

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Logoterapia Aplicada como Tratamiento Facilitador para el Descubrimiento
del Sentido de Vida en Adultos con Duelo por Pérdida de Padre o Madre**
(Artículo Científico)

Raúl Gerardo García Roca

Guatemala, marzo 2019

**Logoterapia Aplicada como Tratamiento Facilitador para el Descubrimiento
del Sentido de Vida en Adultos con Duelo por Pérdida de Padre o Madre**
(Artículo Científico)

Raúl Gerardo García Roca

Leticia Padilla (Asesor)

Yael Lucía Pinto Chacón (Revisor)

Guatemala, marzo 2019

Autoridades Universidad Panamericana

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

Autoridades Facultad Humanidades

Decana	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decana	Licda. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes mayo del 2018.

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: “Logoterapia Aplicada como Tratamiento Facilitador para el Descubrimiento del Sentido de Vida en Adultos con Duelo por Pérdida de Padre o Madre”. Presentada por el (la) estudiante: Raúl Gerardo García Roca previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Patricia Padilla
Asesor



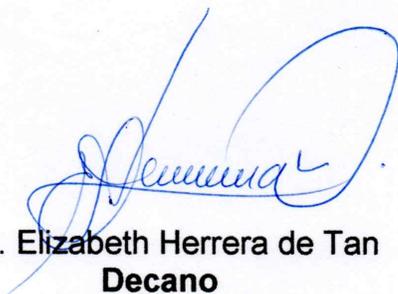
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala marzo año 2019.

*En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Logoterapia Aplicada como Tratamiento Facilitador para el Descubrimiento del Sentido de Vida en Adultos con Duelo por Pérdida de Padre o Madre”**. Presentada por el (la) estudiante: **Raúl Gerardo García Roca** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

*Licda. **Yael Lucía Pinto Chacón**
Revisor*

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

*En virtud de que el Informe Final del Artículo Científico, con el tema: "Logoterapia Aplicada como Tratamiento Facilitador para el Descubrimiento del Sentido de Vida en Adultos con Duelo por Pérdida de Padre o Madre", presentado por el (la) estudiante **Raúl Gerardo García Roca**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico **Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos**, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.*



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



Nota: Para efectos legales, únicamente el sustente es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen

Introducción

ii

Trauma

- 1.1 ¿Qué se entiende por trauma? 1
- 1.2 Trauma complejo 4
- 1.3 Factores clave para la formulación del trauma complejo 7
- 1.4 Trauma vinculante (Ruppert) 11

Crisis

- 2.1 ¿Qué se entiende por crisis? 13
 - 2.1.1 Tipos de crisis 16
 - 2.1.2 Características de la respuesta de crisis general 18
 - 2.1.3 Crisis vitales universales 20
- 2.2 Duelo 23
 - 2.2.1 Características del duelo 31
 - 2.2.2 Manifestaciones del duelo 32
 - 2.2.3 Tipos de duelo 36
 - 2.2.4 Duelo por pérdidas especiales 38
 - 2.2.5 Consecuencias 41

Logoterapia

- 3.1 ¿Qué es Logoterapia? 43
- 3.2 Antecedentes 47
- 3.3 Conceptos básicos 49
- 3.4 Fundamentos filosóficos 51
- 3.5 Evaluación 55
- 3.6 Diagnóstico 58
- 3.7 Logoterapia y farmacología 62
- 3.8 Tratamiento y técnicas de intervención 63
- 3.9 Eficacia de la logoterapia 67
 - 3.9.1 Terapia grupal 68

3.9.2	Terapia familiar	70
3.10	Plan terapéutico	73
3.11	Logoterapia en la actualidad	83
	Conclusiones	85
	Referencias	86
	Anexos	95

Lista de Cuadros

Cuadro No.1	Logoterapia en el tratamiento de duelo por pérdida padre o madre	80
-------------	--	----

Resumen

A lo largo de la vida, la persona se enfrenta a una dinámica de separaciones, pérdidas y desapegos, por lo que desde el inicio de su ciclo vital se ve confrontada con la necesidad de aceptación del principio de pérdida y separación como condición necesaria para vivir. En este sentido, las reacciones frente a la pérdida son respuestas individuales acompañadas por condicionantes sociales, de historia personal y/o vital y de personalidad. Con todo ello, al enfrentarse la persona a una pérdida se enfrenta a su vez a su dolor y a un proceso de aceptación de ese sufrimiento.

El propósito del presente artículo científico es presentar una investigación válida y confiable que permita conocer la logoterapia y su aplicación en personas adultas que enfrentan duelo por la muerte de alguno de sus padres; además de plantear la logoterapia como una terapia que contribuye a mejorar el estado emocional, la asimilación de la pérdida y encontrar el sentido de vida que se cree perdido luego de la pérdida de un ser querido.

Para establecer la importancia y sustento de la logoterapia se presentan las técnicas y herramientas utilizadas para la evaluación y abordaje en la atención a los dolientes, pudiéndose comprobar que la logoterapia es una herramienta terapéutica que, por medio de sus técnicas, afectan positivamente el sentido de vida de los consultantes ya que se centra en la búsqueda del significado o sentido con el objetivo de guiar al paciente a la autodeterminación en base a la responsabilidad juntamente con la recuperación integral.

Lukas (2003) afirma que el duelo es más que un sentimiento de pérdida, es el conocimiento de una pérdida valiosa, y ese conocimiento no puede ser borrado; por lo que se concluye que con la logoterapia se busca trascender ese proceso a través de los valores de actitud y vivir una vida configurada de sentido en la que el mismo duelo llene la existencia de sentido.

Palabras clave: logoterapia, sentido de vida, duelo, vacío existencial, sentido de sufrimiento.

Introducción

La muerte es dentro del proceso vital la pérdida más significativa; que, si bien es parte de la vida, es una realidad que demuestra con crudeza la caducidad de la propia existencia. La mayoría de las personas que llegan a la edad adulta sufren la pérdida de algún familiar, pudiendo esta pérdida ocasionar un fuerte impacto en su estado emocional, cuya duración o efecto perjudicial dependerá en gran medida de los eventos que acompañan la pérdida, siendo esto algo que se ve reflejado en la forma en que el individuo afronta su dolor y en la prontitud de su recuperación.

Frankl (1991) afirma que el dolorante la pérdida de un ser querido no puede evitarse, ya que forma parte de la vida, por lo que cada ser humano debe vivirlo para crecer, experimentando todas aquellas emociones que genera una pérdida, lo cual lo hará ser más fuerte y alcanzar una mayor capacidad de afrontamiento frente a nuevas experiencias.

La experiencia de una pérdida importante suele desestabilizar creencias y presuposiciones que habían sido hasta ese momento los pilares que sustentan la filosofía de vida, por lo que, ante esta experiencia, surge el sentido de sufrimiento y vacío existencial, considerando el doliente que se ha perdido el sentido de la vida.

La realización del sentido del sufrimiento se lleva a cabo a través del poder transformador del espíritu humano que logra autotranscenderse y autodistanciarse de sí mismo, para mantenerse entero a pesar del dolor. La investigación tiene como finalidad proponer una opción de terapia que contribuya al restablecimiento emocional de las personas adultas luego de la pérdida de padre o madre, esto a través de la búsqueda del sentido de vida mediante la utilización de la logoterapia.

Trauma

1.1 ¿Qué se entiende por trauma?

De acuerdo con López & Aliño (2002) en el DSM-IV-TR, el trauma o experiencia traumática surge de la exposición a algún acontecimiento estresante donde el individuo se involucra en hechos que representan peligro para su integridad física o su vida, siendo testigo de algún acontecimiento donde se producen heridos, muertes o en los que se pone en riesgo la vida de otras personas; o bien conoce a través de personas cercanas sobre acontecimientos que implican muertes violentas, peligro de muerte, daño serio o muertes inesperadas. Es importante hacer ver que esta experiencia debe estar acompañada de terror, desesperanza y horror.

Asimismo, tras haber sufrido un episodio doloroso en el pasado la experiencia queda guardada en la memoria del individuo, pudiendo tratarse de una falla ambiental en la infancia, el abandono físico o psicológico, abuso sexual o cualquier evento violento que atente contra la integridad y dignidad humana.

Humet(2017), asegura que el trauma es una herida psicológica, mayormente provocada por situaciones diversas altamente estresantes pero que también puede llegar a abarcar experiencias aparentemente de menor trascendencia como una operación, enfermedades graves, un castigo, una caída, cambio de roles en la familia entre otros, los cuales también pueden ser vivenciadas de forma traumática. Sin importar su origen el trauma afecta de tal manera la salud, la seguridad y bienestar que la persona puede llegar a desarrollar creencias falsas y destructivas sobre sí misma y el mundo que la rodea.

De igual forma afirma que el trauma es una experiencia que representa una amenaza para la integridad física y psicológica estando asociado con emociones extremas, vivencias de caos, confusión, absurdidad, ambivalencia, horror, desconcierto, fragmentación del recuerdo, desamparo o pérdida de control sobre la propia vida. Tiene un carácter incontable e

incomprensible para los demás, además de que atenta contra los referentes de seguridad del ser humano especialmente de las creencias de invulnerabilidad y control sobre la propia vida, afectando en la confianza en los otros, en su bondad y predisposición a la empatía, así como la confianza en el carácter controlable y predecible del mundo.

Es importante hacer énfasis en un aspecto que se aborda a lo largo del presente artículo científico, siendo el impacto que tienen las características individuales de cada individuo en la forma como se vive el trauma, crisis y duelo. Es por esto que en relación al trauma se hace referencia a lo citado por Humet (2017) en la siguiente afirmación:

“El daño producido no lo determina tanto la dimensión del evento, sino que sus efectos dependen de cada persona, de su entorno afectivo, historia y del momento evolutivo en que se haya producido el trauma.” (Humet, 2017, p.1) Ruppert (2012) define el trauma como el afrontamiento de una situación en que una persona se percibe desamparada e impotente ante fuerzas que amenazan su vida.

Además, indica que para no perder la razón en una situación traumática las personas cuentan con mecanismos de protección neurofisiológicos e intrapsíquicos importantes para sobrevivir a estas situaciones, siendo los siguientes:

- Congelarse o quedarse inmóvil a nivel de cuerpo y psique.
- Disociación y la fragmentación psíquica

Además de lo indicado, cuando se ha padecido experiencias traumáticas, también identifica la estructura de las personas que las han padecido, conformándolas en tres categorías:

- Partes de la personalidad con estructuras sanas
- Partes traumatizantes de la personalidad
- Partes de la personalidad que representan mecanismos de supervivencia y protección.

Salvador (2010), afirma que el trauma psicológico es común en la vida de casi todas las personas, ya que todas han vivido experiencias que han determinado patrones de comportamiento que resultan disfuncionales. Con la finalidad de explicar de una mejor forma el concepto cita la siguiente definición

Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales (Janet, 1919) (Salvador, 2010, p.5)

De acuerdo con Salvador (2010), en esta definición se encuentran elementos fundamentales del concepto de trauma psicológico, en donde la persona es enfrentada a un momento de amenaza vital o psicológica y no le es posible escapar, no siendo eficaces sus recursos normales, por lo que no es capaz de enfrentarse a esta situación, desaparecerla o bien huir de ella.

Asimismo, afirma que hay ocasiones en que lo traumático sucede de forma prolongada en un período de tiempo vital, en el que se vive en una atmosfera emocional que carece de calidad afectiva o en la que los malos tratos físicos o psicológicos son muy frecuentes, además de la negligencia o el abandono emocional. En estos casos no se dispone de relaciones personales que aporten a consolidar un sentido de sí mismo como un ser valioso y digno. En relación con lo indicado, sostiene que en estos casos se habla de trauma acumulativo o trastornos de estrés postraumático complejo, siendo este un tema que se ampliará en el numeral 1.2 del presente artículo científico.

Existen muchas definiciones de trauma, unas desde la perspectiva de un hecho extremo impactante y otras desde la perspectiva de la reacción humana ante este hecho. Con las reflexiones de los diferentes autores presentados, se puede afirmar que el hecho traumático se acerca a los siguientes criterios:

Por un lado, como una experiencia que representa una amenaza para la integridad psicológica o física de la persona; frecuentemente asociada con vivencias de caos, emociones extremas, fragmentación del recuerdo, horror, ambivalencia confusión, humillación, desamparo y pérdida de control sobre la propia vida.

Asimismo, el hecho traumático tiene un carácter inenarrable, incontable e incomprensible para las demás personas; pone en riesgo las asunciones que constituyen los referentes de seguridad, las creencias de invulnerabilidad y control sobre la propia vida. Con esto la persona pierde la confianza en los otros predisponiendo a la empatía. Rocamora (2014) afirma que el trauma es una experiencia que atenta contra el sentimiento de seguridad en sí mismo, en las demás personas y cuestiona los propios valores y creencias.

1.2 Traumacomplejo

De acuerdo con Nieto y López (2016), una persona sufre trauma complejo debido a la acumulación de traumatización crónica. Pudiendo generarse cuando el afectado se mantiene durante un largo tiempo en contextos traumatizantes, crucificándose el daño y la sintomatología. De igual forma cuando una persona sufre, en diversos momentos vitales, experiencias traumáticas que se convierten en trauma complejo, debido a la acumulación del daño.

Asimismo, afirman que no todas las personas que han vivido varios traumas desarrollan trauma complejo, pero el trauma complejo siempre conlleva multitraumatización, incidiendo en la totalidad de la persona en donde todas las áreas del funcionamiento estarán en mayor o menor medida afectadas por la devastación del trauma.

Todo el organismo sufre repercusiones a corto, mediano y largo plazo en su sistema neurobiológico. Lo indicado se fundamenta con lo afirmado por Herman (2004), quien indica:

Las personas que han estado sometidas a un trauma prolongado y repetido desarrollan una forma de desorden de estrés postraumático progresiva e insidiosa que invade y erosiona la personalidad... No resulta sorprendente que la repetición del trauma amplifique todos los síntomas de hiperactivación del síndrome de estrés postraumático(p.144).

Es importante hacer referencia que la American Psychiatric Association (2014) en el DSM-5, no reconoce el Trauma Complejo como tal, siendo el diagnóstico más cercano el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), el mismo que está restringido a un número limitado de contextos, siendo las situaciones traumáticas para las que se contempla el diagnóstico, la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual en una o más de las formas siguientes:

- Experiencia directa del suceso traumático
- Presencia directa del suceso ocurrido a otros
- Conocimiento de que el suceso traumático ha sucedido a otros
- Conocimiento de que el suceso traumático ha sucedido a un familiar cercano o amigo íntimo
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático

De acuerdo con la CIE-10 (2005), el Trastorno de Estrés Postraumático es la respuesta tardía a una situación excepcionalmente catastrófica, amenazante o a un acontecimiento estresante, que por sí mismos causarían malestar generalizado en casi todas las personas. Además, afirma que entre los factores que predisponen existen antecedentes de enfermedad neurótica o ciertos rasgos de personalidad como los asténicos o compulsivos.

La traumatización puede generarse tanto en edad infantil como en edad adulta, pudiendo tener diferentes orígenes, ya bien proceder de situaciones de trauma por separación

temprana, negligencia por parte de los cuidadores primarios, pérdida de objetos primarios, violencia de género, ser testigo o sufrir maltrato físico en la convivencia diaria; otros orígenes podrían ser la acumulación de microagresiones que al ser continuas generan traumatización (Leuzinger–Bohleber, 2015) (Nieto y López, 2016, p.89)

De acuerdo con TheNationalInstituteof Mental Health (2016), cualquier persona a cualquier edad puede sufrir Trastorno por Estrés Postraumático, incluidos los sobrevivientes de agresiones físicas y sexuales, catástrofes, veteranos de guerra, maltratos, atentados terroristas, accidentes de tráfico, u otros acontecimientos graves. Asimismo, afirman que no todas las personas con Trastorno por Estrés Postraumático han pasado por una situación peligrosa ya que acontecimientos, como la muerte repentina o inesperada de un ser querido, también pueden causar el trastorno.

De igual forma afirman que son varios los factores que desempeñan una función determinante en si una persona tendrá el trastorno por estrés postraumático, llamados factores de riesgo y por el contrario existen otros factores que ayudan a reducir el riesgo de presentar el trastorno siendo estos los de resiliencia. Algunos de estos factores de riesgo y de resiliencia están presentes antes del acontecimiento traumático, y otros cobran importancia durante la experiencia traumática o después de ésta.

De acuerdo con lo indicado, los factores de riesgo y resiliencia indicados son los descritos a continuación.

Factores de riesgo:

- Vivencia de circunstancias traumáticas o peligrosas.
- Haber visto personas muertas o heridas.
- Haber salido lastimado.
- Vivencia de una experiencia traumática en la niñez.
- Experimentar sentimientos de impotencia, miedo extremo o terror.

- Contar con poco o ningún apoyo social luego del acontecimiento traumático.
- Lidar con exceso de estrés luego de vivir un hecho traumático, como la pérdida de un ser querido.
- Antecedentes de consumo de drogas o alguna enfermedad mental.

Factores de resiliencia:

- Búsqueda de apoyo de otras personas, como amistades y familia.
- Encontrar un grupo de apoyo luego de la experiencia traumática
- Sentirse bien por las decisiones tomadas al enfrentar el peligro
- Ser capaz de responder y actuar de forma eficaz, aunque se sienta miedo.
- Contar con una estrategia para afrontar o superar el hecho traumático aprendiendo de este.

Por otro lado, Salvador (2010) afirma, que puede darse somatización a raíz del trauma acumulativo y estrés postraumático, esto debido a la desregulación emocional por la que atraviesa la persona. Además, indica que los individuos que han pasado por traumas simples o crónicos, no resueltos, presentan gran cantidad de quejas somáticas, pudiendo estar relacionadas con el sistema digestivo, dolores de cabeza que no son tratables medicamente, sexual, fibromialgia, dolor crónico entre otros.

1.3 Factores clave para la formulación del trauma complejo

“Para entender el trauma complejo es importante reconocer que el trauma está encarnado, embodiment hecho cuerpo.(Leuzinger–Bohleber, 2015)” (Nieto y López,2016, p.89); entendiéndose esto como que los efectos traumáticos alcanzan todas las dimensiones de la persona; dimensiones psicobiológicas, subjetivas, sociales y relacionales.

Según Nieto y López (2016), el proceso de Trauma Complejo puede entenderse teniendo en cuenta cuatro aspectos, el cuerpo, la memoria, la consciencia y las emociones.

El cuerpo

Al enfrentarse a una situación traumática, el organismo produce una serie de cambios fisiológicos que preparan para poner en marcha las acciones defensivas programadas por el cuerpo, tales como pulsaciones cardíacas, respiración, circulación, tono muscular, digestión y estado de alerta, esto junto a la liberación de neuroquímicos como adrenalina y cortisol los cuales están relacionados con el estrés.

Las amenazas no solo cambian la fisiología del cuerpo, sino también la fisiología del cerebro, activando su nivel de alerta y vigilancia, e incrementando la sensibilidad a los estímulos amenazantes relevantes. La activación cerebral inducida por el miedo es controlada por otras salidas de la amígdala central, en este caso las salidas de las neuronas que liberan norepinefrina, serotonina, dopamina, acetilcolina, orexina y otros neuromoduladores a través del cerebro. La activación incrementa la atención y la vigilancia hacia la amenaza u otros estímulos ambientales. (LeDoux, 2015), (Nieto y López, 2016, p.90)

De acuerdo con Nieto y López (2016), cuando el trauma complejo se encarna se perturba el sentido del cuerpo propio siendo esto especialmente agudo cuando la persona es expuesta a trauma interpersonal severo, entendiéndose con esto torturas, violaciones continuadas, violencia física, incesto y abusos sexuales; también en casos en que se ha dado maltrato psicológico en donde el cuerpo es motivo permanente de miradas denigratorias, ofensas, desprecios.

El cuerpo puede ser generador de trauma complejo encarnado en casos de enfermedad grave en donde el cuerpo es una fuente permanente de dolor o malestar intenso. En estos casos la persona identifica el cuerpo como no seguro sintiéndose impotente para defenderse por lo que llega a rechazar su cuerpo, dañarlo activamente, despegarse de él, abandonarlo.

La memoria

Nieto y López (2016) habla de la memoria declarativa o explícita, estando dentro de ella la memoria episódica y la memoria semántica teniendo que ver la primera con el qué, dónde y cuándo: yo sé y la segunda con la representación individual de la integración del qué, dónde y cuándo de una experiencia: yo recuerdo; ambas son memorias conscientes que se recobran y verbalizan posteriormente de forma consciente.

Por otro lado, también de una memoria implícita la misma que no requiere conciencia para ser almacenada ni para activarse, expresándose como comportamiento, sensaciones somáticas y emociones y afirma que la mayor parte de las memorias de la persona son implícitas.

De acuerdo con Córdoba (2012), el trauma complejo tiene que ver con la memoria, especialmente con la memoria implícita por lo que hacen referencia a que las personas que sufren de trauma complejo narran recuerdos intrusivos y en muchos casos inexplicables para ellas; tienen comportamientos que les pueden llegar a resultar muy extraños principalmente cuando son evocados por estímulos o situaciones, consciente o no conscientemente, hechos traumáticos como ciertos olores, colores, palabras o visitar determinados lugares pueden generar malestar produciéndose activación o desactivación emocional.

Las Emociones

Las emociones y la regulación emocional se ven muy afectadas por el trauma complejo. Es importante hacer ver a lo que se refiere la regulación emocional, para lo que se hace referencia a Howe (2005), quien afirma:

Regulación emocional es la capacidad para reconocer, modular o controlar la intensidad y la expresión de sentimientos e impulsos, especialmente los más intensos, de una manera adaptativa. Las emociones nos sirven para valorar situaciones como beneficiosas o peligrosas y también nos proveen de motivación para desarrollar acciones. (p. 14)

Los pacientes con trauma complejo presentan dificultad ante el manejo del estrés psicobiológico, por lo que en muchos casos la respuesta ante una situación estresante es la hiperactivación o la hipoactivación. Esta afirmación es respaldada por Ogden, Kekuni y Pain (2009), quienes indican que en muchos casos la hiperactivación tiene que ver con la evitación del daño mediante conductas de lucha o huida o por otro lado la hipoactivación tiene que ver con conductas de evitación del daño mediante sometimiento. Ambas respuestas pueden quedar cronificadas, aunque la persona no sea consciente de la cronificación; pudiendo llegar los pacientes a sentir muy intensamente ciertas emociones o que por lo contrario es como si no sintiera nada.

