

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

ΨΨΨΨΨΨ€

109

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 29, Número 109, Marzo, 2018 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:

Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquius (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga, Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

Rosa María Baños Rivera, Universidad de Valencia, Valencia, España

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Gabalda, Universidad de Valencia, España

Ciro Caro García, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

Sergi Corbella Santoma, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Elena Gismero González, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Gloria Margarita Gurrota Peña, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortíz, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

Maria de los Angeles López González, IUED, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Carlos Mirapeix Costas, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander, España

Maria Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

Manuel Guadalupe Muñoz García, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Joseph Knobel Freud, Delegado de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en la EAP, España

Guillermo Larraz Geijo, Institut Balear de Salut Mental de la Infancia i l'Adolescència, Palma de Mallorca, España

José Luis Lledó Sandoval, Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

Antonio Nuñez Partido, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Iñigo Ochoa de Alda, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

Antón Del Olmo Gamero, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España

M^o Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Deposito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <http://ojs.revistadepsicoterapia.com>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en **Times New Roman, 12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*; **nombre y apellidos** de todos los autores e **institución a la que pertenecen**; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el **resumen** y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El **resumen** (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las **palabras clave** (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La **tercera página** comenzará de nuevo con el **título** del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en sexta edición de la APA (2009) y que se resumen en las siguientes consignas:

CITAS: Las **citas textuales o directas** (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido** del autor, **Año**, **número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre **comillas dobles**; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en **bloque**, en un **renglón separado**, con indizado de **5 espacios sin comillas**. Las **citas indirectas o no textuales** (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido** del autor, **Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres y cinco autores: la primera vez se citarán todos y la segunda y siguientes se citará el primero seguido de et al. (c) Seis o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

REFERENCIAS: incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una **nueva página**, después del apartado de discusión, a **doble espacio** y en **sangría francesa**. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el **40%** de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los **últimos cinco años**. Cada referencia debe ajustarse al formato de la sexta edición de la APA (2009).

TABLAS Y FIGURAS

Las Figuras y Tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Éstas deben utilizar escalas de grises (no color). Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Las figuras también deben enumerarse por orden de aparición. Dentro del marco y debajo de la figura se sitúa el rótulo (título breve). Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial). En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información. Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de doble ciego (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la Revista de Psicoterapia.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la Revista de Psicoterapia son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.

CONTENIDO**Monográfico: Temas Existenciales en Psicoterapia**
Manuel Villegas y Juan García-Haro

| | |
|---|------------|
| Editorial | V |
| La teoría del desarrollo moral en el marco del análisis existencial | 1 |
| Manuel Villegas | |
| Cuando los síntomas no dejan ver el sentido. Viaje existencial al centro de la psicoterapia | 39 |
| Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González | |
| Logoterapia, fundamentos y líneas de intervención | 69 |
| M ^a Ángeles Noblejas de la Flor | |
| Diálogos existenciales en psicoterapia. La voz de los pacientes | 89 |
| Manuel Villegas | |
| Meditaciones psicológicas sobre la muerte | 123 |
| Juan García-Haro, Marta González González y Henar García-Pascual | |
| ——Artículos de Libre Acceso—— | |
| (disponible en abierto sólo a través de http://revistadepsicoterapia.com) | |
| Cuando se deja de hacer pie. Notas sobre cultura moderna, crisis de sentido vital y psicopatología | 147 |
| Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González | |
| Dimisión del yo-agente como condición transdiagnóstica..... | 169 |
| Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González | |
| El Terapeuta de Cabecera. Una alternativa al Psicoterapeuta de Atención Primaria | 189 |
| Juan Romeu Leder | |
| Prevención de la Conducta Suicida en Jóvenes y Adolescentes: Una Revisión desde 1997 | 203 |
| María Paz Mora Encinas | |

CONTENTS

Monographic: Existential Issues in Psychotherapy Manuel Villegas & Juan García-Haro

| | |
|--|------------|
| From the Editor | V |
| The theory of moral development and existential analysis Manuel Villegas | 1 |
| When the symptoms do not allow us to see the meaning. Existential journey to the center of psychotherapy Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González | 39 |
| Logotherapy, foundations and intervention lines M ^a Ángeles Noblejas de la Flor | 69 |
| Existential dialogues in psychotherapy. The voice of patients ... Manuel Villegas | 89 |
| Psychological meditations on death Juan García-Haro, Marta González González y Henar García-Pascual | 123 |
| ——Open Access Articles—— (accessible only through http://revistadepsicoterapia.com) | |
| When the ground cannot be touch. An outline of modern culture, crisis of meaning of life and psychopathology Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González | 147 |
| Resignation of self-agent as a transdiagnostic condition Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González | 169 |
| The Therapist practitioner. An alternative to the Primary Care Psychotherapist Juan Romeu Leder | 189 |
| Suicide Behaviour Prevention in Youth and Adolescents: A Review since 1997 María Paz Mora Encinas | 203 |

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

Dedicamos este número monográfico a las Terapias Existenciales, que buscan su fundamento en una comprensión antropológica o filosófica del ser humano, capaz de fundamentar una psicología comprensiva, que trascienda los reduccionismos a que tienden inexorablemente los planteamientos “científicos” al uso, sean de tipo genético, neurofisiológico, conductual, cognitivo u otros. Los trabajos presentados siguen una línea basada en la tradición de la filosofía existencial, que ha proyectado una visión holística y hermenéutica sobre la psicología y la psicopatología humanas, ya desde sus inicios, después de la segunda Guerra Mundial, en Europa y Estados Unidos.

Probablemente el motivo por el que el Análisis Existencial, no haya alcanzado una difusión más amplia en el ámbito de la psicología, sea debido precisamente a su carácter filosófico. La teoría del desarrollo moral, propuesta por Manuel Villegas, autor del primero de los artículos que configuran este monográfico, surge como un intento de ofrecer las bases epistemológicas y metodológicas adecuadas para llevar a cabo una psico(pato)logía y psicoterapia de corte existencial, que permita una fusión entre ambas perspectivas, la filosófica y la psicológica, consideradas con frecuencia como ajenas o dispares entre sí.

Juan García-Haro y colaboradores se proponen en el siguiente artículo, titulado “Cuando los síntomas no dejan ver el sentido: viaje existencial al centro de la psicoterapia” analizar las propuestas que emergen desde algunas de las modalidades de terapia existencial; concretamente desde la Logoterapia de V. E. Frankl y la Psicoterapia Existencial de I. D. Yalom, a las que se añade también la Terapia de Aceptación y Compromiso, considerada aquí desde sus afinidades con la Terapia Existencial. Se concluye que el enfoque existencial ofrece una respuesta al sufrimiento humano y a la crisis de sentido vital en la cultura moderna.

El tercero de los artículos, escrito por M^a Ángeles Noblejas de la Flor, Presidenta de la Asociación Española de Logoterapia, está dedicado a exponer específicamente la Logoterapia, como modelo terapéutico, sus fundamentos y líneas de intervención. Para Viktor Frankl, su creador, la motivación fundamental de toda persona es la *voluntad de sentido*. La logoterapia explicita su visión antropológica y del mundo a través del análisis existencial. Su concepción del ser humano integra y armoniza diferentes dimensiones (biológica, psicológica y *noética*) en una unidad. Esta visión implica una ampliación de la mirada y previene sobre visiones reduccionistas del ser humano. Entiende la terapia como

un encuentro existencial entre la persona que necesita ayuda y la que se la presta, dirigido a la autocomprensión y autodeterminación.

Los temas existenciales se hallan en la base de los problemas psicológicos, a veces de forma evidente, otras de forma enmascarada por los síntomas. Con frecuencia algunos de ellos, afloran a la superficie de forma explícita, a través de demandas directas en los procesos de psicoterapia. Manuel Villegas recoge en este artículo algunos fragmentos de diálogos, transcritos de sesiones de terapia, donde los pacientes desarrollan sus propios pensamientos y sentimientos, dudas y preguntas respecto a temas tan explícitos como el sentido de la vida, la soledad o el vacío existencial o la integración de la muerte, entre otros.

Precisamente al tema de la integración de la muerte en la existencia humana está dedicado el último de los artículos en papel de este monográfico, escrito por Juan García-Haro, Marta González y Henar García-Pascual, titulado "Meditaciones psicológicas sobre la muerte". Se propone una reflexión desde la clínica psicológica sobre la centralidad y relevancia de la temática de la muerte en psicopatología y en psicoterapia, sobre las ideas y fundamentos filosóficos en que se sustenta: la muerte como condición existencial del sentido de la vida, como catalizador del cambio personal y como un eje organizador primordial (radical) de la conducta y psicopatología humanas.

Fuera de la monografía en papel, el lector encontrará todavía dos trabajos más del grupo de Juan García-Haro, relacionados con la temática que nos ocupa sobre la falta de sentido vital en la sociedad moderna y sus consecuencias para la psicopatología y la dimisión del yo agente, como condición transdiagnóstica.

Manuel Villegas Besora

LA TEORÍA DEL DESARROLLO MORAL EN EL MARCO DEL ANÁLISIS EXISTENCIAL

THE THEORY OF MORAL DEVELOPMENT AND EXISTENTIAL ANALYSIS

Manuel Villegas Besora
Universitat de Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas, M. (2018). La teoría del desarrollo moral en el marco del análisis existencial. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 1-38.

Resumen

Probablemente el motivo por el que el Análisis Existencial, no haya alcanzado una difusión más amplia en el ámbito de la psicología, sea debido a su carácter filosófico. La teoría del desarrollo moral (TDM) surge como un intento de ofrecer las bases epistemológicas y metodológicas adecuadas para llevar a cabo una psicopatología y psicoterapia de corte existencial. La perspectiva evolutiva, propia de la epistemología genético-estructural, inherente al modelo TDM, hace posible reinterpretar las tesis existenciales en el marco de una psicología congruente con su perspectiva antropológica.

Palabras clave: *Análisis Existencial, Teoría del Desarrollo Moral, Dasein, Libertad, Responsabilidad.*

Abstract

The reason why existential analysis, has not reached a more widely in the field of psychology, it probably depends on its philosophical nature. The theory of moral development (TDM) emerges as an attempt to provide the appropriate epistemological and methodological bases to carry out an existential psychopathology and psychotherapy. The evolutionary perspective of genetic and structural epistemology, inherent to the TDM model, makes it possible to reinterpret the existential thesis within the framework of a consistent psychology with his anthropological perspective.

Keywords: *Existential Analysis, Theory of Moral Development, Dasein, Freedom, Responsibility.*



“El psicoterapeuta tiene que ocuparse de los trastornos de la psique humana, que en su conjunto implican la incapacidad de actuar y tomar decisiones libremente”.

(Von Gebattel, 1964).

Introducción

Seguramente no es muy correcto, desde el punto de vista académico, iniciar un artículo con una autorreferencia biográfica como la que sigue, pero la naturaleza de los argumentos que quiero exponer en este escrito, la justifica plenamente. En el año 1981, al término de la exposición de mi tesis doctoral, titulada la *“Psicoterapia Existencial”*, me dirigía al tribunal, con la evidente intención de obtener su benevolente comprensión, ante la aplastante constatación de falta de conclusiones, con estas palabras:

“A través de esta tesis hemos hecho un largo y laborioso trabajo de recopilación, síntesis y sistematización para extraer cuanto la investigación filosófica y psicológica existencial podía ofrecernos. Y vemos que, a decir verdad, y a pesar de sus 1080 páginas, no es mucho cuantitativamente, aunque radicalmente nuevo y fundamental y hasta nos atreveríamos a decir universal y, en este sentido suficiente, para convertirse en la base de toda Psicología, Psicopatología y Psicoterapia comprensiva.

Sus aportaciones fundamentales son dos: la concepción antropológica y la metodología analítica, de la que se deriva una hermenéutica del hombre como libertad, de la psicopatología como su alienación, pérdida o renuncia, y de la terapia como un despertar de esta libertad a través de una empatía auténtica, un análisis crítico de las situaciones y una resolución dialéctica de los nudos categoriales y de las alienaciones reales...

Es preciso elaborar una psicología que constituya un análisis existencial de las situaciones fácticas, que las contemple en toda su complejidad, que tenga presente los estadios evolutivos, los condicionamientos familiares, culturales y sociales”.

Y quise corroborar mi aserto con la exposición del siguiente caso:

Mejor me curo

Mujer de 43 años, a la que llamaremos Carolina. Se casó muy joven, a los 19 años, y en la actualidad tiene una hija de 23 y un chico de 19 años. Carolina hasta hace poco ha sido el pilar de su casa, pero últimamente se ha derrumbado, generando un estado de depresión profunda, con temblores, llanto desconsolado y fuertes somatizaciones ansiógenas. Este proceso depresivo se ha desencadenado a raíz del abandono del hogar de la hija mayor. Ésta, que se había constituido en confidente de la madre y con quien se identificaba profundamente, había conocido a un chico de mentalidad muy independiente, con el que se había juntado, de modo que, a causa de

su influencia, quiso cortar todo tipo de relación con la madre.

Carolina se dio cuenta, de repente, que el mundo por el que había vivido hasta entonces se había trasmutado radicalmente. A partir de ahí la casa le parecía muerta, las paredes se estrechaban como las de un nicho. Solo deseaba dormir y no despertarse, cerrar los ojos para no ver, ni sentir nada. Al acudir a terapia a principios de octubre la paciente ya había recorrido un “via crucis” de médicos y psiquiatras y había probado inútilmente todo tipo de psicofármacos. La incapacidad de soportar por más tiempo aquella situación la llevó a solicitar voluntariamente ser internada en un hospital psiquiátrico, para que hicieran con ella lo que quisieran, con tal de detener aquel estado de angustia.

En el momento de ingresar en el hospital se sintió sobrecogida de espanto y horrorizada al pensar que debía permanecer allí por quién sabe cuánto tiempo. Sin mediar palabra, se dio la vuelta, recogió sus maletas y se volvió a casa a toda prisa. Aquella angustia insufrible había desaparecido como por ensalmo.

Cuando a la semana siguiente acudió a terapia su actitud había cambiado por completo, ya no rehuía el sufrimiento, había empezado a aprender de lo que Martín Santos (1964) llama el “dolor fáctico”. “Tal vez lo que tengo que hacer –dijo espontáneamente– es dejar las pastillas y tomarme en serio la psicoterapia”.

“Cito este caso tan reciente para mí [concluía el texto con que finalizaba la tesis en diciembre de 1981] porque nos permite ver brevemente las características de una Psicoterapia Existencial. El Análisis Existencial nos lleva a comprender su caso no como una pérdida del “*elan vital*”, como diría Minkowsky (1933) o la alteración del equilibrio neuroquímico del cerebro, cosas todas que constituyen el efecto y no la causa, sino como un crisis existencial, característica de una existencia alienada, estructurada alrededor del Mitwelt: “*être pour autrui*” en contraposición a “*être pour soi*”, en palabras de Sartre (1960, 1983).

Cuando la hija se va, Carolina se da cuenta que se queda con el hijo que es un pasota, un marido que ha sido siempre un hombre enfermizo, una suegra, de 81 años, con la que ha vivido desde los inicios de su vida de casada y que ocupa el lugar de un mueble rinconero. En consecuencia su mundo se hunde y aparecen la angustia y la depresión.

Que esta interpretación es correcta se basa no solamente en el acuerdo explícito de la paciente, sino también en el hecho que la alternativa de superación de la crisis es vista por ella como la creación de un mundo propio (*Eigenwelt*), en el que sea ella la que se determine a sí misma y no en función de los demás. No se trata ya de recuperar el mundo perdido, sino de construir uno nuevo sobre las bases sólidas de la autodeterminación. Desde el punto de vista existencial la crisis depresiva debe entenderse,

precisamente, como una crisis de crecimiento y de integración personal y tiene su nueva máxima potencialidad de superación a través de nuevas formas de creatividad”.

Análisis Existencial y Teoría del Desarrollo Moral

Aquí termina la larga cita tomada de las conclusiones de la tesis doctoral, presentada a finales de 1981. Leídas ahora estas palabras, a la distancia de más de 35 años, suenan como un esbozo de lo que, a partir del año 1993 en un artículo titulado “La entrevista evolutiva” (Villegas, 1993), sería denominado como Terapia del Desarrollo Moral (TDM). Esta modalidad terapéutica venía a añadir dos dimensiones básicas a la perspectiva epistemológica de la Terapia Existencial, de las que ésta carecía: la evolutiva y la estructural, ampliamente tratadas en sucesivas publicaciones posteriores como “El error de Prometeo: Psico(pat)ología del desarrollo moral” (Villegas, 2011), “Prometeo en el diván: Psicoterapia del desarrollo moral” (Villegas, 2013) y “El proceso de convertirse en persona autónoma” (Villegas, 2015).

Nacía así, de esta constatación, la necesidad de desarrollar una terapia existencial que sostuviera sus bases conceptuales, epistemológicas y metodológicas sobre una psicología congruente con su perspectiva antropológica, al tiempo que la librara de su encorsetamiento filosófico y planteamiento idealista, basado en la suposición de una mente adulta, ajena a la dinámica evolutiva y genético-estructural, que preside todo el proceso de formación o construcción de la conciencia moral en el niño y el adolescente (Piaget, 1976; Kohlberg, 1976, 1981).

El nexo que había de permitir su encaje mutuo radicaba precisamente en el concepto de libertad, entendida como capacidad de autodeterminación o autonomía. Lo resumía a la perfección una sentencia de Henri Ey (1976), psiquiatra francés de la escuela fenomenológica: “Todas las neurosis son conflictos de la libertad”. Esta expresión establece los fundamentos para la concepción moral de la psicoterapia existencial. Si las neurosis son conflictos de la libertad, esto supone que en todos los conflictos neuróticos se pone invariablemente en juego la responsabilidad o capacidad para decidir de manera autónoma, lo que nos remite inexcusablemente a algún tipo de regulación moral.

Los distintos tipos de regulación moral han sido descritos por nosotros anteriormente en las numerosas publicaciones que acabamos de citar (Villegas 2011, 2013, 2015) a las que nos remitimos para no repetimos aquí. En síntesis, los diversos subsistemas de regulación moral se organizan evolutivamente en torno al proceso de desarrollo de la autonomía, y siguen diversas fases en su formación, desde la

- pnomía (cuyo criterio se basa en la satisfacción de las necesidades básicas, entre los 0 y 2 años);
- anomía (cuyo criterio se basa en la satisfacción de los impulsos o deseos, entre los 2 años y 6 años, periodo del pensamiento mágico o simbólico);

- heteronomía (cuyo criterio se basa en la adecuación a las normas impersonales o legales, entre los 6 y 12 años, dando origen a la formación de la conciencia moral, con el surgimiento de los sentimientos de culpa y vergüenza y la interiorización de las figuras de autoridad);
- socrionomía (cuyo criterio se basa en la formación de los vínculos relacionales de tipo interpersonal, como la amistad, la pareja, los hijos, dando lugar a modalidades complacientes, vinculantes de carácter dependiente u oblativo, con inicio en la pubertad o adolescencia que se puede prolongar indefinidamente, sin desembocar necesariamente en la autonomía);
- autonomía, que no constituye por sí misma una fase evolutiva, sino la integración de todas ellas en una síntesis superior, capaz de ejercer responsablemente la libertad y, en consecuencia, hacer frente a los conflictos.

Encontramos en el relato del caso de Carolina una conjunción perfecta entre la perspectiva existencial y la del desarrollo moral:

- En primer lugar, la asunción de responsabilidad ante la elección del tratamiento como un sometimiento a la intervención psiquiátrica enajenante, o la libre implicación o compromiso con un proceso psicoterapéutico, orientado a la consecución de la autonomía, como consecuencia de no rehuir el sufrimiento, de haber empezado a aprender de lo que Martín Santos llama el “dolor fáctico”.
- En segundo lugar, hallamos la depresión como respuesta al fracaso de un proyecto existencial, entendido como en un “estar en el mundo” regulado por la socrionomía vinculante oblativa. Se produce invariablemente cuando la regulación moral socrionómica fracasa en su doble función criteriológica de dar sentido y dirección a la vida, frente a la desaparición o hundimiento del *Mitwelt*, conocido en román paladino, como el fenómeno del “nido vacío”.

Ante este choque experiencial, el proyecto existencial y, en consecuencia, la regulación moral, deben dar un paso hacia la autonomía, lo que implica una redefinición del proyecto. Lo contrario supone la formación de un vacío que clínicamente se conoce con el nombre de depresión y que frecuentemente lleva a hundirse en la posición prenómica o a considerar, incluso, la alternativa del suicidio.

DASEIN: ESTAR EN EL MUNDO

El concepto básico del que parte el existencialismo es la consideración del ser humano como “ser-en-el-mundo” (*Dasein*) de acuerdo con la formulación de Heidegger (1927). Sin embargo, el mundo donde se desarrolla la existencia humana no es únicamente un ambiente físico (*Umwelt*), sino que está constituido igualmente por un espacio social (*Mitwelt*) y por una relación reflexiva del individuo consigo mismo (*Eigenwelt*). Estos tres mundos constituyen el horizonte simbólico donde se

proyecta la existencia individual y colectiva. La relación con estos tres mundos no está genéticamente determinada, dando lugar, en consecuencia, a la aparición de espacios de libertad. El contraste entre los modos de vida humana y animal pone en evidencia que si bien ambos, hombre y animal, están determinados por sus necesidades físicas, no obstante se diferencian radicalmente en los grados de libertad con que las satisfacen. Piénsese, a título de ejemplo, en las mil variadas formas cómo la especie humana ha resuelto el problema de obtener cobijo o alimento. Justamente estas múltiples formas han dado origen a distintas culturas y sociedades. El animal se relaciona con un mundo configurado por su percepción instintiva, naturalmente determinada. El mundo humano, en cambio, no está naturalmente estructurado, sino que es indeterminado o libre. La conclusión de todo esto es que el ser humano se ha convertido en el artífice de su propio mundo, de forma que éste ya no es sólo un planeta habitable de un sistema solar, sino, fundamentalmente, una creación de la conciencia humana.

En efecto, el ser humano se caracteriza por ser un ser consciente no sólo del mundo que le rodea a través de sus sensaciones, sino también del efecto que tienen sus acciones sobre él. Para adaptarse al mundo que le rodea (*Umwelt*, en términos existenciales) el ser humano dispone de un repertorio innato de respuestas y de dispositivos neurológicos de aprendizaje que comparte con otros muchos animales, particularmente los mamíferos. Si su capacidad de respuesta se limitara a ello, bastarían para explicar su comportamiento el estudio de la etología y del aprendizaje animal, tal como algunos psicólogos conductistas y neoconductistas (Skinner, 1971) pretendieron en su momento, llegando a negar incluso la necesidad de los conceptos de libertad y responsabilidad.

Sin embargo, la conciencia humana es un fenómeno mucho más complejo, dado que no sólo responde a los estímulos del ambiente, sino que lo modifica con su acción tecnológica, tal como postula la primera parte del mito de Prometeo (Villegas, 2011). Pero es que, además, su mundo no es sólo un mundo físico, sino, como plantea la segunda parte del mito, social o interpersonal (*Mitwelt*), y finalmente un mundo íntimo, de relación consigo mismo (*Eigenwelt*, o mundo propio) en el lenguaje existencialista. Esta dimensión trascendente de la conciencia humana es la que le otorga su carácter moral: sus pensamientos, sentimientos, acciones y decisiones, en efecto, tienen consecuencias necesarias para bien o para mal sobre sí mismo y sobre los demás.

Umwelt

Las relaciones de la conciencia humana con el entorno físico (*Umwelt*) apelan a la responsabilidad humana respecto al mundo circundante, que en términos actuales dan lugar a la que podríamos denominar “conciencia ecológica”. Una conciencia ecológica es una conciencia de estar en un mundo físico y biológico, que implica respeto y cuidado. La idea de “tener cuidado” de las cosas naturales, estaba muy arraigada en los pueblos primitivos. En muchas religiones se fomentaba el

respeto por los fenómenos naturales o incluso llegaban a sacralizarse. La idea actual es que nosotros formamos parte de este sistema natural, aunque somos seres que lo transcendemos por la conciencia; pero justamente porque tenemos conciencia, tenemos necesidad de respetarlo. Y esta necesidad se convierte, al menos en parte, en un regulador moral.

Este mundo físico o natural hace referencia igualmente al individuo humano como organismo vivo. El ser humano se halla ciertamente determinado por una estructura biológica que le sitúa inexorablemente dentro de los límites del espacio (cuerpo) y tiempo (vida), lo que implica la aparición de la conciencia de muerte en el horizonte de su existencia como consecuencia inevitable.

Esta condición de mortalidad, más o menos presente a la conciencia a lo largo de la vida individual, trae consigo la construcción psicológica de las experiencias asociadas al cuerpo (necesidades, impulsos, salud, enfermedad, goce, dolor, etc.) y a su desarrollo a través de las diversas etapas de la vida (nacimiento, infancia, pubertad, juventud, madurez y envejecimiento), como formas de (bien- /mal-) estar en el mundo. Los déficits o conflictos en la regulación moral de algunas de estas categorías corporales pueden dar lugar, incluso, a la aparición de verdaderos trastornos psicológicos, tales como los relacionados con la imagen corporal (dismorfofobia, anorexia, bulimia, etc.) o al cuidado o maltrato del cuerpo (autolesiones, suicidio, etc.), como expresión del malestar existencial.

Mitwelt

La existencia humana se despliega indudablemente en el ámbito del mundo físico o natural, que constituye la base y el sustento de la vida. Pero el ámbito donde adquiere una dimensión más trascendente, está compuesto, de modo preeminente, por el mundo de las relaciones sociales o interpersonales (*Mitwelt*). En ellas, el ser humano se constituye, propiamente, como persona o sujeto moral.

La distinción entre el bien y el mal, entendida como beneficio procurado o daño infligido a los otros, tiene su fundamento en las características del desarrollo moral del ser humano, tanto desde el punto de vista antropológico, como psicológico. Este desarrollo, ampliamente tratado por nosotros en obras precedentes (Villegas 2011, 2013 y 2015), contempla la formación de la conciencia de alteridad y, en consecuencia de moralidad, como fruto de un largo proceso evolutivo de diferenciación respecto a los otros.

Desde el punto de vista evolutivo este proceso psicológico de diferenciación parte de una perspectiva necesariamente egocentrada por la que el niño va tomando conciencia de sí (sujeto) en oposición a la conciencia de lo otro (objeto) que se sitúa frente a él como diferente o ajeno a él, indistintamente de si son personas o cosas. De este modo va construyendo paulatina y gradualmente la distinción experiencial yo <-> no-yo (sujeto – objeto), que se puede sintetizar en los siguientes enunciados:

- Yo soy un sujeto para mí, y tú y el mundo sois un objeto para mí, por el simple hecho de estar frente a mí. E, inversamente: tú eres un sujeto para

ti y yo soy un objeto para ti, por el simple hecho de estar frente a ti.

- Yo te puedo tratar como un objeto, lo que da lugar a relaciones de *dominio* y tú te puedes dejar tratar como un objeto, dando lugar a relaciones de *sumisión* y dependencia. Y a la inversa, tú puedes hacer lo mismo conmigo.
- Pero tú también te puedes tratar a ti mismo como un objeto a través de la mirada del otro. Y yo también me puedo tratar a mí mismo como un objeto a través de la mirada del otro. En ambos casos hablamos de *alienación*.
- Yo te puedo tratar a ti como un objeto, pero esperar que tú me trates a mí como un sujeto. En este caso hablamos de *narcisismo*.
- Pero yo también me puedo tratar a mí como un sujeto (por ejemplo a través de la mirada o la escucha interior). Y tú también te puedes tratar a ti mismo como un sujeto (por ejemplo a través de la mirada o la escucha interior). En ambos casos hablamos de *autonomía*.
- Finalmente tú y yo nos podemos tratar como sujetos, reconociendo la *alteridad*. La capacidad de darse cuenta de que si yo soy un sujeto, que te veo a ti como objeto, implica exactamente la inversa, que tú eres un sujeto y que me ves a mí como un objeto, lo que supone la superación del pensamiento egocéntrico. Pero esta superación requiere no solamente el desarrollo de la capacidad metacognitiva, sino el cambio de mirada, mediada por la humildad y el reconocimiento de la igualdad. Yo te puedo tratar como un sujeto (relaciones de empatía, comprensión, respeto) y tú me puedes tratar a mí como un sujeto (correspondencia, gratitud, reconocimiento). En este caso hablamos de *intersubjetividad*.

Todas estas consideraciones adquieren mayor claridad a la luz de aquella distinción que establecía Sartre entre las modalidades del ser como *l'être en soi*, *l'être pour soi* y *l'être pour autrui* (el ser en sí, el ser para sí y el ser para el otro). El ser en sí es un ser natural: un animal, una planta son seres en sí, carentes de conciencia de sí. Como ser en sí soy igual que una planta o que un animal, es decir, soy un ser vivo, que tiene una entidad propia y en el momento en que pierde la vida deja de existir. Por tanto, la esencia tiene que ver con el ser en sí: soy un ser vivo, un ser que existe y que está ahí. La diferencia está en que yo soy un ser también para mí, porque tengo la conciencia y en consecuencia me planteo esta existencia. Pero como me hallo en medio a los otros, para ellos soy un objeto y no un sujeto.

Por eso Sartre hablaba de la mirada. Una mirada puede ser objetivadora, por ejemplo, si me sitúa en la posición de objeto de deseo, de odio, de rechazo o de desafío. Pero puede ser una mirada subjetivadora, si se convierte en una mirada respetuosa, es decir si me mira y me respeta, si me deja ser, no quiere que deje de ser, se alegra de que sea, desea que yo sea y, en consecuencia, no pretende cambiarme.

Mi propia mirada hacia mí debe ser una mirada de respeto, una mirada de aceptación o estima ontológica para que llegue a ser una mirada subjetivadora.

Cuando hablamos de falta de autoestima nos referimos a una mirada en la que no hay respeto, sino objetivación a través de la imagen, lo que da lugar al narcisismo (Villegas y Mallor, 2015).

Eigenwelt

El concepto de Eigenwelt hace referencia al mundo propio, es el mundo de la intimidad, de mi interior, del monólogo o diálogo conmigo mismo. Se puede definir como el mundo que se construye a partir de la relación con uno mismo. Es el núcleo duro de mi ser que debo preservar pase lo que pase y que nos lleva inexorablemente a posicionarnos en el mundo. En consecuencia implica conceptos como proyecto existencial, libertad, responsabilidad, así como autoestima, dignidad, intimidad, soledad, interioridad o espiritualidad.

Ocupa un lugar privilegiado en el proceso hacia la autonomía. Si no llego a desarrollar un mundo propio, me quedo en el mundo de las relaciones, pero éstas no serán nunca satisfactorias, porque siempre implican la pérdida de la identidad. Hay personas que pueden pasar años y años de su vida en un mundo de relaciones en el que perderán su identidad o incluso la vida, si esa enajenación las lleva al suicidio.

El mundo ya no gira

En los años sesenta, el cantante italiano Jimmy Fontana lanzó una canción que consiguió una rápida difusión, cuyo estribillo repetía “gira el mundo, gira”, dando a entender que existía un mundo más allá de nuestro pequeño cosmos de relaciones vinculares o amorosas.

Este es el mundo que Giulia, paciente de 46 años, no supo ver cuando uno tras otro fueron cayendo los componentes de la constelación de sus relaciones vinculares y, al sentirse sola en un mundo vacío, se precipitó en él, intentando el suicidio hasta tres veces consecutivas.

El detonante fueron un aborto y un divorcio sucesivo. Con anterioridad, a los 23 años, había perdido a una amiga muy íntima de su misma edad y, solo un mes después, a su madre de cáncer, todavía muy joven. A los 30 años se casa y lo deja todo: ciudad de origen, familia, trabajo, amistades, por “amor”, para ir a vivir a la capital con Giovanni, su pareja, el cual termina por liarse con otra mujer, al cabo de diez años, motivo de la separación y divorcio posterior. El aborto acontece cuatro años antes. Con cuarenta años se encuentra sola, coincidiendo la separación del marido y la muerte del padre. Tres años más tarde se producen nuevas pérdidas, singularmente la de una cuñada suya, que anteriormente había intentado suicidio sin éxito, aunque con graves consecuencias físicas, al tirarse desde un segundo piso. A consecuencia de ello no pudo hacerse cargo de su hijo Daniele, al que Giulia cuidó como si fuera su madre. El chico se ha hecho ya mayor y se ha ido a estudiar al extranjero, constituyendo la última y más sentida de las pérdidas, pues lo consideraba como un hijo.

En este momento vital en que acude a terapia, se halla sola, sin padres, sin amigos, sin trabajo, divorciada, alejada de sus dos hermanos y desconectada de su sobrino. En este contexto ha cometido tres intentos de suicidio sin éxito, seguidos de sus correspondientes ingresos hospitalarios y sin que nadie la haya ido a visitar.

El proceso de terapia va a consistir en resignificar su experiencia como una oportunidad de redefinición de las opciones que, en un momento determinado, la apartaron de su camino hacia la autonomía para volcarse en el mundo relacional de la sconomía, particularmente a partir de la boda, que supuso el abandono de su mundo personal, para fusionarse en el de la pareja, lo que comportó en palabras de ella “perder 10 años de mi vida, tirándolos a la basura”.

Si Giulia siente haber perdido 10 años de su vida tirándolos a la basura es porque su posición en el mundo se ha supeditado a las relaciones vinculares afectivas. En términos existenciales su vida se ha proyectado sobre el *Mitwelt*, literalmente “el mundo-con”, es decir, el mundo relacional, lo que da lugar a una regulación moral de tipo sconiómico, que en su caso implica ambas modalidades, tanto la complaciente como la vinculante (Villegas, 2011, 2015).

La distinción heideggeriana de la proyección del ser humano sobre los tres mundos *Umwelt*, *Mitwelt* y *Eigenwelt*, considerados hasta ahora, puede encontrar su equivalente en la clasificación sartreana de las relaciones del ser *en soi*, *pour autrui* y *pour soi*, (Sartre, 1960, 1983; Martín-Santos, 1964) y éstas, a su vez, en la clasificación de las correspondencias de las modalidades de regulación moral de acuerdo con la siguiente tabla (Tabla 1).

Tabla 1.

Correspondencias de las modalidades de regulación moral.

| <i>DASEINANALYSE</i> Heidegger / Binswanger | ANALISIS EXISTENCIAL Sartre / Martín-Santos | DESARROLLO MORAL Villegas (2011, 2013) |
|--|---|---|
| Umwelt | En soi | Prenomía Anomía |
| Mitwelt | Pour autrui | Heteronomía Sconomía |
| Eigenwelt | Pour soi | Autonomía |

Esta correspondencia nos permite leer las mismas situaciones con categorías diferentes, pero coincidentes. Las relaciones del ser humano con el mundo físico, incluido el propio organismo en su dimensión somática (salud, enfermedad, juventud, vejez, placer, dolor, necesidades básicas de tipo fisiológico, sexualidad, etc.) pertenecen al reino del *Umwelt* y son regidas por la regulación prenómica (necesidades) o anómica (impulsos). Este es un mundo carente de personalización, porque los seres se consideran entes en sí (*en soi*). La manera objetivante de relacionarse con los cuerpos como lo haría un cirujano en el quirófano (interviniendo

do sobre un organismo), un cliente en el prostíbulo (pagando los servicios sexuales de una prostituta), un verdugo, un soldado, un policía o un guardián (matando, ahorcando, pegando o gaseando a los manifestantes o a los prisioneros) es funcional y despersonalizada. Los bombardeos sobre la población civil o las cámaras de gas colectivas solo pueden concebirse desde una perspectiva cosificadora, en que las personas son consideradas como objetos a destruir para satisfacción de sentimientos de odio o de prepotencia.

En Calígula, el texto dramático de Camus (1948), jactándose de su poder de disponer de la vida de sus súbditos, que confunde con la libertad, una libertad entendida desde una posición totalmente anómica o egocéntrica, el emperador dice: “Este mundo no tiene importancia, y quien así lo entienda conquista su libertad. Y justamente, os odio porque no sois libres. En todo el Imperio romano soy yo el único ciudadano libre... Vivo, mato, ejerzo el poder delirante del destructor, comparado con el cual el del creador parece una parodia. Eso es ser feliz. Esa es la felicidad: esta insoportable liberación, este universal desprecio, la sangre, el odio a mi alrededor, este aislamiento sin igual del hombre que tiene toda su vida bajo la mirada, la alegría desmedida del asesino impune, esta lógica implacable que tritura vidas humanas, que te tritura, Cesonia, para lograr por fin la soledad eterna que deseo”.

