relación entre el vacío existencial, descrito por logoterapia, y los rasgos depresivos medidos por la escala 2-D del MMPI, en la población adolescente de estudiantes de preparatoria?

2.- HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

A) HT: La población que denote vacío existencial correlacionará negativamente con en la escala 2-D del MMPI.

HIPÓTESIS ALTERNA

B) HA: La población que denote vacío existencial no correlacionará negativamente con la escala 2-D del MMPI.

3.- VARIABLES

A) Vacío Existencial

B) Rasgos Depresivos

VARIABLE DEPENDIENTE

Vacío Existencial : Para los fines de esta investigación, vacío existencial será la puntuación baja (de 90 ó menos), que mide la prueba "Propósito en la Vida".

VARIABLE INDEPENDIENTE

Rasgos Depresivos : Para los fines de esta investigación, los rasgos depresivos se considerarán a partir de la puntuación baja en la escala 2-D del MMPI.

4.- SUJETOS

MUESTRA: La muestra fue de 300 sujetos estudiantes de la escuela preparatoria del Colegio Salesiano.

SUJETOS

300 en total.

EDAD

Entre 14 y 19 años de edad.

SEXO

Masculino y femenino.

ESCOLARIDAD

La población fue de estudiantes de nivel bachillerato de 4o., 5o. y 6o año de la escuela preparatoria del Colegio Salesiano.

5.- ESCENARIO

Los escenarios de aplicación de los instrumentos fueron las aulas de clases; aulas de aproximadamente 10 metros cuadrados, ubicadas dentro de las instalaciones de la escuela preparatoria del Colegio Salesiano; con suficiente ventilación e iluminación; con bancas individuales y alineadas.

6.- INSTRUMENTOS DE MEDICION

A) **Test del Propósito en la Vida (PIL)**

B) **Escala 2, L,F y K del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)**

7.- PROCEDIMIENTO

Los instrumentos de medición planeados para la investigación fueron analizados en relación a cómo se aplicarían.

Para el caso de la prueba Propósito en la Vida (PIL) se contaba con una reproducción fotocopiada del instrumento original en el idioma inglés, por lo que se procedió a realizar la correspondiente traducción del mismo, tan sólo en su parte A, la cual se había previamente especificado como la sección a aplicar, en virtud de ser la única que

podía ser cuantificada objetivamente. La parte B y C del instrumento quedaron excentas de aplicación por considerarse secciones de valoración subjetiva.

La traducción fue llevada a cabo por la investigadora, recurriendo a una revisión de tipo informal con un profesor de la lengua inglesa de la Escuela Berlitz.

Una vez revisado el material, se elaboró el respectivo cuestionario y se reprodujeron 300 copias del mismo.

Para el caso del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), se planteó la posibilidad de sustraer las escalas 2 D (Depresión) y las escalas de validez L, F y K, con el propósito de evaluar tan solo la escala de interés para la investigación, acompanada de las mencionadas escalas de validez alternadas, para evitar que el sujeto identificara los reactivos de depresión y condicionara los instrumentos.

Para dicha modificación se elaboró un cuadernillo sin variar las instrucciones del instrumento original. Dicho cuadernillo contuvo los reactivos de la escal 2D y los de las respectivas escalas de validez, quedando de esta manera 156 reactivos por contestar. Del mismo modo se diseñó la respectiva hoja de respuestas, modificando únicamente los círculos en los cuales el sujeto debe señalar como cierto o falso un ítem, por cuadrados. Así mismo se elaboraron las respectivas plantillas de calificación para poder cuantificar los resultados posteriores. Una vez elaborado dicho material y previa revisión, se reprodujeron 300 folletos con sus respectivas hojas de respuesta.