La consciencia

Se entiende la consciencia como

algo personal y privado en la mente de cada individuo, pero también como algo físico, comprendiendo que los estados y procesos mentales son productos del cerebro. El autor afirma que la consciencia es subjetiva y es experimentada psicobiológicamente y se interpreta a través de las memorias(LeDoux, 2015), (Nieto y López, 2016, p.90)

Nieto y López afirman que el estado mental de consciencia significa estar al tanto de que se está produciendo un estado psicobiológico y saber de qué se trata el estado, sin embargo, reconocen que el ser humano no es consciente de la mayoría sus estados mentales.

Una situación traumática no tiene que ser codificada de esta forma, pero, aunque en principio no se haga consciencia de esto y no quede registrada de esta forma siempre provoca un cambio psicobiológico, generando emociones. Esto quiere decir que puede haber un hecho que aparentemente no ha causado dolor, no ha provocado daño directo al cuerpo sin embargo se convierte en traumático por la significación que la persona le da posteriormente a esos hechos, que crea dudas, confunde y genera emociones que no se comprenden.

1.4 Trauma vinculante

De acuerdo con Ruppert (2012), en las familias los traumas pueden ser heredados ya que los padres traumatizados trasladan a sus hijos las estructuras psíquicas traumatizadas; ocurriendo de las siguientes formas:

- En su necesidad de contacto, los bebés perciben por parte de los padres de forma inconsciente los sentimientos disociados del trauma, vinculándose a los estados parentales de excitación debido a que son los estados emocionales más fuertes y porque existe ausencia de otros estados emocionales auténticos.
- Las emociones suprimidas del trauma de los padres irrumpen e inundan al niño quien no puede protegerse de estas erupciones del trauma en su mundo psíquico.
- El estilo de educación de los padres está dominado por mecanismos de supervivencia y protección, cayendo en el intento de protección o sobreprotección de peligros que realmente no existen y que solo pertenecen al pasado bélico de los padres.
- Padres cegados por el trauma lo que no permite que reconozcan un peligro real, lo que los convierte en negligentes, no protegiendo a sus hijos cuando se presenta un peligro real.

Ruppert (2012) afirma, que los niños que se desarrollan en este contexto en su dependencia existencial no son capaces de construir hacia sus padres un vínculo emocional seguro de sostén por lo que tienen que separarse de los miedos arcaicos de abandono y muerte, identificándose en consecuencia con sus mecanismos de supervivencia, así como con sus partes traumatizadas disociadas. Los niños que están enredados en forma simbiótica no pueden distinguir entre sus propias sensaciones y patrones de pensamiento y los de sus padres.

Asimismo, Ruppert (2012) indica, que esto puede llevar a que el vínculo padre-hijo se vuelva inseguro e inestable, viendo a sus padres como débiles, necesitados o imprevisibles; además que los niños se sientan atormentados por secuencias completas de trauma que no surgen de su propia experiencia y que los hace vivir de forma psicótica. Así como también, puede llevar a que los

niños no puedan separarse de sus padres por la necesidad de estar siempre atentos, controlando su estado y de ser necesario ayudando, debido a que no desean verlos sufrir.

La consecuencia es que el niño no encuentra acceso a emociones propias como el miedo, enfado, dolor, amor, alegría etc. Por lo que afirma que, si no existen cimientos emocionales estables, el desarrollo de la personalidad se da de forma insegura y en el extremo puede llevar al desarrollo de graves trastornos de personalidad.

Asimismo, indica que cuando los niños con una experiencia de trauma vinculante se vuelven padres, los problemas de vínculo y relación entre padres e hijos escalan aún más, pudiéndose incrementar de generación en generación, cuando en las personas dominan las estructuras traumatizadas alternando con estrategias de supervivencia, dejando poco para el desarrollo de estructuras sana, y muchas veces no se logra establecer patrones de relación familiares estables.

De acuerdo con Ruppert (2012), la psicotraumatología clásica no le es posible explicar disfuncionalidades psiquiátricas como depresiones graves, esquizofrenias y delirios psíquicos, debido a que aparentemente no existe una situación traumática, cayendo en entender estas disfuncionalidades como una enfermedad del cerebro, justificando con esto la medicación permanente con psicofármacos que son de poca ayuda.

Para los autores, si la psicotraumatología se entiende de forma transgeneracional, entiéndase esto como la transmisión de traumas en el proceso de vinculación entre padres e hijos y especialmente entre la madre y el niño; entonces las disfuncionalidades psiquiátricas se hacen comprensibles psicotraumatológicamente por lo que son tratables por medio de la terapia del trauma.

Ruppert(2012), afirma que la experiencia vital que más impregna la psique del ser humano es la relación simbiótica con su madre, esto debido a que el niño está ligado a ella de forma pasiva, en donde las estructuras de las cualidades psíquicas de la madre se impregnan en la estructura básica del hijo; y de forma activa, en donde el niño se aferra a su madre e intenta satisfacer sus necesidades.

Por lo indicado, Ruppert asegura que la relación del niño con la madre puede convertirse en una simbiosis traumática, en donde si la madre padece un trauma, el bebé es impotente y no conoce la forma de establecer un contacto, seguro, estable y reconfortante con su madre. Debiéndose esto a que la madre traumatizada puede no estar disponible emocionalmente, pudiendo ser imprevisible, violenta entre otras conductas.

Asimismo, establece que el vivir una identidad ajena, la incapacidad para distinguir entre los propios sentimientos y los adoptados, los enredos parentales de por vida, enredos simbióticos entre otras relaciones cercanas; trastornos psíquicos como hiperactividad, miedo, adicciones, depresiones y estados psicóticos, son las consecuencias generales de un trauma simbiótico.

Crisis

2.1 ¿Qué se entiende por crisis?

Wainrib & Bloch (1998), definen la crisis como la alteración en el equilibrio que surge al fracasar en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera confusión, tristeza, desesperanza, desorganización y pánico. Esta definición aborda la alteración que sufre la persona, desembocando en incapacidad para la resolución de problemas, por lo que, en busca de aportar más allá, específicamente en busca de la mejora de las personas se hace referencia a las siguientes definiciones:

“La crisis ya no connota una catástrofe inminente, en vez de ello designa un punto crítico necesario, un momento crucial en el que el desarrollo debe tomar una dirección u otra, ordenando los recursos de crecimiento (Erikson, 1950)” (Wainrib & Bloch, 1998, p.30)

De acuerdo con la Fundación IUCS Barceló (2012), quien da un recorrido por la historia de la teoría de crisis, afirma que data de inicios de la teoría psicoanalítica, cuando Freud establece la relación entre situaciones vitales presentes y enfermedades cuyo origen es emocional; dando a

conocer en sus estudios de casos clínicos como una situación conflictiva familiar o de otra índole podría ser la causa de síntomas físicos, naciendo así la posibilidad de entender el sentido biográfico de la enfermedad.

Además, afirma que posteriormente, Erick Erickson postula las crisis evolutivas por las que atraviesan las personas a lo largo de su vida; afirmando también que por otro lado Thomas Holmes establece una escala de reajuste para cuantificar los cambios vitales de la vida, demostrando que las personas que experimentan más de estos cambios en un período determinado son más propensas a enfermar.

No obstante, según la misma fuente, se le considera a Erick Linderman como el precursor de la teoría de la crisis, realizando estudios sobre el duelo incluyendo sus etapas, distinguiendo las reacciones normales del duelo y las respuestas desadaptativas que aparecen en los duelos patológicos. Entre esto identificó que después de seis semanas la pena inicial tiende a procesarse normalmente o de lo contrario empiezan a aparecer síntomas patológicos o psicosomáticos.

Asimismo, asegura que cuando una persona atraviesa una situación de crisis presenta además de síntomas físicos, ansiedad, desorganización, sentimientos de agotamiento, desamparo, confusión, tristeza, inadecuación, cansancio, estrés, desosiego y tensión. Aun cuando la crisis presenta los síntomas descritos, es importante reconocer que el impacto de esta en la persona dependerá de la forma como se maneje la situación. Como fundamento a esta afirmación se cita a Caplan quien la define de la siguiente forma:

“Período transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad, como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental cuyo desenlace depende entre otras cosas, de la forma en que se maneje la situación. (Caplan, 1964)” (Fernández, 2010, p.6) Los autores a los que se hace referencia concuerdan en que la crisis si bien es un estado de desorganización y peligro es también una oportunidad de desarrollo personal.

Según Conangla(2014), las crisis pueden presentar las siguientes características: suelen ser imprevistas, piden respuestas rápidas, pueden alargarse en el tiempo y cronificarse, generalmente son situaciones complejas, tienen fuerte impacto en la vida de la persona, colocan a la persona ante algunos problemas profundos de su existencia, generan sufrimiento, suelen generar problemas para mantener el control de la situación, tienen impacto en la escala de valores pudiendo provocar cambios en esta y pueden plantear conflictos éticos.

De acuerdo con Darquea, Jaramillo, Luna y Malacatos (2011), la crisis cuenta con las siguientes fases:

- Explosión o expresión: refleja la carga de estrés que presenta la persona luego de la ocurrencia del hecho traumático, pudiendo haber gritos, llanto, angustia y desmayos.
- Negación: como mecanismo de defensa se presenta la no aceptación de lo vivido.
- Intrusión: repetición del episodio debido a que son comunes las pesadillas, alucinaciones, entre otros.
- Traslaboración o expresión de lo vivido: expresión voluntaria del hecho traumático, es muy común que en esta etapa a persona necesite apoyo.
- Consumación: etapa final en la que se involucra la integración del hecho vivido y la adaptación por parte de la persona en crisis.

En el presente, debido al tema objeto de la investigación se hace énfasis en las crisis por pérdida, las que según Conangla(2014), pueden ser vividas con angustia y ser causa de tristeza y sufrimiento; existiendo pérdidas que forman parte del propio hecho de vivir como el envejecimiento y otras como la enfermedad o la muerte.

2.1.1 Tipos de crisis

Wainrib & Bloch (1998) afirman, que tradicionalmente la crisis se ha dividido en dos grupos, siendo estos, las crisis evolutivas y crisis circunstanciales (véase anexo 2).

De acuerdo con Oterino (2010), las crisis pueden ser:

Circunstanciales o también llamadas situacionales:

Vinculadas a un evento o situación crítica como es la vivencia de un desastre. Estas son inesperadas, accidentales y dependen de factores ambientales que un individuo no tiene forma de prever o controlar. Ejemplo de esto son los incendios, violaciones, divorcio etc.

La Fundación IUCS Barceló (2012) afirma que la crisis circunstancial es el estado temporal de un trastorno psicológico, en el que se presentan síntomas de ansiedad, confusión y desorganización a raíz de un suceso inesperado, percibido como amenaza o pérdida y que no es manejable con los métodos habituales para la solución de problemas.

Además, la describe como repentina, inesperada, urgente debido a que amenaza el bienestar físico y/o psicológico; es masiva, ya que puede afectar a muchas personas a la vez como en el caso de los desastres e implica peligro y oportunidad, pues trae estado de mejoría o de retroceso respecto a la situación inicial antes de la crisis.

Los eventos detonantes de crisis circunstancial son:

La pérdida de una fuente de satisfacción de necesidades básicas, tales como la muerte repentina, la separación de una persona amada o la pérdida de la integridad corporal, como una enfermedad que produzca parálisis. El peligro o la amenaza de semejante pérdida o un desafío que rebase las capacidades de una persona, tal como la promoción

inesperada, para la que la persona no está preparada. (Caplan, 1964)(Wainrib& Bloch, 1998, p.30)

De desarrollo o también llamadas de maduración o evolutivas:

A diferencia de las circunstanciales estas son más predecibles y sobreviven cuando la persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la vejez.

De acuerdo con la Fundación IUCS Barceló (2012), las crisis de desarrollo ocurren cuando la persona atraviesa diferentes etapas de su ciclo de vida, siendo ejemplo de esto, la crisis del nacimiento e infancia, de la pubertad y adolescencia, edad media y tercera edad. En el caso de la adultez temprana se presentan dos momentos que pueden ser generadores de crisis, estos son la adaptación al primer trabajo y la familia, en este se experimentan crisis como el matrimonio, la separación, el divorcio, la muerte, nacimiento de los hijos, etc.

Como soporte a lo indicado se hace referencia a la siguiente definición presentada por Wainrib& Bloch (1998):

La crisis evolutiva es una situación causada internamente, pudiendo deberse a convulsiones fisiológicas y psicológicas asociadas con el desarrollo, transiciones de roles; estos son eventos del desarrollo físico y psicológico normal de la persona los mismos que pueden activar una respuesta de crisis (Caplan, 1964)” (Wainrib& Bloch, 1998, p.30)

Existe un tercer tipo de crisis que, si bien no forma parte de la tipología expuesta por Oterino, se encuentra dentro de la tipología presentada por Wainrib& Bloch (1998), siendo esta la crisis existencial.

Crisis existencial

Un ejemplo de esta crisis de la madurez o de envejecimiento cuando está acompañada de remordimiento e insatisfacción. De acuerdo con García (2018), la crisis existencial puede aparecer en cualquier momento de la vida, afectando a cualquier persona sin distinciones, aun cuando se cuente con todo lo que se considera como metas fundamentales de la vida humana, como reconocimiento, amor, riqueza, conocimiento, entre otros.

La persona que sufre crisis existencial no encuentra el camino que debe seguir en la vida, ni es capaz de visualizar metas a alcanzar para la autorrealización personal. Esto resulta muy agotador y puede provocar trastornos psicológicos de no resolverse la situación de manera adecuada. Por otro lado, si la persona supera esta etapa, percibe que ha crecido, sintiéndose más fuerte y preparado para afrontar las dificultades que se presentan en el día a día.

García(2018) afirma que, en la crisis existencial se manifiestan sentimientos intensos de malestar psicológico a raíz de que la persona comienza a cuestionarse las razones de su existencia, por lo que califica la crisis existencial como una crisis de identidad, en donde todo aquello que se considera bajo control, deja de estarlo. Además, afirma que la forma de ver el mundo se nubla de forma inesperada, y surge la necesidad de actualizar la visión de vida ya que esta está caduca. Surgen preguntas sobre aspectos que antes de la crisis parecían claros como: ¿qué se hace aquí? o ¿cuál es el sentido de la vida?

2.1.2 Características de la respuesta de crisis general

Wainrib & Bloch (1998) afirman que, aunque la intervención en crisis como la respuesta al trauma tradicionalmente se presentan de forma diferenciada; creen que la intervención en crisis es una parte muy importante de la respuesta del trauma por lo que consideran fundamental la integración de ambas; de esta forma nace el concepto de la Respuesta de la Crisis General, cuyos subconjuntos son la crisis vital y el trauma.

Debido a esto proponen la integración de elementos de stress, crisis y trauma a través del concepto de Respuesta de la Crisis General, que contempla elementos de shock, rechazo, incredulidad, dolor, pérdida y confusión. Dentro de esta propuesta se concibe la crisis como universal y el trauma como particular.

En relación con la concepción de la crisis como universal, los autores afirman que las personas experimentan muchas de las crisis vitales (véase anexo3) trayendo cada una de estas experiencias a la vida de la persona el potencial para el cambio y el crecimiento.

De acuerdo con el modelo planteado por Wainrib & Bloch (1998), una persona puede experimentar en cualquier momento de la vida una crisis vital universal o un evento traumático; ambos no son mutuamente exclusivos y pueden interactuar; por ejemplo, se puede estar atravesando una crisis evolutiva como la vejez en el momento que ocurre el trauma.

Además, indican que, para algunas personas, un evento traumático también puede precipitar una crisis existencial. Un ejemplo dramático muy marcado presentado por las creadoras de este modelo es el siguiente: “el del personaje de Schindler en “La lista de Schindler”. Cuando se da cuenta de los horrores que cometen los nazis a quienes él había favorecido, reevalúa su propia personalidad y se comporta en una forma muy diferente”. (Wainrib & Bloch, 1998, p.42) Por otro lado, afirman que la intervención en crisis y la respuesta al trauma son relaciones a corto plazo, orientadas al problema, persiguiendo el objetivo de lograr un cambio constructivo en la situación vital del cliente, de la forma más rápida y directa posible.

De acuerdo con Wainrib & Bloch (1998), quienes desarrollaron el concepto de respuesta de crisis general, esta es evocada por una situación inesperada además de que identifican las siguientes características:

- A nivel cognitivo: desbordamiento en los mecanismos de afrontamiento y las habilidades de resolución de problemas.
- A nivel fisiológico: pueden presentarse reacciones de stress general tales como los cambios en el ritmo cardíaco, la respiración y una sudoración excesiva.

- A nivel psicológico: el estado temporal de shock puede ser seguido por reacciones que pueden alterar el equilibrio psicológico de la persona; las reacciones pueden ser: tristeza, aplanamiento emocional, negación, temor, confusión, incredulidad, inquietud y excitabilidad.

Los autores afirman que el tipo y la forma de la respuesta del individuo, será en función de su interacción con el evento y el ambiente, relacionándose también con la historia previa, la fase del desarrollo y otros factores de riesgo.

2.1.3 Crisis vitales universales

Se hace referencia a Fernández (2010), quien afirma que las personas en el seguimiento de su trayectoria vital van afrontando situaciones cambiantes placenteras o estresantes, en las que se siente en equilibrio y con la capacidad y los recursos para manejarlas; teniendo un funcionamiento razonablemente satisfactorio, manteniendo un determinado nivel de calidad de vida.

Pero inesperadamente puede producirse un cambio brusco en esta trayectoria, perdiéndose el equilibrio; presentándose una serie de pérdidas o daños percibidos que hacen que bruscamente descienda la calidad de vida, esto debido a las emociones generadas; los recursos habituales de afrontamiento en situaciones difíciles no producen el resultado esperado o no son aplicables, afectando e interrumpiendo el normal transcurrir de la vida, además que perturba el patrón de vida previo.

Como sustento a lo indicado, se cita Mas(2017), quien afirma que se pasa por una crisis vital cuando no se es capaz de enfrentar los acontecimientos que suceden en la vida con los recursos con los que se cuenta hasta ese momento. Menciona ejemplos claros como: cambio de trabajo, traslado de ciudad, la ruptura imprevista de pareja, muerte repentina de un familiar.

Asimismo, afirma que todo el ciclo vital es discontinuo, con diferentes momentos en los que se afrontan nuevos retos, siendo momentos de cambio, pero también de oportunidad de búsqueda de sentido para la propia existencia. Por lo que, si se logra superar la crisis vital, se aprende algo que servirá para la siguiente crisis que se afronte.

De acuerdo con referencia realizada por Mas (2017), las crisis vitales no son todas iguales y se pueden clasificar en:

Crisis del desarrollo, predecibles o esperables: ocurren a lo largo de nuestro ciclo vital y nos producen trastornos afectivos y cognitivos.

- Crisis vitales en la infancia: en donde es importante que los niños tengan adecuada socialización, tanto en la familia como en la escuela (primaria y secundaria respectivamente). Los casos de bullying o de cyberbullying son un ejemplo de crisis, al igual que el divorcio de los padres, pérdida de seres queridos.
- Crisis vitales en la adolescencia y juventud: depresión, trastorno de ansiedad generalizada y dependencia al alcohol. Ante la tendencia al aislamiento proporcionada por la presencia arrolladora de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, es necesario que los adolescentes tengan herramientas que les permitan relacionarse con el mundo que hay en el exterior de su pantalla de móvil, computadora o tablet y crear una red social fuerte y sana.
- Crisis en la madurez: considerado el período más estable del ciclo vital. En esta etapa supuestamente, el individuo ha conseguido llegar a la estabilidad personal y profesional que le permiten formar parte activa de la sociedad.
- Crisis vitales en la tercera edad: es importante aprender a afrontar la jubilación y aprovechar el nuevo tiempo libre para realizar actividades que durante etapas anteriores se aplazaron por falta de tiempo.

Crisis circunstanciales, accidentales, imprevisibles o inesperadas. Trastornos psicológicos y conductuales debidos a una pérdida real o posible de aspectos físicos, psicosociales y socioculturales; refiriéndose a:

- Separación y/o divorcio
- Fracaso económico y pérdidas materiales
- Muerte y pérdidas de seres queridos.
- Enfermedades físicas y psicológicas.
- Paro y adaptación a nuevo trabajo.
- Abusos sexuales y violaciones.

Estas crisis en la vida se caracterizan por ser de inicio repentino, no pudiendo anticiparse a ella. (Slaikau, s.f.) (Mas, 2017, p.3)

De acuerdo con Sanz (2015), a lo largo de la vida de las personas son muchos los momentos críticos; la muerte de un ser querido, una enfermedad, la crisis existencial en la adolescencia, etc., conociendo estas como las etapas críticas por las que la gran mayoría de individuos atraviesan en ciertos momentos vitales; en donde la edad numérica no es lo más importante ya que por ejemplo algunos vivirán la crisis de los 40 a los 36 años u otros a los 43, lo significativo es que hay momentos en la vida en que la persona se encuentra a sí misma, con los cambios y manifestaciones que se tienen, surgiendo el cuestionamiento de los valores, creencias, objetivos y motivaciones; además se pone a prueba la capacidad de superación y las herramientas con las que se cuenta para hacerlo.

Aparecen sentimientos de ansiedad, angustia y/o tristeza y en muchas ocasiones sentimiento de incapacidad para afrontar la crisis por lo que, en este punto según Sanz, surge la necesidad de pedir ayuda tanto a las personas que rodean a la persona afectada como de ser necesario a profesionales. Sanz (2015), describe la vida como un cúmulo de momentos críticos y un circuito de crisis vitales, por lo que recalca la importancia de ser conscientes de la normalidad de su existencia y la importancia de conocer cómo adaptarse a ellas, saliendo fortalecidos tras cada crisis.

Wainrib & Bloch (1998), afirman que un aspecto importante de las crisis vitales y el trauma es el grado en que involucra a otras personas en la crisis (véase anexo4); indicando que el trauma

activa frecuentemente a muchas personas dentro de la comunidad de la víctima, esto mientras que sucede el evento o poco después; en muchos tipos de crisis esto puede llevar más tiempo.