Rectificar este modo de entender la libertad supone tomar en cuenta la existencia del otro, como otro, como un ser para sí, que no puede en ningún modo estar sometido o supeditado a nadie, ni a ningún poder. Una libertad que no nace de la exaltación del ser, sino del reconocimiento de sus límites y del respeto por su unicidad y dignidad, más allá de cualquier supremacía narcisista individual o colectiva.

SEIN UND ZEIT: SER Y TIEMPO

Este “ser en el mundo” se caracteriza por el modo particular como vive el tiempo. Desde el punto de vista de la física (newtoniana, relativa, cuántica) no sabemos muy bien si el tiempo es lineal, circular, relativo, contemporáneo, retrógrado, comprimido o en expansión. Pero para nuestra experiencia del tiempo limitado de nuestra existencia, lo importante no es el tiempo como concepto, sino como vivencia, al que aludía Minkowski (1933) en *Le Temps vécu*.

De acuerdo con estos criterios podemos distinguir cinco tipos de tiempo:

- Tiempo vital o biológico
- Tiempo cronológico
- Tiempo histórico
- Tiempo biográfico
- Tiempo existencial

1) **Tiempo biológico.** Ligado a los ciclos naturales de los procesos vitales como los ciclos de nacimiento, crecimiento y muerte. Los momentos evolutivos por

lo que pasa el ser humano, llevan consigo formas muy diferenciadas de vivencia del tiempo, desde la perspectiva maníaca a la depresiva, desde la vivencia de extrema lentitud a la de velocidad astral con que se experimenta el paso del tiempo en la infancia, la adolescencia, la juventud, la edad adulta o la vejez. La aspiración del ser humano a una eterna juventud o la fantasía de superación de la muerte, sea a través de medios sobrenaturales, kármicos o tecnológicos, es también otra característica humana presente en las más diversas culturas a través de la historia.

2) **Tiempo cronológico.** La noción de tiempo cronológico hace referencia al tiempo objetivo, cuantificable o mensurable en segundos, minutos, horas, días, semanas, meses, años, sobre la base de los ciclos diarios, lunares o solares. Su medición se lleva a cabo a través de aparatos o dispositivos (reloj, calendario, etc.) que han permitido grandes avances técnicos y coordinación de múltiples actividades sincronizadas desde diversas perspectivas:

- La presentista: organizar los tiempos (*time table*: horarios de trenes, aviones, etc.), la agenda de actividades diarias, semanales, anuales, dando lugar a vivencias muy distintas según los contextos formales, informales, culturales, etc., que ponen en juego diversas actitudes psicológicas relacionadas con modalidades distintas de regulación moral, fundamentalmente con una falta de integración entre anomía y heteronomía, como la obsesión por la puntualidad, la previsión o anticipación o, por lo contrario, la procrastinación, etc.
- La perspectiva cronológica ha dado origen igualmente a la aparición de los sistemas de relación de los acontecimientos con los momentos temporales que han permitido construir relatos, crónicas que se hallan en el origen del periodismo, hemerotecas, y hasta la posibilidad de la historia, como disciplina académica. Esta perspectiva se halla en la base también de cualquier sistema de administración pública.

3) **Tiempo histórico.** La consideración de la sucesión de los acontecimientos colectivos que marcan cambios (tecnológicos o sociales) a través del tiempo da origen a la perspectiva (pre-)histórica.

a) prehistoria: tiempo de los orígenes: no se relatan cambios, tiempo mítico o mitológico, sino acontecimientos fundacionales (el tiempo de los sueños, el paraíso terrenal), pero que cada vez se halla más sujeto a la posible datación, aunque sea en grandes ciclos, gracias a los hallazgos de restos fósiles y arqueológicos.

b) historia: hay sucesión de acontecimientos y relato posterior del pasado desde perspectiva presente (reconstrucción, por ejemplo guerra civil) en una cascada continua de acontecimientos, que se relacionan entre sí.

4) **Tiempo biográfico.** Tiempo subjetivo o psicológico. Hace referencia a la vivencia personal de los acontecimientos vitales de un individuo. Basado en la capacidad de construir recuerdos, de dar significado a las vivencias: memoria autobiográfica. Puede haber fallos en la construcción de los recuerdos. Presenta

varias características:

- Evolutivo: pasa por momentos vitales y evolutivos diferentes. La capacidad narrativa también varía según la edad. Se tiende a construir un relato secuencial en base a la continuidad biográfica.
- Discontinuo: hay lagunas, hay acontecimientos más presentes que otros; algunos vuelven; otros se olvidan por completo; otros son evocados por acontecimientos posteriores, no siempre de forma fiable. El relato puede presentar una estructura disociativa.
- Selectivo: hay vivencias que no se construyen, o se olvidan, o cambian de significado según el momento. El relato puede resultar incoherente.

En terapia se trabaja mucho con el tiempo: reconstrucción del pasado, desde una perspectiva presente, proyectada hacia el futuro.

5) **Tiempo existencial.** Se refiere a la percepción del tiempo limitado (principio y fin) en la contraposición a la eternidad. Todo lo que se halla dentro del tiempo está sometido a la muerte. La eternidad está fuera del tiempo. La perspectiva circular del tiempo, la del eterno retorno se contraponen a una concepción lineal. La primera es una forma de reintroducir el concepto de eternidad en la secuencia del tiempo. La segunda obedece a la percepción de caducidad inevitable, y entiende el tiempo como oportunidad, a la cual, como a la ocasión, la “pintan calva”, porque como “Kairós”, el dios que la representa, o la diosa ocasión, solo tienen un mechón de pelo por donde agarrarlos, en referencia a su fugacidad. De ahí la importancia del compromiso para dar continuidad a la proyección existencial en el tiempo.

La falta de compromiso existencial repercute con frecuencia en una posición de desidia ante la vida. Esta posición de desidia ante la vida adquiere distintos matices según el momento vital de la persona. Desde la perspectiva de la edad puede vivirse desde la nostalgia, el desengaño o la depresión frente a la percepción de inutilidad de cualquier esfuerzo por alcanzar la felicidad.

Pero también puede vivirse con la ansiedad anticipatoria de la muerte, dando origen a posibles patologías reactivas al sentimiento de vacío existencial, como la adicción a sustancias o a conductas compulsivas, dirigidas a aturdir la conciencia del tiempo existencial. En el polo opuesto pueden aparecer todo tipo de respuestas ansiosas, relacionadas con la búsqueda de apoyo en las relaciones interpersonales, como las amistades o las relaciones amorosas, que en ocasiones pueden derivar incluso en dependencias afectivas.

Junto a esta actitud, otras formas de reacción ansiosa vienen representadas por trastornos del espectro obsesivo. Entre ellas, a parte de la obsesión propiamente dicha, merece destacarse la respuesta hipocondríaca que tiene una doble congruencia con la vivencia de un vacío existencial. Primero porque en el vacío es más fácil oír los ruidos internos o percibir las sensaciones propioceptivas del organismo, fácilmente interpretables como síntomas de enfermedad. En segundo lugar porque la enfermedad es la antesala de la muerte que representa el final de la existencia y, con él, la imposibilidad definitiva de llenarla de significado.

SEIN ZUM TODE: EL SER FRENTE A LA MUERTE

Éste, *Sein zum Tode*, es otro de los conceptos básicos del *Daseinanalyse* heideggeriano, que ha sido traducido como “ser para la muerte” (destino), o ser que se encamina o “va hacia la muerte” (dirección), pero que nosotros nos tomamos la libertad de traducir como ser “frente a la muerte”, indicando posición o posicionamiento frente, resultado de la propia conciencia de muerte, que nos exige incorporarla en nuestra vida.

El ser humano ocupa el lugar más elevado en la escala de los organismos, llegando a ser consciente de su propia condición y funcionamiento, pero no por eso escapa a la ley universal que establece el ciclo de generación, crecimiento y muerte. La conciencia precisamente de esta condición le pone ante la situación de significar la experiencia de este ciclo, particularmente de su cierre mortal, pudiendo adoptar diversas posturas ante ella: de aceptación estoica (“la muerte no es nada, porque donde está ella, no estoy yo”), de desprecio hedonista (“comamos y bebamos, que mañana moriremos”) o de negación obstinada (“mientras hay vida –ni que sea residual– hay esperanza”; un budista diría: “hay ilusión”). La última frase que pronuncia Calígula, el personaje de la obra de Camus (1944), al caer herido por las armas de sus adversarios es precisamente ésta: “todavía estoy vivo”.

Independientemente de la postura adoptada, el hecho ineludible de la muerte es absurdo o carente de significado para el agnóstico. Supone el fin de la existencia y en ese sentido implica siempre un fracaso del ser humano en su intento de trascenderla, sea éste de la naturaleza que sea. Algunos buscan trascenderla en el arte (“*ars longa, vita brevis*”); otros proyectan la ilusión de permanencia en una numerosa descendencia (la teoría del gen egoísta) o en la acumulación de riqueza; otros creen poder sobrevivirla a través de la adquisición de fama social; otros la desafían enfrentándola, directamente en la lucha o la guerra o en otras actividades de riesgo; otros intentan olvidarse de ella a través de la diversión (literalmente, mirando a otro lado) constante; otros adoptan ante ella una actitud estoica, trágica o épica como Sócrates, Séneca, Freud (1923, 1930) o Sartre; finalmente otros intentan manipular directamente su naturaleza, buscando dominar los secretos de la vida para oponerse a la muerte. Para todos, y particularmente para estos últimos, la muerte es un fracaso, puesto que ineluctablemente ella se acaba imponiendo, aunque los avances en medicina genética apuntan a conseguir la “inmortalidad” o, al menos, la “amortalidad” (Harari, 2016).

Éste es el motivo por el que en nuestra sociedad occidental se obvia sistemáticamente el tema de la muerte, la cual ha perdido su carga misteriosa y sagrada, cambiando su “intimidad” por la “clandestinidad”, para convertirse en un tabú social, sólo objeto de espectáculo cuando no se produce de forma natural (accidente, cuanto más macabro o numeroso mejor; guerra, con su impresionante aparato tecnológico; ataque terrorista, con su carga de intriga, espionaje y contraespionaje, etc.). La muerte natural, al contrario de la accidental, no es noticia porque nos remite necesariamente a nuestra condición mortal, cosa que nuestra cultura no

puede aceptar, porque no sabe cómo integrar.

Es cierto que no tenemos ni podemos tener experiencia de la muerte (definitiva), porque eso implicaría superar la aporía de continuar vivos (biológicamente) después de muertos, pero sí tenemos conciencia de la muerte. Aunque no podamos tener conciencia de la experiencia de estar muertos, tal vez sea posible llegar a tenerla del “morir” o al menos de lo que el hecho de la muerte (su integración o su negación) supone para la vida. Y esta conciencia puede ser origen de sentimientos de temor, respeto, o incluso de burla, sarcasmo o cinismo, crueldad, sadismo y necrofilia, o puede establecer las bases para la reflexión sobre el sentido de la vida o llegar a constituirse en motivo para desarrollar la dimensión espiritual o trascendente del ser humano.

Para tener conciencia de la muerte no es necesario encontrarse en una situación de “*moribundus*”, del que se está muriendo, basta con darse cuenta de hallarse en la condición de “*moriturus*”, de quien tiene que morir. Esta condición es la que nos lleva a definirnos como “mortales”. Y la conciencia de esta condición es probablemente la que ha llevado la especie humana a su evolución como “*sapiens*”. Antes de esta conciencia el ser humano pudo desarrollar habilidades técnicas que mejoraban su adaptación al medio, pero que no le permitían trascenderlo. En el momento en que la especie humana empieza a ocuparse de sus muertos, aparece la capacidad de hacerse preguntas orientadas a dar respuesta a los enigmas de la vida y de la muerte.

La conciencia de la muerte, escribe Yalom (1984):

“es importante en psicoterapia por dos razones diferentes: porque la conciencia de la misma puede actuar como “situación límite” y provocar un cambio radical en la perspectiva de la vida y porque la muerte es una fuente primaria de angustia... Una situación límite es un hecho, una experiencia urgente, que impulsa la persona a enfrentarse con su situación existencial en el mundo. La confrontación con la propia muerte es una situación límite por excelencia y posee la capacidad de provocar un cambio radical en la manera de vivir la persona en el mundo. Aunque el hecho físico de la muerte *destruye* al individuo, la conciencia de la misma puede *salvarle*”.

La conciencia de la muerte como fin de la vida, introduce posiblemente la conciencia del tiempo como duración, dando lugar a los parámetros temporales del antes y el después, permitiendo la pregunta sobre el origen y el fin, estableciendo las bases para la concepción histórica y la reflexión filosófica, propia de la especie. A su vez esa conciencia se halla a la base de la búsqueda de sentido.

EL SENTIDO DE LA VIDA

Es frecuente en terapia la pregunta por el sentido o sinsentido de la vida. Pregunta a la que no podemos dar respuesta sin devolver la pregunta a quien la hace. ¿Cuál es para ti el sentido de tu vida? En primer lugar hemos de tener presente que

la palabra “sentido” es susceptible de, al menos, tres interpretaciones: “sentido” como sentir; “sentido” como dirección; y “sentido” como significado. Y es importante, en primer lugar, aclarar con quien hace la pregunta a cuál de estas acepciones nos estamos refiriendo.

Sentir la vida

Para sentir la vida se necesita cierto grado de conciencia, para la que basta tener una estructura mínima cerebral, como podría ser la estructura de un cerebro de un reptil. Los reptiles perciben, porque se relacionan sensorialmente con el mundo que les rodea y experimentan sensaciones, porque reaccionan ante él. Al menos se pueden identificar en ellos dos tipos de reacciones que son emociones: el miedo y la rabia. La serpiente puede tener miedo y huir, o tener rabia y atacar. No se puede separar la respuesta motora de la reacción emocional, por lo que podríamos decir que la primera toma de conciencia en el mundo animal es reaccionar emocionalmente. Sentir no es una función aislada en el cerebro, sentir implica una respuesta agradable o desagradable: nos gusta, o nos disgusta. La conciencia nace de este degustar. La palabra “saber” proviene del latín “*sapere*” (saborear) que quiere decir “degustar”, por lo que toda toma de conciencia empieza por hacer una degustación.

La conciencia no solo es percepción, sino reacción. Sin contacto con el mundo no hay sentido. Si comemos un caramelo sentimos un gusto, sentimos un olor, una serie de sensaciones ligadas al caramelo pero a la vez esto nos produce un estado: nos gusta o nos disgusta. En este segundo nivel empieza la conciencia: no tener solo una percepción sino una respuesta a esta percepción. A partir de que probamos una cosa hay todo un proceso de percepción, sensación, respuesta emocional, recuerdo, asociación, construcción de la experiencia. Son diferentes estructuras cerebrales las que se ponen en funcionamiento, por lo que sentir implica no solo tener una relación con el objeto, sino construir una experiencia.

Los mamíferos muestran una reactividad emocional más compleja que los reptiles. Podemos identificar en los mamíferos tres emociones más que las mencionadas hasta ahora: sorpresa alegría y tristeza. La sorpresa tiene un carácter cognitivo de plantearse ¿qué es eso?, por ejemplo, un ruido ¿qué es? La alegría y la tristeza son emociones que no nos incitan a una acción, como huir o atacar, propias del miedo o la rabia, sino que generan un estado de ánimo: estar contentos o tristes, al valorar las situaciones como pérdida o ganancia.

Sentir la vida es tener acceso a las sensaciones y las emociones. Las personas que tienen dificultades con conectar emocionalmente tienen una vida apagada, insulsa; en el otro extremo están las personas que viven la vida intensamente, explotan, se derrumban, se levantan, tienen una vida inestable. Esta es la parte que los psicólogos vemos de una manera más inmediata, porque la gente no acude generalmente a terapia diciendo que su vida no tiene sentido y si lo hace es desde una posición afectiva (depresiva); esto no quiere decir que no sea verdad que su vida no tiene sentido, sino que no suelen decirlo de forma explícita. Los psicólogos nos

encontramos con situaciones en las cuales las personas tienen problemas con sentir la vida, en la manera como sienten la vida.

Compartimos la vida sensorial con el mundo animal, pero vemos que los animales tienen suficiente con sentir la vida en este nivel, disfrutan del sol en las tardes de invierno, o los pájaros cantan al amanecer. Pero los animales no hacen planes, no tienen recuerdos, para un animal las respuestas de rabia o de miedo están relacionadas con la situación actual.

Los humanos no tenemos suficiente con sentir la vida, aquí es donde empieza la disociación del ser humano con el mundo animal. No tenemos suficiente con sentir la vida porque nuestro grado de conciencia ha ido más allá que la evaluación de las propias sensaciones y ha ido más allá, a partir de la conciencia de muerte. Los animales no son conscientes de la muerte, son conscientes que viven y pueden ser conscientes de que se están muriendo, pero no de que se morirán, es la conciencia del momento. Los animales se dejan morir, no se resisten, en los humanos se ha visto que hay personas que se tendrían que haber muerto y no lo han hecho todavía en un momento dado, y la explicación psicológica que se le da a este fenómeno es que esas personas se resisten a morir. Y si se resisten a morir es debido que no han echado el cierre a su vida, hay alguna causa que les impide dejarse morir.

Elisabeth Kübler-Ross (1989) explica el caso de una mujer que los médicos no entendían porque no se había muerto, ya. Esta mujer se resistía a morir y explicaba que tenía miedo a que cuando se muriera se la comiesen los gusanos. Se habló de la posibilidad de la cremación lo que tranquilizó a la paciente, y se permitió morir. Las personas para morir necesitan hacer un cierre, despedirse, acabar la vida, por eso las muertes traumáticas se consideran especialmente trágicas porque no se han podido despedir, no han podido acabar su vida de manera concluyente.

No es lo mismo una muerte trágica, que prematura. Un niño o adolescente puede morir habiendo finalizado su vida. Una vida que se acaba deja en el que se muere y en el que lo rodea un sentido de aceptación. Esto responde a una estructura psicológica humana que son las *gestalten* inconclusas. Una vida acabada es una *gestalt* completa que emotivamente genera un estado de armonía, de calma. Una vida interrumpida es una *gestalt* inconclusa. Las *gestalten* incompletas están siempre activadas y en la psicología Gestalt se les llama “asuntos no resueltos”. El cierre de la vida es necesario para generar un estado emocional que tiene que ver con un equilibrio de todas las emociones, que es la paz, la armonía; por eso cuando se muere alguien se dice “descanse en paz”.

Los seres humanos nos encontramos en una dimensión en la cual nuestra vida biológica, sensorial, orgánica no tiene sentido exclusivamente en el sentir la vida. Se habla del “*carpe diem*” (vive el momento) pero este vivir el momento no es real, porque ¿qué es un momento? un momento es imposible de vivir. Si intentamos vivir un momento ya ha pasado. Para los seres humanos no existen los momentos, existe el tiempo como sucesión de momentos y el tiempo es una proyección, hacia adelante o para atrás, pero una proyección. Porque es proyección aparece el segundo

sentido de la palabra sentido, es decir, el de dirección ¿a dónde vamos?

Dirección

Un poema de Fray Luis de León, dedicado a la Ascensión de Jesucristo, plantea una escena donde los apóstoles de Jesús, después de verle ascender a los cielos, se quedan sin un objeto físico al que agarrarse, su cuerpo resucitado. No saben dónde ir, qué hacer con su vida, qué será de ellos. Reza así:

“Los antes bienhadados / y los agora tristes y afligidos, / ¡a tus pechos criados, / de Ti desposeídos, / ¡a dó convertirán ya sus sentidos?”

Después de una separación, después de un fracaso o una pérdida surge con frecuencia la pregunta: *¿y ahora qué hago? ¿A dónde voy ahora?* Lo que se preguntan los discípulos de Cristo es a dónde dirigirse ahora en su ausencia. Son preguntas que se refieren a la segunda acepción de la palabra sentido: el propósito, la finalidad, la dirección de mi vida. Y como dice una sentencia atribuida a Séneca: *“no hay viento favorable para un barco sin rumbo”*.

Con frecuencia, sin embargo, la ausencia de sentido como dirección no es el resultado momentáneo de una pérdida o un fracaso, sino una posición existencial que proviene ya de los primeros años de infancia o juventud. Una vida sin rumbo, llevada por la búsqueda del placer o del refuerzo inmediato; una vida sin aliciente, fruto de una desnutrición afectiva o de una sobreprotección invalidante; una vida sin tensión ética, resultado de un narcisismo excluyente y solipsista.

Esta acepción de la palabra sentido, como dirección, es muy frecuente en psicoterapia (y en coaching): la gente viene desorientada. El sentido como dirección tiene que ver con orientarse en la vida, pero para poder orientarse es necesario tener una meta, una dirección a dónde dirigirse. Lo que llena el vacío es justamente esa proyección, en esa dirección, propósito o proyecto.

Aquí aparece un mundo de proyección, de fantasía, de deseos porque el deseo aparece entre el ser y el no ser. El deseo siempre nace en la hendidura entre el ser y el no ser. El no ser como no es, no es objeto de ser, es objeto de imaginar, de fantasear, de aspirar; o de recordar (“tiempos pasados siempre fueron mejores”). Esta característica de la dialéctica entre el ser y no ser es específica del ser humano y de aquí aparece el deseo, la fantasía, la creatividad, lo cual potencialmente es una riqueza, pero a la vez es una espada de doble filo porque crea un espacio imaginario, de deseo, que a su vez puede serlo de insatisfacción, de frustración. Para que el deseo no se frustre debe convertirse en proyecto y éste poder materializarse en algo concreto. Conseguir la felicidad no es necesariamente satisfacer los deseos. En el budismo es liberarse de ellos; porque para el budismo la felicidad es apaciguamiento (nirvana) del deseo.

A los niños pequeños se les pregunta ya en su infancia ¿qué serás de mayor? En el niño ya se está introduciendo la escisión entre el ser y el no ser, el mensaje que se le trasmite es que ser pequeño en sí mismo no tiene valor, es una fase preparatoria para ser mayor.

Siempre estamos proyectando en el tiempo ¿que vendrá después? esperando nuevas cosas o recordando cosas pasadas, y nos preguntamos ¿a dónde vamos? ¿Cuál es la dirección de nuestra vida?

Nos planteamos darle una dirección a nuestra vida que nos permita desangustiarnos de la amenaza de la muerte. Organizamos nuestra vida dándole una dirección que nos dé continuidad, estabilidad, y esto que en principio afectaba a las cosas básicas como la comida o la vivienda, se va extendiendo a otros campos como la vida afectiva, buscamos tener una estabilidad afectiva, proyectamos tener una estabilidad laboral, es decir, organizamos nuestra vida en función de una dirección y esa dirección intentamos mantenerla en el tiempo. Pero en una sociedad “líquida” como la actual, con frecuencia estos proyectos laborales, relacionales, sociales, son tan efímeros que, de nuevo, nos llevan a la insatisfacción y a reiterar la pregunta por el sentido de la vida.

Significado

Si nuestra vida es tiempo y nos convertimos en historia ¿qué historia podemos explicar de nosotros mismos y cómo podemos explicarla? ¿Qué significado le damos? Si me tuviese que morir ahora ¿qué historia explicaría. ¿Para qué he vivido yo? ¿De qué me sirve mi vida? ¿Qué valor tiene?

Si le encontramos una coherencia a nuestra historia le encontramos un sentido. Pero no hay suficiente con esto, además de sentido ha de tener una secuencia, ha de tener un principio un desarrollo y un final, y a medida que vamos viviendo la vida intentamos colocar nuestras vivencias en esta secuencia. Y cuando las personas no encuentran un sentido, entran en crisis.

Existir es diferente de ser: significa estar fuera (ex-sistere). El ser humano es el único que existe, que está fuera de sí, por eso el ser humano es el único que puede enloquecer, puede estar disociado y la conciencia es una forma de disociación del momento y de sí mismo.

El ahora no existe, solo se puede pensar en el ahora si podemos imaginarnos sin futuro ni pasado. A partir del momento en el que no nos podemos concebir sin pasado y sin futuro estamos viviendo en una secuencia de momentos que tienen sentido en cuanto se conectan con el pasado y con el futuro. Si consiguiéramos vivir el ahora sería salir del tiempo, el ahora no es tiempo, sería la eternidad. Nuestro ahora es tiempo, está dentro de una secuencia.

El ahora es eternidad o no es. El ahora sería el “no tiempo” y nosotros somos intrínsecamente tiempo. Somos tiempo pero en el momento que le buscamos significado lo convertimos en historia. La vida es movimiento, si fuésemos dioses no habría tiempo, seríamos eternos. La vida es tiempo, y el tiempo es memoria y también es memoria proyectada, el recordar quién soy nos ayuda a poder proyectar en el futuro en el intento de continuar siendo yo. Cuando se desvanece la memoria, como en el Alzheimer, se pierde la noción del tiempo y de la identidad: ya no sabe quién es, no lo puede recordar, no tiene identidad, pero está en el presente, todavía

puede respirar. Vive, pero no existe.

Vivimos una vida que nos ha sido dada, nos hemos de responsabilizar de esta vida, y le tenemos que encontrar un sentido en sí misma y nos tenemos que morir en paz con nosotros. Lo que pueda venir después lo desconocemos, antes de nacer no sabíamos que existía el mundo. Ahora, la vida es nuestra: haya pasado lo que haya pasado, tenemos que responder por ella.

La terapia existencial es diferente de la terapia vivencial: la vivencia tiene que ver con el sentir la vida y la existencial con darle sentido. El problema de los seres humanos es que somos conscientes, que estamos inmersos en una dimensión temporal que nos lleva a ver la vida como una continuidad, como nuestra vida, como yo a través del tiempo y que nos lleva a plantearnos qué significa que estemos aquí y a dónde vamos.

¿Porque un campesino del agro alemán en la primera mitad del siglo XIX no se cuestionaba el sentido de su vida y Víctor Frankl, sí? ¿Qué provoca que uno se la cuestione y el otro no? Un campesino que vive del campo no se plantea su vida porque vive el sentido de su vida en una dimensión heteronómica: ha venido aquí a este mundo para cumplir una misión, un rol social, es un planteamiento más antropológico que individual o personal. Desde el punto de vista existencial diríamos que el campesino hace una proyección en el *Umwelt*, en el mundo de la naturaleza: “yo como ser humano me considero un hombre de la naturaleza, que trabajo para la naturaleza y vivo de la naturaleza, y este es mi sitio”. La naturaleza le marca el ritmo de su vida. Pertenece a una cultura ya establecida que es la *agricultura*. Vive enmarcado en un ciclo y se regula en función de este ciclo y las preguntas ya le vienen contestadas. Pero este hombre puede llegar un momento en el que empiece a plantearse cosas, como por ejemplo: si no tiene hijos se cuestionará que pasará con sus tierras, qué sentido tiene haber estado trabajando toda su vida en las tierras, si no va a haber continuidad para su obra. Su mundo se puede desmontar y sentir angustia y desconcierto y empezar a cuestionarse el sentido de su existencia.

Las culturas son mundos construidos en los que la persona ya encuentra el sentido. Mientras no entra en crisis las preguntas individuales son contestadas por la cultura. La cultura llena de respuestas las preguntas, antes de que nos las hagamos. Victor Frankl es un judío que está marginado de la sociedad en el momento del auge del nazismo, por lo tanto, a él la sociedad no le responde, sino que le excluye o incluso le persigue. Se tiene que responder a sí mismo sobre el sentido individual o personal de su existencia.

Nuestra cultura occidental ha perdido el sentido global de la respuesta, ahora sólo da respuestas mecánicas, técnicas, no da respuesta al sentido de la vida. Que el mundo occidental no dé respuestas provoca en el individuo angustia, que genera la necesidad de que cada uno se conteste. Esta falta de sentido que genera la sociedad se convierte en un producto de consumo. La angustia es el aburrimiento, la falta de sentido, la desesperación, que provoca un mecanismo de defensa: la diversión, y para divertirnos, consumimos.

Una manera de sentir la vida es buscar sensaciones. En psicología a veces se habla de la búsqueda de sensaciones como una característica de personalidad y no lo es, es una manera de dar respuesta a la angustia existencial. La hiperactividad no es una enfermedad, es una manera de llenar el vacío. El sentido de mi vida es una cuestión que sólo yo puedo contestarme, en el momento que no la contesto yo, la responde el *fatum* (destino), o la sociedad, o nace una inquietud que nunca se satisface y que da lugar al deseo y que intento ir llenando a través del consumo compulsivo. El intento de respuesta personal al sentido de mi vida se articula a través del llamado proyecto existencial.

EL PROYECTO EXISTENCIAL

Existir (*ex-sistere*) significa literalmente estar fuera (estar ahí *Da/Sein*), trascender, tener una relación consigo mismo y con el mundo. Si un ser se trasciende a sí mismo, no es un sí mismo, es un ser libre, indeterminado que siempre se busca y nunca se alcanza plenamente, que puede solo salir de este dilema determinándose, pero que incluso de este modo continúa trascendiéndose, dado que incluso sus autodeterminaciones son siempre revocables.

Salvar esta distancia entre el ser y el no-ser, propia de la trascendencia de la conciencia humana, es función de lo que llamamos el proyecto existencial. Este proyecto es, en última instancia, como dice Sartre, proyecto de ser (proyecto existencial), pero evidentemente se concreta y materializa de muchas maneras (proyecto histórico). El proyecto existencial es la manera de estar-ahí, es decir en el mundo, a través de múltiples modalidades o realizaciones episódicas. En consecuencia, un proyecto existencial es siempre comprensible y puede ser objeto de análisis a través de su materialización en un proyecto histórico, a través del cual se constata la realización o el fracaso del primero.

De acuerdo con Sartre (1960, 1983) el hombre es libre de construir el significado de su experiencia. Para Sartre el significado no es sólo factual, sino emotivo y valorativo; se basa no en lo que los hechos son, sino en lo que significan para la persona. A través del proyecto existencial o desde su rol nuclear la persona intenta configurar no solamente los acontecimientos inmediatos, sino el significado de toda su existencia. Es, en consecuencia, el elemento que interrelaciona y unifica todos los acontecimientos particulares, la piedra angular que les confiere sentido en la unidad del sistema. Los aspectos más significativos de la conducta humana, así como las características más destacables de una personalidad dependen de él.

La reacción depresiva responde muchas veces al fracaso existencial, como consecuencia de un itinerario vital equivocado, o lo que podríamos calificar de “proyecto existencial frustrado”. Tal es el caso de Ellen West, tomado también de Binswanger (1945), que consideramos a continuación.

Antes muerta que vieja, gorda y fea: el caso Ellen West

Ellen West, seudónimo de una paciente que fue admitida el 14 de enero de un año indeterminado del primer cuarto de siglo XX en la clínica Bellevue de Kreuzlingen, de la que Binswanger era superintendente, y que murió después de tomar una dosis letal de veneno en la noche del 2 al 3 de abril del mismo año, a la edad de 33 años.

El diagnóstico de su patología fue muy controvertido ya en vida de la paciente y lo ha continuado siendo, aún después de muerta, por diversos autores. Un primer analista diagnosticó histeria. El segundo afirmó que la paciente padecía neurosis obsesiva grave con oscilaciones maniaco-depresivas. El propio Kraepelin le diagnosticó una simple melancolía. El médico de cabecera halló únicamente psicastenia. Finalmente, tanto Binswanger como Bleuler llegaron a la conclusión que se trataba de un caso de esquizofrenia progresiva (*schizophrenia simplex*). Todos convinieron “que no se trataba de un caso de neurosis obsesiva ni de psicosis maniaco-depresiva y que no era posible ningún tratamiento de eficacia segura”.

¿Cuál era la sintomatología que daba origen a este revuelo de diagnósticos y contra-diagnósticos, de idas y venidas a tantos médicos y sanatorios? Algo que en nuestros días es conocido con el nombre de “trastorno de la conducta alimentaria”. Todos los síntomas esenciales relativos a la *anorexia* (tipo compulsivo/purgativo 307.1, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5 Ed.; DSM-V; American Psychiatric Association [APA], 2013)) se hallan presentes en este caso:

- “miedo intenso a la obesidad”;
- “rechazo a mantener el peso corporal dentro de los límites normales y amenorrea en las mujeres” (desde los 29 años en Ellen West);
- “pérdida significativa de peso”: la curva ponderal que podemos trazar a partir de los documentos es la siguiente: 72kgs. (28 años), 47 (31 años), 42 (32 años), 46/47 (33 años);

La pérdida de peso la conseguía Ellen West a pesar de su “apetito voraz” con provocación de vómitos, utilización de laxantes (60/70 laxantes vegetales diarios; libras de tomates y hasta 20 naranjas por día) e intenso ejercicio físico (larguísimas excursiones).

“Estoy arruinándome en mi lucha contra mi naturaleza. La fatalidad me quiso obesa y fuerte, pero yo quiero ser estilizada y delicada”.

Como sintomatología asociada se aprecia en los últimos años “un descontrol sobre el intento de restricción voluntaria en la ingesta de alimentos”:

“Tiembo de pies a cabeza, el afán de comerlo todo lucha dentro de mí una furiosa batalla contra la resolución de no comerlo, hasta que por fin pego un salto y mando retirar todo lo que queda para no incurrir en el riesgo de comérmelo. Mis pensamientos están fijos exclusivamente en mi cuerpo, mi comida, mis laxantes”.

Hasta aquí lo que Laing (1982) llama “la mirada diagnóstica”, que con toda

probabilidad no hizo más que reforzar la sintomatología de Ellen West, depauperando hasta tal punto su existencia que al final ya solo vivía para sus síntomas. Esta obsesión, causa de frecuentes inculpaciones y autorrecriminaciones, la llevó finalmente al suicidio, después de cuatro intentos fallidos y provocaciones directas al homicidio—llegó a ofrecer 50.000 francos suizos a un cazador para que la matara— y a pedir a su esposo que le diera muerte.

Este final de la historia (el suicidio) y el evidente fracaso de su recorrido vital, más allá de la clara sintomatología anoréxica purgativa, nos llevan a rastrear en sus orígenes la formación de un proyecto existencial fracasado.

Ellen West nació a finales de julio de un año indeterminado del último cuarto del siglo XIX, de familia judía, probablemente en Norteamérica, aunque la mayor parte de su vida se desarrolló en Suiza. Era la segunda de tres hermanos. El curso biográfico de Ellen West es particularmente oscuro respecto a los 10 primeros años de su vida. Solo sabemos “que era una niña vivaracha, pero tozuda, y que siguió la escuela en su patria de origen hasta que la familia se trasladó a Europa”. Aquí continuó los estudios en un colegio femenino: “era buena estudiante, le gustaba ir al colegio y era muy ambiciosa”, lloraba si no conseguía el primer puesto en la clase y no dejaba de asistir a la escuela, ni que estuviera enferma. Hasta sus 16 años “sus juegos eran de muchacho; prefería llevar pantalón” y todavía se chupaba el pulgar. A partir de esta edad se volvió más femenina, aunque en una poesía del año siguiente expresaba su ardiente deseo de ser chico “*porque así podría ser soldado, no temer ningún enemigo y morir gozosamente blandiendo la espada*”. Se considera llamada a realizar alguna misión especial; lee mucho, se ocupa intensamente de los problemas sociales, siente profundamente el contraste entre su propia situación social y la de las “masas” y traza planes para mejorar la condición de los pobres.

Una mirada global sobre su historia nos permite descubrir puntos de inflexión en esta existencia que marcan el paso hacia un punto sin retorno. La representación sintética de la vida de Ellen West describe una línea de proyección que apunta fuerte en la adolescencia y juventud, pero que con el tiempo, va replegándose estérilmente sobre sí misma hasta su autodestrucción.

El proyecto existencial de Ellen West se puede analizar detalladamente siguiendo la evolución de su ideal: un ideal que pronto experimentará la escisión entre dos mundos, el propio (*Eigenwelt*) y el ajeno o social (*Mitwelt*), por incompatibilidades mutuas. Esta lucha entre los dos mundos ideales enfrentados y su propia realidad la llevarán a la autodestrucción final. Empecemos primero por describir la representación que Ellen West hace idealmente de sí misma (*Eidos*). Ella es, ante todo una mujer revolucionaria:

“No soy una muñeca. Soy un ser humano con sangre roja y una mujer con corazón trepidante. No puedo respirar en esta atmósfera de cobardía e hipocresía; quiero hacer algo más y acercarme más a mi ideal, a mi magnífico ideal... ¡Libertad! ¡Revolución!”... “No hablo de la liberación del alma, hablo de la liberación real, tangible del pueblo de las cadenas

de sus opresores. ¿Tendré que decirlo todavía más claro? Quiero un gran revolución, un alzamiento en masa que se extienda por todo el mundo y derribe todo el orden social”.