Una vez listo el material de aplicación se procedió a la solicitud del permiso correspondiente al Responsable de la Dirección de la Preparatoria del Colegio Salesiano, ubicado en la calle Colegio Salesiano No. 35 Col. Anáhuac en México D.F., quien otorgó

de manera verbal su consentimiento, estableciendo como única fecha de aplicación de los instrumentos, el 11 de mayo de 1992. Se fijó como horario el turno matutino, a partir de las 7:00 am. De esta manera, y llegada la fecha senalada, se procedió a la aplicación de los instrumentos, en base a la disponibilidad de los grupos, tratando de no interrumpir materias consideradas como muy importantes por el responsable.

La aplicación de las pruebas a los grupos de 4°, 5° y 6° grado de preparatoria, se había planeado llevarla a cabo en base al orden jerárquico de los grupos, iniciando por los grupos de 4° y finalizando por los grupos de 6°. Sin embargo, la aplicación se realizó en base a la disponibilidad, en tiempo, de los grupos. El número de sujetos por grupo no se determinó ya que varió basados en los sujetos que habían asistido ese día.

La aplicación fue llevada a cabo por la investigadora en compania del Responsable de la Preparatoria, quien en un inicio, explicaba al grupo el motivo de dicha investigación y solicitando su colaboración, la cual fue recibida de manera participativa por los estudiantes. Posteriormente se continuó con las indicaciones respectivas por parte de la investigadora, primero del instrumento del MMPI, esto en forma verbal. Una vez hecho lo anterior se inició con la entrega a cada uno de los sujetos de dicha prueba, explicando que no se tenía tiempo límite; por lo cual al finalizar se indicó que cada vez que un sujeto terminaba de responder la prueba MMPI, se le entregaría la escala PIL dándole las indicaciones en forma personal.

Dado que los instrumentos no tenían tiempo límite de aplicación, la duración de la misma varió en los diferentes grupos, teniendo un tiempo promedio de una hora aproximadamente por grupo.

Al finalizar las 300 aplicaciones, se procedió a la calificación de las pruebas. Para el caso de la escala 2-D del MMPI, se diseñó una plantilla de calificación, en base a las modificaciones de la prueba. No se utilizó el perfil del MMPI, sino se consideraron las puntuaciones brutas obtenidas.

Para el caso del PIL, el conteo se realizó de manera manual, sumando los puntos encerrados en los círculos y totalizando el puntaje obtenido.

CAPITULO VI

RESULTADOS

1.- Se calculó el **Coeficiente de Correlación Pearson Producto-Momento** con la finalidad de obtener la correlación entre los resultados obtenidos de la prueba PIL y los puntajes brutos, obtenidos de la escala 2-D del Inventario MMPI.

$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{n(\sum x^2) - (\sum x)^2} \bullet \sqrt{n(\sum y^2) - (\sum y)^2}}$$

TOTALES

PIL (x)	MMPI (y)
$\sum x = 33859$	$\sum y = 6732$
Media = 112.86	Media = 22.44

Desviación Estándar = 4.86

r = - 0.43

El PIL correlacionó negativamente respecto a la escala 2-D del MMPI, debido a la correlación obtenida, denotando que ante los puntajes altos de la prueba PIL, los puntajes de la escala 2-D tendieron a bajar.

2.- Con la finalidad de verificar la interrelación y para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas pruebas, se aplicó el **Análisis de Varianza** para una clasificación doble, es decir, *respecto de dos variables*:

Para explicarlo, se utilizará la metodología empleada por Ebel (1955).

A) Como primer paso, se agruparon los datos en base a una clasificación dada por las mismas pruebas:

PUNTUACIONES

P= Propósito en la vida	**Alto**= puntaje entre 113 ó mas
N= Normal	**Medio** = puntaje entre 91 y 112
V= Vacío Existencial	**Bajo** = Puntaje de 90 ó menos

Tabla 1. Se señala esta agrupación basada en la clasificación dada por la prueba PIL..