Además, indican que en la crisis el involucramiento de las personas del entorno más inmediato puede ser más lento y que, aunque todas las experiencias de la crisis y el trauma implican la respuesta de los demás, parece presentarse sobre dos continuos:

- La respuesta proviene únicamente del sistema de apoyo más íntimo o si procede de los miembros de la comunidad en general.
- Continuo interno/externo, reflejado en el grado en que el individuo llega a percatarse de su malestar y lo revela a los demás, entiéndase esto como el concepto de incubación hasta la expresión o queja. En este punto las autoras clasifican las crisis vitales que implican una respuesta inmediata de los demás como “externas” y a las que requieren un periodo de incubación como “internas”. (véase anexo 5)

Asimismo, afirman que el evento puede ser aislado o múltiple y puede conformar la causa remota o inmediata de las actuales dificultades psicológicas del individuo; además indican que es importante tener siempre presente que no existe ningún trauma o crisis que carezca de un evento identificable o de una serie de estos.

2.2. Duelo

Guillem, Romero & Ramírez (2017), hacen la diferenciación entre duelo y luto, afirmando que etimológicamente la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, combate entre dos o desafío, y luto proviene de *lugere* que quiere decir llorar.

Indican que la necesidad de esta diferenciación surge debido a que el duelo y luto suelen ser empleados como sinónimos, pero en realidad, duelo hace referencia a reacciones afectivas y

sentimientos subjetivos provocados por la muerte de un ser amado, mientras luto se refiere a las prácticas posteriores a la pérdida y la expresión social del comportamiento.

Además de lo indicado, afirman que el duelo es una respuesta que el organismo da de forma automática a cualquier cambio ambiental, interno o externo, mediante la cual se preparará para hacer frente a las demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación provocada a raíz de la pérdida.

Concibiendo el duelo como un proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar que fue perdido como consecuencia de la muerte de una persona amada, caracterizado por la aparición de emociones, pensamientos y comportamientos causados por esa pérdida. Es por ello por lo que

El duelo se refiere a los cambios y reacciones físicas, emocionales, intelectuales y cognitivas que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida (psicológica) por la pérdida de algún ser querido, mismos que pueden presentarse ante el conocimiento de la propia muerte u otras pérdidas importantes en la vida(O'Connor, 2006) (Bustos, 2013, p.4)

De acuerdo con Barreto & Soler (2007), el duelo es la reacción psicológica que se produce ante una pérdida importante en la vida; refiriéndose al dolor emocional que se experimenta luego de perder a alguien o algo significativo en nuestras vidas. Además, definen el duelo como un proceso normal que tiene limitación en el tiempo y con evolución favorable, no tratándose de una patología, sino que, por el contrario, su afrontamiento puede significar un mayor grado de madurez personal.

Asimismo, indican que, aunque las pérdidas implican gran sufrimiento para la mayoría de las personas, solo una pequeña parte presenta trastornos psíquicos y/o complicaciones en el proceso de resolución. “Estudios recientes encuentran que un tercio de las consultas en atención primaria

tiene orígenes psicológicos y que de ellas una cuarta parte se identifica como el resultado de algún tipo de pérdida (Bayés, 2001)” (Barreto & Soler, 2007, p. 14)

Asimismo, hacen referencia a la teoría del apego de Bowlby indicando:

Considerando el desarrollo de vínculos como instintivo y característico en muchas especies. Estos se producen por la necesidad que tenemos de protección o seguridad y tienen como objetivo la supervivencia, ya que mantienen el contacto con los cuidadores y reducen el riesgo de sufrir algún daño. La meta de la conducta de apego es mantener el vínculo afectivo y cuando este se ve amenazado o roto se suscitan reacciones emocionales intensas. Para este autor, el duelo se produce por la ruptura del vínculo. (Bowlby, 1982) (Barreto & Soler, 2007, p. 24).

En esta misma línea se cita a García (2011), quien concibe el duelo como una experiencia humana, en parte natural y en parte construido; en donde por un lado la respuesta a la pérdida reflejan la herencia evolucionista, derivada de la interrupción de los lazos de apego necesarios para la supervivencia, mientras que por otro lado, se responde a la pérdida de una persona amada a nivel simbólico y biológico de igual forma, atribuyendo significados a los síntomas de separación así como a los cambios de identidad personal y colectiva que acompañan a la muerte del ser querido.

De acuerdo con Barreto & Soler (2007) el duelo tiene fuerte impacto en la persona y no está limitado únicamente a efectos sobre el malestar emocional o social; la presencia de síntomas depresivos o depresión produce cambios en el funcionamiento físico disminuyendo la salud general y el bienestar emocional de la persona en duelo. Además, dependiendo del grado de estrés el mismo que depende del autoconcepto y del afrontamiento de la pérdida, puede darse trastornos afectivos y del sueño que a su vez producen respuestas a nivel neuroendocrino e inmunológico por lo que puede facilitar el comienzo de una enfermedad.

En esta misma línea hacen referencia al modelo médico, que plantea el duelo como enfermedad o posible disfunción psiquiátrica; considerándolo una desviación en el estado de salud y del bienestar, considerando la pérdida de un ser querido tan traumática como quemarse o hacerse una herida. Afirman que, desde este modelo, el proceso del duelo es similar al proceso de curación física, pudiéndose normalmente restaurar totalmente o casi totalmente el funcionamiento, aunque existen algunos casos en que esta curación total no resulta posible.

En relación con esta perspectiva se hace referencia a la siguiente afirmación:

Existe un paralelismo entre el duelo y la fisiología de una herida física. Es decir, que al igual que en ésta, podemos observar que algunos individuos curarían por completo de su duelo; en otros quedarían secuelas leves y en otros una alteración permanente de sus funciones (Engel, 1964) (Guillem et al., 2017, p.65)

Para Guillem et al. (2017), muy pocas personas consideran el duelo una enfermedad, aunque a veces se asocia al inicio de estas, ya sea enfermedades psíquicas o físicas. Además, afirman que para la mayoría de los profesionales y personas en general el duelo es un estado transitorio normal, debido a esto no existe consenso sobre su evolución, duración o complicaciones.

Con la finalidad de entender más a profundidad el duelo, Guillem et al. (2017), hacen referencia a las teorías del estrés o bien a las teorías evolucionistas, por lo que en relación a los modelos psicodinámicos, toman de referencia a Sigmund Freud, siendo la principal característica del modelo que tiene un casi exclusivo hincapié en el mundo intrapsíquico de la persona que está atravesando por el duelo, y en particular por la percepción subjetiva de un mundo percibido como en peligro de colapsar; dependiendo el proceso de duelo de estas interpretaciones personales más que de la realidad exterior.

Guillem et al. (2017), afirman

En opinión de Freud, el origen del duelo sería la ruptura de relación con algo o alguien con quien se mantuvieron vínculos (pérdida del objeto), por lo que se trataría de un proceso doloroso, cuya finalidad sería romper la unión que existiera entre el sujeto (deudo) y el fallecido (objeto). (p. 67)

Asimismo, suponen que Freud describiría el duelo como un doloroso estado de ánimo, con cesedeinterés por el mundo exterior, en cuanto no se recuerda a la persona fallecida. Debido a esto, surge la incapacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, ya que equivaldría a sustituir al desaparecido, y llevaría al alejamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser amado.

También afirman que la ansiedad inicial se debe a la ausencia de la persona amada y el dolor del duelo es la consecuencia del deseo de reunirse con el fallecido. Otra aportación interesante que hacen Guillem et al. (2017), es afirmar desde este modelo, que no es la pérdida en sí lo que produce los síntomas del duelo, sino que la intensidad con que se lleve depende de la especial importancia que tenga para el sujeto la persona u objeto perdido. Además, indican que aunque el proceso lleva cierto tiempo, la desaparición de los síntomas no deja tras de sí grandes modificaciones en la persona.

Por otro lado, Guillem et al. (2017) hacen referencia a los modelos cognitivos, indicando que estos afirman que la persona desarrolla una forma de estar en el mundo, creando una idea personal de cómo es y funciona el mundo del que forman parte, formando expectativas propias sobre lo que sucede en una situación dada, haciendo hipótesis subjetivas de probabilidades, sometiénolo a experimentación, mediante la interacción con esa realidad.

Basado en esto, afirman que la pérdida de alguien significativo para la persona, la llevaría a la modificación de los constructos personales, teniendo esto consecuencias futuras en otras relaciones. Además, indican que en los modelos cognitivos lo que se pone en tela de juicio en el proceso de duelo, no son las creencias sobre la realidad, sino que las hipótesis cognitivas sobre la

propia persona, la valoración que cada persona hace de sí mismo, algo que se forma desde las relaciones tempranas en la infancia.

En cuanto a los modelos de duelo como crisis vital, indican que el duelo sería entendido como una crisis accidental, produciéndose una alteración psicológica aguda, que no debe entenderse como trastorno mental, sino que como una lucha por lograr adaptación y ajuste frente al problema. Toda crisis se desencadenaría ante una pérdida, amenaza de no satisfacción de necesidades o de un aumento en las exigencias o bien por estos tres factores a la vez con lo que se complica la situación de la persona.

Asimismo, indican que la crisis deja a la persona en estado de indefensión, en donde las estrategias habituales de afrontamiento no son exitosas, presentándose debilitamiento de las defensas personales y la persona siente necesidad de ayuda de los demás. Por otro lado, las crisis en curso despiertan experiencias pasadas de crisis similares.

Los autores afirman que, de acuerdo con este modelo, el curso de la crisis dependerá de factores personales, de las experiencias previas, de la percepción de la situación (penosa o problemática), del estado biológico del afectado y de factores inesperados de la realidad exterior; pero la superación del duelo dependerá de una adecuada y eficaz red social de apoyo.

Por último, hacen referencia a los modelos fenomenológicos y existencialistas, indicando que estos consideran incompletas las explicaciones anteriores debido a que únicamente consideran aspectos intrapsíquicos y culturales hacia la muerte, pero los modelos fenomenológicos y existencialistas el duelo lleva a profundos cambios sociales, incluida posición social, roles y estatus.

Afirman que, para la corriente existencialista, el existir debe ser siempre enfrentado a la certeza de la muerte, siendo la posibilidad de no existir la ansiedad central de la condición humana. Consideran el duelo como el primer contacto con la posibilidad de no ser.

“El duelo es tan devastador y aterrador, porque confronta a la persona con los cuatro conflictos básicos de la existencia: la muerte, la libertad, la soledad y la falta de significado (Yalom, 1984)” (Guillem et al., 2017, p. 69)

Guillem et al. (2017), interpretan lo indicado por Yalom, indicando que en el duelo se vive la muerte en toda su realidad y no es posible negarla, por lo que se intuye que no se es tan libre como se creía, puesto que no es posible influir apenas en el discurrir de los fenómenos; además afirman que el duelo es una crisis que aunque necesita apoyo de los demás, se vive en solitario, generando un sentimiento real de soledad tan profundo nunca sentido en otra situación. Aseguran que la pérdida de los seres queridos confronta con la interrogante de si hay vida después de la vida y aunque la esperanza haga aceptar que si existe, siempre vive la duda de que no sea así, en cuyo caso, cuestionará el significado del esfuerzo y del estar en el mundo.

En el presente artículo científico, se ha desarrollado ampliamente el tema de los tipos de crisis, crisis vitales universales y duelo, por lo que es importante citar la siguiente afirmación de Guillem et al. (2017), quienes aseguran que:

El duelo es una verdadera crisis existencial, donde nos vemos confrontados con el caos y con los aspectos incontrolables de la existencia, pero es una crisis, que como todas las que sufrimos en nuestra vida, nos puede servir para crecer, o por el contrario, para debilitarnos y enfermar, dependiendo de cómo la afrontemos(p.70)

Por su parte Frankl (1991), se refiere al duelo como parte de la vida, no puede erradicarse, así como no es posible apartarse de la muerte o el destino ya que sin todos ellos la vida no está completa. De acuerdo con lo afirmado por Frankl (1991), se entiende que el dolorante la pérdida de un ser querido no puede evitarse, debido a que forma parte de la vida, por lo que cada ser humano debe vivirlo para crecer, debiendo experimentar todas aquellas emociones que genera una pérdida, lo cual lo hará ser más fuerte y alcanzar una mayor capacidad de afrontamiento frente a nuevas experiencias.

Así también, Frankl (2007), plantea que el sufrimiento no es siempre un fenómeno patológico; puede ser muy bien un logro humano sobre todo cuando nace de la frustración existencial; más que un síntoma neurótico. Por lo que, en este sentido, puede afirmarse que mediante el sufrimiento el ser humano adquiere la oportunidad para mejorar en diversos aspectos de su vida, ya que le permite tener conciencia y responsabilidad acerca de su vida y, por ende, hacer algo por ella.

De acuerdo con Soto, Falcón y Volcanes (2009), el sufrimiento por el que atraviesa la persona en duelo es debido a su apego interno con el fallecido. Asimismo, aporta haciendo referencia a las etapas del duelo, indicando que su conocimiento es de mucha importancia para los terapeutas que trabajan con pacientes en proceso de duelo.

Es por esta razón que hace referencia a las etapas de Kubler- Ross (1970), de la siguiente forma:

Negación: En esta etapa es probable que las personas se sienten culpables porque no sienten nada; se apodera de ellas un estado de entumecimiento e incredulidad.

Enojo o ira: se puede expresar externamente. El enojo puede proyectarse hacia otras personas o interiormente expresarse en forma de depresión, culpar a otro es una forma de evitar el dolor, aflicciones y desesperación personales de tener que aceptar el hecho de que la vida deberá continuar.

Negociación: se da en nuestra mente para ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación, retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente las pérdidas.

Depresión: es el enojo dirigido hacia adentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia.

Aceptación: se da cuando después de la pérdida se puede vivir en el presente, sin adherirse al pasado. (Kubler- Ross, 1970) (Soto, Falcón & Volcanes, 2009, p.5)

De acuerdo con Soto, Falcón & Volcanes, (2009) aunque generalmente las etapas se presentan en el orden indicado en el presente y son comunes en las personas cuando se ven obligadas a ajustarse a los cambios en sus vidas sean positivos o negativos, no se puede perder de vista que las personas son seres únicos, no todas pasan por estas etapas en la misma forma ni con la misma duración, siendo probable que se encuentren en una etapa y se regrese constantemente a otra.

2.2.1 Características del duelo

Bucay (2006), define el duelo como un proceso doloroso y normal de elaboración de una pérdida, que va en busca de la armonización y la adaptación a una nueva realidad, comprendiendo una serie de reacciones intelectuales, físicas, conductuales, emocionales y espirituales producidas como consecuencia de la muerte de un ser querido, siendo capaz de modificar el estilo de vida de los deudos.

También afirma que el duelo, se caracteriza por ser una vivencia única, intransferible, personal y dinámica, en la que el doliente puede ser capaz de identificar el evento detonante de las manifestaciones, aunque algunas personas tienen incapacidad para saber exactamente cuándo inicia su proceso de duelo y cuando ha de terminar.

De acuerdo con Lozano y Chaskel (2012) para la mayoría de las personas la pérdida de un ser querido implica un sufrimiento grande, por lo que pueden ocurrir trastornos psíquicos y/o complicaciones; es por esto que en el proceso del duelo se presentan manifestaciones físicas, motoras y cognitivas.

González y López (2013) aseguran que la mayoría de las características giran alrededor de manifestaciones no únicamente de tipo emocional, sino que conductual y somático, evidenciándose la forma en la que el estado físico está ligado a la forma en que la persona enfrenta la vida. Los autores hacen hincapié en que las características dependerán de las diferencias individuales de cada persona, siendo muy importante reconocer que para poder

superar un duelo sin complicaciones se necesita de la experimentación y dejar fluir estas diferencias.

Los autores afirman que, si bien existen características generales, estas dependerán del tipo de duelo que se presente, por lo que en los numerales 2.2.2 y 2.2.3 se explica de forma detallada las características del duelo, abarcando temas como las manifestaciones y características específicas de cada tipo.

2.2.2 Manifestaciones del duelo

En relación con el duelo en personas en edad adulta, de acuerdo con Barreto & Soler (2007), es importante conocer las manifestaciones cognitivas, físicas y motoras más comunes en el duelo (véase anexo 6) en donde son comunes los sentimientos de tristeza, ansiedad, impotencia, shock, emancipación y anhelo.

Además de lo indicado afirman que, si bien la muerte tiene impacto en todas las personas, no importando su edad y condición, ésta se vive de forma diferente dependiendo la etapa vital en que se encuentre el individuo; debido a esto la propia muerte como el proceso de duelo por la muerte de otra persona son vividos con características peculiares dependiendo de la etapa vital del que lo sufre.

“El concepto de muerte incluye los parámetros de irreversibilidad, finalidad, universalidad y causalidad, que se van incorporando en la conceptualización del niño a través de su desarrollo evolutivo (Shonfeld, 1989)” (Barreto & Soler, 2007, p.17). En relación con la determinación de la finalización del duelo afirman que resulta difícil determinarla, aunque el momento clave es en el que la persona es capaz de mirar al pasado y recordar con afecto sereno a la persona fallecida y la historia compartida; indican que normalmente el periodo para la finalización oscila entre uno y dos años.

Además de las manifestaciones descritas por Barreto y Soler, se hace referencia a Guillem et al. (2017), quienes afirman que el duelo es necesario y tiene una función de adaptación a una realidad nueva para el deudo, permitiéndole ajustarse y enfrentarse al medio sin su ser amado que ha perdido. Menciona que el duelo normal que también es llamado duelo no complicado abarca un amplio rango de conductas y sentimientos que son normales en esta crisis y que se presentan a lo largo de las fases del duelo. Así como puede haber manifestaciones podría también no existir ninguna alteración en las esferas cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual.

Guillem et al. (2017), hacen hincapié en la importancia de que los profesionales que atienden a dolientes conozcan las manifestaciones del duelo ya que de esta forma les es posible asesorar a las personas que las presentan, guiando sobre el adecuado manejo y dándoles la importancia que merecen.

Con el objetivo de cubrir las diferentes manifestaciones que podrían ocurrir en el proceso de duelo en adultos además de las indicadas por Barreto y Soler, se presentan (véase anexo7), las propuestas por Worden (1997) a las que hacen referencia Guillem et al. (2017, pp. 70, 71). Según los autores, en estas manifestaciones se contemplan alteraciones fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas.

Además de las manifestaciones indicadas, Soler y Jordá(2016) indican que también pueden presentarse manifestaciones sociales y espirituales. En las primeras, el deudo puede presentar resentimiento hacia la realidad social, utilizar vestuario que lo haga sentir identificado con el fallecido, aislamiento por no sentirse parte de los grupos por lo que busca relaciones con otras personas que percibe como solos y elaboración de una nueva identidad y nuevo papel social.

En cuanto a las manifestaciones espirituales mencionan que puede perderse la sensación de inmortalidad, además de realizar la búsqueda de Dios en forma de rebeldía, resentimiento, indiferencia debido a la percepción de abandono o bien en busca de confianza y fuerza, además es común que no se encuentre el sentido de la vida, así como la búsqueda del sentido de vida.

Además, Barreto & Soler (2007) también hacen referencia a varias teorías, siendo su conocimiento y perspectiva de estas muy importante para la comprensión de las manifestaciones del duelo. En relación con la teoría del estrés; afirman que el duelo es considerado un estresor, subrayando la importancia de los recursos personales para hacerle frente.

La pérdida puede ocasionar consecuencias físicas debido al debilitamiento del sistema inmunitario, esto como consecuencia de que la pérdida lleva a la persona en duelo a un estado de indefensa en la que los recursos no tienen éxito al momento de manejar el problema; resolviéndose este estado crítico favorablemente o no en función de lo apropiados que resulten los recursos y del apoyo social disponible.

Siguiendo con la teoría del estrés, afirman que el estrés producido por el duelo provoca alteraciones en la respuesta inmunológica, afectando todo el estado de salud de la persona; por otro lado, afirman que el grado de estrés dependerá del autoconcepto y del afrontamiento de la pérdida, pudiendo causar trastornos afectivos y del sueño que a su vez producen respuestas a nivel autonómico, neuroendocrino e inmunológico y como consecuencia desencadenar enfermedad en la persona.

Otra de las perspectivas a las que hacen referencia es la funcional, asegurando:

Las emociones juegan un papel general en el mantenimiento de las relaciones sociales y el ajuste a los acontecimientos vitales importantes. En el duelo se produce un amplio rango de emociones negativas (por ejemplo, tristeza, rabia, menosprecio, hostilidad, miedo y culpa) y también positivas (distracción, satisfacción por el deber cumplido y orgullo). Está asociado a una evaluación profunda de la pérdida como algo irreversible que lo abarca todo y envuelve a la persona. Ésta se siente como si hubiera desaparecido una parte de sí misma al tiempo que su comprensión del mundo y del futuro se ve influida por la pérdida (Bonanno & Keltner, 1997) (Barreto & Soler 2007, pp. 25, 27).

Afirman que a diferencia de las consideraciones tradicionales que basan la recuperación en la expresión de las emociones negativas; la perspectiva funcional afirma que la resolución es más probable cuando se aumentan las emociones positivas, regulando o minimizando las negativas.

Otro modelo planteado por Barreto & Soler (2007) es el de Proceso Dual, describiéndolo de la siguiente forma:

La habituación de la pérdida es fluctuante y dinámica siendo necesaria una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento, En el proceso “orientado a la pérdida”, el doliente realiza un intenso trabajo en relación con el duelo y experimenta, explora y expresa sus sentimientos en un intento de entender el sentido que tienen en su vida. En otros momentos, en el proceso “orientado a la reconstrucción”, el superviviente se centra en los múltiples ajustes externos requeridos a partir de la pérdida y se centra en las responsabilidades domésticas y laborales, en el establecimiento y mantenimiento de relaciones y todo aquello que favorece la reorganización (Stroebe y Scout, 1999) (Barreto & Soler, 2007, p.27).

Este proceso admite que cierto grado de evitación de la realidad puede ser de utilidad y normal en todo el proceso de adaptación.

Después de lo anteriormente expuesto, Guillem et al. (2017), afirmanque, al pasar por la pérdida de una persona cercana, el sistema de creencias se ve afectado; el llanto que se presenta no es por el fallecido si no que por el miedo que siente el doliente a sentirse solo, desvalido, desamparado, abandonado en un mundo hostil. Además, desaparece bruscamente la confianza en una vidabondadosa, sometiéndose a una cruel prueba de realidad. con la pérdida del vínculo, se derrumban todos los sistemas de creencias, con los que se escapaces de vivir con cierto

optimismo en un mundo de peligros, tambaleando todos los mitos con los que se convive, y en los que la mayoría de las personas se apoya, considerándolos como si fueran valores absolutos.