Su inspiración ideológica es el nihilismo ruso (Bakunin, Pisarev y el dramaturgo escandinavo Jacobsen), que exige el desprendimiento de las riquezas y el compartir la vida con los más pobres, junto a la ruptura del orden establecido:

“Quisiera abandonar mi hogar y a mis padres como un nihilista ruso, para vivir entre los más pobres de los pobres y hacer propaganda en favor de la gran causa”.

Sus amores auténticos tienen que ver con esa imagen revolucionaria. El primer amor romántico y el de un estudiante universitario responden a una fantasía (tal vez posibilidad) de vivir una vida distinta, alternativa a la hipocresía de la vida burguesa. Este ideal era el que le impedía convertirse en la mujer de su primo Karl con el que finalmente se desposó y a quien escribía en una carta poco antes del desenlace final:

“En aquel tiempo tú eras la vida que yo estaba dispuesta a aceptar a cambio de mi ideal (el novio universitario). Pero era una resolución forzada, tomada artificialmente, sin haber madurado por dentro. Por eso no dio resultado. Por eso empecé a mostrarme tan opuesta a ti”.

La visión que tiene ella del mundo circundante (*Mitwelt*) configura, sin embargo, su *Antieidos*. Ellen West pertenece a una clase social burguesa en la que se refuerza una imagen de mujer elegante y frágil, como su cuñada, interesada únicamente por los asuntos familiares y mundanos, ajena a cualquier preocupación social:

“Tengo 21 años y se supone que debo callar o sonreír estólidamente como una muñeca”.

El padre le impone un marido de acuerdo con su clase social, exigiéndole una separación temporal del estudiante universitario y se espera de ella que sea una esposa y madre de pies a cabeza. En carta a su esposo se sincera crudamente:

“Únicamente me convertiré en tu verdadera mujer cuando renuncie finalmente al ideal de mi vida. Y esto se me hace tan difícil que hoy día estoy desesperada como hace unas semanas. ¡Pobre..., tenerte que estar decepcionando continuamente!”.

Del conflicto entre estas dos imágenes contradictorias y su facticidad corporal y social surge una lucha entre el destino y la libertad que adquiere tintes de tragedia. En esta lucha Ellen West cede a las presiones del medio, renunciando a su libertad:

“¡Qué lástima esta mi joven vida, y qué pecado desperdiciar mi salud mental! ¿Para qué me dio la naturaleza salud y ambición? Seguramente no para ahogarla y encadenarla, ni dejarla languidecer entre las cadenas de la vida rutinaria, sino para servir a la miserable humanidad. Las cadenas de hierro de la vida vulgar: las cadenas del convencionalismo, de la propiedad y del confort, de la gratitud y la consideración, y las cadenas del amor, las más fuertes de todas. Sí, estas son las que me tienen presa,

las que me impiden mi vuelo caudal, mi completa entrega al mundo del sacrificio y la lucha por la que suspira toda el alma”.

Así continúa en su diario, escribe Binswanger (1945), aireando el odio que siente contra el lujo y la buena vida que le rodea y lamentando su cobardía y su debilidad, al no ser capaz de superar los obstáculos y sobreponerse a las circunstancias, y al dejarse ablandar, tan joven *“por la fealdad y el aire viciado de la rutina diaria”*. Hay en este abandono progresivo de sus ideales auténticos un fracaso en la realización histórica de sus proyectos y una renuncia a asumir su propia responsabilidad. En efecto, sus ansias de transformar el mundo de una manera radical se concretan en la creación de una biblioteca infantil y en el trabajo en guarderías y agencias sociales. Nada que sea comparable a la Revolución de Octubre. El trabajo viene a ocupar en su vida no un lugar de transformación de la realidad, sino el de “adormidera” de las inquietudes.

Deja sus decisiones más importantes en manos de los demás, sin atreverse a asumir las riendas de su propia existencia. En realidad tiene miedo de estar sola, no se aleja ni un momento de sus padres, le acompaña su nodriza a todas partes e incluso su marido se interna con ella en el sanatorio. Se fía más del criterio ajeno que del suyo. Su dependencia del mundo circundante es cada día mayor: “Aunque de pequeña prescindía en absoluto de la opinión de los demás, ahora está totalmente pendiente de lo que piensan los otros sobre su aspecto y su obesidad” observa Binswanger (1945) el 22 de enero del último año de su vida. Ellen West transforma su ideal de cambiar el mundo por el de cambiar su propia naturaleza, sacrificando su cuerpo en honor de aquél:

“Algo en mí se rebela contra la idea de ponerme gorda, de ponerme sana, de desarrollar unos mofletes rojos, de convertirme en mujer sencilla y robusta, como corresponde a mi verdadera naturaleza... En todos los puntos soy sensata y tengo claridad de ideas; solo en éste estoy loca; estoy arruinándome en mi lucha contra mi naturaleza. La fatalidad me quiso obesa y fuerte, pero yo quiero ser estilizada y delicada”.

Su existencia ideal solo es posible idealmente y no encuentra puntos de anclaje en la realidad. Desde su enrocamiento narcisista, Ellen West no acepta la facticidad y por eso quiere huir de este mundo. La muerte no es para ella el límite de la vida que posibilita el despliegue de la existencia, sino el fin que la niega.

“La muerte es la mayor felicidad en la vida, si no la única. Sin la esperanza del fin la vida sería intolerable. Lo único que me consuela un poco es la certeza de que tarde o temprano vendrá la muerte”.

Ellen West pasa del deseo romántico de morir joven por alguna causa digna y gloriosa –*“los favoritos de los dioses mueren jóvenes”*– a considerar indecorosa su vida e indigna de ser vivida:

“La vida se ha convertido para mí en un campo de concentración, y yo ansío la muerte con el mismo ardor con que el pobre soldado cautivo en Siberia ansía regresar a su patria... ¡Karl (dirigiéndose al marido), si me

quieres, dame muerte!

Esta negación de la propia existencia se polariza en el cuerpo con el que se halla fundida y se transforma en una lucha absurda por comer y des-comer:

“Mi yo interior está tan íntimamente fusionado con mi cuerpo, que ambos forman una unidad, constituyendo juntos mi “yo individual”, nervioso ilógico. Mis pensamientos están fijos exclusivamente en mi cuerpo, mi comida, mis laxantes”.

Lo que hace que se detenga “todo desarrollo interior y toda vida real”. Su ideal revolucionario –“antiguos planes e ilusiones que nunca llegaron a realizarse”– se han transformado en una “idea fija”, primero, la de no engordar, para ser substituida después por “el ideal de ser delgada, de carecer de cuerpo”. Esta idea se va a convertir en el tema dominante de su existencia. Así se lo hace saber a su marido durante una de las largas caminatas que emprenden juntos. Este tema ya no le abandonará y, a partir de los 32 años, ocupará prácticamente todo el espacio existencial:

Sentí que todo mi desarrollo interior se paraba, que se cegaba totalmente el manantial de vida y expansión, porque se había apoderado de mi alma una sola idea, algo indeciblemente ridículo. Como mi único criterio de acción era averiguar si una cosa me engordaba o me enflaquecía, pronto perdieron las cosas su significado intrínseco”.

“Yo quería averiguar los impulsos desconocidos que eran más fuertes que mi razón y me forzaban a organizar toda mi vida de acuerdo con una pauta que me daban hecha. El objetivo de esta pauta era adelgazar. Cuando intento analizar todo eso no saco nada en limpio, sino cualquier teorización, cualquier elucubración... Pero ¿dónde, dónde está realmente la equivocación?”

Intentando dar respuesta a esta pregunta, Binswanger (1945) sitúa el error de Ellen West en su rebelión contra el propio destino, contra la forma en que la persona ha sido “lanzada a la existencia”. En estos casos la existencia pretende ser distinta de lo que es y puede ser, con lo que va contra su estructura, intentando romper sus moldes, a la vez que se aferra desesperadamente a su propio ser. Pero esta estructura no puede romperse y menos destruirse sin reafirmarla una y mil veces, aunque de una forma anormal.

Si la persona queda fijada a esta forma inauténtica de existencia, a esta afirmación negativa de sí misma, pierde la elasticidad necesaria para acomodarse a la situación interna y externa. Ello sucede porque el vacío existencial que se produce es ocupado inexorablemente por el *Mitwelt*, la regulación heteronómica o socionómica. El *Mitwelt* no responde a la idiosincrasia de una persona, sino al estándar común a las otras personas extrañas y, como tal, le es ajeno, pero termina por poseerla.

Con ello, el Yo se ve sometido a la apreciación de los demás, supeditado a la valoración del mercado, en otras palabras, queda objetivado o alienado. Como

resultado pasa a ocupar el primer plano el elemento que más se presta a la objetivación, *el cuerpo*. El cuerpo por su dimensión pública y observable se convierte, de este modo, en el elemento de controversia entre el mundo propio y el ajeno, en el síntoma de su fracaso existencial.

Eso es así, efectivamente, en el caso de Ellen West, la cual en su intento desesperado por ser distinta de lo que es, llega a pedir al Creador “*que la cree por segunda vez, pero un poco mejorada*”, y como ello no sucede, termina por eliminar “la manzana de la discordia”, su propio cuerpo, dándose muerte de forma calculada y fría, después de haberse puesto en paz consigo misma y su apetito.

Ella había temido que al engordar disgustaría a su novio anterior (el estudiante) y, en todo caso, identificaba la delgadez con un tipo más distinguido e intelectual y la gordura con un tipo de judío burgués. Cuando se enteró por el dictamen del ginecólogo que no lograría sus aspiraciones, como madre, de llegar a tener hijos, a pesar de renunciar al más alto tipo de intelectualidad “entonces decidió vivir para su *idea* sin inhiciones y empezó a tomar grandes dosis diarias de laxantes”.

Ellen West tenía clara conciencia de haber cometido un error, el de haber confundido su “ideal con una ficción”. Esta ficción era la delgadez. La delgadez era el punto de encuentro que le permitía ser idealmente espiritual (revolucionaria) y ser aceptada socialmente (burguesa); no podía verse a sí misma en ninguno de los mundos, si no era bajo el prisma de la delgadez. Pero ese ideal le imposibilitaba ser realmente ella misma: una mujer de carne y hueso, revolucionaria, activa, esposa y madre.

Lo que rechaza Ellen West no es el alimento, sino la materialidad, aunque no tiene otro campo de batalla que una corporalidad escindida entre las dimensiones gordura/delgadez. Como no puede ser en realidad inmaterial intenta al menos ser máximamente delgada. Su obsesión es ponerse “cada vez más delgada”, hasta carecer de cuerpo.

Ellen West, como Valeria Lukyanova, la “Barbie humana” y tantas otras, quiere ser delgada porque le repugna la materia. En realidad desearía “carecer de cuerpo”. De modo que rechazando la *corporalidad* (atributos corporales, sexo, gordura, etc.) rechaza propiamente la *corporeidad* (ser cuerpo). ¿Qué conseguiría si imaginariamente pudiera llegar a existir careciendo de cuerpo?: la superación de los límites e, incluso, de las necesidades y a la vez la posibilidad de derribar el mundo burgués que odia. La realización perfecta del nihilismo. Podría reconciliar de este modo el mundo propio (Eigenwelt) y el mundo social (Mitwelt):

La respuesta a la importancia que podía tener para ella la espiritualidad o incorporalidad debería ser descubierta en interacción con la dialéctica de su existencia personal. Podría tener que ver algo, probablemente, con su deseo absoluto “*aut Caesar aut nihil*”, de muerte prematura y elección divina “los favoritos de los dioses mueren jóvenes”. Podría reducirse probablemente, en última instancia, al deseo universal de todo existente de llegar a ser un ser-en-si-para-si, en una imposible autoposesión total y absoluta, para evitar llegar un ser para-los-

demás, un objeto de su deseo o de su control.

En cambio de esto, Ellen West fue cediendo cada vez más el control de su existencia a los demás, mientras se dedicaba obsesivamente a controlar los alimentos que ingería y los laxantes que había que tomar después. Esta compulsión anuló en ella cualquier otro ámbito de interés e iniciativa. Su rebelión iba dirigida contra cualquier forma de control, si bien terminó dependiendo totalmente del entorno hasta que se suicidó, último acto de afirmación e independencia.

Esta es la alternativa que Ellen West escogió, fiel a su narcisismo, antes de volverse “*vieja, gorda y fea*”. Narcisismo que subyace a tantas depresiones originadas por un fracaso en la proyección del propio yo, que solo puede aceptarse si corresponde a la imagen reflejada en un imaginario colectivo, socialmente compartido (Villegas, 2015). Tendencia que no cesa de reforzarse en nuestra sociedad de la imagen y que encuentra su equivalente en el estribillo de la canción de María Isabel López: “Antes muerta que sencilla”, que nos ha servido para dar título al caso de Ellen West, con el que una niña de 9 años embaucó a un auditorio, dispuesto a jalearse la cosificación de la mujer.

LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD

El comportamiento humano adaptado o desadaptado (“normal” o “patológico”) es el resultado de un balance psíquico interno frente a una situación social externa, que es la que le otorga su dimensión moral. Si los habitantes del globo terráqueo nos planteamos el problema del cambio climático, que en su esencia es un cambio físico, es por las consecuencias que puede tener sobre los seres vivos, lo cual es evidentemente una cuestión moral, en cuanto podamos tener alguna responsabilidad sobre él. Claro está que la explosión de un volcán o la producción de un terremoto también pueden tener graves consecuencias sobre los seres vivos, pero en la medida en que tales fenómenos no son atribuibles a la acción humana, no pueden ser considerados desde el punto de vista moral, pues carecen de intencionalidad.

La acción humana, en cambio, se caracteriza por su intencionalidad: el ser humano es un ser simbólico que se expresa a través de sus actos. Estos, además de su funcionalidad instrumental, tienen una doble finalidad: transmiten un sentido y constituyen un reclamo. Se desarrollan en un contexto relacional en el que los individuos se posicionan en función de los posicionamientos ajenos o del contexto. Son intencionales en la medida en que tienden a un fin, la consecución de objetivos o propósitos. Están caracterizados por la multifuncionalidad que pueden ejercer simultáneamente. La acción de comprar un vestido, por ejemplo, puede estar orientada a cubrir el cuerpo y a resaltar, al mismo tiempo, la atracción sexual: puede ser una llamada a la mirada ajena para aumentar el deseo o provocar el nacimiento de una relación. Así que no existe la neutralidad o la indiferencia moral en los actos humanos.

Los escolásticos distinguían entre “*actus hominis*” y “*actus humanus*”. Los

primeros están relacionados con los actos reflejos, el bostezo, por ejemplo, o los equilibrios para mantenerse en pie en el autobús. Sobre estos no tenemos ninguna responsabilidad, son involuntarios, no elegidos intencionalmente. Los segundos, por el contrario, se caracterizan como humanos en la medida en que son instrumentos para ejecutar un plan intencional. Cada acción es elegida entre los varios planes posibles por su real o imaginaria capacidad de conseguir el número más grande de fines deseables al mismo tiempo. Sobre este tipo de actos contraemos responsabilidades, derivadas de nuestra elección. La princesa Massako, esposa del príncipe Naruhito, heredero de la monarquía japonesa, como en el pasado Sissi o Diana de Gales, eligió ser la esposa del príncipe para llevar a cabo diferentes intentos simultáneamente: amar y ser amada, llegar a ser madre y esposa, conseguir fama, admiración, riquezas y poder. No escuchó otras voces internas que le desaconsejaban encerrarse en la jaula de oro del palacio imperial, aunque por dos veces rechazó la propuesta de matrimonio. Al final se rindió a las propuestas del príncipe, que fueron motivo de sufrimiento y la llevaron hasta la depresión.

La acción humana, además de intencional, es libre, en la medida en que es la consecuencia natural de una elección. El ser humano no puede no elegir; aun si decide no hacerlo, elige no elegir. Hay diferentes niveles de libertad:

- la libertad como *ausencia de constricción*: la “*libertas spontaneitatis*”, como la llamaban los escolásticos, libertad de reaccionar de manera natural ante estímulos diferentes, por ejemplo: quitarse la ropa para hacer frente al calor del verano (impulsos internos, necesidades frente a ausencia de coerción externa);
- la libertad como *indeterminación*: o sea la ausencia de obligaciones, indicaciones, necesidades o preferencias, tanto internas como externas;
- la libertad como *elección* entre una o más alternativas compatibles, que deben priorizarse en base a criterios propios, como la compra de un par de zapatos o la inscripción en un curso universitario entre varias opciones (en caso de duda podría comprarme dos pares de zapatos o ninguno, o inscribirme en dos cursos universitarios en turnos de mañana y tarde);
- la libertad como *decisión* frente a elecciones que se imponen necesariamente y se excluyen recíprocamente, como en la aceptación o rechazo de las propuestas de matrimonio por parte del heredero de la casa imperial. Me responsabilizo de mi decisión; y finalmente
- la libertad como (auto)*determinación*: creación de planes y medios de ejecución para conseguir un fin deseado o escogido: quiero ser útil a los demás o quiero triunfar en los negocios. Me responsabilizo de mi destino.

Todos los actos que derivan de estas elecciones o decisiones recaen sobre mi responsabilidad, en la medida en que soy yo quien las decide. Y todas estas acciones implican una dimensión moral en relación a las consecuencias que tienen o que pueden tener sobre mí y sobre los demás. Son precisamente los constructos de libertad y responsabilidad, sobre los cuales se apoya la posibilidad de construcción

de la moral como criterio de regulación social, los que sirven como fundamento para la razón práctica kantiana (Kant, 1946, 1975), y que se hallan en la base de la teoría del desarrollo moral (TDM).

Moral es, en efecto, un concepto que hace referencia a las costumbres sociales, pero también a la conciencia de intencionalidad. Un acto es considerado moral si se conforma a los criterios que regulan el comportamiento social; pero el criterio último que puede evaluar esta conformidad es nuestra propia conciencia. Esta tiene que elegir y hacerse responsable de sus propias elecciones y consecuencias.

Más allá de cuestiones imposibles de responder categóricamente, como quién decide lo que está bien o está mal, cuál es el fundamento último para la constitución de una moral universal o si existe un criterio inequívoco con el que regularse moralmente, lo que resulta indiscutible es la existencia de una conciencia moral y que la conciencia, independientemente de su contenido, es una función psicológica universalmente reconocible. De este modo la conciencia moral se convierte en el criterio de la regulación psicológica en cuanto pensamientos, sentimientos y acciones van a verse mediados por ella. Sin embargo, la toma de decisiones no siempre resulta clara a la conciencia, sobre todo cuando están en juego sistemas de regulación moral contrapuestos entre sí o la facticidad parece imponerse con su determinismo por encima de nuestra libertad.

LA FACTICIDAD

La facticidad es el campo donde se despliega nuestra existencia. El ser humano nace existencialmente indeterminado, pero determinado esencialmente, es decir por naturaleza (corporalidad) origen (nacimiento) y destino (muerte). A estas condiciones pertenecientes al *Umwelt* deben añadirse las condiciones socio-históricas y culturales *Mitwelt* en las que inevitablemente se desenvuelve nuestra existencia. La relación pues del ser humano con su condición natural y social es necesariamente dialéctica. La naturaleza o la sociedad le ponen constantemente ante la necesidad de escoger o determinarse frente a aquellas realidades que le vienen impuestas por la naturaleza o la sociedad: cuestiones como la identidad o la orientación sexual, la austeridad o el consumo compulsivo, la restricción alimentaria o el atracón se juegan contra el determinismo natural.

De manera sencilla se puede decir que la facticidad se halla constituida por todo aquello que pertenece a las cuestiones de hecho. El ser humano no puede sustraerse a las condiciones que le impone el medio, las cuales posibilitan, al tiempo que limitan, su potencial de acción. Cualquier ser humano se halla necesariamente en una relación dialéctica frente a estas condiciones cambiantes, a la vez que ajenas a su voluntad humana individual.

La primera facticidad es la “corporalidad”, la de un cuerpo que nos viene dado, predeterminado genética y sexualmente, fenotípicamente marcado y, si se quiere, también tipológicamente, con sus exigencias evolutivas de morbilidad o placer, alimento, materialidad, necesidad, cansancio y descanso, nacimiento y muerte.

Cuerpo que constituye el motivo literario del “Diario de Invierno” de Paul Auster (2012), donde minuciosamente se describen todas las capacidades y servidumbres de que es objeto, a lo largo de una vida humana. El cuerpo será el elemento de intercambio más inmediato en nuestras relaciones interpersonales y sociales, puesto que la corporalidad es el campo de la objetividad: mi cuerpo es un objeto para los demás. A través del cuerpo los otros pueden dominarme (esclavitud) o poseerme (sexualidad), pero yo puedo sustraerme a su mirada objetivante, aumentando los grados de mi libertad.

Otras facticidades esenciales son biográficas: pertenecen a la historia general, surgen en el ambiente social donde se origina nuestra vida y la hace posible. Empezando por el pequeño universo familiar y siguiendo por otros condicionantes como la clase social, el país de origen, las circunstancias históricas de la época en que nuestro ser en el mundo se va moldeando incesantemente. Igualmente nuestro pasado está ya inexorable e inevitablemente vivido, no solo bajo las circunstancias en que se originó, sino también en base a la manera cómo fue vivido. Un pasado que de alguna manera me compromete con mi historia, mi presente y mi futuro. Pero, si el pasado es el reino del determinismo, el futuro lo es de la libertad.

EL DESTINO

La libertad, a su vez, se enfrenta con el destino, pero puede potenciarse ante él. Contra el destino podemos luchar, como Edipo o Antígona, que terminan por sucumbir ante él, pero también nos podemos apropiarse de él. “La libertad es la capacidad del hombre de tomar parte en su propio desarrollo. Es nuestra capacidad de moldearnos a nosotros mismos”. Rollo May (1981), indica cinco caminos para relacionarse con el destino: la rebelión, el empeño, el desafío, la aceptación, y la cooperación.

La rebelión

Con la rebelión, aumenta el sufrimiento. Esta fue la opción de Edipo que le llevó, finalmente al desastre. Edipo quería oponerse al destino, dictado por el oráculo, según el cual terminaría por matar a su padre y casarse con su madre. En su intento de huida se cruzó por el camino con su padre al que mató y llegó a Tebas donde fue proclamado rey, al vencer a la esfinge por su astucia, lo que dio pie a que esposara a la reina viuda, que no era otra que su madre. El descubrimiento del doble horrible crimen, trajo a la ciudad de Tebas, y al propio rey Edipo y su familia, todo tipo de desgracias, terminando por arrancarse los ojos y abandonar el trono, retirándose a Colono, donde murió acompañado por sus hijas.

En el contexto del trabajo terapéutico es frecuente hallar posicionamientos de rebelión contra el destino, contra la forma en que la persona ha sido “lanzada a la existencia”, como, según Binswanger (1945), era el caso de Ellen West, al que nos hemos referido más arriba. En estos casos la existencia pretende ser distinta de lo que es y puede ser, con lo que va contra su estructura, intentando romper sus moldes,

a la vez que se aferra desesperadamente a su propio ser. Pero esta estructura no puede romperse, y menos destruirse, sin reafirmarla una y mil veces.

El empeño

Con el empeño, se fortalece la voluntad. A veces la vida nos pone frente a situaciones que se nos plantean como desesperadas, frente a las cuales parece que solo queda la resignación fatalista, como respuesta. Pero, con frecuencia, experiencias provenientes de situaciones reales nos muestran que vale la pena empeñarse en vencer las dificultades, porque al final siempre es posible hacer algo.

Muchas veces, el empeño está detrás de lo que llamamos resiliencia. Karl Jaspers (1969) fue desahuciado en su juventud a causa de una enfermedad pulmonar que le dejaba un margen muy escaso de vida. Jaspers no se rebeló contra su destino, sino que intentó vivir con él, aprendiendo a aprovechar los buenos momentos y a descansar en los malos. Cambió la psiquiatría y el hospital por la filosofía que le permitía una vida más tranquila y así llegó al final de sus días con 82 años de edad y una obra psiquiátrica y filosófica ingente que le ha procurado por sus propios méritos un lugar en el panteón de la filosofía y la psiquiatría.

El desafío

Con el desafío, el destino puede incluso variar. Dos novelas del siglo XIX y XX respectivamente, “El conde de Montecristo” de Alexander Dumas y “Papillon” de Henrie Charrier, convertidas luego en películas de notable éxito, narran historias paralelas en que personajes reales, condenados injustamente y confinados en prisión de alta seguridad, consiguen huir desafiando los límites físicos y naturales, impuestos por la arbitrariedad humana. Un desafío que consigue alterar el destino que parecía condenarles inexorablemente a la pérdida de la libertad. Edmond Dantès, el Conde de Montecristo, consigue su libertad gracias al tesón y el empeño del abate Faria, que en su intento de escapar, cava en dirección equivocada y llega a la celda de Edmond, con quien trabaja durante largas horas en un túnel para preparar la huida, aunque al final lo conseguirá, envuelto en la mortaja del abate, arrojada al mar por los mismos carceleros. Papillon, autobiografía del propio Henrie Charière, pone en juego igualmente la lucha por la libertad, en el contexto totalmente restrictivo de los acantilados de la isla del Diablo en la Guayana Francesa, de donde escapa lanzándose al mar, después de estudiar el movimiento de las mareas durante largas jornadas de su encarcelamiento insular.

La aceptación

Con la aceptación, la libertad se adapta al destino. Ante aquellas pérdidas que no tienen vuelta atrás, que son innegociables, como la que se le plantea a Ann, la protagonista de la película “Mi vida sin mí” de Isabel Coixet (2003) a quien un diagnóstico de cáncer terminal la pone en situación de mirar frente a frente lo que ha sido su vida y lo que quiere que sea en el futuro su vida sin ella. La aceptación

de la decadencia y el desprendimiento proporcionan la experiencia de la libertad radical: liberación de las pasiones, liberación de resentimientos, liberación de pretensiones, liberación de ansiedades y absoluta disponibilidad como resultado de la aceptación incondicional de sí misma.

La cooperación

Con la cooperación, el destino aumenta la libertad: no luchar, no huir, no rendirse tampoco, sino seguir el curso marcado por un destino ajeno a nosotros, dependiente muchas veces de una voluntad no divina, sino humana, pero que se nos impone de forma inexorable. La propia historia de Víctor Frankl, que sobrevive al campo de concentración y extrae de esta experiencia la esencia de su Logoterapia, la de Karl Jaspers que se adapta a los ritmos vitales que le impone su enfermedad, o la de Nelson Mandela que resiste a cuarenta años de encarcelamiento, de donde sale con sus propósitos de reconciliación nacional todavía más reforzados, muestran cómo, aliándonos con el destino, terminamos por convertirnos en sus dueños. A este propósito viene a cuento recordar los versos de William Ernest Henley (1888), del poema “*Invictus*”, de donde toma el nombre la película de Clint Eastwood (2009) sobre Nelson Mandela, quien durante su encierro los tuvo como libro de cabecera.

*Desde la noche que sobre mí se cierne,
negra como su insondable abismo,
agradezco a los dioses, si existen,
por mi alma invicta.
Caído en las garras de la circunstancia,
nadie me vio llorar, ni pestañear.
Bajo los golpes del destino,
mi cabeza ensangrentada sigue erguida.
Más allá de este lugar de lágrimas e ira,
yacen los horrores de la sombra,
pero la amenaza de los años,
me encuentra y me encontrará, sin miedo.
No importa cuán estrecho sea el camino,
cuán cargada de castigo la sentencia.
Soy el capitán de mi alma;
el dueño de mi destino*

¿TRASTORNO O CONFLICTO EXISTENCIAL?

Como reza la cita de Von Gebsattel (1964), con la que hemos encabezado este artículo: “*El psicoterapeuta tiene que ocuparse de los trastornos de la psique humana, que en su conjunto implican la incapacidad de actuar y tomar decisiones libremente*”. Estos trastornos son el resultado de conflictos existenciales. Un problema psicológico es un conflicto existencial que la persona vive de un modo

angustiante, de un modo frustrante o de un modo en que le resulta difícil abordar. No solo porque existe una dificultad práctica en su vida cotidiana, sino porque sobre todo pone en juego sus sistemas de regulación moral. Por ejemplo un problema que pone en juego un dilema moral, o una necesidad de elección, o una cuestión que implica la continuidad del proyecto existencial en la vida de cada uno. Y eso viene acompañado de una experiencia emocional desestabilizante que da lugar al llamado trastorno psicológico. Este trastorno psicológico lo entendemos como un problema psicológico y un problema psicológico lo entendemos como resultado de un conflicto existencial.

En este supuesto, las discrepancias entre los distintos criterios son regulados de forma integrada por la autonomía, dando lugar a una respuesta libre aunque a veces dolorosa por implicar alguna renuncia, dado que no siempre es posible hallar una síntesis perfecta entre las diversas tendencias en conflicto, pero, sin embargo, se hace inevitable una elección.

Cuando las piedras hablan

A veces, alguna circunstancia externa o ajena viene a contribuir a la toma de decisión, dando la impresión que es la vida o el destino el que finalmente decide por nosotros. Tal es el caso de Viktor Frankl, el fundador de la Logoterapia, quien a finales de 1941, recibió un visado para emigrar a Estados Unidos, lo que le permitía escapar del peligro de deportación o internamiento en un campo de concentración, dada su condición de judío, y le abría la posibilidad de desarrollar su modelo terapéutico en el país de acogida. Sin embargo, enseguida aparecieron las dudas. El visado era estrictamente personal, lo cual impedía que ninguno de sus familiares pudiera viajar con él. “¿Debería dejar solos a mis padres ante la amenaza de ser deportados? ¿Debería arriesgar mi vida, mi futuro y mi obra por brindarles una dudosa protección y un auxilio posiblemente ineficaz? ¿Tenía yo alguna responsabilidad en este caso? ¿Debería sacrificar a mi familia por el desarrollo de una obra a la que había dedicado mi vida?” (Frankl, 2016).

Una duda terrible le invadía y no era capaz de tomar una decisión para la que necesitaba de una regulación externa o, en sus palabras, de *una señal del cielo*. Salió a dar una vuelta, y en su caminar errante, pasó por delante de la catedral de Viena, entró en su interior, donde estaba sonando el órgano; se quedó meditando un rato y continuó el paseo hasta llegar a casa de sus padres. Al entrar le llamó la atención un trozo de mármol blanco en el escritorio de su padre, que nunca antes había visto. Llevado por la curiosidad, le preguntó al padre qué era aquella piedra, el cual le respondió que la había recogido de los restos de la Sinagoga mayor de Viena, que había sido derruida por los nazis *la noche de los cristales rotos* (noviembre de 1938). En ella se podía leer una inscripción referente al cuarto mandamiento de la ley mosaica, que reza así: *Honra a tu padre y a tu madre para que tus días se prolonguen sobre la tierra*. “Y así fue que me quedé sobre la tierra junto a mis padres y dejé que caducara el visado” (Frankl, 2016). Sus padres murieron más tarde, en el campo de

concentración. Él sobrevivió y dedicó el resto de su vida al desarrollo de la Logoterapia.

En este momento necesitaba una regulación externa; no podía tomar una decisión autónoma, pues lo veía como un exceso de responsabilidad, y el trozo de mármol de la sinagoga se convirtió en una señal divina (heteronomía, en forma de manda-miento divino), en virtud de la cual tomó su decisión. Esto nos indica que la integración de un sistema de regulación moral nunca es definitiva, puesto que un acontecimiento externo y/o un conflicto interno pueden desestabilizarlo gravemente, en el momento menos pensado.

LA AUTONOMÍA COMO OBJETIVO TERAPÉUTICO Y HORIZONTE EXISTENCIAL

La Psicoterapia Existencial parte, como hemos visto, de los presupuestos filosóficos relativos a la especificidad de la existencia humana. En esa concepción la presunción básica es que el ser humano es un ser radicalmente libre y, por ende indeterminado o que, al menos, el ámbito de su existencia escapa al determinismo de la naturaleza. Eso no significa que la persona humana no sea un organismo sometido a las leyes de la naturaleza, que lo es, sino que no se agota en ellas su ser. Su existencia trasciende su esencia. Pero esos mismos límites posibilitan su proyección en el mundo.

En efecto, el mundo donde se desarrolla la existencia humana no es únicamente un ambiente físico (*Umwelt*), sino que está constituido igualmente por un espacio social (*Mitwelt*) y por una relación reflexiva del individuo consigo mismo (*Eigenwelt*). Estos tres mundos constituyen el horizonte simbólico donde se proyecta la existencia individual y colectiva. La relación con estos tres mundos es la que no está genéticamente determinada. El contraste entre los modos de vida humana y animal pone en evidencia que si bien ambos, hombre y animal, están determinados por sus necesidades físicas, no obstante se diferencian radicalmente en los grados de libertad con que las satisfacen. El animal se relaciona con un mundo configurado por su percepción instintiva, naturalmente determinada. El mundo humano, en cambio, no está naturalmente estructurado, sino que es indeterminado o libre. La conclusión de todo esto es que el ser humano se ha convertido en el artífice de su propio mundo, de forma que éste ya no es sólo un planeta habitable de un sistema solar, sino fundamentalmente una creación de la conciencia humana y, en consecuencia, necesitado de una regulación moral, tanto en relación al cuidado del mundo donde habita (*Umwelt*), como respecto a la comunidad humana con la que comparte la existencia (*Mitwelt*).

A través de la función creativa o constitutiva, la conciencia determina los modos en que la existencia se va a concretar. El ser humano no puede quedarse en la pura indeterminación, puesto que esto implicaría su inmediata destrucción como organismo. Pero cualquier forma a través de la que se determina es potencialmente libre o arbitraria, ya que admite otras formas alternativas de determinación. De la

dialéctica entre necesidad e indeterminación radical nace la libertad que preside la existencia humana.

Si un ser se trasciende a sí mismo, no es un sí mismo, sino para sí, es un ser libre, indeterminado que siempre se busca y nunca se alcanza, que puede sólo salir de este dilema determinándose, pero que incluso de este modo continua trascendiéndose, dado que incluso sus autodeterminaciones son siempre revocables. Las dos caras de la trascendencia son la indeterminación (negativo de la trascendencia) y la constitución de un mundo (positivo de la trascendencia), lugar o espacio de la conciencia donde intenta determinarse ésta y al que, por lo tanto, confiere significado. En este espacio vacío que el hombre sólo puede llenar de una forma no alienada con su autodeterminación se instaura el reino fatídico del destino, el de la patología, por ejemplo, si no se establece el de la libertad (May, 1981).

La tensión existente entre proyecto existencial y proyecto histórico, entre facticidad como determinismo y libertad como autodeterminación, entre limitación temporal con la muerte en el horizonte y trascendencia personal, entre ser para sí o ser para los otros, entre el destino y la voluntad, es una tensión de carácter ético. La angustia existencial a que puede dar origen no es constitutiva de un trastorno psicológico ansioso o depresivo en sí mismo, aunque puede encontrarse en su base, sino expresión de un conflicto existencial que remite a las vicisitudes del sistema de regulación moral, que hemos descrito en otras publicaciones (Villegas, 2011, 2013, 2015) y que nos permite tratar e interpretar los trastornos psicológicos bajo una nueva luz, la de la Terapia del Desarrollo Moral.

Está claro que la función de la autonomía es conseguir la integración de todos los subsistemas de regulación moral y que ésta es una tarea que no se consigue definitivamente de una vez por todas, sino que es el resultado de una tarea laboriosa y constante. Existen situaciones en la vida que escapan a nuestro control e incluso a nuestra voluntad, que nos superan ampliamente, que no son de ninguna manera efecto de nuestra intención o de nuestros propósitos, ni hemos hecho nada para que sucedan. En algunas de ellas nos queda todavía alguna posibilidad de elección, aunque no de decisión. En otras, la posibilidad de decisión existe, pero sobrepasa nuestra capacidad de compromiso.