BN = Abajo de lo normal	**Bajo**=Puntaje bruto entre 8 y 16
AN= Arriba de lo normal	**Medio**=Puntaje bruto entre 17 y 25
D= Rasgos depresivos	**Alto**=Puntaje bruto entre 26 ó más

Tabla 2. Se señala esta agrupación basada en la clasificación dada por la escala 2-D.

B) En base a la clasificación anterior se agruparon los datos con la finalidad de homogeneizar las puntuaciones obtenidas:

PA = Puntuación Alta

PM = Puntuación Media

PB = Puntuación Baja

C) En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones de ambas pruebas:

	PAX	PMX	PBX	Σ Por Filas	PA x^2	PM x^2	PB x^2
PIL	179	97	24	300	32041	9409	576
2 - D	46	206	48	300	2116	42436	2304
$\sum$	225	303	72	600	34157	51841	2880
Media	112.5	151.5	36		68314	103686	5760
Media t=	100						

El análisis de varianza se realizó de la siguiente forma:

a.- Suma Total de Cuadrados (SC*t*):

Sc*t* = 28 878

b.- Suma de Cuadrados por Fila (Sc*f*) -pruebas-:

Sc*f* = 0

c.- Suma de Cuadrados por columnas (Sc*c*) -puntuaciones-:

Sc*c* = 13 809

d.- Obtenidas las SC por filas y por columnas, se dedujo el residuo, suma de cuadrados por errores: Sc*e*. Este último término es una combinación de los efectos de la interacción y de los errores.

Sc*e* = Sc*t* - (Sc*f* + Sc*c*)

Sc*e* = 15 069

e.- Por último se realizó la tabla siguiente, donde CM significa "Cuadrados Medios"

Fuente de Variación	Grados de Libertad	SC	CM	F	*p*
Filas (Pruebas)	1	0	0	0	0.01
Columnas (Puntuaciones)	2	13 809	6904.5	0.92	0.05
Error	2	15 069	7534.5		
Total	5	28 878			

f.- Hipótesis estadísticas.:

$$H_0: \mu_1 \langle \mu_2$$
$$H_1: \mu_1 = \mu_2$$

PIL= μ_1 = 112.86

2-D MMPI= μ_2 = 22.44

Rechace la hipótesis de trabajo si F ≥ 1 o si F ≥ 1, donde F se obtiene a través de un análisis de varianza para una clasificación doble.

DECISION:

Pruebas (PIL 2-D):

Como el valor calculado F= 0 no excede de 1, se acepta la Hipótesis de Trabajo, es decir, no hay diferencias significativas entre pruebas y puntuaciones.

Puntuaciones:

Como el valor calculado F = 0.92 no excede de 1, se acepta la Hipótesis de trabajo, lo que indica que no hay diferencias significativas entre pruebas y puntuaciones.

Lo que implica que ambas variables, vacío existencial y rasgos depresivos, se relacionan confiablemente y que ambas pruebas son fiables.

La fiabilidad de las puntuaciones consideradas en conjunto, se obtiene a través de la expresión:

$$r\,tt = Cmf - Cme / Cmf$$

$$rtt = 1$$

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

En la investigación realizada se consideró importante conocer si existía alguna relación entre los rasgos depresivos y el concepto de vacío existencial en los adolescentes.

En los resultados obtenidos se pudo observar que sí, efectivamente existe una relación entre ambos.

Se demostró que la Correlación Pearson Producto Momento entre el PIL y la escala 2-D del Inventario MMPI fue negativa, al obtener puntuaciones inversamente proporcinales en los resultados de los jóvenes, y significativa, ante lo cual se deduce que la relación existente entre ambos fenómenos, habla de una estrecha conexión entre ambos fenómenos.