2.2.3 Tipos de duelo

Meza, García, Torres, Castillo, Suarez y Martínez (2008), identifican cinco tipos de duelo, siendo los siguientes:

Duelo patológico: según los autores este es uno de los nombres que se le da al duelo anormal, llamándolo también no resuelto, complicado, exagerado, retrasado o crónico. Coinciden en que este tipo de duelo es la intensificación de la crisis al nivel en que la persona afectada se encuentra desbordada por lo que recurre a conductas desadaptativas o bien no avanza en el proceso de duelo hacia su resolución. Además, consideran que se corre riesgo de duelo patológico cuando el dolor se prolonga considerablemente en el tiempo, cuando impide amar a otras personas o interesarse en ellas, cuando la intensidad no coincide con la personalidad del deudo y el sujeto se ve invalidado en su diario vivir, enfocándose únicamente en la rememoración de la persona fallecida

En cuanto al duelo anticipado: afirman que no inicia al momento de la muerte, dándose mucho tiempo antes, al momento en que se anuncia la incurabilidad, se produce tristeza en la familia, acompañada de la adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación; creándose a partir de ese momento el duelo anticipado, que permite a los involucrados prepararse para el momento de la despedida.

Meza et al. (2008), definen el preduelo, indicando que, debido al estado de salud del ser querido, se cree que ha muerto definitivamente ya que la persona enferma ha sido transformada por la enfermedad, en algunos casos no se le reconoce más.

Asimismo, plantean el duelo inhibido o negado, afirmando que en este se niega la expresión del duelo debido a que el deudo no afronta la pérdida, pudiendo prevalecer una falsa euforia, sugiriendo la tendencia patológica.

En relación con el duelo inhibido o negado, López, Martín y Campos (2010), también lo llaman retardado e indican que este se presenta en las personas que en las fases iniciales del duelo parecen mantener el control y no dan signos de sufrimiento por la pérdida. Recalcan que el duelo cuya expresión se inhibe es potencialmente patogénico debido a que el doliente no afronta la realidad de la pérdida.

Existe un tipo de duelo más, expuesto por Meza et al. (2008), este es el duelo crónico, considerado como con duración excesiva nunca llegando a una conclusión satisfactoria, pudiendo ocupar toda la vida, constituyendo el núcleo de su existencia. De la misma forma es considerado por López et al. (2010), afirmando que no se da una evolución hacia la resolución, pareciendo que el deudo desea mantener a su ser querido vivo a través de su dolor.

A la tipología presentada por Meza et al. (2008), y que es respaldada por la presentada por López et al. (2010), este último contempla un tipo de duelo más siendo este el duelo complicado, afirmando que es frecuente sobre todo en la niñez y ancianidad; en este tipo de duelo se acentúan procesos como la culpabilidad, interiorización, somatización además de que bloquea el proceso de duelo durante un proceso más o menos prolongado de duelo.

De acuerdo con López & Aliño (2002) en el DSM-IV-TR, los síntomas indicados que no son característicos de un duelo normal y que es útil conocerlos para poder diferenciar un episodio depresivo mayor son: culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no por el doliente al morir la persona; pensamientos de muerte, pensando que se debió fallecer junto a la persona perdida; enlentecimiento psicomotor; preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad ;

deterioro funcional prolongado y acusado; experiencias alucinatorias más allá de ver la imagen fugaz del fallecido o escuchar su voz.

2.2.4 Duelo por pérdidas especiales

De acuerdo con publicación de Manejo del Duelo (2013), los duelos especiales son originados por la muerte inesperada del ser amado, tomando la noticia por sorpresa por lo que el doliente no cuenta con tiempo previo para la preparación y asimilación tal como sucede en los fallecimientos por enfermedad, en donde la familia observa la agonía sufrida por el ser querido, encontrándose física y emocionalmente agotados, por lo que al momento de partida de la persona querida, pueden llegar a experimentar sensación de liberación ya que la partida significa que no seguirá sufriendo.

Por otro lado, cuando se presenta una muerte repentina, en los deudos se derrumban las capacidades de seguridad, confianza y adaptativas; sintiéndose abrumados a raíz de la pérdida repentina por lo que buscan comprender lo sucedido. Además, es importante mencionar que las muertes inesperadas que implican duelos especiales muchas veces poseen una mayor prolongación en el tiempo.

Se considera importante mencionar las muertes inesperadas descritas por Manejo del Duelo (2013) las cuales son:

Muerte por suicidio: Siendo comunes las preguntas ¿Estaba enojado conmigo? ¿Por qué me hizo esto a mí? tratándose de preguntas para las que no hay respuesta y de no haber ayudado a tiempo al ser querido, están acompañadas de sentimiento de culpa. Debido a que no hubo una despedida el duelo puede complicarse, además de que se ve la decisión del fallecido como injusta y egoísta sumado a que socialmente el suicidio es condenado en nuestra sociedad.

Muerte súbita: la persona pierde la respiración, el pulso y la consciencia de manera inesperada; esta causa de fallecimiento produce un impacto grande en los seres queridos, no pudiendo aceptar la realidad, presentando una limitación grande para la exteriorización de sentimientos o por el contrario pueden presentar ataques de nervios incontrolados o de llanto. Para la recuperación de los deudos es importante que vean el cuerpo sin vida del ser querido, además de que conozcan en detalle las causas de la muerte.

Muerte por crimen: la rabia hacia quien asesinó al ser querido es un factor muy importante que afecta el proceso de duelo; surge el deseo de venganza, buscando el castigo o de lo contrario nace la culpa por no buscar que el asesino sea castigado. Es común que los deudos experimenten sentimientos de sorpresa, shock, negación, incredulidad además de temor a lo que diga la sociedad sobre lo ocurrido; surgen constantes pensamientos sobre la forma como habrán sucedido los hechos, esperanza de encontrar justicia, entre otros.

Muerte por accidente: el estado del cadáver del ser querido puede agravar el dolor de los familiares; en primer momento se experimenta incredulidad y gran conmoción. Si el doliente estuvo presente en el momento del accidente, el duelo se torna sumamente delicado, así como también para los que deben enfrentar procesos de búsqueda de testigos, reconocimiento del cuerpo, autopsia, realización de trámites administrativos derivados de la muerte, etc. En este duelo comúnmente surgen hipótesis sobre cómo ocurrieron los hechos además del sufrimiento vivido, mientras se guarda la esperanza fantasiosa de que el ser querido regresará.

Muerte masiva: causada de forma inesperada e incontrolable ya sea por desastres naturales o por el hombre; los sobrevivientes experimentan sentido de culpa por seguir con vida.

Además de lo indicado, Manejo del Duelo (2013) también afirma que los duelos especiales por muertes repentinas e inesperadas conllevan un proceso de duelo más largo y complejo; en el que el doliente se da cuenta a lo largo del proceso que varias de las preguntas que se planteaba nunca tendrán respuesta.

Por otro lado, la misma fuente hace referencia a los tipos de pérdidas que implican un duelo, afirmando que en el transcurso de la vida se experimentan diferentes pérdidas que no se limitan únicamente a la muerte de un ser querido, como puede ser la pérdida de la salud, la inmigración, el despido de un empleo y la ruptura amorosa; conllevando cada una de estas pérdidas un proceso de duelo, en el que el afectado debe aceptar la nueva realidad y acomodarse a ella saludablemente.

Por lo que, de acuerdo con lo indicado, expone los principales tipos de pérdidas sufridas por el ser humano, así como las características de cada uno de los duelos.

Duelo por la muerte de un ser querido: es la respuesta natural ante la muerte. Las características de este duelo dependerán del tipo de relación que tenía con la persona fallecida, las circunstancias de la muerte, historia de vida del doliente, la personalidad, la posibilidad ver el cuerpo antes de su despedida y la contención familiar.

Duelo por la pérdida del empleo: es la respuesta natural ante la pérdida del empleo. Las características de este duelo son conflictos familiares, incertidumbre económica, estrés, la pérdida de la confianza en sí mismo, así como de sus capacidades profesionales.

Duelo migratorio: es la respuesta natural ante al alejamiento del país de residencia. Las características de este duelo son la pérdida de costumbres religiosas, normas culturales y sistemas de apoyo social que conllevan la adaptación hacia una nueva cultura que redefine su identidad.

Duelo por separación o divorcio: es la respuesta natural ante una ruptura amorosa. Las características de este duelo son sentimientos de decepción por la destrucción de los sueños y

proyectos compartidos, fracaso, tristeza y miedo e incertidumbre ante un futuro incierto e ira porque sentir el fracaso.

2.2.5 Consecuencias

Con la finalidad de fundamentar las consecuencias del duelo, se citan diferentes investigaciones realizadas en la materia, por lo que con esto se busca fundamentar la teoría reflejada en el presente artículo científico.

En relación con el abordaje de las consecuencias del duelo, se hace referencia a Vela (2008), quien realizó una investigación de campo en relación a los procesos de duelo por una separación importante, tomando la pérdida por la muerte como objeto de la investigación. La investigación fue realizada en el Municipio de Patzicía departamento de Chimaltenango, utilizando una muestra representativa de 20 personas cuya característica en común es la muerte reciente de un familiar, todos ellos con diversas circunstancias de muerte. De acuerdo con el investigador, la selección de los dolientes fue intencional, seleccionando personas adultas, de diferentes credos religiosos, escolaridad y situación económica; consistiendo la metodología en estudio de casos a través del método de análisis cualitativo, utilizando la entrevista abierta y observación directa como técnica de recolección de datos.

Del análisis realizado, Vela (2008) estableció que el tipo de muerte del ser querido tiene influencia sobre el tipo de reacción del deudo, evidenciándose que al tratarse de muertes naturales o poco trágicas la reacción de los deudos se caracteriza por sentimientos de tristeza, angustia, llanto, ansiedad, sentimiento de culpa, impotencia, somatización, racionalización, negación, en algunos casos aceptación de la pérdida, dolor profundo, etc. Por su parte en los casos de muerte provocada o repentina, los deudos además de los sentimientos y emociones ya indicados también presentan sentimientos de odio, desconfianza, resentimiento, deseos de venganza, rechazo a Dios.

Por su parte, Pachano y Díaz (2012), presentan una investigación en relación a la resiliencia en personas en proceso de duelo por muerte, con una muestra de 53 adultos en duelo, para lo que se

utilizó la metodología de estudio descriptivo, de campo; utilizando la Escala de Resiliencia Colina y Esqueda (2002), que tiene como objetivo la medición de la resiliencia general a través de las dimensiones de estabilidad emocional, actividad física, fortaleza, seguridad afectiva, control y competencia personal.

Los investigadores comparan la variable de resiliencia con las características sociodemográficas, entendiéndose estas como religión, tipo de muerte del ser querido, ocupación, estado civil y vínculo afectivo del deudo con el fallecido, por lo que luego de esta comparación, los resultados obtenidos evidencian que los dolientes pertenecientes a la religión evangélica poseen mayor nivel de resiliencia, seguidos en orden de nivel de resiliencia por las personas casadas, personas trabajadoras y por último los dolientes que mantenían una amistad con el difunto.

Los resultados obtenidos con las investigaciones aportan información importante sobre el duelo y evidencian que este no es vivido de la misma forma por todas las personas, además que evidencian la necesidad de abordar las formas como los dolientes se enfrentan a la muerte de un ser querido ya que las consecuencias varían de un caso a otro, dependiendo del tipo de duelo y características individuales del doliente.

González y López (2013) respaldan esta afirmación, agregando además que los profesionales de la salud mental se encuentran cada vez con más casos en los que se manifiestan reacciones capaces de repercutir a corto, mediano y largo plazo. Apareciendo complicaciones que llevan a duelos patológicos y muchas complicaciones a nivel emocional, que tienen impacto en la desestabilización de los núcleos familiares, debido a que cuando uno de los integrantes de la familia se ve afectado, automáticamente influye al sistema en su totalidad.

Montaner (2007), hace referencia a que alrededor del 16% de personas que viven la pérdida de un ser querido experimentan cuadros depresivos durante el año posterior a la pérdida. Además, afirma que se presentan síntomas graves que se asocian al duelo patológico, en cinco de cada cien dolientes; la tristeza por la muerte tiene durabilidad, siendo entre seis a doce meses, luego de pasado este tiempo se dice que el doliente presenta depresión clínica.

El duelo se convierte en patológico cuando la tristeza no se aparta luego de un año, incapacitando al doliente para vivir una vida normal debido al dolor causado por la muerte de alguien importante, lo que genera la percepción de tener una vida miserable; es importante que los profesionales de la salud mental distingan entre un duelo natural y un patológico trastornador ya que este último puede tener graves consecuencias a largo plazo para la vida del doliente.

Para Montaner (2007)

El duelo es un proceso adaptativo ante una pérdida que tiene consecuencias tanto psicológicas como biológicas y sociales. Junto con el sentimiento de rechazo, es uno de los acontecimientos más estresantes a los que puede verse expuesto el ser humano en el transcurso de su vida. El duelo natural puede convertirse en duelo patológico cuando su gravedad y duración no guardan cierta proporción con la pérdida experimentada. Por tanto, es importantísimo hacer un buen diagnóstico diferencial, apoyar el duelo normal y tratar o bien derivar el patológico cuando los síntomas parezcan graves. (p.1).

Logoterapia

3.1 ¿Qué es Logoterapia?

“El hombre en busca de sentido no es un título ingenioso para un libro. Es una definición de ser humano. El ser humano es un buscador de sentido (Frankl, 1991)” (Lemus 2014, p.1.)

Oblitas (2008), indica que la logoterapia es un tipo de terapia, se basa en la fuerza motivante más importante de una persona para actuar, sentir, desear y pensar. No reside simplemente en la búsqueda de placer (Freud), de poder (Adler) o en la autorrealización sino en la búsqueda de sentido; es decir, la persona o ser humano posee una dimensión noética-espiritual que le permite

elevarse y tomar decisiones que su libertad y su responsabilidad le indican a través del órgano de sentido que es la conciencia.

Asimismo, afirma que la conciencia es la facultad de realizar y descubrir ese único sentido que se esconde detrás de cada situación; capacita a la voluntad de sentido a descubrir formas de sentido no sólo en lo real, sino también en lo posible. Oblitas (2008), considera que la logoterapia, es la primera fuerza motivante del hombre en la lucha por encontrarle un sentido a la propia vida, siendo por esta razón que Frankl habla de voluntad de sentido, en contraste con la voluntad de poder que enfatiza la psicología de Adler y con el principio de placer, también denominado voluntad en que se centra el psicoanálisis freudiano.

Por otro lado, afirma que el hombre que se encuentra en crisis ha de tener un enfrentamiento al sentido de la vida actual para buscar una reorientación de este a través de la búsqueda de un sentido potencial junto a la conciencia de la voluntad del mismo. Esto sirve para ayudar a la persona a encontrar el sentido de la vida, a través de hacerse consciente de lo que anhela en lo más profundo de ser y de las responsabilidades, que consisten en decidir por qué. Se atreve a penetrar en la dimensión espiritual en el sentido de aspirar por una existencia más significativa.

Por otro lado, Luna (1996) afirma que para Frankl el análisis existencial y la logoterapia son las dos caras de una sola teoría. Concibiendo a la logoterapia como método de tratamiento psicoterapéutico y al análisis existencial como una orientación antropológica de investigación.

De acuerdo con Luna (1996) y basado en sus estudios de la logoterapia de Frankl, la palabra logos se refiere al sentido, siendo que el ser humano siempre busca frente a las circunstancias de la vida, muerte, destino, amor y el dolor. Asimismo, tiene que ver con la parte noética, espiritual que se distingue de lo psíquico; por lo que logoterapia indica terapia por medio del significado o del sentido.

Por otro lado, afirma que el análisis existencial, busca crear una antropología como base para una psicoterapia, haciendo énfasis en este punto en que la logoterapia pertenece a un enfoque de tipo

existencial-humanista, considerándose como un complemento de la psicoterapia y no tanto como escuela.

De acuerdo con el autor la logoterapia puede dividirse en logoterapia específica y no específica. Teniendo la primera como campo de acción, las dificultades de falta de sentido de la vida, crisis existencial y vacío existencial; además de poderse abordar con este tipo de logoterapia a personas con enfermedades terminales, con problemática del sufrimiento, neurosis noógena que es la que surge cuando existen conflictos éticos, choque de valores y conflictos espirituales. Por otro lado, en cuanto a la técnica para trabajar este tipo de logoterapia, afirma que debe trabajarse a través del diálogo socrático.

En cuanto a la logoterapia no específica que es la segunda clase de logoterapia mencionada por Luna, afirma que su campo de acción es en las dificultades clásicas de las obsesiones, fobias, problemas sexuales y una amplia gama de patologías. Adicional afirma que la intención paradójica y la derreflexión son las técnicas más utilizadas en este tipo de logoterapia.

Por otro lado, plantea que la logoterapia está fundada en los principios de que la vida tiene sentido en cualquier circunstancia, la persona es libre para consumir el sentido de su existencia y pertenece al hombre una voluntad de sentido y este se siente vacío o fracasado cuando deja de ofrecerla. Además de lo expuesto, Luna (1996), asegura que el ser humano es uno y múltiple, con esto se refiere a sus tres dimensiones siendo estas la física, psíquica y espiritual, teniendo cada una, relativa autonomía al interior de la unidad.

Molla (2002) define la Logoterapia como la terapia del significado, sentido y propósito de la vida; concibiendo al hombre como responsable de asumir el sentido de su vida y la vida como existencia; además de definirla como una terapia de enfoque existencial que usa los recursos del espíritu humano, es positiva y está orientada hacia el futuro; considerandola búsqueda del significado como el aspecto primario del ser. De igual forma afirma que es una teoría que toma en cuenta en el hombre la dimensión espiritual y no solo la dimensión psicofísica.

Por otro lado, define al hombre como un ser a la búsqueda del significado de la vida y que mientras este no responda a la misión que le ha sido confiada por la vida misma no podrá lograr la realización. Es por esta razón que la Logoterapia es indicada para las personas que buscan un significado a su vida y que enfrentan al vacío existencial.

Lemus (2014) afirma que los procesos de crisis son inherentes a la existencia humana, siendo esta afirmación respaldada por lo indicado por Frankl (1991) cuando habla sobre el duelo, afirmando que el duelo es parte de la vida, no puede erradicarse, así como no es posible apartarse de la muerte o el destino ya que sin todos ellos la vida no está completa.

Como se ha tratado en el presente artículo científico, la muerte es parte del proceso vital y dentro de este es la pérdida más significativa por la que pasa la persona. En este sentido Pérez (2018) afirma que si bien, la muerte es parte de la vida, como lo es nacer, esto habla de la cruda realidad de la caducidad de la existencia humana.

Asimismo, afirma que desde la perspectiva de la logoterapia al acompañar a una persona que atraviesa un duelo, sin negar la realidad de la muerte, se le ayuda a superar la angustia de la separación; teniendo como objetivo el logro del reajuste emocional del doliente, recuperando el deseo de seguir viviendo y el rescate de los valores; acogiendo para este fin un espacio de escucha y diálogo.

De igual forma afirma que la logoterapia busca ampliar el campo visual de la persona para que de esta forma logre descubrir la diversidad de significados y valores que debe realizar. Por otro lado, supone que la forma de superar el impacto emocional provocado por la muerte de una persona amada puede ser el encontrar sentido a la pérdida y al dolor que produce. En este sentido afirma que la logoterapia se presenta como una psicoterapia que hace esfuerzos por crear la conexión entre la base de valores y la salud mental.

De acuerdo con Pérez(2018),el afrontar el duelo tras la muerte de un familiar es una tarea que se debe encarar como parte del proceso de adaptación de la pérdida. Por lo que hace referencia a lo

indicado por la Dra. Elisabeth Lukas quien afirma que “el duelo provoca cambios permanentes en el centro espiritual de la persona y estos cambios pueden dar lugar a una maduración personal cuando la persona acepta la pérdida (Lukas, 2008)” (Pérez, 2018, p.1.).

3.2 Antecedentes

Molla(2002) hace un recorrido por los inicios de la Logoterapia indicando desde su fundación por Viktor Frankl, M.D., Ph.D.(1905-1997), quien era neurólogo y psiquiatra. Frankl vivió la pérdida de sus padres y familiares quienes murieron en los campos de concentración; algo a lo que Frankl sobrevivió ya que el mismo estuvo preso, víctima de penurias y privaciones.

La reclusión en los campos de concentración fue el escenario de la reflexión de Frankl, en donde se sirve de su capacidad de estudiar y comprender al ser humano, para su propia supervivencia, tomando distancia de la situación. De acuerdo con lo relatado por Molla (2002) en ese cautiverio escribe sus experiencias con gran motivación e interés en ayudar a los dolientes, algo que se convirtió en su misión de vida.

Asimismo, afirma que esa misión se pone a prueba cuando Frankl se encuentra a punto de perder sus escritos; por lo que memoriza fragmentos de su obra mismos que en momentos de agonía y enfermedad repite incansablemente evitando quedarse dormido ya que corría el riesgo de no despertar, por lo que el deber que se impone le ayuda a sobrevivir. Con la convicción de que la dignidad humana no puede perderse, la motivación de vivir por algo o por alguien que le esperaba al salir de ese tormento, la resistencia a la tortura es la diferencia entre sobrevivir o no a la prueba.

Molla (2002) afirma

La perspectiva existencial sirve de marco a esta teoría, que es una terapia espiritual de la vida, que conceptualiza el vivir y la experiencia del hombre como una existencia, la cual no puede reflejarse o reflexionarse ya que es de por sí, existencia inconsciente espiritual,

de la cual podemos tener la intuición, la visión y descubierto este significado, llevarlo al plano de la conciencia y realizarlo como voluntad de sentido, propósito e intencionalidad.

(p.3)

Con la anterior afirmación concibe la vida como una sola existencia, desde una perspectiva espiritual en la que la persona como ser único, especial e irrepitible busca como objetivo un motivo de vida mismo que lo aferra a ella. De acuerdo con Molla (2002), Frankl publica importantes libros después de la segunda guerra mundial, causando desde sus inicios fuerte impacto en la comunidad científica, llamándole a la Logoterapia la tercera escuela vienesa de la psicología junto con el análisis individual de Adler y el psicoanálisis. Además, hace hincapié en que la Logoterapia no tiene solamente enfoque médico y psicológico, sino que también antropológico y filosófico.