Estas situaciones excepcionales, sin embargo, no constituyen una objeción para continuar considerando la autonomía como un horizonte vital, que incluye también la aceptación de lo inevitable, de las pérdidas, de los errores, del perdón por el daño causado, de la integración de la vejez, la enfermedad y la muerte. Todas aquellas cosas que tiene que ver con el destino que inexorablemente se ciernen sobre nosotros. Tanto en situaciones cotidianas como extraordinarias, nuestra existencia se desarrolla frente a la facticidad o al destino. Pero tanto frente a la una como al otro, se levanta nuestra libertad. Frente a la facticidad, la libertad se realiza, frente al destino, se trasciende.

Muchos de los argumentos contra la libertad humana provienen de la idea de que nuestras vidas están predestinadas o predeterminadas, sea en base a nuestros

genes, a nuestra estructura fisiológica o cerebral, a nuestros condicionamientos psicológicos, familiares, sociales o culturales, a nuestros complejos infantiles, a nuestro pasado, a nuestras relaciones actuales, al momento histórico que nos ha tocado vivir o, ya en último extremo, para quienes gusten de pensar en la influencia de los astros o de poderosas fuerzas ocultas, en base a nuestro signo zodiacal, al designio que los dioses hayan trazado sobre nosotros, o al karma que arrastramos en nuestra reencarnación.

Como dice Mounier (1949, p. 82) “La libertad no se gana contra los determinismos naturales, sino que se conquista sobre ellos”, lo que conlleva una actitud de responsabilidad ética o compromiso ontológico con nuestro ser en el mundo, más allá de los determinismos fácticos, el destino o la fatalidad. Y es en este punto donde se produce la confluencia entre regulación moral y proyección existencial. La autenticidad de la existencia implica, desde el punto de vista psicológico, el desarrollo de la autonomía y la capacidad de regularse por ella.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Ed.), Barcelona, España: Panamericana.
- Auster, P. (2012). Diario de invierno. Barcelona, España: Anagrama.
- Binswanger, L. (1945). Der Fall Ellen West. Studien zum Schizophrenieproblem. *Schweizer Archives fur Neurologie und Psychiatrie*, vol. 53, 54, 55.
- Camus, A. (1948). *Calígula*. París, Francia: Gallimard.
- Eastwood, C., McCreary L., Lorenz, R. y Neufeld, M. (Productores) e Eastwood, C. (Director). (2009). *Invictus* [Película]. Estados Unidos: Warner Bros Pictures, Spyglass Entertainment, Malpaso Productions, Revelations Entertainment.
- Ey, H. (1976). *La conciencia*. Madrid, España: Gredos.
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder (Trabajo original publicado en 1946).
- Frankl, V. E. (2016). *Lo que no está escrito en mis libros. Memorias*. Barcelona, España: Herder.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 3, pp. 2701-2729). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 3, pp. 3017-3068). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- García, E. y McLennon, G. (Productores) y Coixet, I. (Director). (2003). *Mi vida sin mí* [Película]. España-Canadá: El Deseo S.A, Milestone Entertainment, Antena 3 Televisión, Vía Digital.
- Gebstattel, V. E. von (1964). *Imago Hominis. Beiträge zur einer Personalen Anthropologie*. Schweinfurt, Alemania: Verlag Neues Forum.
- Harari, Y. N. (2016). *Homo Deus. Una breu història del demà*. Barcelona, España: Ed. 62.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Max Niemeyer: Halle-Tübingen.
- Henley, W. E. (1888). *A book of verses*. Londres, Reino Unido: D. Nutt.
- Jaspers, K. (1969). *Entre el destino y la voluntad*. Madrid, España: Guadarrama.
- Kant, I. (1946). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Kant, I. (1975). *Crítica de la razón práctica*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization. En T. Lickona (ed.), *Moral development and behavior*. New York, NY: Holt, Rienhard & Winston.
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on moral development. The philosophy of moral development*. San Francisco, CA: Harper & Row.
- Kübler-Ross, E. (1989). *La muerte: un amanecer*. Barcelona, España: Luciérnaga.

- Laing, R. (1982). *The voice of experience*. Londres, Reino Unido: Pantheon.
- Martín-Santos, J. L. (1964). *Libertad, temporalidad y análisis existencial*. Barcelona, España: Seix y Barral.
- Martín-Santos, L. (2004). *El análisis existencial. Ensayos*. Madrid, España: Tricastela.
- May, R. (1981). *Freedom and Destiny*. Nueva York, NY: Norton.
- Minkowski, (1933) *Le Temps vécu. Étude phénoménologique et psychopathologique*. Paris, Francia: D'Artrey.
- Piaget, J. (1976). *The grasp of consciousness*. Cambridge, MA: Harvard University Pres.
- Sartre, J. P. (1960). *Critique de la Raison Dialectique*. Paris, Francia: Gallimard.
- Sartre, J. P. (1983). *Cahiers pour une morale*. París, Francia: Gallimard.
- Sartre, J. P. (1992). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona, España: Edhasa.
- Skinner, B.F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York, NY: Alfred Knopf.
- Villegas, M. (1981). *La psicoterapia existencial* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Villegas, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.
- Villegas, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.
- Villegas, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II). La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 30/31, 19-92.
- Villegas, M. (2000). Psicopatologías de la libertad (III): La obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, 42/43, 49-134.
- Villegas, M. (2004). Psicopatologías de la libertad (IV): Anorexia purgativa y bulimia o el descontrol de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 58/59, 93-143.
- Villegas, M. (2005). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, 63/64, 59-132.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. y Mallor, P. (2012). Las modalidades del narcisismo. *Revista de Psicoterapia*, 89, 59-108.
- Villegas, M. y Mallor, P. (2015). Estima ontológica, estima narcisista. *Revista de Psicoterapia*, 100, 3-44.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona, España: Herder.

CUANDO LOS SÍNTOMAS NO DEJAN VER EL SENTIDO. VIAJE EXISTENCIAL AL CENTRO DE LA PSICOTERAPIA

WHEN THE SYMPTOMS DO NOT ALLOW US TO SEE THE MEANING. EXISTENTIAL JOURNEY TO THE CENTER OF PSYCHOTHERAPY

Juan García-Haro⁽¹⁾, Henar García-Pascual⁽²⁾ y Marta González González⁽³⁾

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España

1) FEA Psicología Clínica. Centro de Salud Mental de Adultos. Pola de Siero. Asturias.

2) Enfermera Especialista en Salud Mental

3) Psicóloga Interna Residente

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Cuando los síntomas no dejan ver el sentido. Viaje existencial al centro de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 39-67.

Resumen

Frente a la crisis de sentido vital y al sufrimiento inevitable en respuesta a situaciones límite y que tanto afectan a la conducta y la subjetividad modernas: ¿qué opciones plantea la psicoterapia? El objetivo de este artículo es analizar las propuestas que emergen desde las terapias existenciales; concretamente desde la Logoterapia de V. E. Frankl y la Psicoterapia Existencial de I. D. Yalom. También desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, considerada aquí desde sus afinidades con la Terapia Existencial. Se concluye que el enfoque existencial ofrece una respuesta al sufrimiento humano inevitable y a la crisis de sentido vital en la cultura moderna. La Terapia de Aceptación y Compromiso puede ser leída como una modalidad de Terapia Existencial.

Palabras clave: Logoterapia, psicoterapia, psicología existencial, sentido de la vida.

Abstract

Opposite to the crisis of vital sense and the inevitable suffering in response to limit-situations that so much concern the behavior and the modern subjectivity: what options does it propose to the psychotherapy? The aim of this article is to analyze the offers that emerge from the existential therapies; concretely from the Logotherapy of V. E. Frankl and the Existential Psychotherapy of I. D. Yalom. Also from the Therapy of Acceptance and Commitment, considered here from its affinities with the Existential Therapy. We conclude that the existential approach offers a response to the inevitable human suffering and the crisis of vital sense in modern culture. Acceptance and Commitment Therapy can be read as a form of Existential Therapy.

Keywords: Logotherapy, psychotherapy, existential psychology, meaning of life.



Quod vitae sectabor iter? (¿qué camino habré de seguir en la vida?).
(Tercer sueño de Descartes. Noche del 10 al 11 de 1619. Palabra y silencio,
R. Xirau, 2013, p. 65.).

Y el pasado es pasado, que no otra cosa quiere decir el tiempo, porque el tiempo en sí mismo no es ya más que otro nombre de la muerte, y el mismo cielo una región donde han ido a parar las cosas de antaño, al fallecer.
(Una pena en observación, C. S. Lewis, 2006, p. 39).

INTRODUCCIÓN

“Se me acabó el sentido de la vida”. “Siento que soy espectadora de la vida”. “Veó la vida pasar”. “No le encuentro sentido a la vida”. “No me motiva nada”. “Mi vida es un aburrimiento sin sentido”. “Siento que mi vida está en pausa”. “La vida se me paró”. “Vivía pero no existía”. “¿Merece la pena vivir?”.

Estas declaraciones pertenecen a consultantes recientemente atendidos en un Centro de Salud Mental de Asturias. Reflejan quejas de lo que llamamos *clínica de la falta de sentido vital* o *clínica del vacío existencial* (véase García-Haro, García-Pascual y González González, 2018). Esta sería la que surge del fracaso en la tarea de dar sentido a la vida personal, o lo que es lo mismo: de la impotencia de construir un proyecto que oriente y sostenga la tarea de vivir. Se trataría por lo demás de una situación que se extiende como una mancha de aceite en la sociedad actual y para la que valdría la expresión de “clínica de nuestro tiempo”. A pesar de la tendencia creciente del consultante de los servicios públicos de salud mental a sobrecargar el relato de la queja con cuestiones médico-sintomáticas, en no pocas ocasiones la narrativa del sentido de la vida entra de lleno en la conversación terapéutica. Dar cabida a esta narrativa en la cotidianidad de la clínica psicoterapéutica es el principal objetivo de este trabajo.

Frente a la crisis de sentido vital y al sufrimiento inevitable en respuesta a situaciones límite y que tanto afectan a la conducta y a la subjetividad modernas: ¿qué opciones plantea la psicoterapia? Este artículo intenta dar una respuesta a esta pregunta desde la óptica de la Psico(pato)logía Existencial; especialmente desde la Logoterapia de V. E. Frankl (1988, 1990, 1996, 2008) y la Psicoterapia Existencial de I. D. Yalom (1984, 2000, 2008a). También desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015), pues como se verá, y esta sería otra aportación de este trabajo, destila principios terapéuticos de indudable sabor y saber existenciales.

Antes de continuar conviene aclarar que cuando hablamos de Psico(pato)logía Existencial no nos referimos a una escuela de psicoterapia o modelo de tratamiento concreto. Más bien, el punto de vista existencial abarca una *actitud o enfoque*, una manera particular de considerar la clínica y la condición humana (May, 2000; Van Kaam, 1969).

Siendo así, puede estar presente entre terapias de orientaciones teóricas

diferentes. Con todo, nuestra línea de inspiración más directa es la perspectiva de la Logoterapia (Frankl, 1988, 1990, 1996, 2008) y la Psicoterapia Existencial (Yalom, 1984, 2000, 2008a).

CLÍNICA DE LA FALTA DE SENTIDO VITAL

Con muchísima más frecuencia de lo que se aprecia, la narrativa de fracaso en la tarea de construir un sentido a “mi” vida ocupa un lugar destacado en la problemática que presentan las personas que acuden a Salud Mental y a psicoterapia. Así, es común la queja de ausencia de un proyecto de vida (considerado) valioso o de metas-guiadas-por-valores. Sin embargo, esta queja es verdad sólo en apariencia. Apenas se indaga el terreno, como el cazador cuando se adentra en el sotobosque, saltan los valores vitales a la superficie. No es tanto que hayan desaparecido como que han perdido su empuje y están desplazados por los síntomas. De cualquier modo no queda claro si la carencia de un sentido vital es un factor causal de disfunción psíquica o si se trata más bien de un efecto colateral derivado de la clínica psicopatológica. Se trata de una cuestión importante a dilucidar en futuras investigaciones. Sea como sea, desde el punto de vista de la Psico(pato)logía Existencial que aquí se desarrolla, se apuntaría más hacia un modelo de causalidad circular que hacia una linealidad causa-efecto.

En este trabajo se sigue la hipótesis de que los fracasos asociados a la tarea de construir un proyecto vital “adulto” (siempre en diálogo con el proyecto que le presenta su cultura) estarían en la base de numerosas modalidades de disfunción psíquica o que toca las raíces más profundas de la psicopatología moderna. Con todo, se consulta cada vez más en los servicios públicos de salud mental por sufrimientos o mal-estares vitales que por trastornos clínicos al uso. No en vano, son los problemas *radicados en y derivados del* existir humano cotidiano (conflictos, pérdidas, fracasos, decepciones, derrotas, dilemas, crisis, proyectos frustrados, etc.), la *materia prima* de la que se componen los trastornos psicopatológicos. Esto es, se diría que son la causa material en sentido aristotélico de la que están hechos (Pérez Álvarez, 2003) o que son su *realidad radical primaria* (Ortega, 1966). Ahora bien, con independencia de si se trata de un trastorno psicológico o de un *sufrimiento trágico de la vida* (en sentido unamuniano), la queja que motiva la consulta y por la que se acude o se envía al paciente a Salud Mental, tiene más la formulación de los síntomas biomédicos que de las experiencias vividas. Sin duda esto sería una consecuencia de la *cultura de la naturalización biomédica del sufrimiento vital-mundano* vigente en nuestros días (véase García-Haro, García-Pascual y González González, en prensa). A otro nivel también sería, en cierto grado, una cuestión personal. Efectivamente, cada vez más los pacientes que acuden a Salud Mental lo hacen presentándose como un manojito de síntomas y sin ninguna densidad *subjetual* (Sánchez González, 2009).

SUFRIMIENTO TRÁGICO DE LA VIDA Y SITUACIONES-LÍMITE

¿A qué se llamamos *sufrimiento trágico de la vida*? Por lo que aquí concierne, sería aquel que es inevitable porque es constitutivo de la vida humana. V.E. Frankl situaría aquí las enfermedades incurables y de mal pronóstico o las incapacidades irreversibles. También lo que llamaba la “triada trágica”: *sufrimiento-culpa-angustia ante la muerte* (Frankl, 2008). Efectivamente, nadie escapa a tales experiencias o envites vitales. Ante ellos el sujeto tendría la capacidad de transformarlos en algo positivo, algo a su servicio, pero sólo si sale a su encuentro con la actitud y disposición adecuadas; esto es, si es capaz de construir a partir de la materia fatal que le viene dada, un valor que llene de sentido su vida. En cambio, para aquellos sufrimientos que resultaran evitables, lo propio sería evitar su causa, sea ésta la que sea; psicológica, médica, social, política o económica.

Por su parte, el psiquiatra y filósofo alemán K. Jaspers hablaba de *situaciones-límite* como la *muerte*, el *azar*, el *sufrimiento*, la *lucha por la existencia* y la *culpa* (Jaspers, 1959). Entre estas situaciones-límite echamos en falta por su importancia en la dinámica de la vida humana dos más: el suicidio y el enamoramiento. Sea como sea, estas situaciones ponen en juego los cimientos de la propia existencia y demandan un cambio radical en la actitud y estilo de vida de la persona. No en vano, el cambio o *modulación de actitud* (por oposición al cambio o modificación de conducta) es lo esencial en Logoterapia (Lukas, 2003). A este respecto, y parafraseando a Frankl, se puede decir que *no hay vida humana sin situaciones-límite, ni situación límite en que la vida deje de ofrecer alguna posibilidad de sentido vital*. Pues bien, de cómo enfrente o resuelva el sujeto estas situaciones-límite dependerá en gran medida su bienestar psicológico o su estado de salud mental (también su felicidad).

Aunque sin ser constitutivos de la estructura de la vida humana, se podría incluir aquí, en la categoría de *sufrimiento trágico de la vida*, los sucesos accidentales o casuales más/menos traumáticos que a menudo salpican la vida al margen del proyecto personal de vida. Se trataría de un elemento irracional aunque sin duda importante en el curso de la vida humana. A esto los antiguos lo llamaban *fatalidad del destino* y ahora cae en el dominio de lo que se llama *mala suerte*.

Pues bien, en base a lo anterior interesaría discriminar entre sufrimientos evitables (entonces no se está en el espacio de las situaciones-límites) e inevitables de la vida, según reza la famosa plegaria de la Serenidad:

*Señor, concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar,
valor para cambiar las que sí puedo
y sabiduría para conocer la diferencia entre ellas.*

Aunque esta plegaria tiene su origen en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, bien podría haber sido firmada por el mismo Epicteto, tan empeñado en examinar las cosas según dependan de uno mismo o no, y en aceptar lo que no se puede cambiar (Epicteto, 2007). Aunque también a la inversa: en no aceptar sin más

lo que sí se puede cambiar. Como se verá más adelante, ayudar a aceptar lo que no se puede cambiar y vivir una vida con sentido y propósito es uno de los objetivos de la Logoterapia. Pensamos que también de ACT.

Frente a las situaciones-límite, Jaspers dice que hay básicamente dos opciones o posturas: una opción de resignación, pesimismo y desesperanza nihilista, y una opción de confianza optimista en el significado de la vida. Son precisamente estas situaciones-límite que no podemos cambiar, las que paradójicamente pueden ayudar al cambio personal. Esto es, cabe ver las situaciones-límite no solo como momentos o experiencias de despertar existencial sino como oportunidades para dar un sentido a la vida. Para cada una de las situaciones-límite que menciona Jaspers (la *muerte*, el *azar*, el *sufrimiento*, la *lucha por la existencia* y la *culpa*) se podría formular desde el punto de vista de la ayuda unas metas terapéuticas a lograr. Para este propósito hay una lista de actitudes morales o virtudes auténticas (valores de actitud) formuladas por Jaspers tales como la aceptación, la solidaridad, la responsabilidad, etc., que pueden guiar a las personas a enfrentar los desafíos de cada situación límite y que pueden servir para realizar el sentido de la vida. Tomando esta lista de actitudes morales de Jaspers como base para la configuración de posibles metas terapéuticas para la Terapia Existencial, se tendría el siguiente cuadro: para el afrontamiento de la angustia ante la muerte, la meta sería la adquisición de una *calmada aceptación*; para la angustia de la lucha, valdría el desarrollo de la *solidaridad y la cooperación*; para la angustia de la culpa, la disposición a asumir la *responsabilidad*. Finalmente, para todo sufrimiento, la meta general sería el desarrollo de un *sufrimiento activo* entendido éste como el esfuerzo por ser feliz a pesar del sufrimiento (Salamun, 2006).

Interesa ahora señalar aquí cierto aire de familia entre la propuesta de Jaspers con ACT; una de las terapias más representativas de las llamadas *terapias de tercera generación o contextuales* (véase Hayes et al., 2015; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002; Pérez Álvarez, 2014). ACT, desde lo que aquí interesa, trata de generar esfuerzos útiles orientados a valores y metas vitales significativas cargando en la mochila de viaje las barreras-obstáculos (malestares) que se encuentra la persona en el camino. En efecto, para ACT el objetivo es ayudar a los consultantes a que caminen hacia lo que “realmente importa” (¿sea lo que sea?) cambiando aquellos aspectos que sí se pueden cambiar, y aprendiendo a estar abiertos a todos aquellos que ya no son sensibles a los cambios. En otras palabras, aceptar lo que no es posible cambiar y compromiso a actuar en dirección a valores a través de o a pesar del mal-estar vivencial. Se busca de este modo una vuelta al contexto de la vida (mundanidad), en el sentido de que el núcleo de ACT deja de ser el bucle de intentos de control-evitación de los eventos internos indeseados que mantiene el problema y lo comience a ser el compromiso con el camino que se quiere recorrer, es decir, con aquellas acciones que están dirigidas a valores vitales elegidos. Desde esta perspectiva, no son pues los pensamientos, sentimientos y demás eventos internos la causa del sufrimiento y de los conflictos psicológicos sino

las estrategias rígidas e inflexibles de regulación emocional o de afrontamiento que se ejecutan. Como ya señalara hace más de 40 años (concretamente en 1974) el *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto, se llega a la máxima: *el problema es el intento de solución* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1985).

Pues bien, ante esta clase de sufrimiento inevitable, que está más allá, o más acá (según se mire), de lo que se podría considerar un trastorno psicopatológico al uso, y que se define por el hecho de escapar al control personal, no cabe más, desde el punto de vista de la Psico(pato)logía Existencial, que un cambio de actitud; la *aceptación*. Cualquier otra actitud o “intento de solución”, como la reiteración del intento de control-evitación de la experiencia interna será peor. La aceptación podría ser a su manera un *giro de 180 grados respecto al patrón de solución intentada que no funciona y que mantiene el problema* (aceptar en lugar de luchar). En cualquier caso, sería una actitud derivada de y radicada en la capacidad de decisión del sujeto frente a sus limitaciones y sufrimiento.

TERAPIA EXISTENCIAL Y VALORES

¿Cómo ayudar al consultante que sufre una situación-límite y que carece de un sentido vital? Antes de responder conviene hacer unas aclaraciones en torno a los pre-juicios o valores presentes en el contexto terapéutico.

Lo primero sería subrayar que todo terapeuta lleva a la consulta su mochila de valores personales. Lo quiera o no, el terapeuta o la terapeuta se enfrenta en cada sesión a un conjunto de cuestiones éticas que no puede evitar y ante las que toma partido de forma más/menos consciente. La idea sobre la condición humana, de la enfermedad mental, del tratamiento, la antinomia responsabilidad moral versus determinismo causal, el dualismo cuerpo-mente, el objetivo final del trabajo terapéutico (silenciar síntomas, promover conductas saludables, buscar la conformidad del consultante a las normas sociales, desenmascarar motivaciones reprimidas, promover la autonomía personal, etc.), el valor de las emociones, el valor de las decisiones, el valor del sentido, el valor de la vida, el valor de los derechos humanos, etc., son cuestiones saturadas de cultura que viajan con billete de ida y vuelta en cada interacción terapeuta-consultante. En efecto, pedirle a un paciente que se tumbe en un diván y asocie libremente mientras el terapeuta permanece oculto en el anonimato, distante y en silencio sepulcral no es precisamente una agenda libre de valores. Es más, con este modo de proceder se niega al consultante una relación sobre una base personal con la añagaza de ser una condición técnica necesaria para la “curación”. En este sentido, queremos recordar que el psicoanalista húngaro Sándor Ferenczi había advertido del peligro de convertir la situación analítica en una fría reserva, hipocresía profesional y antipatía respecto al paciente que difícilmente no era percibida como tal por el mismo paciente (Ferenczi, 1984). Por tanto, la escena terapéutica (como cualquier escena relacional de la vida humana) no está libre de valores. Tampoco de relaciones de poder. Lo honesto, a nuestro juicio, sería ponerlos de manifiesto, al menos ante uno mismo. Quienes

creen que su labor consiste en aplicar técnicas bien depuradas o purificadas asépticamente por la ciencia se eximen de examinar sus propios valores. *No hacer explícitos los valores implicados en la práctica psicoterapéutica es ya estar asumiendo una determinada postura axiológica aunque con la apariencia de ser neutral y la pretensión engañosa de atender sólo a hechos científicos y a evidencias.* Como dijo Frankl: *una terapia que se tiene libre de valores es ciega a sus valores* (Frankl, 1990).

Ahora bien, hay valores más/menos nucleares o vitales, valores tan arraigados, tan fusionados al yo, que se confunden con la realidad misma o con la verdad objetiva. Utilizando ahora un concepto central de la “segunda navegación” (1932-1935) de Ortega como es el de “creencia” (véase la famosa distinción entre *ideas* y *creencias* de Ortega, 1977), cabría decir que *hay valores que se tienen (y uno se percata de que los tiene) y valores en los que se está o con los que se cuenta (y uno no se percata de ellos porque de algún modo se vive en ellos, son como el suelo o sustrato valorativo que cotidianamente se pisa y desde el que se emite juicios) y por tanto quedan fuera del ámbito de problematización; no devienen asunto.* Estas creencias-en-las-que-vivimos tienen por lo demás siempre un trasfondo de sedimentación cultural-histórica. Para diferenciar entre ideas y creencias vale esta sencilla regla nemotécnica: “Darse cuenta de una cosa sin contar con ella eso es, en su forma más típica, una idea; y contar con una cosa sin darse cuenta de ella es, en su forma más típica, una creencia. Son, pues, dos comportamientos humanos distintos” (Ortega, 1980, pp. 23-24). Si bien se debe a Freud el mérito de desenmascarar los significados ocultos en el inconsciente reprimido, seguimos sin percatarnos, y por tanto padeciendo, los efectos prácticos de los valores que por estar demasiado en la superficie de la cotidianidad no se ven. Vale decir que permanecen des-ocultados como en el cuento *La carta robada* de E. A. Poe (1990). Como dijo Ortega: “Acontece la paradoja máxima de que lo que está en todas partes, lo omnipresente, es lo que cuesta más trabajo ver” (Ortega, 1982, p. 85). Descubrir y someter a la luz crítica lo que no se ve, no ya porque esté enterrado, oculto o escondido, sino porque se da por des-contado, sentido común o paisaje natural de la experiencia ordinaria, sería por lo demás, la tarea del terapeuta existencial. También la del terapeuta narrativo (White, 2002, 2016; White y Epston, 1993).

Lo segundo sería hacer notar que las personas no acuden a terapia con la queja de falta de sentido vital. Incluso cabe esperar que el terapeuta que reciba a un consultante con esta formulación de la queja lo tenga por una persona esquizoide o narcisista. Pero que no se formule explícitamente no quiere decir que la narrativa del sentido vital no exista ahí, al igual que otras preocupaciones existenciales básicas, como telón de fondo tras muchos síntomas y procesos psicopatológicos. Se acude a terapia desde el formato de la *naturalización biomédica* o *medicalización del sufrimiento vital-mundano* (véase García-Haro, García-Pascual y González González, en preparación). Esto es, se acude al psicólogo como quién acude al médico. Se demanda aliviar el mal-estar sintomático más que solucionar problemas

o asuntos psico-biográficos. Esto es así porque socialmente vivimos plegados a un modelo biomédico de salud mental nucleado en torno a la medicación y al criterio de normalidad entendido como *silencio o control sintomático*.

Con todo, la pregunta que interesa sigue flotando sin obtener respuesta: “¿Cómo puede un ser que necesita un significado encontrarlo en un mundo que no lo tiene?” (Yalom, 1984, p. 505). A falta de valores trascendentes-universales que orienten y consuelen al sujeto en su caminar vital por la sociedad moderna, Yalom (1984) habla de una serie de valores no religiosos (inmanentes) que proporcionan a los individuos un nuevo suelo sobre el que construir un sentido vital. Estos son: el altruismo, la consagración a una causa (intramundana), la creatividad, la autorrealización, el hedonismo y la trascendencia de uno mismo. Como se ve a simple vista, se trata de valores que no son independientes unos de otros. Así, por ejemplo, la conducta altruista puede subyacer a la consagración a una causa y ésta a su vez puede relacionarse con la trascendencia de uno mismo.

Si bien la auto-trascendencia tiene una larga tradición religiosa y filosófica, fue Frankl el primero que la introdujo en el ámbito de la terapia como la característica principal del enfoque orientado al sentido de la vida. Hace referencia a que el ser humano siempre apunta y está dirigido hacia algo que no es él mismo, es decir, hacia un sentido que hay que cumplir, o hacia otro ser humano a quién amar. En el servicio a una causa valiosa o en el amor a una persona –dijo Frankl– se realiza la persona. Uno se realiza a sí mismo en la medida en que se des-centra de sí, en que se olvida de su propio yo (Frankl, 2008). Para expresar la dimensión de la auto-trascendencia de la vida humana, Frankl (2008) aludía a la metáfora del ojo: dice que la capacidad del ojo de ver el mundo depende paradójicamente de su incapacidad de verse a sí mismo. Así, cuando el ojo se ve a sí mismo o a una parte de sí es porque está enfermo. El ojo para poder ver ha de no verse. Lo mismo sucede con el sujeto; cuanto más se olvida de sí, cuanto más pasa por encima de sí, paradójicamente, más se realiza. Por otro lado, olvidarse de uno mismo sería también una manera de conjurar la angustia del paso del tiempo. En efecto, en la entrega a una causa valiosa o amando a una persona, el tiempo se detiene por unos instantes. Actividades que nos absorben por completo hacen que desaparezca momentáneamente la conciencia del fluir temporal. El yo se hunde en el olvido del tiempo, entonces, levantamos la mirada y nos sorprendemos de cuánto tiempo ha pasado (Safranski, 2017).

La auto-trascendencia –según Frankl– es la esencia de la vida humana. Se podría decir que existir es siempre viajar con maletas de trascendencia. Se recordará a este respecto la definición de felicidad que daba Ortega; la felicidad es *estar fuera de sí*, es encontrar algo trascendente que nos entusiasme completamente (Ortega, 1976).

Si se admite que es en el mundo cotidiano y en la experiencia ordinaria (fenomenología mundana de la vida práctica) donde se realiza y tiene sentido la vida humana, el problema de la Logoterapia o la crítica que merece recibir, a nuestro

juicio, es que sitúa el logro de los valores de auto-trascendencia y del sentido de la vida apelando a la recuperación de las creencias religiosas o como lo llamaba Frankl *suprasentido* (Frankl, 2016a). La misma crítica procede hacer con la *psicología analítica* de Jung (2016); los nuevos dioses de Jung serían los *arquetipos* y sólo con referencia a ellos tendría sentido la vida. Jung consideraba además que en el proceso de *individuación* (principio dador de sentido) los sujetos necesitaban adoptar una actitud religiosa. Igual consideración se podría hacer de Jaspers y su noción de *cifra de la trascendencia* (Jaspers, 1959).

Visto lo anterior, se trataría entonces de conservar la *dimensión existencial de inmersión en el contexto de la vida o mundo cotidiano pero purificada de elementos teológico-religiosos que puedan des-orientar al sujeto moderno en su travesía vital*. Esto no quiere decir que el terapeuta no pueda utilizar las creencias religiosas si estas forman parte de la mochila de valores del consultante y las puede poner al servicio de construir un proyecto o sentido vital valioso. Tal es el caso de aquellas madres y padres que al afrontar el duelo de la muerte de un hijo recién nacido sienten consuelo en la creencia de que en ello está la voluntad de Dios.

En una aproximación a los posibles ámbitos de valor (inmanentes) que rigen la vida de los consultantes, ACT ha elaborado la Hoja de Asesoramiento de Valores (Hayes et al., 2015). Contiene los siguientes: 1. Relaciones familiares (con la familia de origen). 2. Matrimonio/pareja/relaciones íntimas. 3. Ser padres. 4. Amistades/vida social. 5. Carrera/empleo. 6. Educación/formación/crecimiento personal y desarrollo. 7. Esparcimiento/diversión. 8. Espiritualidad. 9. Vida en comunidad. 10. Salud/cuidado físico. 11. Medio ambiente/sostenibilidad. 12. Valores estéticos (arte, música, literatura, belleza). Como se puede ver, como pasaba con los valores de Yalom, no son áreas independientes sino que pueden existir solapamientos. Si se mira bien, casi todos son valores de autotrascendencia. Esta Hoja de Asesoramiento puede ser útil para el terapeuta o la terapeuta que trabaja en el proceso de clarificar y andamiar un proyecto de vida.

El grupo de Luciano (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006) recomienda la necesidad de explorar la lista de dominios anterior así cómo las direcciones por seguir en estos dominios y los objetivos y metas por alcanzar a mediano y largo plazo, que también son completamente idiosincrásicos. Además, señalan la utilidad de preguntar al consultante qué razones o motivaciones sustentan, en general, sus acciones o modos de vida. En este sentido ACT ha desarrollado diferentes cuestionarios que sirven a clarificar áreas de dirección vital y objetivos.

Importa señalar, por su centralidad en el pensamiento psicoterapéutico, el valor dado por la Psicología Individual de Adler al *sentimiento de comunidad o sentimiento social*. Se entiende como la tendencia de la persona a orientar su conducta hacia la cooperación y la realización de proyectos de vida compartidos en la comunidad (Oberst, 2015; Ruiz, Oberst y Quesada, 2006).

TERAPIA EXISTENCIAL Y SENTIDO DE LA VIDA: MIRANDO EL SENTIDO QUE OCULTAN LOS SÍNTOMAS

Como se sabe, la Terapia Existencial, más concretamente la Logoterapia, trata de aliviar el sufrimiento inevitable de la vida mediante la búsqueda de un sentido que lo haga más soportable. Aquí interesa la idea nietzscheana según la cuál “Cuando uno tiene su propio *¿por qué?* de la vida, se aviene a casi todo *¿cómo?*” (Nietzsche, 2015, p. 43). En cambio, cuando no hay proyecto ni sentido vital cualquier mínima dificultad se convierte en un obstáculo insalvable. Esta es la idea que nuclea el sentido y la lógica de la Logoterapia de Frankl y que, en nuestra opinión, se proyecta en cierto sentido en el trabajo ACT con valores. La experiencia vivida de Frankl en los campos de concentración nazis le sirvió para darse cuenta de que quienes demostraron tener mayor capacidad para sobrevivir, eran los que tenían una tarea o valor por cumplir en la vida (véase las Memorias de Frankl, 2016b). Así, la capacidad para sobrellevar el sufrimiento trágico estaría en función del sentido vital y compromiso con el mismo, esto es, al hecho de tener una tarea que cumplir en el futuro, o por decirlo al modo ACT; estar orientado hacia una vida valiosa. Vale añadir en esta línea, como aportación de los autores firmantes: *y al hecho de tener una ilusión o sueño que lograr en la vida; esto es, algo con lo que entusiasmarse en la vida.*

Decía Frankl (1990), y nos parece una idea fundamental, que *cuando hay un vacío existencial, los síntomas se apresuran a llenarlo.* Siendo así, el síntoma sería un intento de corrección subjetiva a una vida o “ser-en-el-mundo” que contiene algún ingrediente problemático. En la perspectiva psicodinámica se dice que el síntoma cumple una función y es al mismo tiempo una solución de compromiso. Ahora bien, la pre-tensión de solución no convierte a los síntomas en verdaderas soluciones. Más bien sucede lo contrario; de-vienen arreglos dis-funcionales, aunque eso sí, útiles en tanto que escamotean la fuente del conflicto.

Para indagar o clarificar el sentido-función que se oculta tras los síntomas, y de la vida convertida en campo de batalla contra los mismos o contra el yo mismo, son útiles las siguientes preguntas:

1. Desde la óptica ACT: *¿al servicio de qué metas o propósito vital estaría el alivio de los mismos?* (Hayes et al., 2015).

2. La *pregunta de la evitación* de la Psicología Individual de Adler o “LA” pregunta: *¿Qué sería diferente/qué cambiaría en tu vida si de pronto ya no tuvieses este problema/estos síntomas?* La respuesta es un indicador de los asuntos de la vida que teme la persona, aunque también de las metas que está logrando dis-funcionalmente mediante o a través de los síntomas (Oberst, 2015).

3. Desde la óptica de la *Terapia Centrada en Soluciones* (TCS) (véase De Shazer, 1986, 1992), encontramos la *pregunta milagro*; trata de explorar metas o acciones guiadas por valores que han quedado sepultadas bajo la lucha contra los síntomas.

A modo de paréntesis: nos sorprende el uso que hace ACT de esta pregunta sin

citar a De Shazer y a su grupo. Así, encontramos lo siguiente: “Si ocurriera un milagro y se solucionara esta situación, ¿qué cambio observarías que te permitiera ver que las cosas iban mejor?” (Hayes et al., 2015, p. 255).

4. Otra pregunta presente en ACT y de claro trasfondo existencial es la siguiente: “Si sólo fueras a vivir hoy, ¿qué te gustaría hacer con el tiempo que te queda en este mundo?” (Eifert y Forsyth, 2014, p. 219).

5. Otra vía para explorar el sentido de los síntomas sería trabajar las discrepancias entre el curso de acción presente y las metas vitales (discrepancia valores-conducta) a través de la pregunta ACT: *¿Qué quieres que represente o signifique tu vida?* Se trataría, una vez identificados los valores (de vida, de identidad, etc.), de identificar los esfuerzos que las personas están ya haciendo para tener más influencia en la vida que desean tener.