Esta relación encontrada infiere que las personas con rasgos depresivos pueden, según el instrumento del PIL, estar presentando un estado de vacío, lo que podría significar que aún cuando no se trata de cuadros patológicos de depresión, o de neurosis noögena, sí se trata de un idicador de que esto se puede presentar

Con la finalidad de verificar la interrelación entre las pruebas, se aplicó el Análisis de Varianza. Los resultados mostraron la aceptación de la hipótesis planteada en la investigación. De tal manera que la hipótesis: "La población que denote vacío existencial correlacionará negativamente con la escala 2-D del Inventario MMPI" se acepta con un nivel de significancia de 0.05 y de 0.01.

Se puede inferir entonces que los rasgos depresivos se relacionan con el sentimiento de vacío existencial, no denotando sin embargo, ser consecuencia uno del otro.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

a) La investigación presentada se limita al concepto de vacío existencial según Viktor E. Frankl.

b) El marco teórico manejado es el de la logoterapia basado en los escritos de Viktor E. Frankl y logoterapeutas que se mencionan en la bibliografía.

c) La investigación se limita a estudiantes adolescentes de un Colegio particular.

d) Por la escasez de investigaciones de este tipo en México, ésta implica una exploración relativamente nueva de un campo nuevo.

e) Por lo que respecta al instrumento prueba "Propósito en la Vida":

- Se limita a la estandarización, confiabilidad y validez realizada hasta 1968 por sus creadores James Crumbaugh y Maholick.

Existen, hasta donde ha sido posible informarse, pocas investigaciones sobre dicha prueba.

f) Por lo que respecta al Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI:

- La adaptación realizada minimiza hasta cierto punto la interpretación de los rasgos depresivos, ya que no existe punto de comparación con otras escalas clínicas.

SUGERENCIAS

Sería de gran utilidad seguir investigando aquellos conceptos trabajados por el Dr. Frankl, ya que se considera que en México se necesita *resaltar* la importancia de *sistemas psicoterapéuticos* y de ***orientación que opten por el ser humano***, visto desde su plenitud, para así poder realmente brindar un servicio trascendente a aquellos que se acercan al psicólogo como acompañante de sus sufrimientos y como facilitadores de sus procesos.

Para las investigaciones clínicas acerca de depresión, la relación encontrada entre los conceptos, contribuiría para ampliar el marco fenomenológico de dicho cuadro.

En estudios a nivel preventivo, el PIL puede ser utilizado como prueba inicial como instrumento de diagnóstico.

Se sugieren futuras investigaciones similares y a diferentes niveles, correlacionando las diversas variables que en el presente estudio quedaron omitidas, tales como: edad, sexo, situación económica, etc., a fin de enriquecer dicha investigación.

Queda abierto este estudio para ser enriquecido por quienes se interesen en las investigaciones logoterapéuticas.

Para la suscrita, los trabajos logoterapéuticos aportan una visión más humanizadora para este momento crucial, en el que queda pendiente siempre, el servicio y la opción por los más necesitados.

ANEXO I

PRUEBA DEL PROPOSITO EN LA VIDA

FECHA_____ **SEXO** _____ **EDAD**_____

PUNTUACION_____

PARTE A:

INSTRUCCIONES:

Para cada una de las siguientes afirmaciones, encierre en un círculo, el número que podría estar más cerca a la verdad para usted. Note que los números siempre se extienden desde un sentimiento extremo a su sentimiento opuesto. "Neutral"no implica ninguna preferencia hacia alguno de los dos extremos; trate de usar esta apreciación lo menos posible.