Afirma que el éxito de esta teoría, dominada por un enfoque espiritual y filosófico, se debe a que después de la segunda guerra mundial aparecen de forma más clara síntomas de una perturbación, conocida como la frustración existencial o como la llama Frankl, el vacío existencial; siendo en este contexto que la Logoterapia aporta una visión de los problemas que cada persona debe resolver de acuerdo con su propia visión del sentido de su vida. Es por esta razón que se opone al psicologismo o reduccionismo de teorías que de forma reduccionista simplifican los problemas humanos.

Por otro lado, Molla (2002) hace mención de los diferentes campos de aplicación de la Logoterapia indicando que es de gran aplicación en tratamientos de enfermos terminales, con problema de drogas y con neurosis noógena o de falta de sentido. Asimismo, indica que la falta de sentido surge debido a una falta de objetivo de la vida y se caracteriza por que la persona presenta insatisfacción, indiferencia, apatía y mal humor; teniendo la percepción de que las cosas no tienen sentido lo que genera una sensación de vacío.

3.3 Conceptos básicos

Logos:

Frankl (1991) hace referencia a logos indicando que es una palabra griega que equivale a sentido, propósito, significado.

Voluntad de sentido:

De acuerdo con Frankl (1991), la búsqueda del sentido de la propia vida constituye una fuerza primaria y no una racionalización secundaria, siendo el hombre capaz de incluso morir por los ideales y valores. Para la logoterapia el sentido de la vida debe descubrirse, siendo la persona libre de aceptar o rechazar el sentido de la vida.

Neurosis noógena:

La frustración existencial se puede también resolver en neurosis. Para este tipo de neurosis, la logoterapia ha acuñado el término de neurosis noógenas tienen su origen no en lo psicológico, sino más bien en la dimensión noológica (del griego noos, que significa mente), de la existencia humana. Este término logoterapéutico denota algo que pertenece al núcleo "espiritual" de la personalidad humana. No obstante, debe recordarse que, dentro del marco de referencia de la logoterapia, el término "espiritual" no tiene connotación primordialmente religiosa, sino que hace referencia a la dimensión específicamente humana." (Frankl, 1991, p. 58).

Vacío existencial:

Frankl (1991) afirma que, desde el siglo XX es un fenómeno que se ha extendido considerablemente, originado a partir de que el hombre se convierte en un ser humanamente civilizado, pierde las tradiciones y se ve forzado a elegir; creando con esto un vacío existencial. El hombre se ha vuelto conformista, haciendo lo que otras personas hacen, o totalitarista, haciendo lo que otras personas quieren que haga. Manifestándose el vacío existencial con un estado de aburrimiento.

El sentido de la vida:

Para Frankl (1991)

El sentido de la vida difiere de un hombre a otro, de un día para otro, de una hora a otra hora. Así pues, lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado... No deberíamos buscar un sentido abstracto a la vida, pues cada uno tiene en ella su propia misión que cumplir; cada uno debe llevar a cabo un cometido concreto. Por tanto, ni puede ser reemplazado en la función, ni su vida puede repetirse; su tarea es única como única es su oportunidad para instrumentarla(p. 61).

El sentido del sufrimiento:

De acuerdo con Frankl (1991), cuando la persona se enfrenta con un destino inapelable, ineludible, e irrevocable, la vida ofrece una oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo; además afirma que el tercer cauce para encontrar un sentido a la vida es a través del sufrimiento.

Enfrentar el sufrimiento:

Frankl (1991) asegura, que el valor reside en la actitud frente al sufrimiento. Afirma que, aunque el sufrimiento no es en absoluto necesario para otorgarle un sentido a la vida, el sentido es posible sin el sufrimiento o a pesar del sufrimiento. Para que el sufrimiento confiera un sentido ha de ser un sufrimiento inevitable. Por otro lado, en cuanto al sufrimiento evitable, afirma que debe combatirse con las medidas oportunas; siempre con la idea clara que el no hacerlo, sería síntoma de masoquismo.

Con la psicoterapia tradicional se tiende a restaurar en la persona la capacidad para disfrutar de la vida. Este objetivo es compartido por la logoterapia, aunque avanza un paso más al pretender que el paciente recupere su capacidad de sufrir.

Diálogo socrático:

De acuerdo con Frankl (2007), en logoterapia es un estilo de encuentro psicoterapéutico que puede darse entre dos o más personas, buscando por medio de preguntas, descripciones, señalamientos y la relación misma, ayudar al paciente a tomar conciencia de su voluntad, e invitándolo a por sí mismo dar respuesta a los planteamientos de la vida.

Intención paradójica:

De acuerdo con la Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia (2018), la intención paradójica busca lograr un distanciamiento entre el síntoma neurótico y el paciente, sustituyendo el miedo por el deseo de aquello que se teme; lo que se busca es que el paciente tenga tal deseo por un instante, porque al menos en ese instante, se reirá de sí mismo y lo podrá vencer.

Derreflexión:

Bolaños (2012) indicando que por medio de esta técnica el paciente ignorará la ansiedad, pero la cambiará por alguna otra cosa, el paciente es capaz de ignorar su neurosis y localizar la atención en sí mismo.

Suprasentido:

De acuerdo con Frankl (2007) al hablar de suprasentido se refiere al paso en el que se puede aprovechar las creencias religiosas del paciente que vive el duelo ya que es en ese momento que estará abierto para poder aprovechar sus convicciones religiosas y reforzar los recursos espirituales.

3.4 Fundamentos filosóficos

Molla (2002) menciona la visión tridimensional del ser humano, quien está compuesto por una parte anímico, psicológico y corporal pero principalmente de una espiritual siendo esta la dimensión específicamente humana. Debido a la existencia de esta visión, es importante

identificar la relación entre el nivel corporal, nivel psicológico y espiritual (véase anexo 8), en donde se entiende como el trabajo simbólico que no pertenece solamente al nivel razonamiento y conciencia, sino que principalmente al inconsciente-espiritual.

Asimismo, afirma que la conciencia siempre incluye el estar ahí, concreto del ser corporal y por otro lado el nivel espiritual sucede en la persona psicofísica, incluyendo los demás niveles, debido a que la persona misma en su existencia como ser, posee un carácter de unicidad manifestándose en su estructura existencial. Por otro lado, afirma que lo espiritual pertenece a la totalidad de la persona, siendo el resultado del organismo psicofísico-espiritual.

Por otro lado, concibe al ser humano como indivisible e insumable, portador de una dignidad incondicionada, pero a la vez su existencia es imposible de reflejarse totalmente y concretizarse. Para el autor en el transcurso de la vida, la perspectiva de la trayectoria, la existencia, y el sentido son parte del análisis sobre la existencia de la persona.

Asimismo, afirma que la existencia es irreductible, no puede ser plasmada o transportada a lo tangible ya que no es una cosa, por lo que es imposible de agotar y permanece irrefleja. Recalca que para la Logoterapia la motivación más fuerte es la voluntad de sentido, no buscando el hombre únicamente satisfacer sus instintos o tomar el principio de placer o poder como base de la conducta. Dado que la motivación más fuerte es la del sentido, esta deja atrás a la del placer y el poder.

Molla (2002) afirma que el hombre depende de las exigencias y condiciones de la naturaleza, de su ambiente y sus instintos, así como también de sus propios procesos de aprendizaje, siendo capaces de comprender, reconocer y tomar posición sobre esta dependencia y condiciones. Asimismo, asegura que el hombre construye su vida con su determinación e intencionalidad, siendo la voluntad de encontrar sentido a la vida una exigencia del significado de la existencia.

Recalca también la importancia de la autotrascendencia, dándose el hombre a una misión para encontrarse, enfocándose en algo o alguien que no es en sí mismo, hacia un sentido cuya plenitud

se debe lograr o hacia otra persona con quien se encuentra a sí mismo. De acuerdo con la Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia (2018) entre los mayores problemas del hombre se encuentra la falta de significado.

Ortiz(2012) afirma que, dentro del fundamento filosófico de la logoterapia, el problema fundamental es el realizar el significado de la propia existencia, a través de la misma realidad de la vida y hace referencia a la concepción del hombre como un ser que está orientado hacia el significado de su vida, indicando que si la vida del hombre carece de significado su existencia será absurda. De igual forma afirma que la búsqueda de significado constituye la búsqueda de valores, siendo la propia existencia el valor supremo de la existencia humana.

Otro de los fundamentos filosóficos indicados por Ortiz (2012), es el no reconocimiento de instintos como el origen de cada conducta humana, rescatando la logoterapia al hombre de lo instintivo, afirmando la energía espiritual que corresponde a la dimensión espiritual del hombre. Con esto afirma que la energía espiritual no tiene sus raíces en la búsqueda de placer o en la instintividad, sino sobre la tensión a los valores, en esta lo que tiene carácter de impulsividad psíquica interviene como energía alimentadora.

Por otro lado, afirma que en el hombre nada es totalmente biológico o espiritual, sino que todo el cuerpo participa en la espiritualidad y todo acto de la creatividad espiritual es alimentado de su dinámica vital.

Además, el hombre necesita dar un sentido a sus experiencias, opciones, límites, a su actividad y a las circunstancias determinantes de su vida. Es por esto que la logoterapia reivindica la tensión a los valores y la orientación primaria y originaria al significado. Esta tensión a los valores y al significado es definida por Frankl (1991) como voluntad de significado.

De acuerdo con Almada (2012) la logoterapia es una filosofía, existiendo elementos de conexión entre ambas. La logoterapia representa un estilo de vida que toma sus principios de la filosofía griega, iniciando por el nombre en donde *Logos*, *Nous*, son palabras que Frankl tomó de esa

tradición para integrarlas a una visión completa de la persona humana. Además, Almada afirma que Frankl evoca a lo socrático, fundamentando la enseñanza en el estilo pobre de la vida y en la coherencia moral, además de que hace referencia a que casi todos los libros sobre logoterapia mencionan el diálogo socrático como una de las técnicas de esta escuela.

Como fundamento a lo expuesto se presentan las características del diálogo socrático expuestas por Almada (2012):

- La verdad está adentro de la persona, no viene del exterior y se alcanza con la ayuda del diálogo y de la interiorización para encontrarla.
- El diálogo revela la verdad.
- La revelación de la verdad se da por un proceso de reflexión a partir de las respuestas a preguntas propuestas por Sócrates.
- Sócrates busca adaptarse al interlocutor, por lo que presenta un tema de diálogo que sea de su interés, buscando identificar como punto de partida, un elemento en común que promueva un acuerdo entre ambos.
- Antes de comenzar se acuerda una metodología.
- Al principio las ideas del interlocutor son imperfectas y generales, no siendo negadas o refutadas de forma inmediata o directa; buscando perfeccionarlas progresivamente, por etapas, por medio de reflexiones, comparándolas y confrontándolas con datos de la experiencia.
- Separar del concepto lo que no le pertenece es la intención que tiene con el método inductivo.
- Busca una solución al diálogo como meta final, definir, decir lo que la cosa es, presentando las características que son esenciales y las que la diferencian de las otras.

En la misma línea Almada asegura que la aplicación de estos principios en la logoterapia, que tiene como objetivo develar el sentido de las situaciones y del ser es lo que se considera diálogo socrático aplicado a la logoterapia. Además, indica que la logoterapia aplica conceptos filosóficos a la tarea psicoterapéutica y es una crítica a los reduccionismos psicológicos, espiritualistas y sociológicos.

Por otro lado, afirma que los aportes de la logoterapia como las neurosis noógenas, de falta de sentido descritas por Frankl ponen a disposición un punto de partida para el estudio de la sociedad posmoderna en donde ha adquirid grandes dimensiones la falta de sentido, afectando los distintos grupos etarios.

3.5 Evaluación

De acuerdo con Martínez, Trujillo & Trujillo (2012), el sentido de la vida se intenta evaluar desde diferentes perspectivas y es en el ámbito logoterapéutico en donde se encuentran los mayores progresos al respecto, desarrollando pruebas psicométricas como el *PIL Test* o el test de sentido de vida o prueba de los propósitos vitales que fue desarrollado por Crumbaught y Maholick en 1964, siendo el test logoterapéutico con mayor difusión.

En relación con este test, afirman que la edad de aplicación es de 16 años en adelante, es de aplicación individual o colectiva y tiene una duración de 15 a 30 minutos. Por otro lado, indican que el objetivo de este es la evaluación del sentido de la vida o el vacío existencial, por medio de una estructura cualitativa y cuantitativa, contando en la parte A con 20 ítems tipo Likert que evoca respuestas acerca del grado en que una persona experimenta propósitos en la vida.

De acuerdo con Ortiz (2012) el contenido de los 20 ítems se refiere a varios conceptos:

- La libertad (3)
- Miedo a la muerte (1)
- Ideas suicidas (1)
- Explorar si la persona considera que su vida merece la pena (1)
- Satisfacción por la propia vida (la vida es aburrida, rutinaria, excitante o dolorosa) (6)
- Significado de la vida (un propósito, una misión) (8)

En relación con la parte B y C, de acuerdo con Martínez, Trujillo & Trujillo (2012) son de uso clínico exclusivamente. Ortiz (2012) amplía esta explicación indicando que estas partes complementan por medio del análisis cualitativo los resultados obtenidos en la parte A; detalla que la parte B cuenta con 13 puntos con oraciones no completas, que buscan indicar el grado de propósitos en la vida que experimenta la persona.

Por otro lado, indica que la parte C consiste en un párrafo biográfico en el que la persona debe describir de forma detallada sus ambiciones, propósitos y metas en su vida, así como indicar el progreso que está teniendo en su ejecución. Asimismo, afirma que el PIL tiene dos funciones básicas, ser un instrumento de investigación y detectar la existencia de vacío existencial; ayudando a medir el grado en que se ha logrado desarrollar una persona y la percepción de sentido que tiene de su vida.

De acuerdo con Martínez et al. (2012) otra prueba desarrollada es el Logotest de Elisabeth Lukas, que busca medir las manifestaciones de la frustración existencial, realizar una autovaloración de las metas y el éxito en la vida, así como de la actitud hacia ello. Asimismo, hacen ver que la edad de aplicación es de 16 años en adelante.

Sánchez, Risco & Urchaga (2011) indican que es frecuente la aplicación del PIL acompañado del Logotest, debido a la alta complementariedad de ambas pruebas en relación con la medición del sentido vital. Afirman que en el Logotest son interpretadas como alertas a la salud psicológica las altas puntuaciones, desde insatisfacción ante la vida, poca autorrealización hasta la frustración existencial, neurosis noógena y vacío existencial. Por el contrario, bajas puntuaciones se interpretan como adecuada psicohigiene.

De acuerdo con Ortiz (2012) este test ha ganado reconocimiento como el mayor instrumento disponible para la medición del logro de sentido íntimo o realización interior del sentido, las enfermedades noógenas y la frustración existencial; estas originadas debido a la falta de sentido de vida.

Asimismo, afirma que este test indica hasta qué punto considera una persona que su existencia tiene sentido, además de indicar si una persona reconoce un sentido en su vida o si carece de la misma. Siendo su objetivo descubrir la existencia de una problemática noógena de forma rápida con el fin de iniciar a tiempo con un tratamiento.

De acuerdo con lo indicado por los diferentes autores, el fin del Logotest es:

- Descubrir en el tiempo prudente, las neurosis noógenas que se puedan presentar.
- Explorar el significado de la realización interior del sentido, si la persona se siente bien o frustrada interiormente.
- Descubrir hacia donde dirige la vida la persona y el punto de orientación.
- Descubrir hasta qué punto la persona se siente segura de sus valores y sentido de vida, y si está por caer en un vacío existencial.

Ortiz (2012) expone la forma en que está estructurado el Logotest, indicando que cuenta con 3 partes, consistiendo cada una en lo siguiente:

Parte I

Valores de creación: los contenidos se agrupan en 9 categorías siendo estas, el propio bienestar, familia, autorrealización, ocupación, intereses, social, experiencias, necesidades vitales y servicio.

Parte II

Valores de vivencia: intenta captar la frustración existencial concretando los efectos de la frustración en sus aspectos noógenos; siendo estos: regresión, agresión, reacción de huida, neurosis, depresión, subrecompensación, sentido de vida. Lukas(1996) afirma que, la realización interior del sentido no necesariamente tiene que ver con condiciones positivas, el hecho es encontrar sentido a todas nuestras experiencias.

Parte III

Valores de actitud: Consta de dos partes, en una de ellas se presentan 3 casos que ejemplifican la parte II además de que buscan un valor de perspectiva enjuiciando otros casos. De las descripciones de estos casos se pregunta ¿quién es más feliz? ¿Quién sufre más?, evaluándose la posición actual de la persona en relación con la realización interior de sentido.

Asimismo, expone que el segundo capítulo realiza una evaluación cualitativa, permitiendo a la persona expresarse sobre sus éxitos y fracasos. En este punto no se evalúa la conciencia del éxito, más bien se extrae de lo escrito por la persona la masa evaluable de la realización interior del sentido, independientemente de sus experiencias exitosas o de los fracasos.

Además de lo indicado, se hace referencia a la Escala Existencial de Längle, Orgler, y Kundi (2003), que según De Barbieri (2006), tiene como objetivo documentar el proceso de llegar a una vida plena desentido; consiste en la valoración de la responsabilidad, la libertad, la autotranscendencia y el autodistanciamiento. Además, indica

La toma de postura personal ante el destino juega un papel importante en la vida, en la medida en que la persona con buenos recursos propios puede hacerle frente a ésta de mejor manera en momentos críticos, como así en situaciones vitales difíciles (p.1)

3.6 Diagnóstico

De acuerdo con Längle (2005), diagnosticar se entiende como el proceso de detectar y comprender un trastorno, incluyendo la frecuencia de aparición, especificaciones individuales del trastorno y la estructura con el fin de dar orientación para el tratamiento. Este se lleva a cabo al inicio, llamándose diagnóstico inicial, durante el proceso de tratamiento que recibe el nombre de diagnóstico procesal y el diagnóstico concluyente que es un reflejo de la evaluación final del tratamiento analítico-existencial.

Asimismo, afirma que lo que se busca con el diagnóstico es conectar el fenómeno o la experiencia de la persona con la teoría analítico-existencial, con el fin de lograr el tratamiento

adecuado de acuerdo con el paciente, el fenómeno y la ética psicoterapéutica. Además, el diagnóstico busca evaluar el fenómeno respecto a la severidad del trastorno y sus posibles conexiones con otras áreas como el compromiso somático, entorno existencial y social.

Por otro lado, indica que otro objetivo del diagnóstico es evaluar la experiencia o fenómeno en término de pronosis, entiéndase esto por expectativas de tratamiento, peligros y obstáculos durante este; coordinando estos con métodos enfocados a optimizar el tratamiento, en este aspecto abarca la comunicación con otros especialistas. Por otro lado, indica que para construir el diagnóstico son necesarios los test, la anamnesis y fenomenológicamente.

Asimismo, expone en que consiste el ciclo de diagnóstico analítico-existencial afirmando que este revela ciertos pasos a través de los que los problemas o síntomas se investigan de forma objetiva siempre tomando en cuenta la experiencia subjetiva del paciente. En relación con los pasos o estadios a los que hace mención indica que su orden es flexible y por otro lado aclara que el proceso de diagnóstico ocurre a lo largo de varias sesiones de terapia continuando, siendo pertinente a lo largo de todo el tratamiento.

Los pasos del diagnóstico a los que hace referencia el autor son:

Paso 1: referencia a la concepción tridimensional del ser humano

La concepción tridimensional de los seres humanos ofrece una plantilla general, preliminar para determinar si el énfasis central del trastorno radica en la dimensión somática, física o personal (noética, existencial). Este paso es de orientación general y preliminar, que da al trastorno una asignación apropiada de acuerdo con el principal énfasis de las estructuras antropológicas involucradas. (Frankl, 1990) (Längle, 2005, p.3) Asimismo, afirma que en este punto se clarifica si es necesaria la utilización de otros métodos adicionales a la psicoterapia analítico-existencial.

Paso 2: situación existencial-el intercambio dialógico entre el individuo y su situación

En este paso se intenta ubicar al individuo en su situación existencial. En este punto es importante mencionar que la apertura dialógica puede perturbarse en tres niveles, el input, del proceso y el output, teniendo en cuenta que, si existen bloqueos en cualquiera de estos niveles, el paciente puede llegar a encontrarse existencialmente empobrecido.

La forma de lidiar con diferentes situaciones vitales ayuda a generar el diagnóstico de la habilidad del paciente para encontrarse y relacionarse. Por otro lado, afirma que la relación terapéutica refleja las habilidades relacionales del paciente, es importante tomar en cuenta que este aspecto es altamente relevante para el diagnóstico. De igual forma afirma que el grado de perturbación en la situación existencial de la persona pone sobre la mesa elementos que permiten comprender la severidad del trastorno psicológico.

Paso 3: psicopatología y psicopatogénesis

Según Längle(2005), en el paso 3 luego de comprender la situación existencial del paciente, el siguiente paso en el diagnóstico consiste en clarificar el sufrimiento específico y sus conexiones causales. El propósito del paso 3 es entender el deseo del paciente de ayuda externa, ya sea este deseo consciente o inconsciente. Así también es en este paso que se realiza un diagnóstico de la motivación del paciente incluyendo la comprensión subjetiva del paciente de su trastorno o enfermedad. Por otro lado, también la actitud del paciente hacia su trastorno y sus expectativas hacia la terapia.

Paso 4: recursos personales ¿qué puede hacer el paciente?

De acuerdo con Längle es acá en donde se visualiza la vivencia del dolor, la experiencia perturbadora, así como la conducta patológica del paciente, esto dentro del contexto de la teoría de la existencia como de la teoría de la persona. Asimismo, afirma que el principal foco de análisis existencial son los recursos personales del paciente, siendo esta la razón del reconocimiento inicial de las habilidades del paciente para mejorar o resolver su situación.

De acuerdo con el autor la indagación en los recursos y habilidades del paciente brinda la fase preparatoria específica para la terapia analítico- existencial. Además de lo indicado recomienda la

evaluación de la habilidad del paciente en las dinámicas personales esto con la utilización del análisis existencial personal.

Paso 5: análisis de las necesidades del paciente

Estando este paso ligado estrechamente al anterior, en el presente paso se realiza la evaluación por parte del terapeuta en base a su conocimiento y observaciones, las necesidades para la mejora de la situación vital del paciente. En la realización de esta evaluación el terapeuta requiere el uso de habilidades del análisis existencial personal. De acuerdo con la fuente citada, este paso conduce al establecimiento de un plan terapéutico, que esté basado en la información reunida en los pasos anteriores.