6. Una técnica para la clarificación de valores es el ejercicio *asistencia imaginaria a tu funeral* o ejercicio del *epitafio* (véase Hayes et al., 2015; Wilson y Luciano, 2002). Se invita a la persona a reflexionar acerca de lo que le gustaría leer en su epitafio futuro. A continuación se pregunta: *¿están tus pasos orientados hacia eso que quieres?* Aunque es ACT quién lo ha popularizado, se trata de un ejercicio de gran tradición existencial (Yalom, 2000) e incluso literaria: véase el fantasma de las navidades futuras en el clásico *Cuento de Navidad* de Charles Dickens (1993). Si se mira bien, puede leerse este cuento como una auténtica Terapia Existencial donde se utiliza la conciencia de muerte (y acaso el temor a perder una imagen social aceptada) como catalizador del cambio (Yalom, 2000). Como es evidente, todos podemos imaginar el amanecer del día siguiente a nuestro propio funeral. Esta capacidad de proyectarnos a un futuro temido se utiliza en este ejercicio como impulsor del cambio. La técnica del epitafio sirve de otro modo a reflexionar sobre lo que Heidegger (2006) llamó el *futuro sido* y Lacan llamó *lo que habré sido para lo que estoy llegando a ser* (véase Alemán y Larriera, 2006). Se trata de un ejercicio vivencial que trata sobre la temporalidad y el tiempo como condiciones constitutivas de la existencia humana y de lo que uno hace con su vida y su identidad. Dicho en los términos oscuros de la ontología fundamental de Heidegger: *la existencia no discurre o acontece en el tiempo sino que vale decir que es ella misma temporal, esto es, está hecha de temporalidad; la temporalidad es la estructura o materia de la que está hecha nuestra existencia en el mundo.*

J. L. Borges lo había expresado así:

“El tiempo es la substancia de que estoy hecho.

El tiempo es un río que me arrebata, pero yo soy el río;

es un tigre que me destroza, pero yo soy el tigre;

es un fuego que me consume, pero yo soy el fuego.

El mundo, desgraciadamente, es real;

yo, desgraciadamente, soy Borges.”

“Nueva refutación del tiempo”. “Otras disquisiciones” J. L. Borges (1976, p. 187).

Mediante el ejercicio del epitafio se propone un modo cualitativamente diferente de vivir el presente biográfico; a saber, vivirlo como *el pasado que aún no ha sido pero que será si nada se cambia conductualmente*. En efecto, en cierto modo escribimos nuestro epitafio con las elecciones que hacemos y las acción que emprendemos cada día en el aquí y ahora.

7. Otras técnicas que “juegan” terapéuticamente con la dimensión del tiempo y la temporalidad (también con la imaginación y la fantasía) serían las *técnicas de proyección al futuro* de la TCS (véase la “pregunta milagro”, la “técnica de la bola de cristal”, la “máquina del tiempo”, etc.). Todas ellas diseñadas con la finalidad de construir con los consultantes unos objetivos de cambio operativos acordes a sus metas futuras.

Pues bien, a través de esta clarificación de los valores se llega al hecho de que el alivio sintomático que busca el consultante (a veces lo demanda desde una posición de enfado que deja pocos resquicios al trabajo terapéutico), no es un fin en sí mismo, sino que se encuentra a la base de la realización de una serie de valores o proyectos (considerados) valiosos que constituyen lo auténticamente importante en la vida de esa persona. Como dicen los autores de ACT: es dudoso que alguien elija un epitafio que diga: “Aquí descansa X. Se pasó toda la vida combatiendo la ansiedad”. Con esto se alude a la importante distinción entre objetivos de proceso y de resultado o entre metas y valores. Mientras las metas son acciones que se pueden tachar de una lista, los valores son viajes que duran toda la vida. En definitiva, se podría decir, parafraseando a Frankl (2008), que *al echar la mirada atrás desde la atalaya de los años, lo que duele no es tanto que la vida haya estado llena de dolor, sino que haya estado vacía de sentido*.

TERAPIA EXISTENCIAL Y PROYECTO DE VIDA

Habiendo caminado sin descanso a lo largo del sendero montañoso, llegamos a una de las cimas más operativas y distintivas de la Terapia Existencial; se trata del concepto de *proyecto de vida* o *existencial*, que a nuestro juicio no es otra cosa que *el proyecto de “quién” queremos ser*. Aquí encontramos una nueva afinidad con ACT. Si se mira bien, los valores en ACT son valores de identidad (*¿qué clase de persona quieres ser?, ¿qué es lo significativo y valioso de tu vida?, ¿para qué clase de vida te estás entrenando?, etc.*). La importancia de pensar y decidir la persona (“quién”) que queremos ser está en el corazón de ACT. Véase la invitación constante que se hace a mirar lo que la persona está haciendo en su día a día para ser el tipo de persona que quiere llegar a ser (véase *ser un buen padre, ser una pareja cariñosa, etc.*). En efecto, bajo la teoría de los marcos relacionales se postula en ACT una versión de vasos comunicantes: *cuanto más control-evitación (sobre los patrones de experiencia interna indeseados), menos inversión en caminar hacia los valores (hacia la identidad deseada)*.

El concepto de *proyecto existencial* se ubica en la categoría de la temporalidad de la vida humana. Esta temporalidad coincidiría con el concepto de tiempo-flecha;

es decir, del tiempo como proceso unidireccional e irreversible. Atrás quedaron los tiempos en los que se pensaba el tiempo como círculo-retorno, sin menoscabo de que aún pueda haber culturas que hoy en día así se lo representen. Hay por lo demás otras concepciones del tiempo y la temporalidad: véase el tiempo-geometría, el tiempo-ilusión, el tiempo-fenomenológico, etc. (Caparrós, 1994). La temporalidad no es sólo una dimensión vital sino también histórica en un doble sentido: 1) está la Historia (no es lo mismo vivir a principios del siglo XX que a principios del siglo XXI), y 2) la historia biográfica (no es lo mismo vivir a los 14 años que a los 40).

Probablemente sea J. Ortega y Gasset quién mejor ha plasmado esta dimensión temporal. Así, dice que la vida humana *es*, o mejor, de- viene tarea, proyecto, programa, que-hacer o *vocación o destino* (lo que me propongo ser o llegar a ser, el destino que doy a mi vida en sus condiciones y limitaciones, pues la libertad no es pura indeterminación, sino la capacidad de hacer frente a lo necesario, esto es, capacidad de elegir aceptar o no la fatalidad), y todo lo demás, parafraseando a Cerezo Galán (2011), y forzando el lenguaje: *serían condiciones realizativas del ser que se está ha-siendo*. Esto es, nada *es*, sino que todo está en marcha, en de-venir; el hombre no es naturaleza sino historia (Ortega), no tiene esencia sino existencia (Sartre). Ahora bien, lo importante es saber que se trata de un proyecto que se realiza sin garantías, pues el esfuerzo de llegar a ser la persona que se quiere ser puede acabar en proyecto frustrado, en vacío de ser, en nada. Esta posibilidad es la base de que la vida humana sea para Ortega (frente a Unamuno, Sartre y Heidegger) drama, riesgo, aventura, empresa, juego, fiesta, experimento o deporte (Cerezo Galán, 1984, 2011). Así pues, del ser que es la vida humana sólo cabe hablar en gerundio (*in fieri*) y en incesante tensión: el hombre no *es* sino que va siendo y des- siendo en la serie dialéctica de sus experiencias vitales, se va haciendo un ser (Cerezo Galán, 2011). Dicho de otro modo: cada persona es el ente cuyo ser consiste no en lo que *es* sino en lo que aún no es, pretensión o proyecto de ser. Este proceso se asemeja a una línea asíntota, pues avanza sin llegar nunca a su fin. Sólo la muerte pone un límite a este proceso. En efecto, la vida humana es anticipación, trayectoria, aventura hacia algo por-venir (de-venir) y que acaso nunca suceda. Condición de *futurización* lo llama Ortega (1966).

Ahora bien, todos estos términos (tarea, proyecto, que-hacer, etc.) son términos formales y por tanto abstracciones, “lugares vacíos” de contenido. Han de ser concretados, para ser operativos en términos de contenidos con sentido personal y únicos: idiográficos. Para ello la persona tiene que decidir (pre-ferir) de entre el conjunto de posibilidades y caminos que la cultura le ofrece, lo que quiere hacer con su vida y su yo.

Si bien en el esquema sartreano la libertad se dilata hasta quedar hipertrofiada, pensamos que la capacidad de ser-hacer diferente (siquiera infinitesimalmente) siempre está ahí. Incluso en el conductismo radical skinneriano. Así, a la famosa frase de Ortega: *la vida es lo que hacemos y lo que nos pasa* (Ortega, 1966, 1974), añadimos nosotros: *la vida es lo que hacemos con lo que nos pasa (las contingen-*

cias) y lo que nos pasa (contingencias) con lo que hacemos. Mojarnos cuando llueve es algo que nos pasa; caminar bajo la lluvia para llegar a tiempo a una cita importante o buscar resguardo bajo un árbol mientras escampa, es algo que hacemos y decidimos. “Vivir –dice Ortega– es ser libre dentro de una fatalidad dada” (Ortega, 1966, p. 252). Como dijo J. P. Sartre: *el hombre ha de hacer algo con lo que han hecho de él*. Añádase ahora lo siguiente: *y será en cierto sentido o grado lo que elija hacer con sus condiciones fácticas. El problema no es la presencia de la ansiedad o los síntomas sino lo que hacemos frente a ellos y lo que dejamos de hacer frente a la vida que uno desea vivir*. Es por esto que cuando el consultante pasa lista a sus interminables quejas, el terapeuta pregunta: *¿y tú qué quieres hacer con eso que te pasa?* Esta sería la dimensión electiva de la libertad personal: *el ejercicio de la libertad en las trincheras de la fatalidad*. Este enfoque tiene una gran utilidad en clínica. Véase a modo de ejemplo la concepción del duelo como un proceso activo. Así, se puede afirmar que el duelo no es algo que le sucede a la persona (un proceso pasivo) sino algo que “hace” o ejecuta la persona con lo que le pasa (un modo de actividad, un proceso activo, un trabajo), en este caso, con la pérdida de un objeto de amor (Freud, 1972; Neimeyer, 2007; Worden, 2004). Lo anterior no significa que creamos que las condiciones fácticas presentes y pasadas sean irrelevantes para el bienestar psíquico. Somos muy conscientes en este sentido de la influencia negativa que determinadas experiencias pueden tener en la vida de las personas, especialmente si hablamos de carencias primarias de apego y sintonía afectiva en los primeros años de vida. Pero esto no quita que aún así confiemos en la capacidad de cambio personal del sujeto.

Pues bien, dicho lo anterior respecto al proyecto vital, valdría la pena llevar a la persona al análisis de lo que hace libremente con su conducta y su vida y enfrentarlo con el logro/alejamiento de sus metas personales. Bien mirado, esta la lógica que subyace a la *desesperanza creativa* en ACT o al *diálogo estratégico* (Nardone y Salvini, 2006). Siendo así, la estrategia terapéutica consistiría en ayudar al consultante a apartar la mirada de la inútil búsqueda de un sentido objetivado de la vida (esencia) y redirigir la atención hacia el mundo de la vida (mundanidad), así como hacia el compromiso con alguna tarea o proyecto personal de vida (existencia) que lo sobrepase. La idea de fondo es que la vida tiene el sentido que uno elija y que las decisiones-acciones construyen el significado (Maddi, 1988). Por otro lado, se trataría de ver que los proyectos de vida no están ahí suspendidos en el futuro, a la espera de ir hacia ellos, como quién va a la tienda a comprar un paquete de té moruno, sino que están insertados en cada acción-decisión que se realiza en el aquí y ahora del presente. Esto es, que en cada instante (actualidad) la persona realiza o deja de realizar una posibilidad de ser-vivir. Como dijo Martín-Santos: “El proyecto se ejecuta en cada acto, gracias a la continuidad de la elección” (Martín-Santos, 2004, p. 174). Como ha señalado Maddi (1988), el yo-proyecto se ubica en un nivel alto de abstracción que con frecuencia no es fácil expresar en palabras por las personas que lo llevan a cabo. El proyecto biográfico gravita constantemente en

cada una de nuestras acciones concretas, lo cual no quiere decir que el sujeto lo tenga bien inventariado en su mente reflexiva. Sin embargo, puede convertirse en foco y tema de conversación en terapia. Pensamos que esto es algo que tienen en común la Terapia Existencial con su idea de proyecto de vida y ACT con el trabajo en valores.

En cualquier caso, sería tarea del terapeuta existencial, siempre en colaboración con el o la consultante, ayudar a (re)construir el proyecto vital de la persona que uno quiere ser, el “quién” quiere uno ser, y ponerlo a rodar conductual-mente. Conseguirlo sería ya sinónimo de éxito terapéutico. El análisis y reconstrucción del proyecto se haría por lo demás desde dentro de la vida misma de cada persona, es decir, desde dentro del drama yo-mundo que es cada persona, no desde dentro de la mente o del mundo interior del sujeto. Se trata sin embargo de un trabajo terapéutico arduo que nunca está libre de dificultad. Sobre todo cuando la demanda del consultante se sobrecarga en apagar *síntomas* y la intensidad de éstos impide su colaboración en una conversación coherente. También cuando el terapeuta o la terapeuta no dispone del tiempo suficiente para organizar una ayuda terapéutica de mínimos, como lamentablemente sucede en los servicios públicos de salud mental. Acompañar al consultante por esta senda (discrepancias logros-metas), tiene sus dificultades; se requiere que el consultante se comporte como lo que es: un yo-agente con capacidad de acción-decisión y no una cosa-en-sí o un yo-soy-así cincelado en piedra que renuncia a su libertad o capacidad de poder-ser. Como dijo Martín-Santos: “Dentro del tejido de libertad que es la vida humana el único asidero sólido es precisamente el proyecto: un hombre es lo que sea su proyecto. Dentro de la fluente sucesión de vivencias únicamente el proyecto fundamental persiste durante largo tiempo” (Martín-Santos, 2004, p. 54). Esta es la idea que subyace al famoso aforismo de Sartre: “la existencia precede a la esencia” (Sartre, 1992, p. 17). En otro lugar dice: “El hombre no es nada más que su proyecto, no existe más que en la medida en que se realiza, no es por lo tanto más que el conjunto de sus actos, nada más que su vida” (Sartre, 1992, p. 37).

TERAPIA EXISTENCIAL Y COMPROMISO: EL CAMINO HACIA UNA VIDA VALIOSA

Ante la temporalidad (objetiva) del ser y la conciencia (subjetiva) de finitud personal, buscamos significados y razones que sirvan de asideros a la tarea de vivir. Ocurre sin embargo que cuanto más empeño racional ponemos en buscarlos, menos los encontramos y más se alejan (Yalom, 1984, 2000). Según la *lógica paradójica* (Nardone y Balbi, 2009; Nardone y De Santis, 2012), cuanto más esfuerzo consciente pone la persona en forzar “algo” que es en sí mismo espontáneo (véase ahora el sentido de “mi” vida), menos lo consigue. Como dijo Frankl bajo su noción de “hiperintención”: *cuanto más intensamente añoramos algo, tanto más lo malogramos. El deseo intenso imposibilita en el mismo momento lo que tanto añora* (Frankl, 1990). Siendo así, la búsqueda activa de un sentido a “mi” vida, de querer

cargar “mi” vida de razones, puede ser ella misma un problema. Como dice el dicho: *mirar al sol de frente acaba cegando*. Se requeriría por tanto de un enfoque oblicuo; el actuar dejando de lado este “algo” que se busca; el *comprometerse plenamente con cualquiera de los valores o proyectos vitales que la vida y cultura ofrece y que hace que esta merezca ser vivida*. Lo que al final da sentido a una vida no es aquello que se propone racionalmente la persona, sino lo que va ocurriendo o cosechando como corolario sin pretender buscarlo. El logro de sentido es entonces una cuestión accidental. Como dijo Picasso: “yo no busco, yo encuentro”. El sentido ni es un punto de partida ni de llegada sino efecto secundario o no intencionado del estar ya caminando en dirección a una vida valiosa, como lo es el paisaje respecto al viaje. Lo mismo valdría decir respecto a otros fenómenos de la Psicología Positiva como la felicidad o la autoestima. “El sentido de plenitud del significado es un producto derivado del compromiso” (Yalom, 1984, p. 575). El compromiso –dice Yalom– es el enfoque terapéutico más efectivo para combatir la falta de sentido vital (Yalom, 1984, 2000). “Sólo en la medida en que nos entregamos, nos sacrificamos y nos abandonamos al mundo y a los contenidos y exigencias que desde él se introducen en nuestra vida, sólo en la medida en que nos importa el mundo de ahí afuera y los objetos, pero no nosotros mismos o nuestras propias necesidades, sólo en la medida en que cumplimos cometidos y exigencias y realizamos sentido y valores, en esa medida nos realizamos a nosotros mismos” (Frankl, 1990, p. 110). Esta sería la dimensión de auto-trascendencia de Frankl que comentábamos antes. Vivir con sentido es pues darse cuenta de que hay valores de auto-trascendencia por los cuales vale la pena luchar, sufrir, arriesgarse, e incluso hasta dar la vida. Como dice Sáez Rueda: “Si un ser humano no encuentra alguna vez algo por lo que dar la vida, algo por encima de él y cuya grandeza merecería incluso el sacrificio de sí... Si un ser humano no encuentra eso alguna vez—o no lo busca, o no le haya sentido a semejante locura— entonces es un cadáver en vida. Vivir es des-vivirse por algo” (Sáez Rueda, 2015, p. 208). En palabras de Ortega: “El hombre no puede vivir plenamente si no hay algo capaz de llenar su espíritu hasta el punto de desear morir por ello. ¿Quién no descubre dentro de sí la evidencia de esta paradoja? Lo que no nos incita a morir no nos excita a vivir.” (Ortega, 1976, p. 127). Se trataría entonces de *existir eligiendo una vida orientada y comprometida con valores en lugar de vivir mirando o analizando el yo individual (vivir autorreflexivamente)*.

Te invitamos lector ahora a tomar un tiempo y responder a esta pregunta: ¿qué es para ti eso por lo que estarías dispuesto a luchar con intensidad el resto de tu vida porque te importa de verdad y te va en ello la vida? La respuesta que cada cual de a esta pregunta apuntaría a lo que Ortega llama “vocación”, ACT “valores” y la Terapia Existencial “proyecto”.

¿Cómo se hace para realizar el proyecto vital biográfico?

En esto no hay pautas clínicas concretas como acostumbran pedir los consultantes. Quizás lo más cercano a una pauta sea repetir el famoso verso de Machado *caminante, no hay camino, se hace camino al andar*. Esta sería también

la idea que subyace a la noción de *estar dispuesto* en ACT y a la de *auto-trascendencia* en Logoterapia. Con todo, se estaría hablando del mismo campo pragmático visto desde diferentes ángulos; el mismo lenguaje extensional con diferentes definiciones intensionales. Según lo anterior, la meta de la Terapia Existencial sería ayudar a la persona a construir un proyecto de vida significativo a través de los valores y preferencias que el mismo se fija, las elecciones que hace y las acciones concretas que lleva a cabo en su vida cotidiana. Los valores aquí serían las vigas que soportan el edificio de su vida, el hilo conductor de su tiempo biográfico. “Por tanto, la meta del psicoterapeuta es el compromiso; pero no consiste en crearle uno al paciente, ni en inducirle a que lo busque, ya que el terapeuta no podría hacerlo” (Yalom, 1984, p. 575).

La tarea terapéutica consistiría entonces en ayudar al paciente a encontrar un sentido a *su* existencia y a su sufrimiento, eliminar las barreras-obstáculos que aparecen en *su* camino vital, y ayudar a asumir la responsabilidad de sus decisiones-acciones, pero sin ofrecer soluciones hechas. En definitiva, frente a la clínica de la falta de sentido vital se precisaría ayudar a clarificar y construir valores de auto-trascendencia, proyectos de vida, ocupaciones de sentido, emigrar desde el yo de la hiper-reflexividad al *mundo de relación con los otros*. Acompañamiento vital orientado al sentido y a los valores a pesar del o a través del sufrimiento trágico. A esto se lo llama “ser compañero de viaje” (Yalom, 1984, 2008b). Esto se haría por lo demás sin imposiciones, respetando siempre la autonomía y singularidad del o la consultante (Lukas, 2003). A partir de ahí, como señala ACT, se trataría de generar posibles objetivos, acciones y tareas (*¿qué sería un primer paso, o por así decir, mojón conductual?*) que sean consistentes con la dirección elegida. Esto es así porque los valores se jalonan de pequeñas metas a menor escala. Es importante aquí la advertencia ACT de que se trata de caminar-conectado-a-los-valores en lugar de ser espectador de la vida o centinela que comprueba el rendimiento que a cada paso arroja el caminar. En otras palabras: *se trataría de estar ocupado en el proceso de vivir una vida plena y con sentido, y no pre-ocupado por los resultados que a cada paso desgrana el caminar; aunque claro está, tampoco des-preocupado*. Esto es importante pues tanto en el enfoque existencial que aquí se presenta, como en el proyecto de vida que se ejecuta, *la meta es el proceso de estar caminando el camino que uno elige, más allá de lo más/menos placentero que resulte el viaje o atractivo sea el paisaje*. Como dice el dicho cervantino: *más vale el camino que la posada*. No otra cosa quiere decir ACT con la distinción entre acciones guiadas por elecciones (valores) frente a acciones guiadas por decisiones (razones). Véase Hayes et al. (2015) para una descripción de la diferencia.

Interesa ahora señalar la diferencia entre vivir con sentido y vivir para el éxito (Längle, 2008). Vivir con sentido sería estar navegando hacia un puerto de valor sin preocuparse en demasía por el tiempo que se tardará en pisar tierra; es riesgo y aventura, porque nadie sabe a priori si acabará en éxito, pero donde el proceso mismo de estar navegando en dicha dirección aún si se mal-logra la meta,

conservaría todo el sentido. Esta posibilidad de fracaso del proyecto es la que hace que la vida humana sea un drama. Aquí se puede apreciar una gota de ética aristotélica pues se prescribe el valor en sí de la actividad, al margen del resultado o del placer que pueda reportar. Se trataría de una visión de la vida como intento, como ensayo de proyecto, vida tensa y no como resultado o meta. Misión de vida más que conquista. Juego, empresa (en sentido de viaje o travesía vital), aventura, deporte, experimento o fiesta (Cerezo Galán, 1984). Siendo así, habría que vivir el proyecto con dis-tensión, sin aferrarse en exceso, sin creérselo en demasía, con una media sonrisa en los labios, sabiendo en todo caso que es un ensayo y que por valioso que sea no se puede ser ciego al principio de realidad. Vale traer aquí la metáfora de Ortega de la vida humana como arquero-flecha-diana: El hombre sería un arquero de sí mismo; lanza su propia vida hacia un blanco-ideal que es su proyecto. Ortega hace uso de una cita de Aristóteles en su segundo volumen de *El espectador*: “Seamos con nuestras vidas como arqueros que tienen un blanco” (Ortega, 1963, p. 13). En definitiva, la vida humana es un esfuerzo heroico continuo por hacer-ser, la vida sería una carrera en pos de ser y nunca libre de acabar en fracaso. En el otro extremo, quién se marca un tiempo para culminar su proyecto tiene siempre el naufragio al acecho.

Existen numerosos ejercicios terapéuticos y metáforas procedentes de diferentes orientaciones teóricas que sirven a clarificar y andamiar el proyecto vital biográfico. Se nombrará aquí la tarea *Tarta de la Vida* propuesta desde el psicodrama (véase Población, 1997) y *La brújula vital* propuesta desde ACT. Hay también una intervención diseñada específicamente para trabajar el sentido de la vida en terapia. Consiste en un ejercicio experiencial de imaginación donde se invita al consultante a reflexionar sobre “cómo” quiere que su vida tenga sentido (Padilla Mosteirín, 2017).

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE RELACIÓN TERAPÉUTICA

Según ha señalado Yalom (1984), y ACT también, el terapeuta ha de ser un modelo de identificación en este proceso de vivir una vida valiosa. A este respecto hay que decir que la situación del terapeuta o de la terapeuta es singular: *mientras ayuda al consultante a construir un sentido a su vida que la haga merecer la pena, bracea sin descanso para sostenerse en el suyo propio, pues en esto nadie está del todo fuera del abismo del existir*. Transmitir este estado de “humanidad” es el propósito del uso de las autorrevelaciones en terapia. Como es evidente, el terapeuta –como Quirón– no está libre de heridas. Algunas además, no se las puede curar a sí mismo con sus propios métodos y necesita la ayuda de otro. Aunque quizás ese otro esté al mismo tiempo buscando la ayuda del primero, tal como sucede en el cuento *El confesor* de Hesse (1978). Pues bien, lidiar con las heridas que son consustanciales a nuestra existencia (la herida de la vida, la de la muerte, la del sentido, la de la libertad, la del amor, etc.) mientras se ayuda a los demás a elaborar las suyas es todo un desafío profesional. Exige cierta dosis de coraje y creatividad

(Gimeno-Bayón Cobos, 2017). Con todo, *se da según se tiene, y no se llega más lejos de donde se ha llegado*. Como dice *El profeta*: “Ningún hombre puede revelarnos nada, excepto aquello que se encuentra medio dormido en el alma de vuestro conocimiento” (Gibrán Jalil Gibrán, 1987, p. 91). Pensamos que la máxima de Jung: *el paciente no puede llegar más lejos de lo que llegó su terapeuta en su propio desarrollo*, apunta a la misma idea.

Por otro lado, mas allá de estrategias y técnicas concretas, en esta tarea que es ayudar a construir un proyecto de vida, la persona del terapeuta y la relación que establece con quién solicita ayuda serían los verdaderos instrumentos terapéuticos del cambio personal (Yalom, 1984, 2000). Esta ayuda terapéutica se haría por lo demás en el marco de una relación que más allá de estrategias y técnicas específicas de-viene en un auténtico encuentro humano. Esto es, una relación de ayuda entre-personas que en sí misma sería ya terapéutica sin más añadidos suplementarios.

Darse a la ayuda, con implicación emocional, sin falsos resguardos teórico-técnicos, sería la tarea fundamental del terapeuta. A esta disposición la Psicología Existencial lo llama “encuentro” (Buber, 1984; May, 1968). Lo contrario sería convertirse en un funcionario de la ayuda. “Hipocresía profesional” lo llamaba Ferenczi (Ferenczi, 1984). Este encuentro terapéutico se nutriría de una serie de experiencias y actos de conducta que conviene señalar: escucha, respeto, elogios, reconocimiento, cercanía, sinceridad, confianza, apoyo, y, cierta dosis de cariño, pues como dice el título de un libro de Sándor Ferenczi: *sin empatía no hay curación* (Ferenczi, 2008). Se trata de una relación de ayuda basada en el cuidado que es una de las virtudes básicas de la profesión sanitaria (Camps, 2015). Por nuestra parte, comprobamos con tristeza, que no pocos consultantes estrenan en terapia la experiencia de sentirse tratados como personas auténticas con valor intrínseco, mientras por otro lado, verificamos que existen tratamientos y tratos que reviven la experiencia de sentirse objetos. Sea como sea, los actos de conducta señalados anteriormente, tomados aquí como ingredientes esenciales para que una relación humana tenga opciones de devenir terapéutica, quedan a menudo ensombrecidos ante las afamadas técnicas. Así, entre los residentes y terapeutas principiantes es común la sensación de que si no aplican protocolos y técnicas basadas en la evidencia no están ayudando realmente. Como es evidente, esto no es así y habla del triunfo del modelo biomédico en los planes de estudios de la Psicología y la Especialidad de Psicología Clínica. Pues bien, ante esto valdría traer aquí un comentario del libro *El Principito*: según el cual “lo esencial es invisible a los ojos” (Saint-Exupéry, 1980, p. 98).

Si se mira bien, las conductas anteriores (escucha, respeto, elogios, confianza, apoyo, etc.), en un sistema de sintonía afectiva, se asemeja mucho a lo que hacen los adultos o cuidadores con sus bebés durante el proceso de crianza y sin las cuales (déficit) tenemos la convicción de que el desarrollo psicológico del niño o de la niña se puede ver seriamente amenazado. Esto es, pensamos que una discrepancia importante entre las necesidades y objetivos del bebé en desarrollo y el aporte de

cuidados, afectos y expectativas de los adultos puede estar a la base de futuras disfunciones, si bien, al mismo tiempo, pensamos que no las determina.

ALGUNAS CONFUSIONES CONCEPTUALES

A fin de facilitar la comprensión de lo que se viene diciendo, convendría hacer una parada en el camino (a modo de epojé) para precisar una serie de conceptos que se han usado un tanto a la ligera creando quizás en el lector una falsa idea de homogeneidad conceptual. En efecto, diversos autores utilizan los mismos términos desde diferentes enfoques teóricos y por tanto con acepciones no siempre convergentes. Veamos algunos:

1. El término *valores*, base de ACT, es un término frecuente en Psico(pato)logía y Psicoterapia Existencial. Véase a modo de ejemplo los valores del Ser o valores-S de A. Maslow (1976). Aunque quizás haya sido la Logoterapia la perspectiva que más ha desarrollado esta temática: la distinción entre valores actitudinales, creativos y experienciales así lo ilustra, y aquí se diría que convergente con el mismo significado que da ACT; a saber, el de sentido –dirección o propósito– de la vida o lo que hace valioso el proceso de vivir o *lo que hace la vida digna de ser vivida*; las actividades concretas que ocupan y llenan de sentido y felicidad “mi” vida. No en vano se dice que uno de los principales objetivos sino el más importante en ACT es ayudar a los consultantes a desarrollar un sentido vital o proyecto personal de vida que pueden haber perdido en su lucha con el sufrimiento de cada día. Consideramos que los valores en ACT, por más que se autoproclame “terapia de tercera generación”, se explicarían mejor, dadas sus afinidades electivas, desde la filosofía y Terapia Existencial. En efecto, el objetivo central de ACT es ayudar en la tarea de vivir una vida coherente con los valores vitales. Es en este sentido que afirmamos que se trata de una terapia de saber y sabor existencial.

Con todo, se echa en falta en ACT una teoría de los valores más antropológica, pues resulta poco convincente que estos tengan su fundamento en el conductismo radical o skinneriano o acaso en el budismo zen. En efecto, los valores son siempre de una persona que está siempre inmersa en una cultura, lidiando con las cosas y demás sujetos por hacer su yo-proyecto y su vida. *Valioso* en ACT significa orientado a metas vitales elegidas y pre-feridas (valoradas en una jerarquía, antepuestas o pos-puestas) por la persona. Claro está que estas metas elegidas nunca son caprichosas o arbitrarias, insolidarias con la circunstancia y la historia biográfica personal, sino que están insertadas en ellas, como no puede ser de otra manera. No puedo elegir lo que no está en mi horizonte. Hay quienes utilizan esta obviedad para criticar la idea de capacidad de decisión y defender desde el ángulo opuesto que todo acto de conducta viene determinado mecánicamente por la historia de aprendizaje. Con todo, nos hacemos la siguiente pregunta: *¿Hasta cuándo o hasta dónde puede aguantar la viga del conductismo (filosofía asociacionista de la conducta) como base de ACT en el proceso de defender una idea de sujeto como orientado a metas, valores, proyectos, futuro, con capacidad de acción, decisión, compromiso, dispo-*

sición, elección, responsabilidad? ACT es en nuestra opinión una forma actual de Terapia Existencial, acaso la que mejor ha formalizado el trabajo terapéutico con el proyecto de vida ¿Acaso los conceptos de “plenitud”, “compromiso” y “autenticidad”, tan usados en ACT, encajan mejor en el conductismo skinneriano?

2. Lo mismo se podría decir de los términos *aceptación* y *compromiso* ahora popularizados por ACT, aunque también con una larga tradición en filosofía y la Psicología Existencial; véase el uso de la noción de *aceptación* en Jaspers y Frankl y de *compromiso* en Sartre, Ortega, Yalom o Van Kaam. El compromiso existencial –dice Van Kaam– implica la aceptación de la existencia en todos sus aspectos ya sean positivos o negativos, gozosos o sufrientes (Van Kaam, 1969). A modo de curiosidad; no deja de sorprendernos el uso en ACT de estas nociones dando la espalda a esta dilatada tradición existencial. Se trataría de ignorancia académica en el mejor de los casos, un des-propósito con fines comerciales en el peor.

3. Respecto al término *proyecto de vida* o *existencial*, aún siendo común a la analítica de la vida de Ortega (1966, 1974) y al psicoanálisis existencial de Sartre (1992, 1996), su significado es totalmente divergente. Lo mismo ocurre con la noción de *análisis existencial* presente en la Logoterapia de Frankl (1988) y en el *Daseinanalyse* de Binswanger (1956, 1977a, 1977b), si bien con diferentes significados. Al final Frankl dejó de usar el término *análisis existencial* para evitar confusiones. A diferencia del psicoanálisis existencial de Sartre, en la Terapia Existencial que aquí se propone no se trataría tanto de poner a plena luz del día el proyecto, entendido éste como raíz o principio motor de todas sus acciones individuales, como de evaluar si las decisiones/acciones concretas son favorables o alejan al sujeto de su proyecto personal de vida (asunto más pragmático). Esto es, *ver si lo que se hace va en dirección al proyecto que se elige y no tanto si lo que se hace viene del proyecto*. Esta segunda acepción sería sartreana y tendría su raíz en una *elección originaria* tomada en la infancia (Martín-Santos, 2004). En nuestra opinión, esta elección primaria plantea no pocas dudas: sería pre-reflexiva, esto es, irracional, valdría decir, pasional. Con todo, según el esquema sartreano: *no es que la facticidad haga ser o hacer al sujeto en una determinada dirección sino que uno elige un proyecto en que la facticidad sirve para justificar ser y hacer en una determinada dirección*. Tomando como ejemplo el “complejo de inferioridad” de Adler; no es que el sujeto sea inferior sino que se elige inferior. “No existe un complejo de inferioridad por el que el sujeto sufre, sino un proyecto de inferioridad que el sujeto realiza. El artista mediocre que padece un complejo de inferioridad por su incapacidad creadora no tiene su complejo a causa de su incapacidad artística, sino por haberse elegido como tal artista. Si se hubiera elegido médico u oficinista no hubiera vivido esa incapacidad y hubiera vivido otra vida exenta de su complejo. Es él quien ha elegido la situación en la que objetivamente resulta inferior” (Martín-Santos, 2004, pp. 162-163). Para una revisión del psicoanálisis existencial aplicado vease la serie de análisis biográfico-existenciales que realizó Sartre de algunos artistas como Baudelaire (Sartre, 1984).

A modo de guía orientativa: a lo largo de este texto, cuando se habla de proyecto, se hace en el sentido que le da Ortega (*la vida es decidir en cada instante lo que vamos a ser-hacer, esto es, lo que va a ocupar o llenar nuestra vida, construir un proyecto vital biográfico, haciendo por ser, decidir la persona que queremos ser*), que es por lo demás consonante o convergente, *grosso modo*, con el de *sentido de la vida* (Logoterapia) y con el de *valores* (ACT), aquí vistos como caminos hacia la realización personal, hacia una vida-identidad plena y valiosa. Los valores cotidianos tomarían un sentido en relación a un proyecto que constituye la decisión del uno-mismo-en-el-mundo o en la vida.

4. Se echa de menos en ACT (adviértase que en esta modalidad terapéutica se habla de reorientar los esfuerzos hacia valores, hacia lo que “realmente” importa en la vida del paciente), aunque también en la Terapia Existencial que aquí se considera, una reflexión sobre las metas y valores vitales que se eligen para hacer-construir la vida-ser, más allá de los procedimientos eficaces y exitosos que han de llevar como puentes estratégicos hasta ellos, pues se da por supuesto que los proyectos, los compromisos, los valores, etc., que se eligen son siempre éticos. Como es evidente, esto no siempre es así. Hay formas no éticas de proyectar la existencia. No todo modo de ser es igualmente legítimo. Hay dis-valores que se persiguen a veces con insistencia. Con todo, se verifica aquí la veneración a una racionalidad estratégica o instrumental (Horkheimer, 2002), por lo demás dominante en la cultura moderna y que se dilata, peligrosamente, a nuestro juicio, entre las terapias actuales sean de la orientación que sean: véase a modo de ejemplo prototípico la máxima estratégica de la TCS: *si funciona, hazlo más; si no funciona, haz algo diferente*. Por tanto, no bastaría sólo con clarificar y poner sobre la mesa los valores o proyectos individuales (*¿qué te importa verdadera y profundamente y te va la vida en ello? ¿qué quieres que represente tu vida?*) para hacerlos conseguir más eficazmente, sino también ponerlos bajo la luz de la ética. Esto es, abrir una reflexión sobre lo que se podría llamar *valores de los valores* o la perspectiva de una racionalidad crítico-valorativa. Esta forma de racionalidad era la que, en el plano social-político, echaba en falta Horkheimer en su *Crítica de la razón instrumental* (Horkheimer, 2002). Estaríamos entonces ante una tarea de la *antropología filosófica* (San Martín, 2010).