1.- Generalmente estoy:

1	2	3	4	5	6	7
completamente aburrido			neutral			exhuberante, entusista

2.- La vida me parece:

7	6	5	4	3	2	1
siempre emocionante			neutral			completamente rutinaria

3.- En la vida:

1	2	3	4	5	6	7
no tengo metas ni propósitos definidos del todo			neutral			tengo metas muy claras y definidas

4.- Mi existencia personal es:

1	2	3	4	5	6	7
completamente vacía y sin sentido			neutral			llena de propósitos y sentido

5.- Cada día es:

7	6	5	4	3	2	1
constantemente nuevo y diferente			neutral			exactamente lo mismo

6.- Si yo pudiera escoger:

1	2	3	4	5	6	7
preferiría nunca haber nacido			neutral			me gustaría tener 9 vidas más, exactamente como ahora

7.- Después de retirarme o jubilarme, yo:

7	6	5	4	3	2	1
haría alguna de las cosas que siempre he querido hacer			neutral			holgazanearía el resto de mi vida

8.- En cuanto a las metas de mi vida:

1	2	3	4	5	6	7
no he hecho provecho de ninguna clase			neutral			he progresado hasta el logro total

9.- Mi vida es:

1	2	3	4	5	6	7
vacía y llena de desesperación			neutral			llena de cosas buenas y emocionantes

10.- Si me muriera hoy, sentiría que mi vida:

7	6	5	4	3	2	1
ha valido mucho la pena			neutral			ha sido completamente inútil

11.- Pensando acerca de mi vida:

1	2	3	4	5	6	7
frecuentemente me pregunto: porqué existo?			eutral			siempre veo una razón para estar aquí

12.- Como veo en relación a mi vida, el mundo:

1	2	3	4	5	6	7
me confunde completamente			neutral			se lleva significativamente con mi vida

13.- Soy una persona:

1	2	3	4	5	6	7
completamente irresponsable			neutral			muy responsable

14.- Concerniente a la libertad humana para hacer sus propias elecciones, yo creo que el hombre es:

7	6	5	4	3	2	1
es absolutamente libre para hacer todas las elecciones en la vida			neutral			está sujeto completamente por limitaciones de herencia y medio ambiente

15.- Respecto a la muerte, yo estoy:

7	6	5	4	3	2	1
preparado y sin miedo			neutral			impreparado y temeroso

16.- Respecto al suicidio, yo:

1	2	3	4	5	6	7
he pensado en esto seriamente como una salida			neutral			nunca lo he pensado como una salida

17.- Considero mi habilidad para encontrar significado, propósito o misión en la vida como:

7	6	5	4	3	2	1
muy grande			neutral			practicamente ninguna

18.- Mi vida:

7	6	5	4	3	2	1
está en mis manos y en control de ella			neutral			no está en mis manos y está controlada por factores externos

19.- El enfrentarme a mis tareas diarias es:

7	6	5	4	3	2	1
una fuente de placer y satisfacción			neutral			una experiencia dolorosa y aburrida

20.- He descubierto:

1	2	3	4	5	6	7
ningún propósito			neutral			metas y propósitos

PARTE B:

Complete las oraciones de cada una de las siguientes frases. Trabaje rápidamente, llenando los espacios en blanco con lo primero que pase por su mente:

1.- Más que otra cosa, yo quiero_____

2.- Mi vida es_____

3.- Espero poder_____

4.- He logrado _____

5.- Mi más alta aspiración_____

6.- Lo más esperanzador_____

7.- El propósito de mi vida_____

8.- He logrado aburrirme_____

9.- La muerte es_____

10.- Yo estoy listo_____

11.- La enfermedad y el sufrimiento pueden ser_____

12.- Para mí toda la vida es_____

13.- La idea del suicidio_____

PARTE C:

Escriba un párrafo describiendo en detalle sus metas y ambiciones en la vida. Qué tanto ha ha hecho pata lograrlas?

ANEXO 2

NO ABRA ESTE FOLLETO HASTA QUE SE LE INDIQUE

INSTRUCCIONES:

Este inventario consta de oraciones o propósitos enumeradas. Lea cada una y decida si, en **su caso**, es **cierta** o **falsa**.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones. Fíjese en el ejemplo que aparece al lado derecho. Si la oración es CIERTA o más o menos CIERTA, marque con una X el cuadro del renglón **C** (Cierto), vea el ejemplo 1. Si la oración es FALSA o, más o menos FALSA en su caso, marque con una X el cuadro del renglón **F** (Falso), vea el ejemplo 2.

Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio. **No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.**

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, **asegúrese de que el número de la oración corresponda al número de la respuesta en la hoja de contestaciones.** Marque bien sus cuadros. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar.

Recuerde, trate de dar una respuesta para cada una de las oraciones.

No maque este folleto.

EJEMPLO 1

C	X
F	1

EJEMPLO 2

C	
F	X 2

AHORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE
NO HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO

.- Tengo buen apetito.
2.- El ruido me despierta facilmente.
3.- Mi vida diaria esta llena de cosas que me mantienen interesado.
4.- Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
5.- Trabajo bajo una presión muy grande.
6.- Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.
7.- De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
8.- Mi padre fue un gran hombre.
9.- Muy raras veces sufro de estrenimiento.
10.- Mi vida sexual es satisfactoria.
11.- Sufro de ataques de náusea y vómito.
12.- Los espíritus malos se posesionan de mí a veces.
13.- A veces siento deseos de maldecir.
14.- Me dan pesadillas con mucha frecuencia.
15.- Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
16.- Tengo tos la mayor parte del tiempo.
17.- Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
18.- Raras veces me preocupo por mi salud.
19.- A veces siento deseos de destruir cosas.
20.- La mayor parte del tiempo preferiría sonar despiertó antes que hacer cualquier cosa.
21.- He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.
22.-A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida).
23.- Mi sueno es irregular e intranquilo.
24.- No siempre digo la verdad.
25.- Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.
26.- Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extranas.
27.- Sería mejor si casi todas las leyes fueran descartadas.
28.- Mi alma a veces abandona mi cuerpo.
29.- Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.
30.- Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas conocidas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
31.- Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted.
32.- Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.

33.- Cuando muchacho (a) me suspendieron de la escuela una o más veces por hacer travesuras.
34.- Soy una persona sociable.
35.- Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.
36.- No leo todos los editoriales del periodico diariamente.
37.- Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo.
38.- Yo quise a mi padre.
39.- Veo cosas, animales o gente a mi alrededor qu otros no ven.
40.- Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
41.- Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conduelan de ellos y les ayuden.
42.- Algunas veces me enojo.
43.- De vez en cuando mortifico a los animales.
44.- Cualoquier persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte tiene buenas posibilidades de obtener éxito.
45.- Algunas veces me siento tan atraído por artículos personales de otros, como calzado, guantes, etc., que quiero tocarlos o robarlos aunque no haga uso de ellos.
46.- Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
47.- Generalmente siento que la vida vale la pena.
48.- Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
49.- De vez en cuando dejo para manana lo que debiera hacer hoy.
50.- Voy a la iglesia casi todas las semanas.
51.- Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.
52.- Creo en la segunda venida de Cristo.
53.- No parece importarme lo que me pase.
54.- Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy malhumorado.
55.- Casi siempre estoy feliz.
56.- Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo que es justo.
57.- Creo que la ley debe hacerse cumplir.
58.- Creo en otra vida después de ésta.
59.- Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer fuera en compania de otros.
60.- Creo que están conspirando contra mí.
61.- Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.
62.- Creo que me están siguiendo.