Paso 6: autoevaluación del terapeuta

Como conclusión del diagnóstico, la fuente citada afirma que el terapeuta se ve en la necesidad de evaluación de su propia motivación, competencias, sentido personal de responsabilidad y sentido y propósito de la terapia. Asimismo, recalca la importancia del diagnóstico de la personalidad del terapeuta, espejado por los problemas del paciente, su personalidad y síntomas; esto con el fin de la protección e higiene psicológica del terapeuta, así como para asegurar el progreso eficiente de la terapia y proteger al paciente.

El autor afirma que la meta mínima del diagnóstico analítico-existencial es revelar:

- Si es suficiente una terapia analítico-existencial o se necesita de algo más.
- Identificar el acercamiento terapéutico adecuado y el momento de aplicarlo.
- Recursos ambientales y personales que estén disponibles para el paciente y que sean de relevancia para la terapia.
- Pronóstico de peligros y problemas a tomar en cuenta para el paciente, el trabajo terapéutico y el terapeuta.
- Alcance y extensión del tratamiento justificado, dada la evaluación responsable y realista del período para la terapia y la implicación financiera que tiene para el paciente.
- De acuerdo con el sistema diagnóstico internacional de psiquiatría, la categorización de los síntomas. Siendo esto necesario con el fin de mejorar y facilitar la comunicación intra e

interdisciplinaria, estudios comparativos y proveedor de fundamento lógico para el seguro de salud del paciente.

Por otro lado, afirma que este diagnóstico sigue los esquemas de la metódica, arrojando luces en la comprensión de la antropología, psicopatología y en la comprensión existencial del trastorno; y en el esquema del diagnóstico común en donde tienen lugar el CIE y DSM.

De Barbieri (2006) propone el psicodiagnóstico existencial; este es un estudio de personalidad que toma en cuenta la tridimensionalidad postulada por la logoterapia, no implicando esto la exclusiva utilización de técnicas propias de la logoterapia, sino que valerse también de otras técnicas y leerlas desde la antropología. Por lo que, para la realización del psicodiagnóstico, propone tomar en cuenta tres pasos fundamentales: establecer un encuentro existencial con el paciente a tratar; además de las técnicas logoterapéuticas sumar otras técnicas; trabajar en equipo interdisciplinario, junto a otros psiquiatras, educadores y psicólogos. En relación con lo indicado, afirma que su modelo de psicodiagnóstico existencial podría también ser definido como un modelo de abordaje existencial del proceso psicodiagnóstico.

3.7 Logoterapia y farmacología

De acuerdo con Rocamora (2017), estudios de Frankl (1947) defienden el uso de tranquilizantes en el tratamiento a pacientes afirmando que pueden producir un cambio duradero. Rocamora rebate lo indicado por Frankl afirmando que se ha demostrado que lo afirmado no es completamente cierto y que por el contrario existe el riesgo de dependencia, por lo que para lograr los mismos efectos es necesario aumentar las dosis del fármaco, corriendo el riesgo de llegar a una dosis que pueda poner en riesgo la propia vida del paciente.

Por otro lado, afirma que Frankl defiende el uso combinado de tranquilizantes más intensidad paradójica ya que la medicación facilitaría el abordaje terapéutico. Además de esto defiende el método de la sugestión ya que alivia al paciente por lo que debido a este resultado no se puede afirmar como un tratamiento deshonesto.

Rocamora(2017) afirma que, muchas veces es difícil saber el porcentaje de la mejoría del paciente se debe a la terapia y que porcentaje al fármaco, aunque también reconoce los efectos farmacológicos.

- Asimismo, señala las siguientes actitudes que son muy necesarias para evitar la aparición de neurosis iatrogénicas ya que afirma que estas tienen vigencia hoy en día.
- Permitir el desahogo del paciente ya que muchas veces esto produce en él un distanciamiento liberador respecto a los síntomas.
- Realización de examen orgánico exhaustivo e información posterior al paciente.
- En los casos de ser negativos los resultados de la exploración orgánica, se debe tener excesivo cuidado en la forma en que se comunica el resultado al paciente.
- No proporcionar información excesiva ni ocultar información esencial.

De acuerdo con Lemus (2014) el terapeuta debe presentar una actitud empática y de contención, por lo que si la sintomatología de depresión o angustia es demasiado intensa deberá derivar a atención psiquiátrica para la prescripción de fármacos.

3.8 Tratamiento y técnicas de intervención

De acuerdo con Lemus (2014) en cuanto a la logoterapia como alternativa para enfrentar duelo, afirma que muchas veces encontrarle sentido al dolor puede ser la única forma de superar el impacto de la muerte de la persona amada. Afirma que a través de la logoterapia se intenta crear una conexión entre la base de valores y la salud mental, así como también contactar con el espíritu e ideales, buscando tareas y metas para seguirlas.

Asimismo, expone los siguientes pasos para la modificación de actitudes de acuerdo con la logoterapia:

Qué el paciente pueda poner distancia entre él y sus síntomas

Modificación de sus actitudes, abriendo nuevas perspectivas

Reducir los síntomas

Orientación hacia el sentido

Unikel (2007) afirma que existen varias técnicas y herramientas para la logoterapia; por su parte Frankl (1978), destaca que el aspecto más significativo del proceso terapéutico es la relación entre dos personas, siendo un factor más trascendente que cualquier técnica o método.

Luna (1996) afirma que la logoterapia puede dividirse en logoterapia específica y no específica. Teniendo la primera como campo de acción, las dificultades de falta de sentido de la vida, crisis existencial y vacío existencial; además de poderse abordar con este tipo de logoterapia a personas con enfermedades terminales, con problemática del sufrimiento, neurosis noógena que es la que surge cuando existen conflictos éticos, choque de valores y conflictos espirituales. Por otro lado, en cuanto a la técnica para trabajar este tipo de logoterapia, afirma que debe trabajarse a través del diálogo socrático.

En cuanto a la logoterapia no específica que es la segunda clase de logoterapia mencionada por Luna, afirma que su campo de acción es en las dificultades clásicas de las obsesiones, fobias, problemas sexuales y una amplia gama de patologías. Adicional afirma que la intención paradójica y la derreflexion son las técnicas más utilizadas en este tipo de logoterapia.

Lukas(2003), menciona que Frankl ofrece una valiosa contribución en el campo de la técnica psicoterapéutica a través de laderreflexion y la intención paradójica. Indicando que es de vital importancia para la aplicación de estas dos técnicas la perspectiva antropológica. Además de considerar al hombre en su totalidad, en su dimensión espiritual, donde se manifiestan el amor, la conciencia, el humorismo y la tensión a los valores está en posibilidad de acentuar la capacidad de autodistanciamiento.

De acuerdo con Bolaños (2012), la intención paradójica es una técnica utilizada para liberar parte de la ansiedad y los nervios que las personas experimentan al enfrentarse a una situación a la que

temen; afirma que esta técnica crea un círculo vicioso que persiste hasta que el paciente no evite o se retire de las situaciones en las que espera tener miedo.

A lo indicado Bolaños (2012) se refiere como pasividad errónea; indicando que cuando la logoterapia es aplicada a la intención paradójica, no le interesan los síntomas, sino que la actitud que el paciente tiene frente a la neurosis y a las manifestaciones sintomáticas. Asimismo, afirma la efectividad de la técnica sobre todo en el del tratamiento corto de fobias que se acompañan de ansiedad anticipatoria. Lo considera un método que afecta a las capas más profundas de la persona y no como un método superficial. Bolaños (2012), lo describe como una reorientación existencial debido a que se encuentra el verdadero sentido de la palabra.

De acuerdo con la Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia (2018), la intención paradójica busca lograr un distanciamiento entre el síntoma neurótico y el paciente, sustituyendo el miedo por el deseo de aquello que se teme; lo que se busca es que el paciente tenga tal deseo por un instante, porque al menos en ese instante, se reirá de sí mismo y lo podrá vencer.

De acuerdo con Frankl (2007), a través de la intención paradójica se busca invertir los términos del malestar; por lo que cuando el paciente logra, paradójicamente, gustar de lo que teme, la influencia resulta de una eficacia extraordinaria. Afirma que cuando el paciente aprende a combatir el miedo con la intención paradójica, de inmediato se le acaba el combustible a las propias aprehensiones.

Por otro lado, Bolaños (2012) hace referencia a otra técnica siendo esta la derreflexión; indicando que, por medio de esta el paciente ignorará la ansiedad, pero la cambiará por alguna otra cosa, el paciente es capaz de ignorar su neurosis y localizar la atención en sí mismo.

Afirma que con la técnica de derreflexión se aprende a ignorar los síntomas y recuperar la estabilidad; aprendiendo a confiar en el propio inconsciente frente a lo intelectual o racional, ayudando a encontrar una solución en situaciones en que no se encuentra salida debido a la preocupación acerca del problema.

Asimismo, explica que el proceso consiste en encontrar nuevas cosas que resten la importancia a lo antiguo, dejar a un lado el egocentrismo acercándose a causas y personas significativas para la persona, buscando sentido más allá de la situación en la que se está inmerso, eliminar el sufrimiento por el exceso de preocupación; concretamente comprometerse y actuar.

Oblitas(2008) afirma que la derreflexión busca evitar la autoobservación compulsiva, haciendo que el paciente se ignore así mismo, es importante recalcar que para ignorar algo, es necesario actuar prescindiendo de eso y dirigirse a otra cosa. Por lo anterior indica que, en la medida en que la persona logra poner en primer plano en su consciencia un objetivo que pueda reponer a la vida su plenitud de sentido, logran pasar a segundo plano su persona y sus dificultades. En cuanto a la técnica del diálogo socrático se muestra de forma detallada en el numeral 3.3 del presente documento.

Por otro lado, Lemus (2014) hace referencia a las siguientes técnicas para fomentar la expresión del pensamiento y sentimientos relacionados con la pérdida que incluyen remordimientos y decepciones.

- Lenguaje evocador: se habla del fallecido en pasado. Este debe ayudar a aceptar la realidad de la pérdida; para el autor es importante hacer ver que esto estimula sentimientos dolorosos.
- Uso de símbolos: el uso de cartas, videos, ropa, fotografías en la consulta crea un enfoque para hablar a la persona fallecida en lugar de hablar del paciente.
- Escribir: escribirle al ser amado fallecido ayuda a arreglar asuntos pendientes; esto a través de expresar pensamientos y sentimientos.
- Dibujar: al igual que escribir, al dibujar el paciente refleja el propio sentimiento y experiencia con el ser amado fallecido.

Además, afirma que es de gran ayuda la búsqueda de un grupo de apoyo, conformado por personas que se encuentren relacionadas con la condición específica, ya que esto es un medio poderoso y constructivo para la ayuda de las personas entre sí.

3.9 Eficacia de la logoterapia

Suárez (2013) afirma que el análisis existencial y la logoterapia y el análisis existencial se complementan, esto debido a que la logoterapia es un método de tratamiento psicológico y el análisis existencial es la orientación antropológica de investigación.

De acuerdo con lo anterior, a lo expuesto a lo largo del presente documento y a las diferentes afirmaciones de Frankl, para hablar de psicoterapia se debe contar con una concepción del hombre y una interpretación del mundo, ya que de no existir ambos, no es posible acompañar al paciente en la búsqueda del propio sentido de vida, en el descubrimiento de valores, en el empoderamiento de la responsabilidad y en el logro de una actitud positiva frente a la existencia. Dentro de esta perspectiva se puede ver que hay problemáticas en las que el análisis existencial y/o logoterapia puede ayudar al consultante o consultantes.

Suárez (2013) afirma que, la logoterapia genera cambios terapéuticos duraderos, pudiéndose aplicar de forma individual y grupal en niños, adolescentes, adultos y tercera edad. Para esto, con la finalidad de obtener orientación en cuanto a las técnicas o métodos utilizar en determinado momento para dar dirección en la terapia psicológica, Luna (2011) recalca la importancia de tener en cuenta las siguientes variables:

El paciente o consultante: ¿cuál es su historia?, ¿qué fenotipo tiene?, ¿cuáles son las características de su personalidad?, etc.

La revisión bibliográfica: para Luna (2011), es importante tratar de captar el motivo de consulta o cuál es la ayuda que hace el paciente. Con la revisión bibliográfica se conocen los antecedentes del problema o patología que presenta el paciente, así como las escuelas psicológicas y métodos trabajados que los han resuelto con más éxito.

El terapeuta en lo personal: ¿Cómo se siente aquí y ahora?, ¿Qué sabe hacer?, ¿Puede afrontar la problemática del consultante o es mejor remitirlo a otro profesional?

Para Martínez (2009) la logoterapia es preventiva ya que en comparación con otros enfoques psicológicos ofrece mayores posibilidades de prevención y promoción, esto debido a que está sustentada por bases antropológicas y epistemológicas. Buscando con el enfoque preventivo la destrucción y construcción de significados que modifiquen la actitud ante las situaciones consideradas de riesgo, conciencia de los riesgos, la no intencionalidad hacia conductas nocivas y el reconocimiento de las implicaciones de las acciones emprendidas; por otro lado, se busca el encontrar el sentido de vida, así como el despliegue de la potencialidad espiritual.

Asimismo, afirma que, por medio de la autotrascendencia y autodistanciamiento, se logra anticipar ante posibles condiciones o situaciones que puedan ocasionar beneficios o perjuicios al ser humano y mediante el conocimiento y aprendizaje de medidas de precaución expresadas en estrategias, actitudes, acciones y alternativas para la prevención o el manejo de eventos conflictivos o perniciosos, mejorando el bienestar de las personas.

3.9.1 Terapia grupal

APA (2010) define terapia grupal como el “tratamiento de problemas psicológicos en que dos o más participantes interactúan entre sí a nivel tanto emocional como cognitivo en presencia de uno o más psicoterapeutas que fungen como catalizadores, facilitadores o intérpretes”. (pp. 418,419) De acuerdo con lo indicado por APA (2010), la terapia grupal está fundamentada en intervenciones por parte del terapeuta y procedimientos específicos, para tratar enfermedades mentales, problemas emocionales, estados psicopáticos y desequilibrios sociales.

Por lo indicado, la terapia grupal es una herramienta de cambio que brinda aprendizaje, solución de problemas interpersonales y conflictos personales, medidas correctivas de conductas que llevan al crecimiento personal y mejoran la salud mental.

Suarez (2013) afirma que en la logoterapia grupal se aplican los fundamentos logoterapéuticos, dinámicas y técnicas que preparan la movilización de los recursos espirituales orientados a un grupo de consultantes; pudiendo las intervenciones ser terapéuticas o preventivas esto debido a los beneficios que brinda este tipo de terapia en grupo, los mismos que se indican a continuación:

- El grupo como fuente de fortaleza individual.
- Ambiente de compromiso con los compañeros de grupo y encuentro existencial.
- Impulso de la autotrascendencia y derreflexión, en donde compartir la alegría la duplica y compartir el dolor lo hace más llevadero.
- Mayor enriquecimiento debido a que se cuenta con personas que pueden ser agentes terapéuticos.

- Se promueve el esclarecimiento existencial.
- El consultante descubre que hay otros que viven lo mismo que él y aún sonríen.
- Extiende el panorama axiológico, la posibilidad de establecer valores y buscar sentidos.
- Sentimiento de pertenencia, apoyo afectivo, comprensión y alivio.

Además, de lo indicado afirma que el análisis existencial y la logoterapia buscan educar al individuo hacia la responsabilidad y los valores orientados hacia el sentido; en el caso de la terapia grupal es un modelo abierto, integrador en busca de la evolución, buscando satisfacer las necesidades del paciente y del logoterapeuta para lo que se nutre de otras escuelas de la psicología.

Es importante mencionar los principios básicos de la terapia grupal para lo que se hace referencia a Yalom&Vinogradov (1996) quienes señalan dichos principios basándose en el aprendizaje interpersonal, siendo los siguientes:

Importancia de las relaciones interpersonales: favoreciendo además del desarrollo de la personalidad al origen de la psicopatología, teniendo esta última su origen en el seno familiar esto a raíz de problemas de vinculación con las figuras de referencia generando sesgos cognitivos,

cosmovisión errónea y una autopercepción negativa. De acuerdo con los autores es normal que los pacientes no sepan de la influencia de aspectos personales sobre su malestar por lo que se debe ser empático con el paciente tratando situaciones tangibles para someterse a análisis, teniendo como resultado cambios terapéuticos.

Experiencias emocionales correctivas: “El escenario grupal, de hecho, ofrece muchas más oportunidades para la génesis de experiencias emocionales correctivas, ya que contiene una gran cantidad de tensiones intrínsecas, así como múltiples situaciones interpersonales, ante las cuales debe reaccionar el paciente” (Yalom y Vinogradov, 1996, p.34).

La terapia grupal es correctiva y emocional siempre y cuando se lleve a cabo en un ambiente de apoyo y seguro, pudiendo los pacientes en estas condiciones, expresarse, experimentar y descubrir un afecto intenso; con lo indicado se realiza el análisis y entendimiento del afecto, generando una experiencia emocional correctiva que permitirá un efectivo afrontamiento de la realidad

El grupo un microcosmos social: para los autores para cada paciente el grupo de terapia se convierte en un microcosmos social ya que luego de pasar algún tiempo en convivencia con los demás miembros, se relaciona con ellos de la misma forma como lo hace con personas que no pertenecen al grupo, apareciendo distorsiones y tensiones que son observadas por todos los integrantes del grupo; con lo que se evidencian las debilidades y fortaleza de cada miembro.

Aprendizaje de las conductas de otros: la interacción interpersonal, brinda material para el aprendizaje y por lo tanto para el cambio, los elementos del aprendizaje interpersonal son el aspecto más beneficioso de la terapia grupal. Asimismo, Suárez (2013) hace referencia a la presencia de una secuencia interpersonal regular (véase anexo 1).

3.9.2 Terapia familiar

García (2018) quien es seguidor de Virginia Satir, fundadora de la terapia familiar, afirma que lo que distingue a la terapia familiar es que la unidad del problema no es individual, sino que la

familia, identificando conductas que son consecuencia de una forma de relacionarse presente en los miembros de una familia.

Debido a esto la terapia familiar no actúa sobre la conducta de una sola persona, sino que, sobre las relaciones, para lo que mantiene la relación entre individuo, familia y comunidad poniendo énfasis en el crecimiento interno y el cambio más que en eliminar síntomas que supuestamente presentan desviación, esto debido a que afirma que muchos de los síntomas a tratar tienen relación con los lazos de comunicación e integración familiar.

Por lo indicado, García (2018) afirma que, existe una estrecha relación entre el paciente y su familia, siendo la conducta de este la respuesta a una serie de reglas que gobiernan consciente o inconscientemente el grupo familiar, por lo que muchas veces el consultante no es el único que necesita ayuda, sino que también es necesaria ayuda para la familia. De acuerdo con el autor este complejo escenario entre la historia acumulada de tensiones, crisis y relaciones que son habituales en las familias se abordan actuando sobre los siguientes aspectos:

Autoestima: García (2018) afirma que, cuando existe alta estima la persona no es capaz de lastimar, devaluar, destruir o humillar a los demás ya que enfrenta la vida con sinceridad, dignidad, realidad, fortaleza y amor. En los casos en que existe subestimación la autoestima puede ser remodelada siempre y cuando se reconozca que se necesita mejorar en este aspecto, para lo que se emplea paciencia, tiempo en el desarrollo de sentimientos de valía personal.

Modelo de comunicación: existen cuatro negativos que limitan la capacidad de construcción con las demás personas alrededor, incrementando el miedo, la dependencia y muchas veces afectando la salud física. Por otro lado, encontramos un modelo funcional al que García (2018), hace referencia como abierto, fluido o nivelador.

Reglas familiares: García (2018), las define como las fuerzas vitales que regulan la forma vital en que funciona la familia, por lo que el análisis dentro del mismo grupo familiar es indispensable para luego realizar los cambios que sean necesarios.

Enlace con la sociedad: la salud de la familia se verá reflejada en la interacción que sus miembros tienen con la sociedad. El autor afirma que en las familias conflictivas el enlace entre el individuo y la sociedad es temeroso, desconfiado con el exterior, por otro lado, en las familias sanas el enlace es confiado por lo que los miembros forman parte de grupos fuera de la familia y también comparten en el interior del núcleo familiar.

García (2018) afirma que, al trabajar bajo la línea de Satir, se utilizan las técnicas que proporcionen a la familia el crecimiento, a través de un ambiente en donde se reduzcan los miedos, infundiendo tranquilidad, esperanza y dando confianza. De acuerdo con lo indicado, el terapeuta debe organizar preguntas que la familia no se atreve a enfrentar, para lo que iniciará con las que puedan responder, para luego abordar las que temen, generando durante el proceso dosis de autoestima que permitan facilitar la comunicación y avanzar.

De acuerdo con González (2016) cuando se asiste a una familia desde el enfoque logoterapéutico, se orienta la atención a las carencias de sentido, por lo que se busca una reorientación a la voluntad de sentido con otros, específicamente al ejercicio del autodistanciamiento y el autocumplimiento de las funciones de cada persona dentro del grupo familiar.

Asimismo, asegura que, si bien no se puede reemplazar el encuentro terapéutico personal debido a la riqueza y misterio que implica en donde, además, algunos tests aportan aspectos de mucha importancia para el conocimiento del paciente; lo mismo sucede con las técnicas utilizadas en el abordaje familiar que, aunque no suplen el encuentro de la familia con el terapeuta son útiles en la consulta familiar.

Debido a lo anterior, se entiende que, en la psicoterapia familiar de orientación existencial, las técnicas son únicamente un instrumento necesario y muy útil; siendo estas muy útiles en el proceso de búsqueda creadora del terapeuta, por lo que este es el principal instrumento en la terapia. Esto debido a que a través de las intervenciones realizadas logra vehicular en la familia consultante la búsqueda del sentido, para lo que se apoya en el diálogo, el encuentro y la comunicación.

De acuerdo con González (2016), es en este último punto es en donde la logoterapia y su aporte cobra relevancia, siendo la orientación al sentido, la antropología dimensional, más específicamente la rehumanización de la psicoterapia propuesta por la logoterapia que se hace extensiva a la terapia familiar.

3.10 Plan terapéutico

Nieto (2016) afirma, que debido a la existencia de una especie de ley de vida que hace esperar que los hijos vean morir a los padres, las personas están conscientes de que algún día se enfrentarán a la dura experiencia de su muerte. Sin embargo, debido a que los padres son percibidos como pilares y refugio a cualquier edad, el desapego forzoso únicamente podrá iniciar al enfrentar la muerte.