TERAPIA EXISTENCIAL Y ACEPTACIÓN: BUSCANDO SENTIDO AL SUFRIMIENTO DE UNA PÉRDIDA

Para visualizar cómo operada la Logoterapia se presenta el cambio de actitud o *modulación de actitud* (Lukas, 2003) ante procesos de duelo, cada vez más frecuentes por lo demás en las consultas de salud mental. Como se verá a continuación, el cambio de actitud que aquí interesa funcionaría como una suerte de técnica de *reencuadre* según la propuesta de la escuela de Palo Alto. Esto es, el terapeuta o la terapeuta proporciona un nuevo contexto de sentido desde el que interpretar los fenómenos patentes que motivan la queja de modo que ésta (valora-

ción negativa de los “hechos”) desaparece o se atenúa. Para conseguir el efecto terapéutico, el nuevo contexto de sentido ha de cumplir una serie de requisitos que en nuestra opinión no están bien estudiados y que convendría analizar con detenimiento (verosimilitud, utilidad, etc.). En efecto, no vale cualquier perspectiva de sentido para que sea asumida por el paciente; ha de cuajar en su cultura o circunstancia individual. Se trata pues de una técnica (el *reencuadre*) que condensa toda una fenomenología cultural.

¿Cómo trabajar la aceptación o atribuir un nuevo sentido ante la fatalidad? Asunto complicado. Sobre todo cuando se vive una tragedia personal o familiar y el dolor desgarrar a tiras la vida del consultante. Frankl nos da unas pistas en lo que llama *valores actitudinales*. Son aquellos que tratan de dar un sentido a la vida a través del sufrimiento ineludible de la vida; esto es, aquél sufrimiento trágico que se da ante situaciones-límite. Junto a los valores actitudinales, Frankl habla de *valores creativos* (capacidad de trabajar y crear obras o aportar nuevos conocimientos) y *valores experienciales* o *vivenciales* (entrega amorosa a una persona o causa, velar por la calidad de los vínculos) como tres caminos hacia la realización del sentido vital (Frankl, 1990). Sin embargo, de estos tres sistemas de valores o de significado personal, el más importante es el que corresponde a los valores actitudinales. Se ponen a prueba cuando el sujeto tiene que enfrentar un golpe inesperado de la vida y que no está en sus manos poder cambiar. Ante este sufrimiento trágico hay que tomar postura; aceptar dando sentido o rechazar condenándose la persona a una lucha sin fin. El sufrimiento –dice Frankl– deja de ser en cierto modo sufrimiento en el momento en que se encuentra un sentido. Habla por ejemplo del valor del sacrificio y olvido de sí (Frankl, 1996). Plasmado en una fórmula sintética: *desesperanza = sufrimiento - sentido* (Frankl, 1985). En esta línea se recordará que C. G. Jung calificó la neurosis como *el sufrimiento que no ha encontrado su sentido*. M. Eliade al hablar del hombre de las culturas arcaicas se pronuncia en la misma línea. Así, dice que las calamidades, las tragedias, la mala suerte, etc., empiezan a ser soportables cuando se encuentra un sentido (Eliade, 1972). La importancia del *sentido* como amortiguador del sufrimiento vital en Logoterapia ha sido desplazado por la noción de *aceptación* en las terapias contextuales bajo la fórmula: *sufrimiento = dolor + falta de aceptación*.

Conviene decir antes de continuar, y esta es una tesis fenomenológica fundamental sin la cual pensamos que no se entendería la psicoterapia ni la psicopatología, que *no existen hechos mudos sino que el mundo está atravesado de significatividad, que toda experiencia por mínima que sea está siempre clasificada culturalmente*. Nada ocurre sin un contexto (narrativo) de sentido. Como dijo Husserl en *Ideas: el mundo es el conjunto de los hechos clasificados* (San Martín, 2005). Acaso sea el “automatismo mental” de Clérambault (1995) el único fenómeno psico(pato)lógico que quede fuera de este principio. Efectivamente, el síndrome de automatismo supone una suerte de descoyuntamiento de la totalidad de la experiencia en sus partes constituyentes quedando la materialidad de la palabra (el

elemento fonético) sin la compañía o solidaridad del elemento del sentido. ¿No es eso acaso lo que pretende conseguir la meditación *mindfulness*?, ¿detener o cancelar el proceso cultural de verbalización de la mente y “sólo” mirar o escuchar la experiencia? Y ¿qué significa exactamente permitir a la experiencia ser lo que es y no lo que uno (según su historia biográfica) piensa que es?

Volvamos a la pregunta de partida: ¿Cómo trabajar la aceptación o atribuir un nuevo sentido ante la fatalidad o el sufrimiento trágico? A modo de ejemplo, se presenta el trabajo de la aceptación frente a la pérdida de un ser querido. Véanse los siguientes materiales:

En primer lugar se trata de una escena clínica del propio Frankl que se transcribe:

En una ocasión, un viejo doctor en medicina general me consultó sobre la fuerte depresión que padecía. No podía sobreponerse a la pérdida de su esposa, que había muerto hacía dos años y a quién él había amado por encima de todas las cosas. ¿De qué forma podía ayudarle? ¿Qué decirle? Pues bien, me abstuve de decirle nada y en vez de ello le espeté la siguiente pregunta: “¿Qué hubiera sucedido, doctor, si usted hubiera muerto primero y su esposa le hubiera sobrevivido?” “¡Oh!”, dijo, “¡para ella hubiera sido terrible, habría sufrido muchísimo!” A lo que le repliqué: “Lo ve, doctor, usted le ha ahorrado a ella ese sufrimiento; pero ahora tiene que pagar por ello sobreviviendo y llorando su muerte”.

No dijo nada, pero me tomó la mano y, quedamente, abandonó mi despacho. El sufrimiento deja de ser en cierto modo sufrimiento en el momento en que encuentra un sentido, como puede serlo el sacrificio (Frankl, 1996, p. 111).

En segundo lugar, se trata del material que aporta la película *Tierras de penumbra* (R. Attenboroug, 1993). Cuenta una historia real; la historia de amor entre C. S. Lewis (Anthony Hopkins), un reputado profesor de literatura en Oxford y escritor de novelas para niños y la poetisa norteamericana Joy Gresham (Debra Winger). La historia transcurre en la última etapa de vida del escritor, un soltero solitario que pasa sus días entre clases y libros. Se dice que lee compulsivamente *para saber que no está solo*. Entonces aparece en su vida Joy, una admiradora llegada de Estados Unidos que quiere conocerle en persona. Aunque al principio Lewis, según su estilo evitativo, guarda defensivamente las distancias afectivas, el diagnóstico de cáncer de Joy espoleta su amor de una manera hasta entonces desconocida para él. Entonces deciden casarse. Pero la sombra de la muerte se acerca. En una escena del final de la película, Joy consciente de la cercanía de su muerte dirá a Lewis las siguientes palabras: “El dolor de entonces es parte de la felicidad de ahora. Ese es el trato”. Estas palabras permiten una reflexión en torno al sentido del dolor y la temporalización de la vida. La frase la pronuncia Joy en un *presente de felicidad* y en cierto sentido a modo de despedida. Joy sabe que va a morir y quiere preparar a Lewis para lo que anticipa será un duelo complicado. Para

ello le da una máxima de sentido que estima le ayudará a hacer más soportable su *futuro duelo*: le pide un trato; que el amor y la felicidad que ahora viven lo tome como formando parte del dolor que sentirá el día de mañana cuando ella no esté. Esto es, propone tomar la plenitud del ahora como siendo la antesala del futuro duelo. Fruto del proceso de duelo de C. S. Lewis será el magnífico libro *Una pena en observación* (Lewis, 2006). Con todo, convendría no confundir la formulación anterior, con la que dice que el dolor es el precio o peaje de la felicidad, como parece ser el planteamiento, un tanto religioso, a nuestro entender, de Frankl.

Volviendo a la escena final de la película. Se podría considerar que en la tarea de existir, la vida hace regalos, que bien mirados, son más bien préstamos, pues siempre *deben ser pagados*; eso sí, a posteriori, una vez se pierden. Así, *el dolor de la pérdida sería el pago de algo valioso (una persona amada) que se ha tenido la fortuna de disfrutar en la vida*. En este sentido, no duele a la persona nada que de un modo u otro no haya antes querido. Siendo así, tanto más sufrirá cuanto más afortunada haya sido, esto es, cuanto más haya amado o haya sido amada. Efectivamente, las cosas que más nos duelen son las que más merecen la pena porque apuntan a lo más alto de nuestra vida. Sólo lo valioso tiene esa capacidad para suscitar dolor. Visto así, el sufrimiento funcionaría como un termómetro emocional de las cosas que de verdad importan. Igual consideración cabría hacer respecto a la muerte: cuando la muerte nos angustia es por las cosas valiosas de la vida que tememos se desvanecerán con ella (en caso de la muerte propia) o porque nos deja sin las personas amadas (si se trata de una muerte ajena). La muerte así considerada (angustiosamente), sería el reverso de una vida valiosa que se escapa a raudales, como el sufrimiento lo sería de la felicidad. Su estructura tiene el formato de un negativo fotográfico que pide ser positivado para verse mejor. Así pues, amor y dolor van unidos, sino son lo mismo desde diferentes perspectivas. No son dos realidades separadas y opuestas. *Quién no sufre el dolor de una pérdida lleva en el corazón un desierto de valores*. Ya lo dijo Antonio Machado:

“En el corazón tenía
la espina de una pasión;
logré arrancármela un día:
ya no siento el corazón.”

“Yo voy soñando caminos...” A. Machado (1987, p. 83).

A MODO DE DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El enfoque existencial de la terapia y de la condición humana que aquí se propone, naturaliza sin cosificar el sentido vital y el sufrimiento trágico pues seculariza los valores trascendentes-universales que antaño orientaban y consolaban al sujeto en su caminar existencial. Con este movimiento los re-sitúa en un nuevo contexto cultural; el del “mundo de la vida” (Lebenswelt) (García Prada, 1988). Efectivamente, nada de lo humano puede comprenderse más que a partir de su facticidad existencial o fenomenología mundana de la vida práctica. Desde esta

óptica, el sujeto tiene que afrontar los envites o embates de la vida (un accidente, una enfermedad invalidante, la muerte de un ser querido, etc.) sin dimensiones sobre-naturales que yugulen el malestar psíquico ni anestesien el dolor de las heridas existenciales. En el mundo de la vida cotidiana (mundanidad) los valores de auto-trascendencia de-vienen horizontes inmanentes e inminentes sobre los que caminar y realizar el proyecto de vida. Es en los valores intramundanos en los que hay que construir el faro para iluminar y dar sentido a la existencia. Son los botes salva-vidas sobre los que lanzarse para no ser tragados por el caos de la circunstancia, por el oleaje de la incertidumbre y la inseguridad.

En efecto, cada persona no tiene otro remedio que estar-ahí-haciendo-algo para sostenerse en la existencia y enfrentando o achicando la angustia incesante que viene de las preocupaciones existenciales básicas. Este estar-ahí-haciendo-algo consiste, por lo pronto, en la tarea y responsabilidad de construir un proyecto de vida que permita amortiguar la inseguridad y la amenaza inherente a nuestra vulnerabilidad existencial y finitud personal. Eso sí, como se dijo antes, se trataría de un viaje sin garantía ninguna de éxito; o mejor, donde el riesgo de mal-lograr el proyecto, de naufragar, siempre está al acecho (lo cual bien mirado es obvio pues un proyecto lo es en tanto que puede no llevarse a cabo), y de ahí la angustia. Esta angustia funcionaría no tanto como un síntoma a apagar, sino como un indicador del afronte dramático yo-mundo; esto es, como expresión de la experiencia y dificultades de estar-decidiendo-la-vida, y por tanto, como un elemento existencial a descifrar y asumir. Aquí la ansiedad y el malestar ha de decir más a la persona que lo padece que a quién presta la ayuda. En efecto, mucho mejor nos iría si supiéramos preguntar al malestar lo que quiere comunicarnos y supiéramos interpretar su sentido. Existir significa vivir luchando de continuo comprimido y comprometido entre ambas orillas o posibilidades. Esta sería una de las ideas nucleares de la Terapia Existencial: que la ansiedad de sentirse perdido, sentirse náufrago, la desazón, la zozobra, etc., es consustancial a la vida humana, y que hay que aprender a con-vivir con sus luces y sombras. Se trataría de poner boca arriba las fisuras inherentes a la condición humana, la fragilidad ontológica, el extravío existencial, desde el que pese a todo hay que dar sentido a la vida y enfrentar el sufrimiento trágico. Este es el contexto en el que se halla radicado existencialmente el sujeto humano. Enfrentado a su constitutivo tener-que-vivir-a-la-intemperie, sin hogar ni cielo protector, alejado al mismo tiempo del atopadizo resguardo metafísico y de la falsa utopía de la ciencia positivista incapaz de dar sentido. Ante la caída de la fe religiosa y la fe científicista (ni creencias ni evidencias), *cada sujeto está desnudo bajo la tormenta de la vida, solitario ante la tarea de construir-su-vida, condenado a decidir la persona que quiere ser*. Como si dijéramos, una suerte de Adán fuera del Paraíso. Siendo así, uno de los retos de nuestro tiempo, acaso el más importante, sería lograr que, incluso en los peores escenarios de situaciones-límite, cada persona siga deseando ser-sujeto antes que claudicar en la facticidad de ser cosa-en-sí.

La Terapia Existencial pretende dar respuesta al sufrimiento inevitable y a la

crisis de sentido vital en la cultura moderna. Las terapias que mejor plasman este enfoque serían, a nuestro juicio, la Logoterapia de Frankl y la Psicoterapia Existencial de Yalom. Pero también la Terapia de Aceptación y Compromiso, pues según lo visto, contiene cierto hábito existencial imposible de conjurar o incluso de explicar mejor por otras vías teóricas como es la tediosa teoría de los marcos relacionales o la filosofía budista.

Para terminar, una pregunta: *¿de qué valores llenas tu vida?*

Referencias bibliográficas

- Alemán, J. y Larriera, S. (2006). *Existencia y sujeto*. Málaga, España: Miguel Gómez Ediciones.
- Binswanger, L. (1956). *Tres formas de la existencia frustrada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Binswanger, L. (1977a). La escuela de pensamiento de análisis existencial. En R. May, E. Angel y H. F. Ellenberger, (Eds.), *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología* (pp. 235-261). Madrid, España: Gredos.
- Binswanger, L. (1977b). El caso de Ellen West. Estudio antropológico-clínico. En R. May, E. Angel y H. F. Ellenberger, (Eds.), *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología* (pp. 288-434). Madrid, España: Gredos.
- Borges, J. L. (1976). *Otras inquisiciones*. Madrid, España: Alianza/Emecé.
- Buber, M. (1984). *Yo y tú*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Camps, V. (2015). Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación Médica*, 16 (1), 3-8.
- Caparrós, N. (1994). *Tiempo, temporalidad y psicoanálisis*. Madrid, España: Quipú.
- Cerezo Galán, P. (1984). *La voluntad de aventura*. Barcelona, España: Ariel.
- Cerezo Galán, P. (2011). *José Ortega y Gasset y la razón práctica*. Madrid, España: Biblioteca Nueva. Fundación José Ortega y Gasset-Gregorio Marañón.
- Clérambault, G. G. de (1995). *El Automatismo Mental*. Madrid, España: Dor.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona, España: Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona, España: Gedisa.
- Dickens, Ch. (1993). *Canción de Navidad*. Madrid, España: Anaya.
- Eifert, G. H. y Forsyth, J. P. (2014). *La terapia de aceptación y compromiso para trastornos de ansiedad*. Bilbao, España: Mensajero.
- Eliade, M. (1972). *El mito del eterno retorno*. Madrid, España: Alianza/Emecé.
- Epicteto (2007). *Enquiridón*. Palma de Mallorca, España: Padma.
- Ferenczi, S. (1984). *Obras Completas. Psicoanálisis. Tomo IV*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Ferenczi, S. (2008). *Sin empatía no hay cura. El diario clínico de 1932*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Frankl, V. E. (1985). Logos, paradoja y la búsqueda de significado. En M.J. Mahoney y A. Freeman (Comps.), *Cognición y psicoterapia* (pp. 283-299). Barcelona, España: Paidós.
- Frankl, V. E. (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (1990). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (1996). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2008). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2016a). *... A pesar de todo, sí a la vida. Tres conferencias y un esbozo autobiográfico*. Barcelona, España: Plataforma.
- Frankl, V. E. (2016b). *Lo que no está escrito en mis libros. Memorias*. Barcelona, España: Herder.
- Freud, S. (1972). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Obras Completas, Tomo VI* (pp. 2091-2100). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- García Prada, J. M. (1988). El "mundo de la vida" (Lebenswelt) y los niveles de la experiencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 25, 29-44.
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). *Cuando se deja de hacer pie. Notas sobre cultura moderna, crisis de sentido vital y psicopatología*. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 147-167.
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (manuscrito en preparación). *Naturalización biomédica del sufrimiento vital-mundano. Una perspectiva crítica*.

- Gibrán Jalil Gibrán (1987). *El profeta*. Madrid, España: Alba.
- Gimeno-Bayón Cobos, A. (2017). Experiencia y existencia en las psicoterapias humanistas. *Revista de Psicoterapia*, 28 (107), 207-229.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Heidegger, M. (2006). *Ser y tiempo*. Madrid, España: Trotta.
- Hesse, H. (1978). *El juego de los abalorios*. Madrid, España: Alianza.
- Horkheimer, M. (2002). *Crítica de la razón instrumental*. Madrid, España: Trotta.
- Jaspers, K. (1959). *Filosofía II*. Madrid, España: Universidad de Puerto Rico/Revista de Occidente.
- Jung, C. G. (2016). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Barcelona, España: Seix Barral.
- Längle, A. (2008). *Vivir con sentido. Aplicación práctica de la Logoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Lewis, C. S. (2006). *Una pena en observación*. Nueva York, NY: Rayo.
- Luciano, C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Lukas, E. (2003). *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona, España: Paidós.
- Machado, A. (1987). *Poesías completas*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Maddi, S. R. (1988). Psicoterapia Existencial. En S. J. Linn y J. P. Garske (Comps.), *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos* (pp. 247-282). Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Martín-Santos, L. (2004). *El análisis existencial. Ensayos*. Madrid, España: Tricastela.
- Maslow, A.H. (1976). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del Ser*. Barcelona, España: Kairós.
- May, R. (1968). *El dilema existencial del hombre moderno*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- May, R. (2000). *El dilema del hombre. Respuestas a los problemas del amor y de la angustia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Nardone, G. y Balbi, E. (2009). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa. Lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias*. Barcelona, España: Herder.
- Nardone, G. y De Santis, G. (2012). *Pienso, luego sufro*. Barcelona, España: Paidós.
- Nardone, G. y Salvini, A. (2006). *El diálogo estratégico*. Barcelona, España: RBA integral.
- Neimeyer, R.A. (2007). *Aprender de la pérdida*. Barcelona, España: Paidós.
- Nietzsche, F. (2015). *Crepúsculo de los ídolos*. Madrid, España: Alianza.
- Oberst, U. (2015). La Psicología Individual de Alfred Adler: Una introducción. *Revista de Psicoterapia*, 26 (102), 1-17.
- Ortega y Gasset, J. (1963). *El espectador 2*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1966). *¿Qué es filosofía?* Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1974). *Unas lecciones de metafísica*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1976). *El espectador 1*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1977). *Ideas y creencias*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1980). *Sobre la razón histórica*. Madrid, España: Revista de Occidente/Alianza Editorial.
- Ortega y Gasset, J. (1982). *Investigaciones psicológicas*. Madrid, España: Revista de Occidente/Alianza Editorial.
- Padilla Mosteirín, A. (2017). El sentido de la vida: un ejemplo de intervención. *Revista de Psicoterapia*, 28 (107), 13-21.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1, 1-20.
- Pérez Álvarez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Universitas.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid, España: Síntesis.
- Población, P. (1997). *Teoría y práctica del juego en psicoterapia*. Madrid, España: Fundamentos.
- Poe, E. A. (1990). *Cuentos I*. Madrid, España: Alianza.
- Ruiz, J. J., Oberst, U. E. y Quesada, A. M. (2006). *Estilos de vida. El sentido y el equilibrio según la psicología de Alfred Adler*. Barcelona, España: Paidós.
- Sáez Rueda, L. (2015). *El ocaso de Occidente*. Barcelona, España: Herder.
- Safranski, R. (2017). *Tiempo. La dimensión temporal y el arte de vivir*. Barcelona, España: Tusquets.
- Saint-Exupéry, A. (1980). *El Principito*. México, DF: Enrique Sainz Editores.
- Salamun, K. (2006). Karl Jaspers' Conceptions of Meaning of Life. *Existenz: An International Journal in Philosophy, Religion, Politics and the Arts*. 1, Nos 1-2.

- San Martín, J. (2005). Psicología y fenomenología. En J.S. Romero Cuadra y R. Álvaro Vázquez (Eds.), *Psicópolis. Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea* (pp. 39-60). Barcelona, España: Kairós.
- San Martín, J. (2010). *Antropología filosófica. Filosofía del ser humano*. Madrid, España: UNED.
- Sánchez González, J. C. (2009). Los límites del constructivismo. En J. C. Loredó, T. Sánchez-Criado, y D. López (Eds.), *¿Dónde reside la acción? Agencia, constructivismo y psicología* (pp. 291-326). Madrid, España: UNED.
- Sartre, J-P. (1984). *Baudelaire*. Madrid, España: Alianza.
- Sartre, J-P. (1992). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona, España: Edhasa.
- Sartre, J-P. (1996). *El ser y la Nada. Ensayo de ontología y fenomenología*. Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Van Kaam, A. (1969). *Encuentro e integración. Una nueva perspectiva de la psicoterapia*. Salamanca, España: Sígueme.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1985). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona, España: Herder.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. (2016). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid, España: Pirámide.
- Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Xirau, R. (2013). *Palabra y silencio*. México, DF: Siglo XXI.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia Existencial y terapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Yalom, I. D. (2008a). *Mirar al sol. La superación del miedo a la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Emecé.
- Yalom, I. D. (2008b). *La cura Schopenhauer*. Barcelona, España: Salamadra.

Manuel Villegas · Pilar Mallor

PAREJAS
A LA CARTA

Las relaciones amorosas
en la sociedad posmoderna



Herder

LOGOTERAPIA, FUNDAMENTOS Y LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

LOGOTHERAPY, FOUNDATIONS AND INTERVENTION LINES

M^a Ángeles Noblejas de la Flor

Dra. Filosofía y Ciencias de la Educación

Terapeuta de Orientación Rogeriana y Logoterapeuta. Madrid, España

Miembro fundador y Presidenta de la Asociación Española de Logoterapia

Directora de la Revista NOUS

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Noblejas de la Flor, M.A. (2018). Logoterapia, fundamentos y líneas de intervención. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 69-87.

Resumen

Este trabajo presenta qué es la logoterapia, la aportación original del psiquiatra y neurólogo vienés Viktor Emil Frankl (1905-1997). Para ella, la motivación fundamental de toda persona es la voluntad de sentido o búsqueda y realización de sentido en cada momento concreto y situación particular y única de la vida; cuando esta necesidad humana no se satisface, se genera un vacío existencial que puede llegar a producir o incrementar situaciones psicopatológicas.

La logoterapia explicita su visión antropológica y del mundo a través del análisis existencial. Su concepción del ser humano integra y armoniza diferentes dimensiones (biológica, psicológica y noética) en una unidad (unidad en la multiplicidad o multidimensionalidad). La dimensión noética (que se expresa en libertad, responsabilidad, conciencia, voluntad de sentido...) es la específicamente humana, no es susceptible de enfermar y posibilita el cambio. Esta visión implica una ampliación de la mirada y previene sobre visiones reduccionistas del ser humano. Asume que la vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia, por extrema que sea.

La forma de proceder de la logoterapia estriba en el encuentro existencial entre la persona que necesita ayuda y la que se la presta. También se han realizado importantes contribuciones de técnicas concretas de intervención. La elección de un procedimiento o una técnica depende tanto de las características únicas e irrepetibles del paciente como de las del terapeuta. La acción terapéutica se dirige, fundamentalmente, a una autocomprensión y autodeterminación, centrándose en ampliar las posibilidades, lo sano, la capacidad de libertad y reducir el ámbito de la restricción, de lo enfermo. En definitiva se orienta a la autoeducación, pues el proceso terapéutico es una educación en la responsabilidad.

Palabras clave: Logoterapia. Sentido. Vacío existencial. Análisis existencial. Encuentro existencial. Intención paradójica. Derreflexión. Diálogo socrático.

Fecha de recepción: 5 de diciembre de 2017. Fecha de aceptación: 23 de enero de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: ma_aeslo@yahoo.es

Dirección postal: C/ Ribadavia 10, 6-J. Madrid - 28029. España

© 2018 Revista de Psicoterapia



Abstract

This paper presents what is logotherapy, the original contribution of Viennese psychiatrist and neurologist Viktor Emil Frankl (1905-1997). For logotherapy, the primary motivational force in human beings is the will to meaning or the search and realization of meaning in each unique moment and singular situation of life; when this human need is not satisfied, an existential vacuum is generated that can produce or increase psychopathological situations.

Logotherapy explicitly states its anthropological perspective and world view through existential analysis. Its conception of the human being integrates and harmonizes different dimensions (biological, psychological and noetic) in a unit (unit in multiplicity or multidimensionality). The noetic dimension (which is expressed in freedom, responsibility, conscience, will to meaning ...) is specifically human dimension, not susceptible to get sick, and makes change possible. This vision implies an enlargement of the gaze, and warns about reductionist visions of the human being. It assumes that life makes sense under any circumstances, however extreme.

The way of proceeding of logotherapy is based on the existential encounter between the person who needs help and the one who lends it. Significant contributions of concrete intervention techniques have also been made. The choice of a procedure or a technique depends on both the unique and unrepeatable characteristics of the patient as well as that of the therapist. The therapeutic action is oriented, fundamentally, to a self-understanding and self-determination, focusing on expanding the possibilities, the healthy, the capacity for freedom and reduce the scope of the restriction, of the sick. In short, it is oriented to self-education, because the therapeutic process is an education in responsibility.

Keywords: Logotherapy. Meaning. Existential vacuum. Existential analysis. Existential encounter. Paradoxical intention. Dereflection. Socratic dialog.

Introducción

Logoterapia es el término que acuñó Viktor Frankl, neurólogo y psiquiatra vienes (1905-1997), para definir su propia *teoría y método terapéutico*. El vocablo griego *logos* es tomado en su acepción de “razón íntima de una cosa, fundamento, motivo” (Bailly, 1963).

En logoterapia, *logos* es equivalente a sentido, entendiéndose tanto en relación al mundo objetivo de sentidos y valores (un mundo ordenado, un cosmos, que es correlato de la existencia personal), como a la dimensión noética del ser humano cuya esencia radica en la llamada al descubrimiento y realización de esos sentidos y valores que lo atraen.

La logoterapia muestra que la motivación fundamental de toda persona es la búsqueda de sentido para la propia vida, en cada momento concreto y situación particular y única, en que se encuentra su existencia. Ser humano significa *ser viviendo* “la tensión establecida entre la realidad y los ideales por materializar” (Frankl, 2012, p. 58).

La existencia humana solo es auténtica cuando es vivida en términos de autotranscendencia, entendiendo por tal, siguiendo a Frankl (2009):

“el hecho antropológico fundamental de que el ser humano remite siempre, más allá de sí mismo, hacia algo que no es él: hacia algo o hacia alguien, hacia un sentido que el hombre colma o hacia un semejante con el que se encuentra (...) El hombre sólo es plenamente hombre cuando se deshace por algo o se entrega a otro. Y es plenamente él mismo cuando se pasa por alto y se olvida de sí mismo” (p. 62-63).

Por esta característica que lo constituye, el ser humano puede ir más allá de las barreras del entorno de la especie *homo sapiens* para alcanzar *el mundo*, repleto de otros seres con los que encontrarse y de sentidos a realizar.

A la logoterapia se le llamó tercera escuela de psicoterapia de Viena (cfr. Frankl, 1988, 2002, 2012 y 2014), al reconocérsele la singularidad de su aportación a la psicoterapia, respecto al psicoanálisis de Freud y la psicología individual de Adler.

Por otra parte, también ha sido incluida, en diversos tratados estadounidenses, dentro de la *third force* [tercera fuerza] de la psicoterapia, la de orientación humanista-existencial. Ésta es diferenciada del psicoanálisis como *primera fuerza* (por motivos históricos) y de la terapia conductual o *segunda fuerza* (cfr. Lukas, 2003). Cada orientación ha tenido su evolución y desarrollos internos propios.

A partir de la obra de Viktor Frankl se ha ido generando una comunidad científica (ver www.viktorfrankl.org) que está realizando una valiosa aportación al desarrollo de la logoterapia y a la rehumanización de todas las disciplinas vinculadas con las ciencias humanas.

La logoterapia es una aportación que *suplementa* las anteriores (complementa, integra y aporta una visión que trasciende lo bio-psico-social); constituye un salto cualitativo al incluir lo espiritual en la imagen del ser humano que sustenta la

psicoterapia. Lo *humanissimum* se sitúa en esa autotrascendencia radical y, en especial, en la orientación fundamental del ser humano hacia el sentido, en su teoría motivacional de la *voluntad de sentido*.

Es decir, en la reinterpretación logoterapéutica, además del *yo tengo que* (estoy obligado por determinadas condiciones y determinantes, pulsiones e instintos, factores e impactos hereditarios y ambientales), y del *yo puedo* (soy capaz de actualizar este o aquel aspecto de mí mismo), para obtener una visión adecuada de la realidad humana en todas sus dimensiones, debemos ir más allá e introducir el *yo debo* realizar en cada caso el sentido concreto que me interpela en cada situación de mi vida. Es decir, contemplamos el aspecto subjetivo de la existencia humana, *el ser*, con su contrapartida objetiva, que es *el sentido* (cfr. Frankl, 2001).

La necesidad de sentido

Como orientación terapéutica, la logoterapia se centra en la pregunta del ser humano por el sentido de su existencia, de cada momento concreto, particular y único, de su vida, así como en la búsqueda de dicho sentido como respuesta ineludible por parte de cada persona.

La logoterapia entiende la problemática del hombre de hoy, *el mal de nuestra época*, centrada en la cuestión por el significado de lo que vivimos personal y socialmente y, más concretamente, en la sensación de falta de sentido, en el sentimiento de *vacío existencial*.

Esta concepción tiene en su base una determinada teoría motivacional que postula que la principal necesidad humana es la de encontrar un sentido en la vida y hacerlo realidad o encontrar sentido a aquellas situaciones que obligan a la persona a enfrentarse consigo misma. Por ello habla de una *voluntad de sentido*, como la tensión radical (tensión saludable) de toda persona para hallar y realizar un sentido y un fin, que implica su esfuerzo por el mejor cumplimiento posible del sentido de su existencia.

Todo ser humano, como *ser-en-el-mundo*, en cuya constitución radica el encuentro con el otro (no puede vivir solo, necesita convivir y humanizarse en la interacción y salida de sí mismo), siente la necesidad de encontrar sentido en su proyecto de vida, en la familia y en la sociedad, de escribir su propia historia vital y expresar lo propio, su compromiso existencial, en la participación, el diálogo y la reflexión.

El ser humano necesita experimentar que su vida tiene sentido y si no es así siente su existencia frustrada, puede caer en depresión y enfermedad o, cuanto menos, percibirse insignificante e inútil, sin saber para qué vivir y creyendo estar demás en la vida...; es decir, experimenta un *vacío existencial*.

Por ello, la voluntad de sentido es el gozne sobre el que gira la acción logoterapéutica, que pone de relieve la trascendencia del ser humano, su orientación fundamental hacia un sentido, contando con la libertad, responsabilidad y conciencia, para su decisión. De forma operativa, se define la voluntad de sentido como

aquello que se frustra en el hombre en el momento en que cae en el sentimiento de vacío y de falta de sentido (*frustración existencial*).

Llevar a cabo el sentido es lo que conduce al hombre a su autorrealización y momentos de felicidad. Lo que la persona busca no es tanto la felicidad en sí misma sino una razón, un fundamento, para ser feliz. Una vez que encuentra esa razón, la felicidad surge espontáneamente. Lo que el ser humano necesita no es tanto el placer como una orientación válida y adecuada hacia valores que realizar y significados que encontrar.

Desde esta perspectiva, no se niega el derecho a ser feliz. Toda persona quiere ser feliz. El problema está en el cómo. En la raíz de la búsqueda de la felicidad ha de estar el descubrimiento de que ésta tiene sus cimientos en la capacidad humana de intencionalidad, de dirigirnos a nosotros mismos en el camino de nuestra vida, de establecer las metas y sentidos que queremos perseguir y que descubrimos, al mismo tiempo que asumimos la responsabilidad de lo elegido. Así, el buscar la felicidad no puede ser otra cosa que expresar nuestra capacidad de donación, de salir de nosotros mismos, sin dejar de ser nosotros mismos. Por el contrario, cuanto más se esfuerza el hombre en perseguir la felicidad centrándose en sí mismo, en la propia autosatisfacción de necesidades, más se incapacita a sí mismo para lograrla, ya que con esta actitud está negando su propia constitución, la autotrascendencia, y su expresión fundamental, la voluntad de sentido.

También para el poder vale la consideración hecha a propósito de la felicidad: no debe constituir el objetivo de la acción humana, sino la consecuencia de una vida dirigida más allá de sí misma. Tampoco esto quiere decir que el poder no sea un elemento necesario en la vida del hombre. Todo ser humano necesita contar con su espacio de poder, pero siempre ha de ser un medio para alcanzar un objetivo determinado y no un fin en sí mismo.

Por tanto, la concepción de la voluntad de sentido nos presenta una jerarquía de valores en que el descubrimiento del sentido de la vida tiene la primacía sobre el placer, el poder, la autoafirmación y la satisfacción de los propios instintos, así como la autorrealización personal. El verdadero puesto de todo esto es el de ser efectos o consecuencias de una realización adecuada del significado de cada situación y de la propia existencia.

Cuando no se cubre la necesidad de sentido, el hombre pone en marcha tentativas para atenderla que resultan falsas, en los caminos que ofrece el seguir la voluntad de placer y la voluntad de poder. En ellos puede perpetuar una situación de vacío existencial, susceptible de estar originando una ruptura importante en su salud. En palabras de Frankl (1992b): “Cuando el ser humano no encuentra una causa superior a sí mismo o no encuentra a otros seres humanos a quien amar u otras cosas en las cuales encontrar un sentido, se enferma” (p. 20).

En la época actual, el vacío existencial se extiende cada vez más. Las causas de este vacío se pueden situar tanto en un nivel biológico (no determinación del comportamiento humano por los instintos) como sociológico (pérdida de las

tradiciones, sociedad de consumo y pragmática que favorece el nihilismo, falta de modelos...).

Sin embargo, el sentimiento de frustración y de vacío existencial no es por sí mismo una patología. Es, más bien, un fenómeno humano, profundamente existencial. En palabras de Fizzotti (1990, p. 45):

“Entre las características principales del hombre encontramos el preguntarse no sólo qué sentido tiene la vida, sino también plantearse si la vida tiene un sentido. Es un síntoma de madurez el no aceptar pasivamente los ideales y valores transmitidos por las generaciones anteriores, sino tener el valor de plantear el problema radical de la propia existencia, el coraje de preguntarse qué sentido tiene todo ello, y arriesgarse a una vida quizás absurda y aparentemente carente de significado. Freud pensaba de distinta manera, y al escribir a María Bonaparte le confesaba: ‘En el momento en que uno se pregunta sobre el sentido y el valor de la vida, se está enfermo’...”

No obstante, el vacío no superado se expresa a través de unas manifestaciones bastante comunes hoy en día: el aburrimiento y la indiferencia o apatía. Se puede definir el primero como una falta de interés por el mundo y la segunda como una falta de iniciativa para cambiar algo en este (cfr. Frankl, 1987, 2011).