63.- La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.
64.- A menudo no puedo comprender porqué he estado tan irritable y malhumorado.
65.- Nunca he vomitado o escupido sangre.
66.- No me preocupa contraer enfermedades.
67.- A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.
68.- Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
69.- La crítica o el regano me lúere profundamente.
70.- Algunas veces siento el impulso de herirme o de herir a otros.
71.- Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.
72.- A veces siento el deseo de empezar una pelea a punetazos con alguien.
73.- Me siento impulsado hacia la vida errante y nunca me siento feliz a menos que esté viajando de un lado a otro.
74.- Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante.
75.- Prefiero ganar a perder en un juego.
76.- Alguien ha estado tratando de envenenarme.
77.- Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
78.- Durante los últimos anos he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
79.- Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
80.- No estoy perdiendo ni ganando peso.
81.- He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.
82.- Lloro con facilidad.
83.- No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
84.- Nunca me he sentido mejor que ahora.
85.- Me gusta leer o estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.
86.- Me gusta conocer gente de importancia porque eso me hace sentir importante.
87.- Mi mente no está muy bien.
88.- No tengo miedo de manejar dinero.
89.- No me preocupa lo que otros piensen de mí.
90.- Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aún cuando otros están haciendo lo mismo.

91.- Mi madre fue una buena mujer.
92.- Mi memoria parece ser buena.
93.- Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
94.- Tengo miedo de perder el juicio.
95.- Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
96.- Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
97.- Aparentemete oigo tan bien como la mayoría de las personas.
98.- Siento debilidad general lá mayor parte del tiempo.
99.- Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.
100.- No me dan ataques de alergia o asma.
101.- No me agradan todas las personas que conozco.
102.- Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
103.- Alguien ha estado tratando de robarme.
104.- Se debe ensenar a los ninos la información básica sobre la vida sexual.
105.- Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.
106.- Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
107.- Ha veces me ha sido imposible evitar el robar o el llevarme algo de una tienda.
108.- Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).
109.- Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.
110.- Me gusta coquetear.
111.- Creo que mis pecados son imperdonables.
112.- Todo me sabe igual.
113.- Puedo dormir de día pero no de noche.
114.- He bebido alcohol con exceso.
115.- Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.
116.- No me molesta mucho el ver sufrir a los animales.
117.- Yo quise a mi madre.
118.- A veces murmuro o chismeo un poco de la gente.
119.- Me han dicho que camino dormido.
120.- Algunas veces he sido un obstáculo a personas que querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.
121.- Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto.
122.- Me preocupo mucho.
123.- Sueno frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
124.- Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.

125.- Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.
126.- Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
127.- Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.
128.- Algunas veces sin razón alguna o aun cuando las cosas no me están saliendo bien, me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".
129.- A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted.
130.-En las elecciones algunas veces voto por candidatos acerca de quienes conozco muy poco.
131.- La única parte interesante del periódico es la página cómica.
132.- Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.
133.- Creo que hay un Dios.
134.- Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.
135.- Sudo con facilidad aún en días fríos.
136.- Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.
137.- Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
138.- Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas están bien cerradas.
139.- No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.
140.- A veces estoy lleno de alegría.
141.- Alguien controla mi mente.
142.- Me gustan los ninos.
143.- A veces me río de chistes sucios.
144.- Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo.
145.- Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.
146.- Alguien ha tratado de influir en mi mente.
147.- Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.
148.- Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
149.- El dinero y los negocios me preocupan.
150.- Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio para la humanidad.
151.- Gozo con la excitación de una multitud.
152.- Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
153.- Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.

154.- A veces me he alejado de otra persona porque temía hacer o decir algo que pudiera lamentar después.

155.- Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.

156.- Le tengo terror a una persona.

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
F																								
C	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
F																								
C	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
F																								
C	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96
F																								
C	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
F																								
C	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144
F																								
C.	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156												
F																								

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1.- Pareja ,G.; ***Viktor E. Frankl: Comunicación y Resistencia***; Ed. Premiá Editora; Segunda edición.

2.- Fabry, J.; ***La búsqueda de Significado***.

3.- Frankl, E.V.; ***Psicoanálisis y Existencialismo***; Ed. Fondo de Cultura Económica. 1980

4.- Frankl, E.V.; ***El Hombre en búsqueda de Sentido***; Ed. Herder.1986

5.- Larrañaga, I.; ***Del Sufrimiento a la Paz***; Tercera edición; Ed. Librería Parroquial de Clavería.