Por otro lado, indica que las emociones de duelo al fallecer la madre son un gran cumulo de conmociones que lleva al doliente a replanteamientos existenciales, invadiendo el duelo la vida, en este punto afirma que cada persona lo resolverá de diferentes formas aun cuando se trata de la misma pérdida. Incluso si el padre falleció antes que la madre, se iniciarán otros duelos, entre ellos el de la casa familiar, teniendo el hijo que cerrar un ciclo vital.

Asimismo, afirma que tras la muerte de padre o madre invaden sentimientos de apatía, desprotección, vivencia de orfandad, tristeza, insomnio, miedo a la soledad por la pérdida del único vínculo que parecía indestructible. Por lo que lo que más se necesita en ese momento es compañía, apoyo y tiempo para hablar y reacomodarse al nuevo escenario en donde él o ella no se encontrarán más. En este punto es importante mencionar la afirmación de Nieto (2016) quien afirma que la forma de vivir el duelo es personal, pero lo que es común es el sentimiento de desamparo en el afrontamiento de la vida que ha cambiado; algunas personas no podrán superar el dolor y la tristeza, dificultándoles esto avanzar y continuar con su vida, debido a que se quedan aferrados a la falta y sufrimiento.

En estos casos Nieto (2016) afirma que el duelo se vuelve crónico, perdurando la negación, el llanto, la ira, depresión, resentimiento y falta de sentido de la vida. Asimismo, afirma que por el contrario hay personas que atraviesan las etapas del duelo llegando a la aceptación al conectarse con el fallecido de otra forma, con la claridad que ya no está presente.

Según Worden(2013), son cuatro las tareas a realizarse con el fin de superar el duelo, las cuales se indican a continuación:La primera tarea es aceptar la pérdida como real, aceptando que no habrá reencuentro debido a que el ser querido se ha ido definitivamente. La segunda tarea es trabajar en el dolor de la pérdida del ser querido y las emociones, se pretende en este punto anular el dolor y de ser posible evitarlo. Como tercera tarea, trabajar en la aceptación de la ausencia del fallecido, implicando esto el desarrollo de habilidades nuevas, así como asumir nuevos roles; podría llegar a cuestionarse las propias creencias y valores trascendentales. La cuarta tarea es encontrarle un lugar adecuado en su vida emocional y continuar con la vida.

Contribución que puede realizar la Logoterapia a una persona adulta en duelo por pérdida de padre o madre:

Se propone el abordaje de este tipo de duelo poniendo en primer lugar la Logoterapia, para continuar con las etapas del duelo. Tomando como base estudios de reconocidos terapeutas y sugiriendo la forma de tratar desde la perspectiva psicológica el proceso del duelo por la muerte de padre o madre. No se pretende elaborar un nuevo pensamiento, sino proponer un camino en el abordaje del duelo en adultos, por medio de la Logoterapia, utilizándola como instrumento de iniciar el abordaje psicológico del dialogo suspendido.

De acuerdo con Aguilar, Arana, López, Miranda, Remus &Martínez(2017), el primer encuentro entre el terapeuta y el paciente que acude a terapia con un diálogo suspendido es iniciado con un reencuadre logoterapéutico basado en los siguientes momentos los que ayudan a reactivar el proceso de duelo:

- La pregunta sobre el sentido de la vida
- Pregunta sobre el sentido del sufrimiento
- Pregunta sobre el suprasentido

La logoterapia mira más bien hacia el futuro, es decir, al sentido y los valores que el paciente quiere realizar en el futuro. La logoterapia, ciertamente es una psicoterapia centrada en el sentido. La logoterapia, simplifica la cuestión al máximo. No obstante, al aplicar la logoterapia, el paciente se enfrenta con el sentido de su propia existencia y a continuación debe confrontar su conducta con ese sentido de vida. (Frankl, 2004) (Aguilar et al., 2017, p. 112).

En cuanto al sentido del sufrimiento, Frankl (1991) lo llama el tercer cause para encontrar el sentido de la vida a través del sufrimiento. Cuando se enfrenta a un destino irrevocable, inapelable e ineludible; la vida da la oportunidad de aceptar el sufrimiento. Asimismo, afirma que el valor no reside en el mismo sufrimiento, sino en la actitud del doliente frente a este, por lo que el valor se encuentra en soportar el sufrimiento.

Por otro lado, Aguilar et al. (2017), mencionan el suprasentido como el tercer paso para tratar el duelo; por lo que hacen referencia al orden presentado por Frankl, sienten el primero el sentido de la vida, seguido por el sentido del amor, el sentido del sufrimiento y el suprasentido. De acuerdo con Frankl (2007) al hablar de suprasentido se refieren al paso en el que se puede aprovechar las creencias religiosas del paciente que vive el duelo ya que es en ese momento que estará abierto para poder aprovechar sus convicciones religiosas y reforzar los recursos espirituales.

Presentación de plan terapéutico:

El presente plan terapéutico es una adaptación de lo indicado por Aguilar et al. (2017).

Al terminar la primera semana de julio del 2018, el martes 11, se solicita la atención de un hombre de 55 años a quien se llamará don Mario, quien presenta problema de autoaislamientosocial, falta de apetito, tristeza y falta de sentido en la vida, derivados de la muerte de su madre. Quién solicita la terapia es su hija mayor Rosa. La primera sesión terapéutica se agenda para el siguiente lunes.

Primera sesión, lunes 17 de julio del 2018

Se realiza una exploración sobre el problema, dedicando la primera sesión al planteamiento del problema, autoaislamiento social, falta de apetito y tristeza. El paciente manifiesta su sin sentido de la vida, llevando una angustia y un sentimiento de estar incompleto, comunicando que no siente motivación por casi nada y que es poco lo que le da alegría. Todo esto ocasionado desde la muerte de su madre, quien falleció hace 2 años de muerte natural. Fue en ese momento que empieza su tristeza, desesperación y falta de apetito.

Aplicación del PIL test acompañado del Logotest, debido a la alta complementariedad de ambas pruebas en relación con la medición del sentido vital. Se acuerda volver a trabajar en sesión la próxima semana a la misma hora. Encomendándosele la siguiente tarea: durante la semana escribir cada vez que sienta tristeza los sentimientos e ideas que lleguen a la mente en ese momento.

Segunda sesión, lunes 24 de julio del 2018

Verificación y confirmación de la hipótesis de crisis por duelo no resuelto apoyado en las pruebas aplicadas al paciente en la primera sesión. Don Mario, vuelve a empezar con la misma historia, la primera parte de la sesión se le permite expresar toda la presión que lleva consigo, con lo que se utiliza la técnica del diálogo socrático; solicitándole comparta los apuntes con las ideas escritas a raíz de la asignación de la semana anterior, actividad que muy posiblemente no cumplió.

La estrategia por realizar en la segunda sesión consiste en el abordaje de una reflexión comentario de la vida de Victor Frankl y su situación en los campos de concentración. Al concluir la historia, se asigna la siguiente tarea:

Adquirir el libro El Sentido de la Vida, solicitándole que por las tardes-noches se vea, asimismo viendo hacia atrás, pero con una mirada agradecida, como un pintor que se retira de la pintura para verla de lejos y tener una idea general de la pintura que está realizando (Lukas, 2014) (Aguilar et al., 2017, p.117)

Asignación de segunda actividad: escribir todas las cosas bellas, que realizó con su madre cuando vivía, escribiendo todas las hermosas experiencias vividas junto a ella.

Tercera sesión, 31 de julio del 2018

Don Mario asiste a la terapia con un semblante más alegre, trae el libro de Viktor Frankl y una libreta de apuntes ambos señal de cumplimiento de las asignaciones de las anteriores sesiones. Esta sesión se centra en el comentario de diversos pasajes del libro, siendo común que se presente poco interés en la lectura para luego de ojearlo, leer algunas páginas, incrementándose el interés a medida que se vaya leyendo y notar el sufrimiento que pasa el autor del libro.

En la mitad de la sesión se trata el sentido del sufrimiento presentándole el siguiente texto:

Una comparación con el mundo animal nos servirá para ilustrar estas reflexiones. Como es sabido, el gusano de seda se encierra en un pequeño capullo para liberarse de él como mariposa tras la metamorfosis. El proceso de liberación es extremadamente dificultoso, porque la crisálida tiene que aplicar una enorme cantidad de fuerza para romper la cáscara del capullo con sus frágiles alas. Los científicos estaban intrigados acerca de qué pasaría si ayudaran a la mariposa en este proceso. Así, cuando llegó el momento de la liberación, abrieron artificialmente desde el exterior una serie de capullos. Las mariposas, ilesas, empezaron a hormiguitar, pero no volaban. Ninguna de ellas fue capaz de elevarse por los aires y como en aquel estado no podían acceder al néctar de ninguna flor, murieron de inanición. La gran cantidad de energía desplegada para agrietar el capullo es necesaria para que las mariposas confíen en la fuerza de sus alas, pero si no pasan por la experiencia de hacerlo de forma autónoma, no se atreven a abandonar la “seguridad que ofrece el suelo” (Lukas, 2014) (Aguilar et al., 2017, p.117)

Con esta historia don Mario se identifica, indicando que se aplica a su vida y como la mariposa debería ser fuerte para poder volar y sacar sus alas. Este es el momento para iniciar la tercera parte de la sesión, entregando el siguiente texto con el fin de comentarlo brevemente: Al enfrentarse a un destino inapelable, irrevocable e ineludible, la vida brinda la oportunidad de realizar el valor supremo, cumplir el sentido más profundo que es el aceptar el sufrimiento. El valor no reside en el sufrimiento, sino en la actitud frente a este, en la actitud para soportarlo.

Pasando a un momento de reflexión:

De acuerdo con Lukas (2003), en el momento de reflexión se encuentran respuestas a las preguntas que le intrigan, pero para esto de primero deben eliminarse preguntas mal planteadas como: ¿por qué no ha intervenido el “Señor”?, ¿por qué ha tenido que sucederme a mí?, ¿qué sentido tiene mi desgracia?, definiéndolas como preguntas mal planteadas debido a que presuponen que los caminos de la providencia se escrutarían con el infinito entendimiento.

Asimismo, se solicita al paciente que trate de quitar de su mente las preguntas de este tipo, haciéndose las siguientes preguntas clave recomendadas por Lukas (2003): ¿Cómo se puede llevar de la mejor manera posible?, ¿En qué ayuda haber pasado por esto?, ¿qué lección se puede extraer?, ¿puede la tragedia transformarse en un triunfo interno?,

De acuerdo con Lukas (2003), con estas preguntas el que las formula pueden obtener respuestas interesantes, respuestas con las que se puede vivir. Asignación de la semana: leer nuevamente el texto todas las tardes y responder a las preguntas clave.

Cuarta sesión, lunes 7 de agosto del 2018

Se empieza a trabajar con las respuestas a la pregunta de su actitud frente al sufrimiento, utilizando las nuevas preguntas. El paciente cumpliendo con la asignación de la sesión anterior, lleva escritas las respuestas a las nuevas preguntas, señala que al responder las primeras se siente preocupado y agobiado, pero las nuevas abren nuevas puertas o nuevos horizontes en la vida.

En la segunda parte de la cuarta sesión se propone a don Mario el abordaje del suprasentido, por lo que las respuestas para vivir pueden venir desde la fe. De acuerdo con Lukas (2003), las fases

de duelo disipan el orgullo intelectual en el que la persona se erige a sí misma como principio supremo; dándose el retorno a la fe, siendo algo saludable y consolador.

Para don Mario que es una persona con sólida formación religiosa, este momento es fácil de desarrollar, en este momento de espiritualidad apoyado de textos de la Biblia relacionados con el sufrimiento es como don Mario suelta su angustia, dolor y acepta este suprasentido.

Quinta sesión, lunes 14 de agosto del 2018

Tiene los pasos del duelo como centro, la utilización de la técnica de la silla vacía y el diálogo de don Mario con su madre. Tarea asignada: redactar una carta a su madre en donde expresa el dolor, angustia sentida por su muerte y luego de esto escribir la nueva actitud que está surgiendo en él.

Sexta sesión, lunes 21 de agosto del 2018

Realizada en la casa de don Mario, en compañía de su padre, esposa, hijos y hermanos; realización de ritual, solicitando al paciente que tenga fuego al alcance, una foto y una prenda de su madre, se procede a leer la carta realizada por don Mario en la sesión anterior y al terminar de hacerlo se le solicita que la coloque en el fuego junto a la prenda de su madre; mientras ambos objetos arden es normal que el paciente caiga en llanto y que rece debido a sus creencias religiosas. Al terminar con el ritual se recogen las cenizas y se acuerda visita al panteón el día siguiente.

Séptima sesión, martes 22 de agosto del 2018

Se realiza reunión en el panteón, a la que asisten, su padre, esposa, hijos y hermanos; haciendo un agujero en la tumba en donde se colocan las cenizas de la prenda de su madre y la carta. Se pide a don Mario que sea el quien con sus manos tape las cenizas y coloque un ramo de flores.

Octava sesión, lunes 28 de agosto del 2018

Se reflexiona sobre los logros de la terapia en relación con la búsqueda de sentido y lo aprendido, incentivando al paciente en seguir trabajando en sí mismo bajo los parámetros logoterapéuticos.

Cierre a la relación terapéutica.

Esquema de plan terapéutico:Tiempo de duración: aproximadamente 1 mes 3 semanas con sesión semanal de 60 minutos cada una.

Cuadro No. 1

Logoterapia en el tratamiento de duelo por pérdida padre o madre

Problema clínico	Objetivo	Estrategias de abordaje	Observaciones y duración
Motivo de consulta	Conocer al paciente y los problemas que lo llevan a la clínica. Realizar exploración sobre el problema.	Intervención logoterapéutica. Preguntas sobre el sentido de vida. Aplicación del PIL test acompañado del Logotest. Asignación de tarea.	1 sesión
Diagnóstico	Verificar y confirmar la hipótesis de crisis por duelo no resuelto.	Entrevista y los resultados de los test aplicados. Diálogo socrático. Abordaje de una reflexión de la vida de Victor Frankl. Técnica de escritura sobre experiencias con el fallecido. Asignación de tarea	1 sesión

Problema clínico	Objetivo	Estrategias de abordaje	Observaciones y duración
El sentido del sufrimiento	Modificación del pensamiento con relación al sufrimiento. Poder hacer consciente las emociones, descubrir el sentido de vida	Planteamiento de preguntas clave recomendadas por Lukas (2003). Preguntas sobre el sentido de sufrimiento. Autodistanciamiento Diálogo socrático Reflexión sobre lectura Tarea	1 sesión
Respuesta al sufrimiento	Reconocer nuevos horizontes en la vida. Liberación de la angustia, dolor y lograr la aceptación del suprasentido. Aminorar los síntomas	Preguntas sobre sentido de sufrimiento. Preguntas a través del abordaje del suprasentido. Tarea	0.5 sesión 0.5 sesión

Problema clínico	Objetivo	Estrategias de abordaje	Observaciones y duración
Modificación de actitudes con relación al duelo.	<p>Modificar actitudes.</p> <p>Abrir nuevas perspectivas</p>	<p>Tiene los pasos del duelo como centro, la utilización de la técnica de la silla vacía y el diálogo del paciente con su ser querido fallecido.</p> <p>Lenguaje evocador</p> <p>Escribir al fallecido</p> <p>Tarea</p>	1 sesión
Afrontamiento de la pérdida.	<p>Involucrar al grupo familiar en pro de la modificación de conducta y pensamiento del paciente.</p> <p>Exteriorización de las emociones como aceptación de la pérdida.</p>	<p>Involucramiento del grupo familiar.</p> <p>Uso de símbolos</p>	1 sesión
Aceptación de la pérdida	Orientarse hacia el sentido	Uso y despedida de símbolos.	1 sesión

Problema clínico	Objetivo	Estrategias de abordaje	Observaciones y duración
Despedida	Dar un cierre a la relación terapéutica	Se toma un tiempo para reflexionar sobre los logros de la terapia en relación a la búsqueda de sentido.	1 sesión

Elaboración propia, agosto, 2018

3.11 Logoterapia en la actualidad

De acuerdo con Tomas (2016), a través de la historia la logoterapia ha sufrido una serie de desarrollos en su estructura, al punto que ha logrado consolidar su conocimiento brindando respuesta a las necesidades clínicas del siglo XXI, por lo que, a raíz de esta afirmación, aporta la forma en que es vista en la actualidad la Logoterapia.

Como psicoterapia, pudiéndose llamar psicoterapia centrada en el sentido, psicoterapia de orientación logoterapéutica o logoterapia clínica, esto, aunque la búsqueda de sentido no sea lo único importante para la psicoterapia orientada logoterapéuticamente, siendo utilizado en el componente denominado Logoterapia específica.

Por otro lado, afirma que la logoterapia como psicoterapia abarca la logoterapia clínica o inespecífica, aunque comprende la logoterapia específica, no siendo exclusiva de los psicoterapeutas. En la mayoría de los países, cada técnica indicada con el sufijo terapia debe ser aplicada por un profesional calificado como terapeuta; únicamente un clínico puede ser terapeuta, es por esta razón que la psicoterapia únicamente puede ser aplicada por un clínico psicoterapeuta y la logoterapia únicamente por un logoterapeuta, este último debe ser un clínico ya especializado en psicoterapia.

De igual forma afirma que en el siglo XXI, la logoterapia permite leer la realidad y la comprensión de los fenómenos psicopatológicos y de cambio de la persona, en términos de aceptación de las situaciones incambiables. Por otro lado, afirma que la logoterapia clínica posee técnicas de evaluación cuantitativa y cualitativa, permitiendo generar diagnósticos, formular casos, desarrollar anamnesis, conocer etiologías y desarrollar pronósticos existenciales. Otro aspecto importante es que la logoterapia cuenta con un profundo bagaje epistemológico y con una visión antropológica explícita y bastante sólida.

De acuerdo con Battafarano(2005), debido a los recientes desarrollos de la logoterapia que la llevan a extenderse desde la psicoterapia al terreno de lo pedagógico, social, entre otros, hacen que se piense en ella como en ciencia más que en una psicoterapia. Afirma que es innegable la influencia del psicoanálisis, la ética material de los valores de Scheler, las corrientes existencialistas, entre otros.

Por último, se hace el cuestionamiento sobre ¿qué oportunidades se le ofrecen actualmente a la logoterapia?

En el recorrido que nos realiza Bataffarano (2005) sobre la logoterapia en la actualidad, afirma que esta tiene la oportunidad de ser complemento para otras disciplinas además de que gracias a su estructura dialógica y aportes conceptuales puede contribuir a generar respuestas abarcativas e integradoras a los complejos problemas humanos esto en los diversos campos en donde pueda interactuar.

En cuanto a lo afirmado en relación con que la logoterapia puede ser un complemento para otras disciplinas se hace referencia a lo indicado por Frankl (1978) quien plantea a la logoterapia como complemento a la psicoterapia convencional, esto no con la finalidad de restarle mérito a la misma, sino que más bien con el fin demostrar, que cualquier hallazgo científico es siempre complementario de otros.

Conclusiones

Se concluye que la logoterapia es un enfoque existencial que aporta a la solución de problemas espirituales o de existencia. Refiriéndose estos problemas al significado de la muerte, la vida y del sufrimiento.

Se puede evidenciar que, a pesar de la influencia de factores psicológicos, sociales y biológicos en las respuestas del hombre y que este no siempre puede controlar las condiciones a las que debe enfrentarse, sí es capaz de controlar sus propias respuestas a estas condiciones. Por lo que es responsable de sus elecciones, respuestas y acciones.

Se concluye que la logoterapia a través de sus técnicas y herramientas contribuye en gran manera al restablecimiento emocional de las personas adultas luego de la pérdida de padre o madre, esto mediante la búsqueda del sentido de vida. Esto debido a que para la logoterapia la vida siempre tiene significado sin importar los aspectos negativos por los que atraviesa la persona ya que cuando se logra establecer la actitud adecuada ante estos, se pueden transformar en maduración y crecimiento.

Se puede evidenciar que al acompañar a una persona que atraviesa un duelo, sin negar la realidad de la muerte, se le ayuda a superar la angustia de la separación; por lo que es indispensable mantener el objetivo logoterapéutico del logro del reajuste emocional del doliente, recuperando el deseo de seguir viviendo y el rescate de los valores.

Se determina que, para la aplicación de la logoterapia como tratamiento facilitador para el descubrimiento del sentido de vida, se debe contar con una concepción del hombre y una interpretación del mundo, ya que de no existir ambos, no es posible acompañar al paciente en la búsqueda del propio sentido de vida, en el descubrimiento de valores, en el empoderamiento de la responsabilidad y en el logro de una actitud positiva frente a la existencia.

Referencias

- Aguilar, J.P., Arana, T., López, P.H., Miranda, J.N., Remus, L., Martínez, B. (2017). *Tópicos Selectos de Logoterapia*. México: Instituto de Reingeniería Actitudinal.
- Almada, R. (2012). Fundamentos filosóficos de la logoterapia. Recuperado de https://www.academia.edu/6868153/Fundamentos_filosóficos_de_la_Logoterapia_Fundamentos_filosóficos_de_la_Logoterapia
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Madrid: Médica panamericana.
- APA. (2010). *Diccionario conciso de Psicología*. (3ª. ed.). México:El Manual Moderno.
- Barreto, P., & Soler, M. Del C. (2007). *Muerte y Duelo*. Madrid: Síntesis.
- Battafarano, M. (2005, 19 de julio 2018). *La Logoterapia en los Albores del Siglo XXI*. Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia S.C. Recuperado de <http://www.logoterapia.com.mx/publicaciones/revista-mexicana-logoterapia/logoterapia-albores-del-siglo-xxi>
- Bolaños, L.F. (2012). *Logoterapia en pacientes con tuberculosis. Estudio realizado en pacientes Con tuberculosis del hospital Rodolfo Robles*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango, Guatemala.
- Bucay, J. (2006). *El camino de las lágrimas*. España: Debolsillo.
- Bustos, M.M.V. (2013). *El duelo*. (Tesis para la acreditación del diplomado en Tanatología). Universidad Veracruzana y Asociación Mexicana de Tanatología, Veracruz, México.

CIE-10:CD1-10. (2005) *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Colombia: Panamericana.