En esta situación, el hombre de hoy no sabe ni siquiera lo que en el fondo quiere. Se inclina a querer lo que quieren los demás (sería el conformismo) o a hacer aquello que los demás quieren que haga (hablaríamos de totalitarismo).

El vacío existencial es el caldo de cultivo adecuado para que surjan las tres grandes problemáticas de nuestra época que Frankl denominó *triada neurótica de masas*: la depresión, la adicción y la agresión. En la práctica esto significa: suicidio en el sentido estricto de la palabra, suicidio crónico con la dependencia y violencia contra los otros, vandalismo, etc.

Existe, además, una patología clínica específica, que Frankl denominó *neurosis noógena*, surgida como consecuencia del vacío existencial y que se ha verificado empíricamente, mediante resultados coincidentes de investigaciones estadísticas en distintos países y contextos (cfr. Frankl, 2008, 2001; Noblejas, 1994; Batthyány, 2016).

Ayudar a las personas, y especialmente a quienes sufren, a encontrar sentido en sus vidas es la tarea de la logoterapia, para ello cuenta con una visión antropológica y del mundo, una teoría sobre el modo humano de enfermar y una terapéutica que deriva de sus concepciones.

Imagen del ser humano y su relación con la comprensión de la salud

Ninguna psicoterapia es ajena a una visión del ser humano y a una visión del mundo. Es decir, no es posible una praxis terapéutica que no cuente con una idea antropológica y una filosofía de vida subyacente.

La logoterapia explicita su visión a través del análisis existencial, según lo

presenta Viktor Frankl.

Para ello plantea una idea de ser humano que engloba diferentes dimensiones en una unidad (*unidad en la multiplicidad o multidimensionalidad*). Hablaríamos de la dimensión biológica, la dimensión psicológica o psico-social y la dimensión *noética* (que se manifiesta en la libertad, la responsabilidad, la conciencia, la voluntad de sentido en la vida...). Esta última es la específicamente humana.

Considera que la persona tiene una realidad que la condiciona a diferentes niveles (biológico, psicológico y social). Es lo fáctico en el ser humano. Pero, al mismo tiempo, posee unas capacidades, unas potencialidades, una libertad y capacidad de tomar postura ante lo que *le toca* vivir, que hace que vaya más allá de la situación y de lo que somos en un momento determinado. La persona es, por tanto, facultativa; también es lo que puede llegar a ser. Contando con lo fáctico y con lo facultativo (con lo que somos y lo que podemos ser) damos nuestra respuesta posible a la pregunta que nos hace la vida en cada momento. Tal respuesta es dada en función de nuestra potencialidad (tenemos capacidades y posibilidades para responder) y, a su vez, nos señala nuestros límites. Es decir, nos refleja que no podemos todo, pero sí podemos algo.

Un aspecto de la antropología que tiene especial relevancia para la terapia es la premisa de que esa dimensión noética o de lo espiritual no enferma. Viktor Frankl partía del hecho de que el hombre podía enfermar en los planos somático y psíquico, pero nunca en su dimensión noética.

Esto va a ser muy importante, tanto para comprender la situación del otro, como para la relación terapéutica, que se dirigirá más a descubrir y potenciar las posibilidades que a detenerse solo en la comprensión de las limitaciones. Es decir, la logoterapia potencia una forma diferente de ver los fenómenos y al ser humano, para poder analizarlos y considerarlos desde una visión antropológica.

La logoterapia se mueve en la dialéctica de las paradojas existenciales. Una aproximación a estas paradojas la podemos ver (Tabla 1) de la mano de Gerónimo Acevedo (2001), considerando la dialéctica entre espiritualidad y corporalidad, intemporalidad y caducidad, libertad y necesidad, intimidad y manifestación, transparencia y opacidad, como realidades que coexisten.

Hacer operativas las paradojas existenciales en la terapia lleva a centrarse en ampliar las posibilidades, lo sano, la capacidad de libertad y reducir el ámbito de la restricción, de lo enfermo. “El objetivo principal de la logoterapia consiste en fortalecer y ampliar el área ‘integral’ del paciente y atraer las fuerzas allí reunidas hacia un trato correcto con la parte enferma” (Lukas, 2003, p. 69).

Esta visión es muy importante para la terapia. Todos sabemos la influencia que en el paciente tiene la forma en que el terapeuta comprende, siente y se sitúa ante el problema. Si los terapeutas y, por extensión, la gente en quien se confía, tiene el punto de mira puesto en lo sano, la capacidad de respuesta, de ampliar posibilidades..., se potencia que la persona no se entregue por completo a sus trastornos. Empezará a sentir que puede preferir cosas más allá de sí mismo, mirar para otro lado

Tabla 1.

Paradojas existenciales de la realidad humana (Acevedo, 2001).

| | |
|---|--|
| 1. Espiritualidad – corporalidad | El hombre <i>piensa y pesa</i> . ¿Cómo son atribuibles a un mismo ser estas dos operaciones? |
| 2. Intemporalidad – caducidad | Hay en el hombre actos intemporales y temporales; hay en él <i>hambre de inmortalidad</i> y <i>certidumbre de fugacidad</i> ; hay <i>lo eterno en el hombre</i> y <i>lo caduco en el hombre</i> . |
| 3. Libertad – necesidad | <i>Soy libre</i> para hacer una cosa o no hacerla; y a la vez, <i>obedezco necesariamente</i> a las leyes de la gravitación y a tantas otras. |
| 4. Intimidad – manifestación | El hombre puede recluirse en su intimidad, tiene un <i>si mismo</i> psicológico y ontológico; pero al mismo tiempo no puede vivir sin <i>manifestarse hacia el mundo</i> . Vivir humanamente es hacer simultáneas la intimidad y la expresión. |
| 5. Transparencia – opacidad | Ciertas zonas de mi ser y de mi actividad me son <i>transparentes</i> : las entiendo, veo su estructura y su sentido. Otras, en cambio, me son enteramente <i>opacas</i> , no las entiendo. |

en lugar de quedarse fijado en mirar lo que tiene, decidir cada día lo que será el siguiente...; experimentar, paulatinamente y en pequeñas cosas, que es “hijo de su pasado pero no esclavo de su pasado; es padre de su porvenir” (Acevedo, 1998, p.19).

Integrar lo paradójico en la práctica habitual conlleva unas actitudes básicas en el terapeuta, que sintetizamos en la Tabla 2.

La visión antropológica frankliana se enfrenta a los reduccionismos en sus diferentes vertientes (biologismo, psicologismo, sociologismo) que entiende al ser humano desde una sola de sus dimensiones.

El reduccionismo es una forma de nihilismo (*el ser no es nada más que*) que ofrece una imagen distorsionada del ser humano (*homínulo*). Solo un planteamiento con una dimensión de apertura e integrador de todas las dimensiones podrá hacer frente a la deshumanización y despersonalización de la ciencia. Parafraseando a Viktor Frankl (2003, p. 28-29), solo una *psicoterapia rehumanizada* podrá hacer frente a *la tendencia despersonalizadora y deshumanizadora que triunfa por doquier*, al hacerse cargo de las verdaderas necesidades humanas (el encontrar y realizar el sentido en cada momento y situación, por parte de cada persona) y comprender los signos de los tiempos (las manifestaciones ya aludidas de vacío existencial como el aburrimiento, la indiferencia o apatía y la triada neurótica de masas –depresión que puede llegar al suicidio, adicción, agresión–).

Así nos dirá Frankl (2009):

“Sólo en la consideración del ser espiritual, en su tendencia al sentido y al valor, puede revelarse el sentido de la realidad, puede hacerse patente el

Tabla 2.

Cualidades o actitudes personales del logoterapeuta, seis principios suplementarios.

-
1. **TENER ESPERANZA** (incorporar la dimensión de lo espiritual) y **SER REALISTA** (consciente de no poderlo todo y de la facticidad psicofísica)

 2. **INVESTIGAR LAS CAUSAS** de un problema o hacer hipótesis y **REDIMENSIONAR LAS CAUSAS** (romper el fatalismo de causa-efecto o de acción-reacción para entender la acción-respuesta de autoconfiguración).

 3. **COMPRENDER A QUIENES NO HAN TENIDO NUNCA LA POSIBILIDAD** de una evolución saludable, pero también **A LAS PERSONAS QUE HAN TENIDO TODAS LAS POSIBILIDADES Y NO LAS HAN UTILIZADO**

 4. **POSEER UN SISTEMA DE VALORES PROPIOS Y RESPETAR EL DE LOS DEMÁS**; quien otorga ayuda ha de saber reconocer los verdaderos valores de quien busca la ayuda

 5. **BUSCAR Y AMPLIAR LOS PUNTOS DE ENCUENTRO** con el paciente, pero tener también el valor de **ACEPTAR UN CHOQUE** CON LAS ACTITUDES O LAS AFIRMACIONES NEURÓTICAS DEL PACIENTE (función de **ANTAGONISMO EQUILIBRADOR**)

 6. Ayudar a **ENCONTRAR LO POSIBLE NATURAL** (el progreso que el paciente puede esperar alcanzar analizando su historia y posibilidades actuales) y **AMPLIAR LA MIRADA a LO POSIBLE ESTRUCTURAL** (considerar que una realidad diferente es posible, aunque sea poco probable)

sentido del ser (...). El “ismo” empieza exactamente en el punto donde la imagen de un estrato se convierte en imagen del mundo, donde empieza la generalización. La fisiología, la psicología o la sociología deja de tener razón cuando empieza a generalizar. La disciplina que lo reduce todo, también lo relativiza todo, con una excepción: se absolutiza a sí misma” (p. 205).

Asimismo, advierte respecto del noologismo, que se realiza cuando se intentan explicar como originados desde lo espiritual síntomas psicológicos o somáticos que de donde realmente surgen es desde el funcionamiento bio-psíquico del organismo.

Es decir, también hemos de tener cuidado en no pensar que todo es de índole espiritual o noética, eso sería otro tipo de reduccionismo. Igual que podemos hablar de biologicismo (interpretar el padecimiento sólo desde una alteración de lo biológico), de psicologismo o sociologismo, caeríamos en espiritualismo o noologismo si todo lo interpretamos desde lo espiritual. La logoterapia, por su parte, cuida una visión integral. En palabras de Acevedo (2001): “El análisis existencial ha de poner de relieve la multiplicidad dentro de esta unidad, ha de desarticular dimensionalmente la unidad en la multiplicidad de existencia y facticidad, de persona y organismo, de espiritual y psicofísico” (s/p).

Podemos ver esta concepción interactiva e integrativa a través de un ejemplo concreto en que una persona acude a terapia por una *problemática existencial*, no encuentra sentido a su vida y tiene ideaciones suicidas. Al comenzar el trabajo

psicoterapéutico, en los primeros pasos de comprensión de la situación por parte del terapeuta, se aprecia que necesita diagnóstico desde la organicidad para afrontar la orientación de tal situación. Desde aquí se aborda y resuelve también la problemática del sentido.

Desde una situación inversa, para que no se nos escape lo específicamente humano, también debemos hacer análisis existencial cuando trabajamos con una persona que cuenta con un diagnóstico determinado, dentro del marco actual de Clasificación de las Enfermedades o Trastornos Mentales.

Veamos con un ejemplo (en el ámbito del autismo) qué quiere decir realizar *análisis existencial* (cfr. Noblejas, 2006). Ante los problemas de una persona con autismo, podemos quedarnos con mucha facilidad en lo patológico, las estereotipias, los intereses particulares a los que pueden dedicar tiempo sin fin, las dificultades sociales o las limitaciones comunicativo-lingüísticas (que pueden ser muy significativas y hacer, por ejemplo, que un niño que tiene sed por la noche diga *socorro, socorro* en lugar de decir *agua*, o *alfombra rota* para indicar que le duele la garganta). Pero más allá de todo esto está la persona.

El análisis existencial nos ayuda a distinguir ese plano biopsicológico en que se sitúa el trastorno y el plano íntegro de la persona. Podemos constatarlo a través de la expresión de personas con un *alto nivel de funcionamiento* dentro de los trastornos del espectro del autismo. Unas citas de corte autobiográfico de Temple Grandin (1997) nos pueden ayudar a ello:

“Yo me esforzaba pero mi incapacidad para expresar mis sentimientos y mis pensamientos rítmicamente, se oponía a mis deseos” (p. 33). “Con el tiempo he aprendido a controlar mi mal genio. Mi método de control es muy simple. No me permito exaltarme. No discuto con la gente. En una situación molesta doy media vuelta y me voy. Nunca doy rienda suelta a mi irritación. He visto como el mal genio puede destruir posesiones, amistades y familias” (p. 43).

En ellas podemos apreciar, por ejemplo, el autodistanciamiento, la capacidad de oposición frente al trastorno y la no identificación de la persona con éste, además de la importancia del mundo de los valores.

La vida posee incondicionalmente sentido

Ser humano significa *estar en el mundo*, es decir, *estar enredado* en la realidad, *estar profundamente implicados, comprometidos*, en cada situación que nos acontece y confrontados con un mundo cuya objetividad, de ninguna manera está despreciada por la subjetividad de este *ser que está en el mundo y con el mundo*.

Existir implica vivir en la tensión establecida entre lo que somos y lo que podemos llegar a ser, encarar la polaridad entre la realidad y los ideales o valores a materializar.

Este original y natural interés del ser humano respecto del sentido y los valores, sufre la confrontación con las propuestas filosóficas y psico-sociológicas del

subjetivismo y el relativismo. ¿Son los sentidos y los valores tan relativos y subjetivos como se supone?

Podríamos considerar su relatividad al estar relacionados con una persona específica que está involucrada en una situación determinada. Sin embargo, sería más preciso hablar de singularidad que hacerlo de relatividad. La singularidad es una cualidad no solo de una situación, sino también de la vida como totalidad (como sucesión de situaciones singulares). Además, la existencia de cada ser humano es singular, única e irrepetible. No existe un sentido universal de la vida, sino solo los sentidos singulares de las situaciones individuales.

No obstante, es un hecho que los seres humanos, en una sociedad y a través de la historia, han ido compartiendo sentidos aún en la diferencia de sus vidas; más que estar relacionados con situaciones singulares, estos sentidos se refieren a la condición humana; son lo que entendemos por valores. Así, Viktor Frankl (1988), dice: "... uno podría definir a los valores como aquellos sentidos universales que se cristalizan en situaciones típicas que una sociedad o, aún, la humanidad, debe enfrentar" (p. 59).

Los valores atraen a las personas, pero cada una es libre de aceptar o rechazar un valor que le ofrece una situación en función de su escucha y seguimiento o no de su conciencia.

Podríamos decir, que el sentido es un valor situado y en situación, que descubre una persona singular. ¿Ello quiere decir que los sentidos son subjetivos? En realidad, lo que es subjetivo es la perspectiva desde la que accedemos a la realidad, pero esta subjetividad, en última instancia, no afecta a la objetividad de la realidad en sí misma. Un símil puede ayudarnos en esta reflexión: sentados en las butacas de un teatro, cada espectador contempla el decorado del escenario desde una determinada perspectiva. Ninguna de éstas puede ser exactamente igual a otra. ¿Puede que los diferentes puntos de vista le quiten objetividad y realidad al decorado? Podemos decir que no.

Los seres humanos se trascienden a sí mismos hacia los sentidos, que son algo distinto de ellos, no son meras proyecciones personales. Los sentidos son descubiertos por la conciencia, no inventados cognitivamente. Existe un único sentido en cada situación para cada persona; para cada pregunta que la vida dirige a la conciencia personal, hay una respuesta que *encaja* en esa situación, que no puede ser dada por ningún otro. Es la respuesta requerida; lo que demanda la situación. Es la persona la que decide libremente qué respuesta dará, siendo responsable de tal decisión y acción.

Parafraseando a Frankl (1988, p. 79), podemos decir que en última instancia, vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo. Dichas tareas y, consecuentemente, el sentido en la vida, difieren de un hombre a otro, de modo que resulta completamente imposible definir el significado de la vida en términos generales.

Es decir, la logoterapia establece que toda situación encierra un sentido, pero el logoterapeuta no puede saber cuál es. Solo puede ser desvelado por la conciencia de cada persona a la que apela. Es decir, el sentido tiene que ser descubierto; no puede ser dado. Nadie puede indicar o dictar a otro el sentido de una situación.

Las vías primeras por las que se muestra, fenomenológicamente, que las personas encuentran sentido son el trabajo (la creación o el dar de uno mismo a la sociedad, en general) y la experiencia de la belleza, la verdad, la bondad... (vivencia de la naturaleza y/o la cultura) o del encuentro con otro ser único, amándolo. Pero, incluso cuando estos caminos (que denominamos, respectivamente, valores de creación y vivenciales), se encuentran restringidos al máximo o impedidos en una existencia personal, es posible una vida con sentido al adoptar una actitud digna en el afrontamiento y tránsito de una situación dolorosa inevitable, una *situación límite* (valores de actitud).

Ilustra esta última posibilidad la vida de Viktor Frankl (cfr. Frankl, 1988), como superviviente de los campos de concentración y su corroboración de que aquellos presos que tenían algo que les esperaba (una persona que encontrar, una obra que realizar), tenían más probabilidades de sobrevivir (si no, se abandonaban: *se fumaban su último cigarrillo y no acudían a revista a la plaza*). Más aún, el sentido les capacitaba para el sufrimiento (*el ser humano que conoce el porqué de su existencia, podrá soportar casi cualquier cómo*).

En otras palabras, la logoterapia asume que la vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia, por extrema que sea. Así, nos ofrece una toma de postura existencial específica: “A pesar de todo, decir sí a la vida” (cfr. Frankl, 2016), aún en las situaciones de mayor adversidad.

Son innumerables los procesos de acompañamiento a personas que estando atravesando un sufrimiento inevitable ponen de manifiesto que la toma de decisión realizada, de que dado que no podían eludir la situación de dolor, lo que sí podían determinar era el modo y la manera de enfrentarlo, se había convertido en punto de apoyo y fortaleza para aquellos que les rodeaban. Los valores de actitud ante lo inevitable son una vía de excelencia para la profundidad existencial y una vivencia plena de sentido en la vida.

La logoterapia aporta experiencias que pueden enseñarnos cómo aspectos trágicos y negativos son transformados en logros humanos significativos a partir de la posición que se adopta ante ellos.

El encuentro existencial y las técnicas logoterapéuticas

El elemento central en la forma de proceder de la logoterapia estriba en el encuentro existencial entre la persona que necesita ayuda y la que se encuentra en la posición de prestársela.

Viktor Frankl (cfr. 1978, 2008, 2011, 2012, 2014) comprendió que lo verdaderamente importante en la terapia no son las técnicas, sino más bien las relaciones humanas entre médico y paciente, *el encuentro existencial personal*. Señaló,

reiteradamente, que cualquier psicoterapia (podríamos decir, en general, cualquier relación de acompañamiento), puede representarse con una ecuación de dos incógnitas: $\Psi = X + Y$. Esto es, el encuentro entre la persona única e irrepetible de quien presta ayuda y también la única e irrepetible de quien la necesita. Dicho encuentro no se da entre dos *mónadas*, sino entre dos seres humanos, un encuentro *Yo-Tú*, en el que uno confronta al otro con el *logos*, es decir, con *el sentido de ser*.

Una intervención *puramente tecnológica* en psicoterapia, puede bloquear sus efectos terapéuticos. En palabras de Frankl (2012):

“... les dije que en la medida en que interpretábamos nuestra tarea meramente en términos de técnicas y dinámicas, estábamos perdiendo de vista el problema, así como el corazón de aquellos a quienes deseábamos ofrecerle primeros auxilios mentales. Abordar a los seres humanos meramente en términos de técnicas implica manipularlos, y hacerlo meramente en términos de dinámicas implica cosificarlos (...) Cuando, en ocasión de otra conferencia, fui invitado a dirigirme a los presos de San Quintín, se me aseguró posteriormente, que ellos se habían sentido realmente comprendidos por primera vez, en ese encuentro. Lo que había hecho no era nada extraordinario. Simplemente les había hablado como a seres humanos y no como a mecanismos en reparación. Los había percibido del mismo modo como habían sido ellos mismos, desde siempre, como libres y responsables. No les ofrecí una fácil escapatoria de sus sentimientos de culpa concibiéndolos como víctimas de procesos biológicos, psicológicos o sociológicos de condicionamiento. No los concebí como peones en el tablero del juego entre el Ello, Yo y Superyó. No les facilité un alivio. No se les debía quitar la culpa. No se los debía justificar. Los consideré como pares. Ellos aprendieron que es un privilegio del hombre sentir culpa, y una responsabilidad el superarla” (p. 16).

Pero lo expuesto no quiere decir: encontrémonos y veamos que sucede. La praxis se desarrolla en un intervalo, en un espacio entre los extremos de la ayuda concebida como arte y como técnica. Como arte, según hemos indicado, implica ese encuentro existencial; como técnica, el conocimiento y aplicación de unos pasos y estrategias, diferentes según la técnica utilizada y la orientación elegida (porque la logoterapia se aplica también en combinación con otras terapias), así como la adopción de un rol.

Entre esos extremos hay un continuo, un espectro, una gran variedad de puntos. ¿En qué punto de ese espectro nos vamos a situar en nuestra actuación en la relación de ayuda? La contestación nunca puede ser única. Ya Beard (referenciado por Frankl, 2012), creador del concepto de neurastenia, había dicho que cuando un médico trata de la misma manera dos casos de neurastenia, con toda seguridad está tratando mal uno de los dos.

La elección de un método y una técnica depende tanto de las características únicas e irrepetibles del paciente como de las del terapeuta. Problemas semejantes

no se resuelven siempre aplicando las mismas técnicas, al igual que no todo terapeuta domina igual todas las técnicas. En unos momentos u otros avanzaremos más o menos en nuestra empatía y en la dimensión de encuentro.

No obstante, podemos plantear una esquematización de las técnicas propias de la logoterapia según recogemos en el siguiente apartado.

Dicha estructuración responde a la necesidad clínica de encauzar una intervención, si bien, una terapéutica siempre ha de atender a la globalidad de la persona y, por tanto, puede implicar la implementación de terapéuticas o intervenciones complementarias (no solo logoterapéuticas) y/o incluir la derivación para valoración/tratamientos médicos, asistencia social, programas educativos...

En otras palabras, sabiendo de la interacción entre todas las dimensiones del ser humano, la logoterapia con su visión antropológica nos remite, como hemos visto anteriormente, a un análisis existencial que ponga de manifiesto su multiplicidad dentro de su unidad y favorezca, así, un reconocimiento de la etiología preponderante de la problemática que padece una persona concreta. Esta comprensión terapéutica es el primer método con que cuenta el profesional.

Principales técnicas logoterapéuticas

Viktor Frankl distingue en el uso de la logoterapia, su aplicación como *terapia específica* o como *terapia no específica* (cfr. Frankl, 2008, 2011), atendiendo al tipo de problemática en la que se aplica. Establece una definición y clasificación general de las enfermedades, centrándose especialmente en las denominadas neurosis.

El desarrollo de esta teoría y terapia de las neurosis y de la psicosis, excede los objetivos del presente artículo. No obstante, presentamos en la Tabla 3 una estructuración de la clasificación general de las enfermedades y específicamente de los trastornos neuróticos en la concepción de Viktor Frankl (en terminología de la época). Seguidamente, exponemos una sucinta definición de las principales técnicas generadas por Viktor Frankl, tanto de la logoterapia no específica como de la específica.

Logoterapia no específica

Como terapéutica no específica, la logoterapia aborda problemas no directamente vinculados con una causalidad preponderante de tipo noógeno. Incluye las técnicas de la intención paradójica y la derreflexión.

La **intención paradójica** se aplica, principalmente, en las neurosis psicógenas del tipo de los trastornos de fóbicos y obsesivos.

Frankl (1984) define la intención paradójica como un “proceso mediante el que el paciente es animado a hacer, o a desear que ocurra, aquello que precisamente teme” (p. 130), incluyendo en dicho proceso el sentido del humor.

La función de la intención paradójica es la de poner en movimiento la capacidad humana de autodistanciamiento, de forma que la persona que solicita ayuda pueda objetivar los síntomas y distanciarse de ellos. Es indispensable que

Tabla 3.

Clasificación general de las enfermedades con especificación de los trastornos neuróticos en la concepción de Frankl.

| | | Sintomatología | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| | | Fenopsíquica | Fenosomática |
| Etiología (Causa preponderante) | Somatógena | Psicosis | Enfermedad en el sentido banal de la palabra |
| | Psicógena | Psiconeurosis o neurosis psicógenas: -Reactivas con patrones de reacción de angustia neurótica -Reactivas con patrones de reacción neurótico- obsesivo -Reactivas con patrones de reacción neurótico- sexual - Neurosis iatrógenas | Neurosis orgánica |
| | Noógena | Neurosis y depresión noógena | |
| | Sociógena | (Pseudo)Neurosis colectiva: actitud provisional ante la vida, fatalismo, colectivismo y fanatismo | |
| Desencadenamiento | Psíquico (ej., estado afectivo) | | Enfermedades psicosomáticas |

comprenda que ella no se identifica con sus sentimientos o conductas, sino que puede tomar una postura ante ellos e, incluso, hacerles frente (*uno no es lo que le pasa*).

La **derreflexión** se aplica, fundamentalmente, en neurosis psicógenas vinculadas a disfunciones sexuales, en enfermedades psicosomáticas y alteraciones del sueño.

El método de la derreflexión reduce la hiperreflexión (*mantenerse pegado mentalmente* a un problema), para ello, se apoya en la cualidad específicamente humana de la autotranscendencia. Para Frankl (2008), derreflexión significa, en última instancia, trascender el *sí mismo*.

Logoterapia específica

La logoterapia es el tipo de terapéutica especialmente indicada en problemáticas de etiología noógena, es decir, vinculadas a desorientación y vacío existencial,

conflictos de valores y confrontación con situaciones de adversidad que son inevitables. Por ello, cuando la intervención logoterapéutica se centra en acompañar a la persona en su búsqueda de sentido se habla de *logoterapia específica*. Es decir, es la intervención de elección ante neurosis y depresiones noógenas, neurosis iatrógenas y afrontamiento de un sufrimiento inevitable (enfermedades somatógenas cuya causalidad somática no puede ser removida, adversidades de un destino que no se puede eludir...).

La herramienta utilizada por Frankl cuando los pacientes le presentaban cuestiones existenciales y necesitaban ayuda para adoptar una posición ante su sufrimiento y encontrar sentido en su vida, era el mantener una *conversación clásica de persona a persona*. Esta forma de intervenir, la denominó *diálogo socrático* (cfr., Frankl, 1978, 2012, 2014).

Una concreción de este tipo de conversación, en situaciones de conflicto de valores, la constituye la *técnica del común denominador*:

“... he descrito un procedimiento logoterapéutico pensado para promover el descubrimiento del sentido y de los valores. Es la técnica del común denominador, como la he llamado. De acuerdo con Max Scheler, valorar significa preferir un valor más alto respecto de otro más bajo. Sostengo que es sencillo comparar el *ranking* de los valores si se percibe un denominador común” (Frankl, 2012, p. 121).

Líneas de acompañamiento en la búsqueda de sentido

El desarrollo de la praxis logoterapéutica a nivel internacional ha ido aportando concreciones muy diversas en relación a procedimientos y herramientas específicas de intervención en los diversos ámbitos de aplicación de la logoterapia (médico, psicoterapéutico, educativo, trabajo social...). Un meta-análisis conceptual de un amplio número de experiencias (cfr. Noblejas, 1994, 2006) así como de trabajos recopilatorios (Fabry, Bulka y Sahakian, 1979; Finck, Finck y Larson, 1989; Fizzotti y Carelli, 1990; Batthyány, 2016) nos lleva a destacar algunas líneas de intervención a tener en cuenta en el acompañamiento en la búsqueda de sentido:

- **Análisis existencial del pasado.** No para *barrer los fracasos*, sino para *re-significarlo* por medio de plantearse: ¿Cuándo le pareció que su vida estaba llena de sentido?, ¿qué proyectos tenía?, ¿qué preocupaciones?. Estas estructuras antiguas de sentido pueden tener puntos de conexión en el presente y proyección al futuro (pueden pasar a ser nuevamente contenidos vitales o sugerir alguna variación sobre ellos, dirigirnos a otros...) Desde un momento distinto, una lectura del pasado puede ser muy reveladora.

- **Búsqueda de modelos.** Analizar qué personas considera que llevan o han llevado una vida con sentido y ver qué valores son los que lo atraen de esa situación (¿por qué atribuye tal vivencia de sentido?) ¿Podría hacer él lo mismo? ¿Qué se lo impide? Normalmente surge la conexión entre suerte y entrega (la suerte no es que las cosas le vayan bien a uno sino que uno es bueno para algo, se implica). Se pueden

poner en práctica técnicas de imaginación.

- **Búsqueda de personas para las que puede ser importante.** En una problemática neurótica, la persona está en un momento de fuerte egocentrismo con lo que el mundo social también puede estar reducido y los demás no se acercan a demandarle cosas que pueden necesitar. Este círculo hay que buscar romperlo. Por ello es importante explorar la vida actual y considerar qué responsabilidades tiene, cómo las vive, ver si existen otras que no está contemplando... Acompañar para descubrir qué sentido tienen, que no sean una imposición o una carga que se autoimpone. Apelar a la capacidad de autotrascendencia.

- **Movilización de la dimensión noética a partir de la capacidad simbólica** (uso de metáforas, arte, escritura, imaginación guiada...), para favorecer tanto la toma personal de conciencia de la propia libertad y responsabilidad (a lo largo de la historia vital y en el presente con proyección hacia el futuro), como la ampliación del campo de visión en relación con la situación que se está viviendo y develar posibles valores a realizar.

- **Entrenamiento de sensibilización de sentido** (ante pequeñas/grandes decisiones). Si el problema aparece con claridad (situación concreta), el área no problemática también lo hace. Así, surgirá el ver qué opciones tengo y puedo trabajar sobre ellas para considerar pros y contras, viabilidad y, sobre todo, qué sentido tienen (su relación con mi responsabilidad personal). En este punto, la conciencia ha de orientarse no tanto a si la opción es placentera, sino a ver las consecuencias imaginables para todos los implicados. Por último tenemos la toma de decisión y el compromiso con el sentido descubierto.

En definitiva cualquier intervención logoterapéutica persigue un autoconocimiento y autodeterminación, pues, siguiendo a Viktor Frankl (2011, p. 161): “la logoterapia esencialmente es educación a la responsabilidad”.

Conclusiones

La logoterapia muestra que la motivación fundamental de toda persona es la búsqueda y realización de sentido en la vida, en cada momento concreto y situación particular y única, en que se encuentra su existencia. Esta motivación recibe el nombre de *voluntad de sentido*. El ser humano necesita experimentar que su vida tiene sentido y si no es así siente su existencia frustrada, siente un vacío existencial que puede llegar a generar situaciones psicopatológicas.

La logoterapia explicita su visión antropológica y del mundo a través del análisis existencial, según lo presenta Viktor Frankl; una idea de ser humano que engloba diferentes dimensiones, (biológica, psicológica y noética), en una unidad (unidad en la multiplicidad o multidimensionalidad). Un ser humano condicionado pero no determinado, que desarrolla su existencia en la salida de sí mismo dirigiéndose al encuentro y realización del sentido por el dinamismo de la dimensión noética, que es la específicamente humana y no es susceptible de enfermar. Por ello, siempre es posible el cambio.

Esta comprensión del ser humano implica una ampliación de la mirada en relación con los fenómenos humanos para poder analizarlos y orientar la intervención. Es una mirada que ayuda a una comprensión interactiva e integrativa y previene al terapeuta respecto de una visión reduccionista del ser humano.

La logoterapia asume que la vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia, por extrema que sea, destacando la importancia de los valores de actitud como la toma de postura y el afrontamiento del dolor inevitable desde la capacidad de transformar una situación adversa en un logro humano.

El elemento central en la forma de proceder de la logoterapia estriba en el encuentro existencial entre la persona que necesita ayuda y la que se encuentra en la posición de prestársela. No obstante, Viktor Frankl también realizó una importante contribución de técnicas concretas de intervención.

La elección de un procedimiento o una técnica depende tanto de las características únicas e irrepetibles del paciente como de las del terapeuta. La acción terapéutica se dirige, fundamentalmente, a una autocomprensión y autodeterminación, centrándose en ampliar las posibilidades, lo sano, la capacidad de libertad y reducir el ámbito de la restricción, de lo enfermo. En definitiva, se orienta a la autoeducación, pues es el proceso terapéutico, es una educación en la responsabilidad.

A partir de la obra de este autor, se ha ido generando una comunidad científica que está realizando una valiosa aportación al desarrollo y aplicación de la logoterapia y a la rehumanización de todas las disciplinas vinculadas con las ciencias humanas.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, G. (1998). *La búsqueda de sentido y su efecto terapéutico*. Buenos Aires, Argentina: FAL.
- Acevedo, G. (2001). *Materiales del Curso: Formación Sistemática e Intensiva en Logoterapia*. Asociación Española de Logoterapia. Madrid, España.
- Bailly, A. (1963). *Dictionnaire Grec-Français (26^a ed)*. Paris, Francia: Librairie Hachette.
- Bathányi, A. (Ed.). (2016). *Logotherapy and Existential Analysis: Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna, Volume 1*. (Ed.). Suiza, Confederación Suiza: Springer International Publishing. 2016.
- Fabry, J. B., Bulka, R. P. y Sahakian, W. S. (Eds.). (1979). *Logotherapy in action*. New York, NY: Jason Aronson.
- Fink, W., Fink, M. y Larson, L. (Eds.). (1989). *Pursuit of Meaning: The Road to Selfesteem and Social Conscious*. Berkeley, CA: Institute of Logotherapy Press.
- Fizzotti, E. (1990). Annotazioni sul significato della sofferenza in Viktor. En: E. Fizzotti y R. Carelli. (1990). *Logoterapia applicata. Da una vita senza senso a un senso nella vita* (pp. 43-57). Brezno di Bedero, Italia: Salcom.
- Fizzotti, E. y Carelli, R. (1990). *Logoterapia applicata. Da una vita senza senso a un senso nella vita*. Brezno di Bedero, Italia: Salcom.
- Frankl, V. E. (1978). *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia* (2^a Ed.). Méjico, Méjico: Fondo de Cultura Económica (Trabajo original publicado en 1946, revisado en 1971).
- Frankl, V. E. (1984). *Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene sentido la vida?* (2^a ed.). Méjico, Méjico: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. E. (1987). *El hombre doliente*. Barcelona, España: Herder (original 1984).
- Frankl, V. E. (1988). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder (original de 1946).
- Frankl, V. E. (1992). *La psicoterapia y la dignidad de la existencia*. Buenos Aires, Argentina: Almagesto.

- Frankl, V. E. (2001). *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2002). *La voluntad de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2003). *La psicoterapia al alcance de todos*. Barcelona, España: Herder (Trabajo original publicado en 1980).
- Frankl, V. E. (2008). *Teoría y terapia de la neurosis*. Barcelona, España: Herder (Trabajo original publicado en 1987).
- Frankl, V. E. (2009). *El hombre doliente*. Barcelona, España: Herder (Trabajo original publicado en 1984).
- Frankl, V. E. (2011). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona, España: Herder (Trabajo original publicado en 1987).
- Frankl, V. E. (2012). *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia*. Buenos Aires, Argentina: San Pablo.
- Frankl, V. E. (2014). *La psicoterapia en la práctica clínica*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2010). *Ante el vacío existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2016). *...A pesar de todo, decir sí a la vida. Tres conferencias y un esbozo autobiográfico*. Barcelona: Plataforma Editorial (Trabajo original publicado en 1946).
- Grandin, T. (1997). *Atravesando las puertas del autismo*. Barcelona, España: Paidós.
- Lukas, E. (2003). *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona, España: Paidós (Trabajo original publicado en 1998).
- Noblejas, M. A. (1994). *Logoterapia: fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del Logro Interior de Sentido* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/3776/>
- Noblejas, M. A. (2006). Abordaje terapéutico desde la perspectiva de la logoterapia. *Miscelánea Comillas*, 64 (125), 673-684.

UNED

Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores

Begoña Rojí Menchaca
Luis Ángel Saúl Gutiérrez
(Coordinadores)



ISBN: 978-84-362-6564-4
Núm. páginas: 736
Año Edición: 2013
Editorial: UNED

DIÁLOGOS EXISTENCIALES EN PSICOTERAPIA. LA VOZ DE LOS PACIENTES

EXISTENTIAL DIALOGUES IN PSYCHOTHERAPY. THE VOICE OF PATIENTS

Manuel Villegas Besora

Universitat de Barcelona

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas, M. (2018). Diálogos existenciales en psicoterapia. La voz de los pacientes. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 89-121.