6.- Frankl, E.V.; ***La voluntad de Sentido***; Ed. Herder.1988

7.- Fizzotti, E.; ***De Freud a Frankl***; Ed. Siglo XXI

8.- Frankl, E.V.; ***Psicoterapia y Humanismo***; Ed. Fondo de Cultura Económica.1982

9.- Frankl, E.V.; ***La Presencia Ignorada de Dios***; Ed. Herder Barcelona.1985

10.- Frankl, E.V.; ***El hombre Doliente: Fundamentos Antropológicos de Psicoterapia***; Ed. Herder Barcelona. 1986

11.- Frankl, E.V.; ***La Idea Psicológica del Hombre***; Ed. Rialp. 1984

12.- Frankl, E.V.; ***La Psicoterapia al Alcance de Todos***; Ed. Herder Barcelona. 1983

14.- Frankl, E.V.; ***Ante el Vacío Existencial***; Ed. Herder. 1986

15.- Frankl, E.V.; ***Teoría y Terapia de las Neurosis***; Ed. Herder Barcelona. 1992.

16.- Benedek, T.;***Depresión y Existencia Humana***; Ed. Salvat.

17.- Arieti, S.; ***Psicoterapia de la Depresión***; De. Paidós; 1990.

VIKTOR E. FRANKL: CAPITULOS DE LIBROS

18.- **Análisis Existencial y Logoterapia**; en el IV Congreso Internacional de Psicoterapia. Ed. Scientia. Barcelona 1958.

19.- **Logoterapia y Religión**, en "Psicoterapia y experiencia religiosa". Ediciones Sígueme. Salamanca, 1967.

VIKTOR E. FRANKL: ARTICULOS

20.- **"Dimensiones del existir humano"**; Diálogo 1 (1954) 53.

21.- **"Logos y Existencis en Psicoterapia"**; revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina. 2 (1955) 153.

22.- **"Análisis Existencial y Logoterapia"**. Idem, 4. (1959) 42.

23.- **"Reintegración de la Psicoterapia a la Medicina"**; Panorama Médico. Enero, 1963.6

24.- **"Problemas de actualidad en psicoterapia"**. Psicología Industrial. 5 (1965) 13.

25.- **"Dar un sentido a la Vida"**. La actualidad española. 21 Noviembre 1968.

26.- **"La logoterapia y su uso clínico"**. Servicio Bibliográfico Roche. 30 (1970) 53.

27.- **"Psiquiatría y Voluntad de significado"**; Itsmo. Revista Cultural Num. 82. (Sep Oct, 1972) 5.

28.- **"El sentimiento de la falta de sentido: Un desafío a la psicoterapia"**. Sociedad Argentina asesora en Salud Mental . (1974) 22.

29.- **"Neurosis y Sentido de la Vida"** Itsmo. Revista Cultural. Num. 107 (Nov-Dic, 1976)5.

30.- **"Determinismo y Humanismo"**. Psicológica. Revista argentina de Psicología realista. Num. 2 (Ene-Jun, 1979) 25-35.

31.- **"Entrevista. Viktor Frankl, una autoridad mundial en psicología: La vida tiene un sentido"**, en diario La Nación 11 abril. Buenos Aires, 1985.

32.- **"Los Recursos para la supervivencia"** Conferencia en Mendoza, octubre 1986. Sociedad Mendocina de Logoterapia. Volúmen 1. Mendoza, 1987. pp. 2-8.

33.- **"Sobre el sentido de la Existencia"**. El Mercurio. Santiago de Chile. 14 de agosto 1988

34.- **"Discurso conmemorativo de Viktor E. Frankl de los días de marzo de 1938"** Bulletin der Gesellschaft fur logotherapie und existenzanalise. 14 de abril 1988.5 Jahrgang, Nummer 2. Traducción en Revista de la Sociedad Argentina de Logoterapia. Bs. As Nov, 1988. p, 4-6.