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016, 11 de junio 2018). *Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. Perspectivas Teóricas*. Clínica Contemporánea. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2016v7n2a1.pdf>

Conangla, M. (2014). *Crisis Emocionales: La Inteligencia Emocional Aplicada a Situaciones Límite*. (2ª. ed.). Barcelona: Amat.

Córdoba, R. (2012, 14 de junio 2018). *Trauma Complejo o Acumulativo*. Recuperado de <http://www.psicoletra.com/2012/02/trauma-complejo-o-acumulativo.html>

Darquea, E., Jaramillo, A., Luna, M. y Malacatos, A. (2011, 22 de junio 2018). *Intervención en crisis*. Recuperado de <http://www.slideshare.net/majitoluna12/intervencion-en-crisis-10043476>

De Barbieri, A. (2006, 15 de julio 2018), *Psicodiagnóstico existencial*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/343409536/Psicodiagnostico-Existencial>

Fernández, L. (2010). *Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal*. (Tesis de maestría en terapia para adultos). Grupo Luria, Madrid, España.

Frankl, V.E. (2007). *Logoterapia y análisis existencial*. España: Herder.

Frankl, V.E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. (21ª. ed.). Barcelona: Herder.

- Frankl, V. (1978). *Psicoanálisis y existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia* (2ª. ed.). México: Fondo de cultura Económica.
- Fundación IUCS Barceló. (2012, 22 de junio 2018). *Clases de crisis y tipos de crisis*. Recuperado de <http://www.slideshare.net/marianabarrancos1/crisis-salud-mental>
- Gabinete Psicológico en Madrid Capital (2016, 28 de junio 2018). *Trauma Psicológico*. Recuperado de <http://psicologosenmadrid.eu/trauma-psicologico/>
- García, J.J. (2000, 04 de julio 2018). *Ayudas para remontar el duelo*. El País. Recuperado de https://web.archive.org/web/20160505080928/http://elpais.com/diario/2000/04/11/salud/955404001_850215.html
- García, J. (2018, 29 de junio 2018). *Crisis existencial: cuando no encontramos sentido a nuestra vida*. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/psicologia/crisis-existencial-sentido-vida>
- García, J. (2018, 09 de agosto 2018) *Terapia familiar existencial: sanar con el apoyo del grupo*. Recuperado de http://www.mentesana.es/psicologia/desarrollo-personal/terapia-familiar-existencial-virginia-satir_1545
- González, I. & López, L. (2013). *Proceso de duelo, estrategias de afrontamiento y resiliencia en adultos ante la muerte de un ser querido*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela
- González, L. (2016, 09 de agosto 2018). *Logoterapia y terapia familiar sistémica: una posibilidad de complementación en el abordaje clínico de familias*. Recuperado de https://www.academia.edu/32829567/Logoterapia_y_Terapia_Familiar_Sistémica_una_posibilidad_de_complementación_en_el_abordaje_clínico_de_familias

- Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya. (2006, 03 de julio 2018). *El duelo*. Recuperado de <http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp>.
- Guillem, V., Romero, R. & Ramírez, E. (2017). *Manifestaciones del duelo*. Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia, 1, 1-21
- Herman, J.L. (2004). *Trauma y Recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe. S.A
- Howe, D. (2005). *Abuso y negligencia infantil. Apego, desarrollo e intervención*. Nueva York: Palgrave Macmillan.
- Humet, N. (2017, 10 de junio 2018). *¿Qué es el trauma y cómo influye en nuestras vidas?* Recuperado de <https://psicologiaymente.net/clinica/trauma>
- Längle, A. (2005). *El Proceso de diagnosticar en el análisis existencial*. Viena: Suess-Gasse.
- Lemus, M.T. (2014, 10 de julio 2018). *Herramientas de la logoterapia aplicadas a procesos de crisis*. Recuperado de <http://logoforo.com/herramientas-de-la-logoterapia-aplicadas-a-procesos-de-crisis/>
- López, J.J., & Aliño I. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona:Masson, S.A.
- López, C., Martín, T.G., Campos, R. (2010). *Guía clínica. Seguimiento del duelo en cuidados paliativos*. España: [s.e.]
- Lozano, L.M. &Chaskel, R. (2012). *El diagnóstico y manejo del duelo en niños y adolescentes en*

la práctica pediátrica. Reconocimiento y manejo. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, 8, (No.3), 19-29

Lukas, E. (1996). *Logotest.* Buenos Aires:Almagesto.

Lukas, E., (2003), *También tu vida tiene sentido.* México:LAG

Luna, J.A. (1996). *Logoterapia: un enfoque humanista existencial.*Bogotá:San Pablo.

Luna, J.A. (2011). *Logoterapia: un enfoque humanista existencial fenomenológico.*(3ª. ed.). Bogotá: San Pablo.

Maldonado, F. (2018, 10 de julio 2018). *Fundamentos filosóficos de la logoterapia.* Recuperado https://www.academia.edu/6868153/Fundamentos_filosóficos_de_la_Logoterapia_Fundamentos_filosóficos_de_la_Logoterapia

Manejo del Duelo. (2013, 30 de junio 2018). *Duelos especiales por fallecimiento de un ser querido.*

Recuperado de <https://manejodelduelo.com/tipos-de-perdidas-que-implican-un-duelo/>

Manejo del Duelo. (2013, 01 de julio 2018). *Tipos de pérdidas que implican un duelo.* Recuperado

de <https://manejodelduelo.com/tipos-de-perdidas-que-implican-un-duelo/>

Martínez, E. (2009). *El Diálogo Socrático en la Psicoterapia Centrada en el Sentido.* Bogotá: Aquí y Ahora.

Martínez, E., Trujillo, A.M., Trujillo, C.A. (2012). *Validación del test de propósito vital (PIL test-*

Purpose in life test) para Colombia. Revista argentina de clínica psicológica, 21, 85-87

Mas, M.D. (2017, 27 de junio 2018). *Tipos de Crisis vitales: cómo saber si realmente estas en esa*

fase. Recuperado de <http://www.siquia.com/2017/03/tipos-de-crisis-vitales-como-saber-si-realmente-estas-en-esa-fase/>

Meza, D., García, G., Torres, A. Suarez, S. & Martínez, B. (2008). *El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, México, 13, (No.1), 2-5

Molla, M. (2002). *Descubriendo el sentido de la vida: una visión existencial*. [Boletín No.1] Lima:

Conferencia Episcopal Peruana.

Montaner, J. (2007, 05 de julio 2018). *Trastorno más allá del duelo*. Recuperado de <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2007/12/23/173104.php>

Moreno, R. (2003, 29 de junio 2018). *Intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencias*. Recuperado de: <http://books.google.com.pe/books?id=h4wWAMqI7WkC&printsec=frontcover&dq=crisis+en+emergencias+y+desastres&hl=es419&sa=X&ei=mJRZUvvLNomG9gSAsoHQCw&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=crisis%20en%20emergencias%20y%20desastres&f=false>

Nieto, I., & López, M.C. (2016). *Abordaje Integral de La Clínica del Trauma Complejo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Nieto, P. (2016, 19 de julio 2018). *Hacer el duelo por la madre y/o padre*. Recuperado de <http://www.martinelli.com.uy/sitio/repo/arch/martinellimaterialdeapoyoparaelduelohacereldueloporlamadreyopadre.pdf>

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning,

- Ogden, P., Kekuni, M., Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo*. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ortiz, F. (2012, 17 de julio 2018). *Fundamentos filosóficos de la logoterapia: el hombre se Orienta hacia el significado y los valores*. Recuperado de <http://lalogoterapia.com/fundamentos-filosoficos-de-la-logoterapia-el-hombre-se-orienta-hacia-el-significado-y-los-valores/>
- Ortiz, F. (2012, 17 de julio 2018). *Herramientas de Logoterapia: el Logotest*. Recuperado de <http://lalogoterapia.com/el-logo-test/>
- Ortiz, F. (2012, 17 de Julio 2018). *PIL Test: un test de los propósitos de la vida*. Recuperado de: <http://lalogoterapia.com/pil-test-un-test-de-los-propositos-de-vida/>
- Oterino, J.M. (2010). *Manejo y Práctica de Situaciones Traumáticas*. Parral: Centro de Humanización de la Salud.
- Pachano, D. & Díaz, L. (2012). *Resiliencia en personas en proceso de duelo por muerte*. (Tesis de Pregrado). Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- Pérez, L. (2018, 11 de julio 2018). *Elaboración del duelo desde la logoterapia*. Psyciencia. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/elaboracion-duelo-logoterapia/>
- Pérez, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Rocamora, A. (2017). *Cuando nada tiene sentido. Reflexiones sobre el suicidio desde la logoterapia*. (2ª. ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Rocamora, A. (2014). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.

- Ruppert, F. (2012). *Trauma y Enredos Simbióticos, Constelaciones Familiares Basadas en la Teoría del Apego y del Trauma*. [Boletín No.43]. [s.l.]: ECOS
- Salvador, M.C. (2010). *El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas*. Revista de Psicoterapia, [s.l.], 20 (80), 1-14.
- Sánchez, A., Risco, A., Urchaga, J.D. (2011). Propiedades psicométricas de un instrumento (Logotest) para evaluar el sentido de la vida. International journal of developmental and educational psychology, España, 5, 373-380
- Sanz, M. (2015, 30 de junio 2018). *Las crisis vitales*. Recuperado de <https://msgpsicologia.com/las-crisis-vitales/>
- Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia S.C. (2018, 18 de julio 218). *Sentido. Fundamentos filosóficos y conceptos básicos*. Centro de Formación en Psicoterapia Orientada al Sentido. Recuperado de www.logoterapia.com.mx/logoterapia/logoterapia-viktor-e-frankl/fundamentos-filosoficos-conceptos-basicos
- Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia S.C. (2018, 15 de julio 218). *Técnica de intensidad paradójica*. Recuperado de <http://www.logoterapia.com.mx/logoterapia/principios-tecnicas-herramientas/tecnicas-herramientas/tecnica-intencion-paradojica>
- Soler, M.C., Jordá, E. (2016). *El duelo: manejo y prevención de complicaciones*. Medicina Paliativa, [s.l.], 3(2): 66-75.
- Soto, S.J., Falcón, F.M., Volcanes, M. (2009). *La muerte y el duelo*. Revista enfermería global, [s.l.] 15, 1-9

Suárez, M.A. (2013). *El modelo logoterapéutico grupal en el fortalecimiento de la autoestima de los adolescentes del noveno año de educación básica del colegio fausto Enrique Molina de la ciudad de Ambato durante el período septiembre 2012 – mayo 2013*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato, Ecuador.

The National Institute of Mental Health. (2016, 07 de julio 2018). *Trastorno por estrés postraumático*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estrés-postraumatico/index.shtml>

Tomas, U. (2016, 20 de julio 2018). *9 maneras de ver la logoterapia en la actualidad*. Recuperado de <http://elpsicoasesor.com/la-logoterapia-en-la-actualidad/>

Unikel, S (2007). *Logoterapia dentro y fuera del campo de concentración*. México: LAG.

Universidad Interamericana de Puerto Rico. (2018, 11 de junio 2018). *“Introducción al estudio del Trauma Psicológico”*. Tesis. Facultad de Psicología. Recuperado de <http://www.ponce.inter.edu/cai/tesis/mbahamonde/capitulo1.pdf>

Vela, R. (2008). *Proceso de duelo por una separación importante, pérdida por el deceso, en diversos casos*. (Tesis de Pregrado). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

Wainrib, B. & Bloch, E. (1998). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.

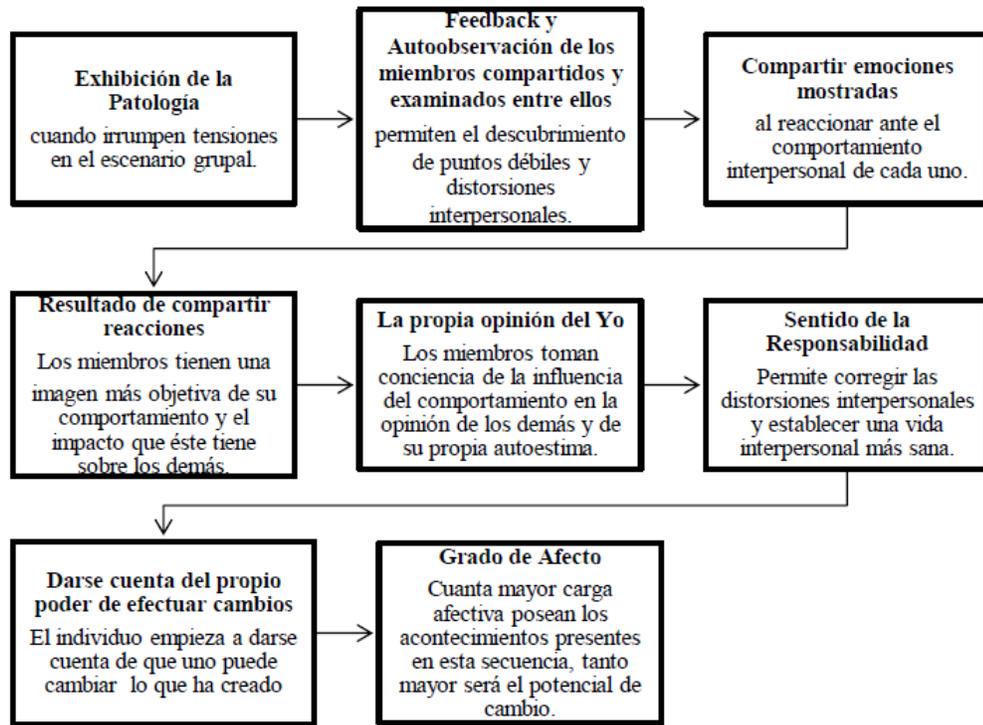
Worden, J.W. (2013). *El tratamiento del duelo*. (4ª. ed.). Barcelona: Paidós Ibérica

Yalom, I. & Vinogradov, S. (1996) *Guía Breve de Psicoterapia en Grupo*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.

Anexos

Anexo 1

Secuencia interpersonal regular



Fuente: Tesis Modelo logoterapéutico grupal. (Suárez, 2013, p.14)

Anexo 2

Algunas crisis según su clasificación

	Evolutiva, de desarrollo o maduración	Crisis circunstanciales o situacionales
1	Concepción o esterilidad	Crisis sexual: violación, incesto
2	Embarazo, parto, nacimiento	Aborto
3	La Infancia y la niñez temprana	Suicidio
4	La adolescencia	Enfermedad aguda o crónica
5	Las crisis que involucran a la identidad sexual	Alcoholismo y abuso de sustancias adictivas
6	La crisis de madurez, incluyendo el cambio de carrera	Divorcio o separación (ambos desde el punto de vista del individuo y la familia)
7	La jubilación	Maltrato a niños, cónyuges, personas mayores.
8	El envejecimiento	Crisis familiar
9	La muerte	Viudez
10		Victimas de accidentes
11		Victimas de crímenes
12		Choques culturales
13		Huidas
14		Las relacionadas con el trabajo: promoción, pérdida del trabajo, traslados.
15		Secuestros

Fuente: Creación propia. Información: *Intervención en crisis y respuesta al trauma* (Wainrib & Bloch, 1998, p. 31)

Anexo 3

Ejemplos de Crisis Vitales Universales

Crisis Vital Universal	
1	Embarazo no deseado o esterilidad
2	Embarazo con dificultades, parto, nacimiento
3	Padres con una infancia complicada, adopción
4	Infancia temprana (enfermedad, separación excional)
5	Adolescencia Crisis existencial del adolescente Cambios conductuales del adolescente
6	Crisis que involucra la identidad sexual
7	Crisis de madurez, incluyendo el cambio de profesión
8	Divorcio o separación
9	Jubilación
10	Crisis familiar
11	Enfermedad aguda o crónica tal como el SIDA y el cáncer
12	Viudez
13	Adicciones
14	Envejecimiento
15	Muerte

Fuente: Creación propia. Información: Intervención en crisis y respuesta al trauma (Wainrib & Bloch, 1998, p.37)

Anexo 4

Características de la crisis vital

	Características del trauma	Características de la Crisis Vital
1	Es una catástrofe, siempre se trata de una situación extraordinaria compartida con unas pocas personas: no es una experiencia universal.	Es un punto crítico potencialmente catastrófico, gratuito, de la propia vida. Aunque se trata a menudo de un fenómeno universal, la propia experiencia es solitaria y el individuo se siente sólo y único.
2	Casi siempre evoca la alarma pública: algunas veces altera temporalmente la estructura social.	Muy raramente es algo percibido por los demás, puede alterar la vida del individuo pero la estructura social permanece inalterada.
3	Es un evento (o series de eventos) que evocan la representación de roles sociales específicos, esto es: "víctima", "héroe", "curiosos". También unifica de alguna manera a otras personas en ciertos roles ocupacionales: personal de auxilio, funcionarios gubernamentales, abogados, detectives, etc.	El evento de la crisis vital provoca que la gente que rodea al sujeto se movilice y responda de forma novedosa. También implica el contacto con personas tanto con roles inexpertos como profesionales dentro de una variedad de modalidades "asistenciales".
4	El mismo evento es en ocasiones previsible (por ejemplo un huracán que se aproxima), a veces es de naturaleza recurrente (por ejemplo estacional), pero la mayor parte de las veces no. El evento es a menudo azaroso, arbitrario.	Aunque con frecuencia es algo anticipado, esto no ayuda a que el individuo se prepare: la crisis vital es vivida como algo impactante, inesperado y que puede sucederles a los demás pero nunca a uno mismo.
5	Casi siempre amenaza la vida y siempre connota una pérdida, sea o no inminente.	Algunas veces puede poner en riesgo la vida. Implica siempre la pérdida del modo de vivir tal y como éste era antes de la crisis. La vida ya nunca será igual.
6	El elemento de la decisión humana casi siempre se halla ausente; prácticamente siempre es imprevisto.	Muy rara vez se encuentra implicada una elección, y siempre está ausente la posibilidad de elegir una reacción espontánea.

Fuente: Creación propia. Información: Intervención en crisis y respuesta al trauma (Wainrib & Bloch, 1998, p.36)

Anexo 5

Crisis vitales universales e implicación de respuesta en los demás

	Crisis Vital Universal	Clasificación según implicación de respuesta en los demás
1	Embarazo no deseado o esterilidad	Interno (se desarrolla en el tiempo)
2	Embarazo con dificultades, parto, nacimiento	Externo
3	Padres con una infancia complicada, adopción	Externo
4	Infancia temprana (enfermedad, separación emocional)	Externo
5	Adolescencia Crisis existencial del adolescente Cambios conductuales del adolescente	Interno Externo
6	Crisis que involucra la identidad sexual	Interno
7	Crisis de madurez, incluyendo el cambio de profesión	Puede originarse de forma interna pero desplazarse hacia el polo externo
8	Divorcio o separación	Comienza como interno pero se desplaza hacia el polo externo
9	Jubilación	Comienza como interno pero se desplaza hacia el polo externo
10	Crisis familiar	Externo
11	Enfermedad aguda o crónica tal como el SIDA y el cáncer	Interno
12	Videz	Externo
13	Adicciones	Externo
14	Envejecimiento	Dividido a partes iguales entre interno y externo
15	Muerte	Externo

Fuente: Creación propia. Información: Intervención en crisis y respuesta al trauma (Wainrib & Bloch, 1998, p.37)

Anexo 6

Manifestaciones del duelo en adultos

Cognitivas	Físicas	Motoras
Irrealidad (extrañeza ante el mundo)	Aumento de la morbilidad	Autoaislamiento social
Preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes	Sensaciones en el estómago y vacío	Hiperactividad
Sensación de presencia del fallecido	Boca seca	Hipoactividad
Vivencia de abandono y soledad	Hipersensibilidad a ruidos	Llamar o hablar con el fallecido
Añoranza	Alteraciones del sueño	Conductas impulsivas y dañinas
Insensibilidad	Dolor de cabeza	Usar las ropas del fallecido y acudir a lugares que frecuentaban juntos.
Incredulidad (imposible, irreal).	Astenia y debilidad	Llevar o atesorar objetos pertenecientes al fallecido.
Dificultades de atención, concentración y memoria	Opresión en el pecho y la garganta	Suspirar y llorar
Desinterés	Trastornos del apetito	
Obsesión por recuperar la pérdida	Palpitaciones	
Ideas de culpa y autorreproche		
Liberación		
Confusión		
Alucinaciones visuales y auditivas breves		
Búsqueda de sentido y/o cuestionamiento religioso.		

Fuente: Muerte y duelo, (Barreto & Soler, 2007 p.16)

Anexo 7

Manifestaciones normales del duelo en adultos (Worden)

Fisiológicas	Conductuales
Aumento de la morbilidad	Trastornos del sueño y alimentarios
Vacío en el estómago	Conducta distraída
Opresión en el pecho y garga	Aislamiento social
Hipersensibilidad al ruido	Soñar con el fallecido
Sensación de despersonalización	Evitar recordatorios del fallecido
Falta de aire	Llorar y/o suspirar
Palpitaciones	Buscar y llamar en voz alta
Debilidad muscular	Llevar y atesorar objetos
Falta de energía	Visitar lugares que frecuentaba el fallecido
Dolor de cabeza y sequedad	Hiper-hipo actividad
Afectivas	Cognitivas
Tristeza, apatía, abatimiento,	Incredulidad/Irrealidad
Ira, frustración y enfado	Confusión
Culpa y autoreproche	Preocupación
Ansiedad	Sentido de presencia
Soledad, abandono	Alucinaciones (visuales y/o auditivas)
Emancipación y/o alivio	fugaces y breves
Fatiga	Dificultades de concentración,
Impotencia e indefensión	atención y memoria
Shock	Pensamientos e imágenes recurrentes
Anhelo	Obsesión por recuperar la pérdida
Insensibilidad	Distorsiones cognitivas

Fuente: Manifestaciones del duelo.

(Worden, 1997) (Guillem, Romero & Ramírez [s.f.] , pp. 70, 71)

Anexo 8

La visión tridimensional del ser humano

Nivel Corporal	Nivel anímico-psicológico	Nivel Espiritual
Inconsciente impulsivo	Conciencia	Inconsciente
Energía libido Físico Biológica	Identidad del Yo	Energía - Operaciones espirituales
"Estar ahí"	"Ser uno mismo"	"Ser en sí"

Fuente: La Logoterapia, descubriendo el sentido de la vida : Una visión existencial
(Molla, M. 2002, p.4)