Resumen

Los temas existenciales se encuentran en la base de los problemas psicológicos, a veces de forma evidente, otras de forma enmascarada por los síntomas. Con frecuencia algunos de ellos, afloran a la superficie de forma explícita, a través de demandas directas. En este artículo se recogen algunos fragmentos de diálogos donde los pacientes desarrollan sus propios pensamientos y sentimientos respecto a temas como el sentido de la vida, la soledad o el vacío existencial o la integración de la muerte entre otros.

Palabras clave: *Psicoterapia, sentido de la vida, vacío existencial, soledad, muerte.*

Abstract

Psychological problems are the expression of existential conflicts, sometimes masked by symptoms. However, some of them frequently rise to the surface explicitly. This article includes some bits of dialogue where patients develop their own thoughts and feelings on issues such as the meaning of life, loneliness, existential vacuum or the integration of death among others.

Keywords: *Psychotherapy, meaning of life, loneliness, existential vacuum, integration of death.*



INTRODUCCIÓN

Aunque desde el punto de vista de la Teoría del Desarrollo Moral todas las neurosis pueden comprenderse desde la perspectiva existencial, a la que nos hemos referido en otro artículo publicado en este mismo número de Revista, y tal como las hemos ido tratando a lo largo de estos años a propósito de la agorafobia, la obsesión, la anorexia o los trastornos alimentarios en los monográficos titulados “psicopatologías de la libertad” (Villegas, 1995, 1997, 2000, 2004), existen algunos temas que adquieren un relieve específico en psicoterapia y que pueden ser considerados indudablemente como “existenciales”.

Estos temas, como por ejemplo: el vacío existencial, el sentido de la vida, la soledad, el amor, la muerte, el destino y la libertad, la consecución de la autonomía y otros parecidos constituyen, frecuentemente, de modo explícito el objeto de las demandas terapéuticas, o bien ocupan un espacio central en el discurso de los pacientes. Nos ha parecido ilustrativo traer a colación, en este monográfico, algunos de los diálogos sobre temas existenciales, suscitados espontáneamente por los propios pacientes durante las sesiones de terapia grupal, fruto de sus experiencias o inquietudes, y expresados con sus propias palabras, transcritas literalmente, que reproducimos a continuación.

EL VACÍO EXISTENCIAL

Una de las sensaciones más frecuentes referidas por los pacientes es la de vacío existencial, planteado a veces de forma claramente verbal, expresado otras veces a través de sensaciones físicas de vacío o angustia en el pecho o el estómago, otras de manera sintomática como vértigos o mareos, que pueden dar lugar a interpretaciones de tipo hipocondríaco. No se trata de ningún síndrome categorizado como una patología específica en los manuales al uso de psicopatología, pero que sin duda subyace a muchos de los problemas que traen los pacientes a psicoterapia, desde la bulimia (Mallor, 2004) y la dependencia afectiva (Mallor, 2006) a la depresión o la hipocondría.

La enferma imaginaria

En el fragmento de la entrevista que transcribimos a continuación con una paciente, a la que hemos denominado Ceci y a la que hemos dedicado amplio espacio en otras ocasiones (Villegas 2011, pp. 372-378 y 2013 pp. 634-641), se puede detectar una grave hipocondría, donde se pone de manifiesto la íntima relación existente de esta con la sensación de vacío existencial. La razón de la aparición repentina de la ansiedad hipocondriaca en su vida se relaciona con un desmayo de su hija a los 9 años, por efecto de una insolación que ella interpretó como síntoma de una posible meningitis. En el diálogo entre Ceci (C) y el terapeuta (T) intervienen otras pacientes como Raquel (R) y Ana (A), que aportan también su punto de vista.

CECI: *Estoy mal, paso los días mal, muy tensa, muy nerviosa, mareada,*

como si estuviera borracha, con síntomas raros, sensaciones raras y todo el día pendiente de qué me pasa, qué tengo, por qué siento esto, por qué siento lo otro...

RAQUEL: *Lo que ocurre a veces es que nos encontramos mal porque nuestra mente está mal y el cuerpo enferma sin tener una enfermedad. Si tú ocuparas tu tiempo, no tendrías tiempo para decir: ¿ahora por qué estoy mareada? Pero como no tienes cosas que hacer...*

C.: *A mí me da igual todo. A veces, no me apetece hacer nada. No quiero apuntarme a ningún cursillo, porque no me apetece, no sé lo que quiero, no quiero hacer nada. No quiero hacer nada, no me apetece nada, ni ir a trabajar, ni quedarme en casa. No quiero ni ir a un curso de bolillos, ni a pintar.*

R.: *Tú sabes que con lo que tienes podrías ser feliz, pero tu malestar no te va a dejar ser feliz.*

C.: *Exactamente, soy “feliz” entre comillas.*

R.: *El problema es que no sabes quién eres, ni lo que quieres...*

TERAPEUTA: *Te sientes vacía. El vacío da vértigo.*

C.: *Puede ser. Puede ser que me encuentre vacía. Estoy como sola.*

ANA: *Es una desconexión. Es no estar, no ser...*

T.: *No ser tú misma... Estás insatisfecha de ti misma y ese vacío interior te da vértigo y por eso tienes tanto miedo a ponerte mala. Porque piensas: ¿si ahora me muero, que he hecho de mi vida?*

C.: *Cuando voy por la calle, veo a las personas... A la gente la veo completa (...) y yo no estoy completa.*

A.: *Y esto no te deja madurar. Exactamente, es muy grave. A mí también la vida siempre se me ha dado hecha. Pero eso, el notarte la vida hecha, es muy cómodo, pero al mismo tiempo estás careciendo de tú como persona y sientes esa carencia. Lo que tú dices: soy media persona, no me veo completa. En la vida, hay que afrontar los problemas, hay que saberlos resolver, hay que saber afrontar tu vida y los retos en la vida, no puedes dejar que los demás lo hagan por ti, porque entonces te deja ese vacío, te encuentras desconectada, no eres un persona entera...*

C.: *Eso, eso, eso es lo que siento.*

T.: *Sí, claro, que este mareo te sirva para conectar con el vacío, para darte cuenta de esto, de lo que dices tú, que falla una parte de ti, que falta una conexión contigo. Todo está bien, pero, y ¿tú quién eres? ¿Qué haces aquí?*

C.: *Todo esto muchas veces también lo pienso yo. ¿Por qué, teniéndolo todo, estoy cansada de la vida? No quiero decir cansada de vivir. No me voy a quitar la vida. Con el miedo que me da morir... Estoy cansada de mi tipo de vida, de cómo yo me tomo mi tipo de vida...*

R.: *¿Cómo quieres que te guste, si todo esto está fuera de ti?*

C.: *Pero es que dentro no hay nada que me atraiga, todo me da igual.*

A.: *Pero es que todo eso lo ves también como algo de matar el rato.*

C.: *Estoy cansada de estar pendiente de mí, de esto, de aquello, de lo otro.*

T.: *Pero estás cansada de una vida que no has vivido.*

C.: *Sí, exactamente, sí.*

T.: *Tú estás feliz, pero estás insatisfecha. Estás insatisfecha de ti misma y ese vacío interior te da vértigo y por eso tienes tanto miedo a ponerte mala. Porque dices: ¿si ahora me muero, que he hecho de mi vida?*

A.: *¡Huy!, sí. Esta sensación la he tenido yo mucho.*

T.: *¿Qué es de mi vida si me muero ahora? Los hipocondríacos tienen esa base. La persona hipocondríaca, en realidad, tiene miedo a morirse porque no está satisfecha de su vida. No puede decir: “tranquila, ya me puedo morir, ya que mi vida ha tenido sentido dentro de lo que he vivido”. No, la tuya ha ido a la deriva. Lo que pasa que tú eres una chica, una mujer si quieres, pero con ese aspecto de chica, que no tienes que preocuparte por nada. Tú, haz lo que hazas, siempre has salido bien, o sea, todo el monte es orégano. Pero en cuanto aparece la amenaza de que no todo es orégano, entonces dices: ¡ostras! ¿Y si me muero ahora?, ¿y si les pasa algo a mis hijos?, porque, en definitiva, lo que tienes tú en tu vida, son tus hijos. Y yo, ¿quién soy yo? ¿Qué hago yo aquí?*

La lectura de este diálogo entre Ceci, sus compañeras y el terapeuta parece poner de manifiesto que la ausencia de sentido de la vida suele subyacer a la experiencia de “vacío existencial”, que preside la vida de muchas personas, sobre todo a partir de experiencias vitales de fracasos o decepciones. Parece lógico, por tanto, deducir que el remedio a esta sensación tan devastadora pasa por la búsqueda de un sentido existencial, que es la tarea que plantean algunos pacientes en el siguiente apartado.

LA BÚSQUEDA DE SENTIDO

Tal vez no existe ningún otro tema tan central en la perspectiva existencial como el que hace referencia al “sentido de la vida”. La obra más representativa y explícita a este respecto es la de Viktor Frankl (1996), el fundador de la Logoterapia, que lleva por título, precisamente: “El hombre en busca de sentido”. La pregunta por el *sentido* es la que caracteriza la especie “sapiens” en contraposición a las demás especies animales, y se halla al origen de los mitos y religiones que han ido configurando el pensamiento humano a través de los siglos, hasta culminar en los planteamientos fundamentales de la filosofía existencial.

Surge, entre otras experiencias, de la conciencia de muerte, como horizonte de la vida. Esta perspectiva plantea la vivencia del tiempo percibido entre el nacimiento y la muerte, como un tiempo biográfico o histórico. El tiempo se convierte de este modo en un factor estructurante de la existencia humana, lo que le otorga una dimensión ética o moral, dependiendo de cómo se vaya a vivir ¿Se va a tratar de un tiempo lleno o vacío, de un pasar el tiempo cronológico o comprometido, de un vivir

errante o proyectado?

La metáfora de la muerte como horizonte de la vida, da lugar a la aparición del concepto de sentido, entendido como meta a donde llegar. Por eso, de la manera cómo se integre la conciencia de muerte va a surgir el sentido o sinsentido de la vida. Estos cuestionamientos son los que se le plantean a Raquel a partir de la experiencia de la muerte de su padre.

Preguntas sin respuestas

Raquel, paciente a la que hemos dedicado amplio espacio en otros escritos anteriores (Villegas, 2009), ha sido diagnosticada desde hace algunos años de una hepatitis C, provocada por una transfusión sanguínea contaminada. Se ha sometido voluntariamente a un tratamiento experimental que presenta notables efectos secundarios, sin haber conseguido mejora alguna ni esperanza de obtenerla, de modo que al cabo de un año, de acuerdo con su médico, deciden abandonarlo. En el momento de entrar en el grupo de psicoterapia, Raquel se halla recuperada de los efectos del tratamiento, respecto al que guarda una profunda decepción. Pero no es éste, sin embargo, el motivo que la lleva a buscar ayuda psicológica. Éste se expresa ya en la primera sesión entre sollozos de desconsuelo y gestos de desesperación. Su padre, al que se halla muy apegada emocionalmente, ha sido diagnosticado hace poco de cáncer de pulmón, lo que le lleva a anticipar un ineludible y próximo final.

La razón de su apego al padre parece, a primera vista, paradójica. El padre, bebedor alcoholizado, ha sido un maltratador despiadado de la mujer durante todos los años de vida conyugal, hasta el punto de haber tenido dieciocho hijos de ella de los que han sobrevivido sólo doce, que la paciente considera, incluida ella misma, fruto de otras tantas violaciones: “*Dieciocho hijos, dieciocho violaciones*”.

La vida entera de Raquel se ha estructurado en función de esta situación familiar, hasta el punto que ha dedicado todos sus esfuerzos a conseguir repararla. El dolor y el desespero actuales de Raquel tienen que ver con la percepción del acortamiento de vida que amenaza al padre. Siente que su necesidad de redimirle no va a ser posible a causa del poco tiempo que le queda de vida. Esperaba que lo que ella no consiguiera en esta vida, lo obtuviera al menos en la otra: que Dios se apiadara de él y le acogiera en su regazo en el momento de su muerte. Pero ahora se ha desatado una crisis de fe a causa de todos estos acontecimientos: ha dejado, según sus palabras, de creer en Dios y de creer en los hombres. En el diálogo, además de Raquel (R) y del Terapeuta (T), interviene otra paciente, Ana (A).

TERAPEUTA: (dirigiéndose a Raquel) *¿quieres comentar algo?*

RAQUEL: *No estoy bien* (breve silencio), *el martes se murió mi padre*

T.: *El martes se murió tu padre.*

(Raquel llora amargamente durante unos minutos, mientras todos quedan en silencio. Sigue un diálogo sobre los acontecimientos y sentimientos que han acompañado al deceso del padre, tanto en ella como en los demás miembros de la familia, y luego continúa)...

R.: *Pues nada, que como estaba todos los días con él allí, pues rezaba porque pensaba que si realmente... yo no sé si hay Dios o no lo hay, pero que si lo había que estuviera con él. Porque a mí me parece imposible que ese cuerpo que se movía, que pensaba, que sentía, que ya estuviese vacío. Quisiera volver a encontrarme con él, pero tampoco quiero darme prisa porque lo que yo estoy sufriendo no quiero que lo sufran los míos... Pero realmente quisiera saber si hay otro mundo, quisiera pensar que está con mis hermanos los pequeños (los seis que habían muerto de los dieciocho hijos que tuvo) y que está bien...*

(Continúa relatando la experiencia del entierro y la necesidad de poner por escrito sus sentimientos y pensamientos, después de lo cual se dirige en tono incisiva al terapeuta) ...

R.: *¿Puedo hacerle una pregunta? Usted como psicólogo que lo ha leído todo y que lo ha estudiado todo, ¿qué sentido tiene la vida y la muerte? Sabemos que la vida nos la dan los padres, pero ¿quién nos da la muerte? ¿Qué sentido tiene?*

(El grupo se mira y sonríen todos, y miran al terapeuta, pero Ana toma la palabra).

ANA.: *Sí, yo creo que esto, pues que es un engranaje, y unos mueren y otros nacen. Por eso yo a veces he pensado que el ser humano está solo, es un ser individual, solo, que no es colectivo; pero luego tengo mis dudas porque si así fuese, no tendríamos que morir, para que otros nacieran. En el momento en que uno nace para dejar paso a otros, quizás no es tan individual, no sé... (sonríe).*

R.: *Uno nace, para que otro muera... ¡qué caña! ¿no? ¡Venga! yo salgo; venga tú entra!*

A.: *Es un equilibrio, todo nace y todo muere y todo....*

R.: *¿Hay un sentido, que se sepa de verdad? Yo busco la verdad ¿pero la verdad quién la tiene?... Las personas que están estudiando para ayudarnos a nosotros, pues supongo que la mitad de nosotros estamos buscando la verdad en alguna parte y lo que no se puede es ir dando bandazos, ir para aquí, para allá... Pero la verdad es la materia, porque yo veo que tú naces, y también veo que tú te has ido para siempre jamás ¿dónde está esa verdad?... Y mi padre se ha ido de verdad, lo voy a tener siempre en mi corazón; pero mi padre se ha ido y se ha ido a un sitio oscuro, donde ya no existe... Yo quiero saber dónde está, ¿qué pasa? Dónde está eso, tal vez eso se lo que tengo que preguntar al cura, ¿dónde está la verdad? ¿Quién la ha estado escondiendo?*

T.: *Si existe, ¿porque tiene que estar escondida?*

R.: *Entonces todos estamos buscando una respuesta vana.*

T.: *Si buscamos una respuesta es porque hacemos una pregunta, ¿no? Tú ahora estás haciendo una pregunta, a lo mejor el sentido está en hacer la*

pregunta, porque las flores decías antes, los animales no se hacen la pregunta, no la hacen, nosotros hacemos la pregunta, pero la cuestión es ¿el que hace la pregunta, puede darse la respuesta? Porque si se diera la respuesta ya no se haría la pregunta ¿no?

R.: A ver, yo no la puedo dar, por eso la pregunto... Usted ha estudiado todo, ¿no?

T.: Yo creo, que el sentido está precisamente en poder hacerse la pregunta.

R.: Yo pienso que mi padre era como una bombilla, la bombilla se ha fundido y su energía, sigue estando, ¿vale? Y, ¿quién ocupara esta energía?

A.: Otro ser humano a lo mejor, su espacio que ha dejado vacío, otra persona.

R.: Pero se ha ido para siempre... Se fue porque se tenía que acabar, es desquiciante esto, ¿para eso venimos?, es que es absurdo... Yo no entiendo nada... No tiene sentido que nazca una cosa y se muera, no tiene sentido nada... Porque ser religiosa me sirvió un tiempo ¿no? Porque va a venir el reino de los cielos y vamos a estar todos bien. Qué bien, qué caña, no existe, vale, lo acepto. Raquel, ahora se va, y pienso ahora en otro mundo va a estar con mis hermanos, con sus seres queridos, en realidad tiene que ver con la religión, estoy segura, mis pensamientos, ¡pero jolín!, que se ha ido de verdad para siempre (solloza). No lo entiendo, no tiene sentido, yo no tendría que haber nacido, porque no tiene sentido nada. ¿Para qué he nacido: para amar, y para sufrir? A ver, eso yo no lo quería. ¿Qué dices?: que se lo den a una patata este sentimiento, yo no lo quiero, no lo entiendo, no entiendo por qué luchar en la vida para ser mejor. Vamos a hacer esto o aquello, porque cuando te mueres, nadie te va a decir qué bien has ido, qué mal has ido... Yo mañana me iré, y se acabará la Raquel, mi padre se ha ido y se ha acabado. Mi padre está en mi corazón, pero de qué me servirá, me servirá a mí, pero ya no está, ¡él ya no está! No quiero, no puedo acabarlo, no entiendo nada, ¡uf!... ¡quiero una respuesta!, (llorando).

T.: ¿De qué tipo?

R.: Que esto, que me explique qué es la vida (llorando).

T.: A ver, tú cuando hablas así, hablas de ir y de marchar. Venimos a este mundo y nos vamos de este mundo; luego si venimos y marchamos te preguntas ¿para qué?... Pero a lo mejor, la pregunta nace por el hecho de que hacemos un planteamiento equivocado, en el sentido de que ni venimos ni nos vamos; para venir teníamos que ser otros antes, venir de alguna parte. Pero si tú naces no vienes de otra parte, apareces en el mundo y te desarrollas en el mundo y sigues un ciclo vital, como cualquier ser vivo. Cualquier ser vivo tiene su ciclo vital y después muere: no vienes y te vas, sino que naces y te mueres.

Ahora bien, nosotros tenemos una capacidad de hacernos la pregunta

¿qué sentido tiene? Y justamente esta pregunta, significa que si nosotros nos preguntamos por el sentido, somos nosotros quienes le podemos dar sentido, porque si buscamos el sentido fuera, esta cosa oculta que tú buscas, si está oculta nadie la va a encontrar. El sentido se lo ponemos nosotros, yo puedo decir esta vida es maravillosa, es horrorosa, puedo decir esta vida vale la pena, no vale la pena; pero, lo importante no es lo que yo digo, sino lo que yo siento, lo que yo hago. ¿Qué siento yo, siento amor?, pues ese es el sentido. ¿Qué hago yo, hago algo que siento en conciencia que es bueno para mí? pues ese es el sentido; no importa si alguien más lo va a juzgar o no lo va a juzgar, si alguien más lo va a anotar en la libreta para luego darme un premio o un castigo. Si yo en el momento que vivo en este mundo siento auténticamente, pienso auténticamente, me reconozco auténticamente, y hago lo que creo en consecuencia, pues es el sentido que le doy a mi vida; no tengo otro, porque si es otro, no sería mío. Para ti ha tenido mucho sentido en la vida luchar por tus padres; ha tenido sentido durante muchos años. Tú has querido, que ellos fueran felices, esto es uno de los sentidos que has dado a tu vida, porque la vida es un libro abierto, tú puedes escribirla. ¿Verdad que cogiste una libreta y escribiste?, pues estabas dando el sentido, el sentido se da; no se tiene, se da. Lo damos nosotros, pues ese es el sentido de la vida, el que le damos, y escogemos qué sentido darle.

Tú escogiste, luchar por tus padres, para que ellos fueran felices, porque tú veías, que por tanto entendías, y por tanto le dabas un sentido, tu interpretabas la vida de tus padres... ¿Por qué están mal, si podrían estar bien? Tú luchaste por esto, y ahí pusiste y de ahí nació tu amor, y nació tu sacrificio, y seguramente también en el momento en que te pasó lo de la hepatitis, pues también respondiste de alguna manera. Lo importante es, ¿esta manera era auténtica? ¿Era auténtica en aquel momento? A lo mejor ahora lo ves de otra manera, porque es auténtico que sientas rabia...

R.: Sí siento rabia.

T.:... Claro y es auténtico y es válido, porque ahora crees que en aquel momento... a lo mejor era auténtico, pero no era autónomo. A lo mejor tú actuabas, como auténticamente creías que tenías que actuar, como una buena niña, que si le hacen una trastada, tiene que callar, pues dice a lo mejor tengo que aprender algo y a lo mejor era auténtico, pero no era autónomo. No lo habías decidido tú, porque si lo hubieses decidido tú, ahora no sentirías rabia. Sientes rabia porque dices, yo aquello no lo hice bien, si tu escribiste el otro día, lo que sentías por tu padre, y te levantaste ayer temprano y fuiste a verle al cementerio, y le hablaste, esto fue auténtico y autónomo, porque tu decidiste, y de esto no te vas a arrepentir nunca.

Y si quieres guardar sus zapatillas, porque por ahora y en este momento

todavía significa, como si sus pasos estuvieran allí, pues eso es auténtico; pero luego llegará un momento en que dirás, ya no necesito ver algo, me basta con sentir, y no necesitarás, más nada que el recuerdo o si, no lo sé, una reliquia, no lo sé, y tus sentimientos se irán transformando.

Lo importante es que sean auténticos, y decididos por ti y es el único sentido que yo sé. No sé si he estudiado mucho o poco, pero lo único que he podido aprender del libro de la vida, no de los libros de las bibliotecas, del de la vida, es que lo único que tiene sentido, es lo que tu sientes auténticamente, y decides autónomamente; porque de esto no te arrepientes, nunca te arrepientes. Porque arrepentirse significa como renegar del pasado, como renegar de uno mismo; entonces quiere decir que no hay paz suficiente en nuestro corazón. Si decidimos en virtud de lo que auténticamente sentimos, entonces hay paz y cuando hay paz no hay preguntas, no hay preguntas... No sé, esto es lo que yo puedo decirte, no como psicólogo, sino como miembro del grupo, como persona.

R.: *O sea, que no hay respuesta.*

T.: *No hay respuesta, porque no hay pregunta. Si tú estás de acuerdo con lo que haces, con lo que piensas y con lo que sientes, porque seguramente si hoy te ha salido esta rabia relativa a la hepatitis...*

R.: *Por decir algo. Pues si no tengo que justificarme, hago lo que me da la gana, total como me voy a ir, no tengo que rendir cuentas, me voy a ir tan imbécil como estaba y no tendrá nada solución, simplemente es eso, nadie me va a curar.*

T.: *¿De qué, de qué te tienen que curar?*

R.: *Pues, de cómo soy.*

T.: *Entonces, eres de una manera enferma...*

R.: *Soy una enferma de la vida, la vida me ha hecho lo que soy. Yo no tendría que haber nacido. A mí me tenían que haber preguntado si quería venir a este mundo.*

T.: *Claro, pero para esto tenías que existir antes para preguntártelo y...*

R.: *Me tenían que haber tirado por el wáter.*

T.: *... Y no te lo podían preguntar.*

R.: *Soy una enferma de la vida y de los cuentos de la vida y de eso no me puede curar nadie.*

T.: *A lo mejor tú te puedes curar... El hecho de que puedas definirlo ya es un principio de curación.*

R.: *Sí, ¿cómo definirlo? (con voz muy queda).*

T.: *Sí, tú estás diciendo: "soy una enferma de la vida, soy una enferma de los cuentos que explican la vida", y entonces en lugar de darle sentido, tal vez le has dado fantasía a la vida, que es distinto y a lo mejor te tienes que curar de la fantasía.*

R.: *Pero yo sigo, como tengo tantas preguntas que no tienen respuesta*

T.: *Aja, es que la pregunta fundamental es ¿de dónde nacen estas preguntas?*

R.: *De mi corazón, (muy afectada).*

T.: *Claro, pero tu corazón ¿de qué se alimenta?*

R.: *De mí, no sé, de mi mente, no lo sé (casi llorosa) de mis pensamientos.*

A.: *Y de tu fantasía.*

R.: *O sea, que la verdad es lo que hay, se ha ido para siempre, no hay un Jesús, se acabó de existir, ya no funciona, quedará mi recuerdo.*

T.: *Eso es seguro.*

R.: *No puedo, no puedo seguir jugando a cuentos, tengo que pensar con los pies en el suelo (sollozando) se acabaron los cuentos, se acabó Jesús, siento que no me dé el anillo (sollozando) siento no poder verlo nunca mas, pero la vida, no va a venir nadie a cambiarla (llora).*

T.: *Eso es una manera que puede acercarte a ti, ¿qué es lo que no puedes cambiarlo?*

R.: *Yo creo que Jesús puede cambiarlo (con voz casi de niña, llorosa) ¡mi Jesús! ... (llora) quiero dejar de soñar, sigo pensando las cosas que pienso, que digo yo, que no veo razón.*

T.: *¿Por qué, razón?*

R.: *Aunque el ya no me oiga, puede que yo, tal vez llegue a mí y se acabó el sueño de Jesús, se acabó mi padre. Y esto es la vida, me guste o no me guste.*

T.: *Nos gustan aquellas cosas que amamos (silencio).*

R.: *Ya lo dicen el amor es para siempre. Ahora sí que puedo decir que quiero mi recompensa, porque yo pensaba, no me importa que no me quieran, no me importa, porque pensaba que habría otro mundo donde me sigan queriendo.*

T.: *¿y cuál sería tu recompensa?*

R.: *En el otro mundo, poder abrazarle.*

T.: *¿Y por qué no este?*

R.: *Porque ya no está.*

T.: *No, no, quiero decir tu recompensa. A lo mejor tu recompensa es tu sanación.*

R.: *Supongo que sí.*

T.: *Todo este dolor y sacrificio, puede tener una recompensa, puede desarrollarse tener un proceso hacia una mayor proximidad a ti misma, hacia un reconocimiento de ti, pues eso, todos los demás seres humanos no somos distintos unos de otros. Por eso, yo esta pregunta no te la puedo contestar como psicólogo, te la contesto como persona, porque es una pregunta que no hay ninguna ciencia que la pueda responder. Es una pregunta que cada uno en su proceso personal, la experimenta, y es una respuesta que cada uno se da y al final la mejor respuesta es no hacerse*

la pregunta, no preguntes.

R.: *Pues yo me siento así, resignada, pero no arrepentida... nada cambiará en mi vida... Volvería a pasar, por lo que he pasado.*

T.: *Bueno, pues muy bien, pues eso te puede liberar de la rabia..., lo cual no quiere decir, que no haya que pasar por el dolor, porque el dolor, y el sufrimiento, son crisoles, donde realmente se moldea el espíritu, hasta que llega a poder eso, aceptar, aceptar y estar en paz (largo silencio).*

R.: *Yo ya puedo cerrar el libro.*

T.: *¿Qué libro?*

R.: *El de mi vida.*

T.: *¿Qué significa cerrar el libro?*

R.: *Que la vida es lo que es, que yo soy como soy, y que tendré que hacer mi vida.*

T.: *Si todo esto lo puedes ir sintiendo, gradualmente, a medida que el dolor vaya transformando los sentimientos, si lo puedes sentir sin rencor, sin resentimiento, seguramente te curarás a ti*

R.: *Que así sea.*

LA TRASCENDENCIA

Con frecuencia la búsqueda de sentido parte de la constatación de la absurdidad de la existencia. A este planteamiento se le presentan básicamente tres alternativas: 1) la respuesta nihilista, como aceptación del absurdo, 2) la respuesta immanente, a través del proyecto existencial, 3) la respuesta trascendente en la aceptación de un sentido religioso, espiritual, kármico o cósmico (cristianismo, budismo, hinduismo, estoicismo).

Si encuentras a Buda por la calle, mávalo

En el fragmento que transcribimos a continuación se plantea un diálogo entre estas posturas, particularmente la nihilista y la trascendente entre dos pacientes, Raquel y Muriel, como continuación de los temas tratados en la sesión que hemos venido transcribiendo en el apartado anterior. Para Raquel la constatación de la muerte del padre ha supuesto el desvanecimiento de su fe religiosa y la adhesión a una construcción nihilista de la vida y de la muerte. Para Muriel, en cambio, estas vivencias la refuerzan en su visión trascendental de la existencia humana. Participan en el diálogo con el terapeuta (T), además de Raquel (R) y Muriel (M), Ceci (C) Ana (A) y Silvia (S)

RAQUEL: *Sí, a veces lo pienso, y no quiero ofender a nadie, yo cuando descubrí que Jesucristo no existía, ni existe, ni existirá, pensé: “y ahora, ¿qué hago?”.* Era muy duro para mí, (llora un poco) *porque era parte de mí, o yo me hacía parte de esa cosa que creí, pues me ayudaba a mí misma y podría ayudar y pensaba que las cosas cambiarían algún día. Y ahora muchas veces me pregunto: si no existe Dios, por ejemplo cuando vengo*

en el coche y decía “que Dios te bendiga” decía es que no te va bendecir. Y reconocer que Dios no está es como que “yo ¿dónde estoy?” Y ahora pues por eso me siento perdida, es como si hubiese caminado toda la vida de la mano de un padre, supongamos, y de repente te suelta, ¿no? Cuando miro así, a todos los lados y no encuentro nada, ni siquiera me encuentro a mí misma; porque decíais la semana pasada, ser tú misma; ¿eres tú, no?; pero ¿quién soy? Yo sigo igual y yo ¿quién soy?

TERAPEUTA: *Si me permites, en esa pregunta, cuando dices: Yo ¿quién soy? Se supone que la respuesta será una cosa distinta al de “yo”, si por ejemplo digo ¿yo quién soy? Y respondo por decir algo... soy psicólogo, soy carpintero, o no sé qué... respondo otra cosa, es decir: yo me defino en relación a otra cosa, que no a mí mismo.*

R.: *Yo pienso, o sea esta semana he estado pensando: yo, yo, yo, yo solo soy. Y siento mis defectos. O sea, yo lo pongo así a lo mejor no era por mí, era porque seguía los pasos de Jesús, ¿no? Sí, luego cuando solo he estado pendiente de mí, pues solo veo defectos. Esta semana intentaba hacer una lista y solo veo defectos, una persona siempre deprimida, una persona siempre con problemas, una persona que solo ve los defectos de las demás e intento cambiar a los demás. Soy mis defectos: me encuentro fea, me encuentro gorda, me encuentro con barriga, me encuentro con defectos, no veo nada bueno. A lo mejor es eso: tendré que buscar consuelo y eso es lo que hay, nada más.*

T.: *Mm, estas poniendo “cómo” a la pregunta “¿quién soy”. Y estás respondiendo “soy mis defectos”, que si soy gorda, o me veo gorda. Hablas de una imagen, hablas de una imagen.*

R.: *A lo mejor es que siempre he creído en las imágenes...*

T.: *Los budistas dicen una cosa que nos cuesta mucho entenderlo a los occidentales: “si encuentras a Buda por la calle, mávalo”.*

R.: *¿Cómo?*

T.: *“Si encuentras a Buda por la calle, mávalo”. Los budistas lo dicen; hay que pensar desde el pensamiento oriental para entender eso. Es decir, si tú crees que has visto a Buda, no es Buda. A Buda no lo puedes ver, no es una imagen, es un estado y es un estado de cada uno.*

MURIEL: *Sí, es un estado. Yo soy budista... Es un estado de plenitud, de estar bien consigo misma, de serenidad. No, mi meta no está en llegar a alcanzar el nirvana, pero sí en encontrarme bien conmigo misma, muy en paz. Otra cosa son los problemas añadidos, pero el estado en sí de bienestar es de paz interior. Yo desde pequeña, a mí se me intentaba educar en la creencia cristiana o católica, pero yo nunca estaba conforme. Siempre he intentado indagar por qué no estaba conforme con esta vida, no me ha gustado esta vida desde pequeña. Entonces pensaba que si existía Dios cómo podía permitir que los niños murieran, las guerras, las*

epidemias. Entonces eso es lo que me llevó a una avanzada edad, a nivel autodidacta, a llegar al budismo como tal, como filosofía de vida y como dogma de fe. Entonces lo que más se ajusta, el budismo, me rompió todos los esquemas. Porque yo desde pequeña quería morir, y si quiero morir desde pequeña, entonces me rompió los esquemas el budismo, porque en sí, tú no puedes quitarte la vida; porque yo me he autolesionado una vez y he tenido un intento de suicidio un poquito importante. Entonces como dogma de fe en el budismo no puedes quitarte la vida; no eres nadie tú; estamos, aquí por algo, por algún motivo y para un estado. Es un círculo, nacemos, morimos, nacemos, morimos. Es como cuando hablaba del limbo, es un estado, es un antes de, antes de que estés preconcebido, entonces es llegar a encontrar esa paz espiritual, digamos no idealizándolo en algo, en imágenes o como ideal, es simplemente idealizarte a ti misma o a ti mismo para hacer bien a los demás, el intentar corregir tus propios errores, el aceptarte cómo eres.

R.: *Pero, a ver, es algo que si te da tanta paz...*

M.: *Es que crees.*

R.: *No, no, si te da tanta paz ¿por qué has intentado suicidarte y por qué crees que te has equivocado?*

M.: *¿Que me he equivocado? ¿En qué?*

R.: *A ver cuando has intentado suicidarte, has dicho que no puedes hacerlo.*

M.: *He dicho que no podía hacerlo, no sería ético, no sería correcto hacerlo con el dogma de fe budista. Porque si yo digo soy budista, como lo he dicho, y creo en la reencarnación, entonces yo no soy nadie para quitarme la vida porque hay un momento que existe el karma y hay la ley de causa y efecto. Entonces la ley de la causa y efecto, Raquel, quiere decir que forma parte de mi karma y si mi karma ha sido nacer en tal día y en una familia determinada es porque llevaba mi karma.*

R.: *Eso era lo que era ¿y cuando te des cuenta que no es así?*

M.: *¡Cómo..., que no es así!*

R.: *Porque no es así.*

M.: *¿Qué es lo que te ha llevado a pensar que no es así?*

R.: *Pues la realidad, bajarme de las nubes.*

M.: *Bueno, yo en eso discrepo, en eso discrepo, porque de alguna forma, decir...*

R.: *Es que no es tan raro creer en Jesucristo y en ser eso que tú eres..., budista. De la misma manera estás idealizando una figura aunque seas tú misma, porque te quieras mucho, porque lo haces desde ti, de tu interior. También la religión cristiana, también dice que te quieras, porque dice...*

M.: *No, no, no, yo quizás me he expresado mal., Pero, en primer lugar, no me idealizo a mí misma, me he expresado mal. En segundo lugar no*

idealizas una figura porque es un vacío; porque Buda es un estado, quiero decir es iluminación; y si al fin y al cabo soy budista estoy luchando por lograr una iluminación. Entonces ser budista quiere decir es estar luchando por buscar esa iluminación, no quiero decir que en esta vida la consiga.

R.: *Pero tampoco es tan diferente.*

M.: *Es que todo es lo mismo, para mí sea budismo u otro tipo de religión el fin es lo mismo. Unos creen en imágenes como Jesucristo, pero si tú estudias la esencia en sí, lo que es la esencia, es lo mismo.*

R.: *Pero eso que tú dices, también lo he creído plenamente yo cuando he vivido mi vida. Digo también esto ha pasado porque tiene que pasar. Porque mis padres...*

M.: *¿Has vivido? Lo estás viviendo.*

R.: *Claro lo estoy viviendo, pero a partir de ahora la veo de otro modo. Hasta ahora yo pensaba: mi padre se comporta así y tal..., nosotros somos una consecuencia de eso, pero también tenemos que aprender, ¿no? Porque el día de mañana en otro lugar, pasaremos cuentas y que yo en todo eso creía; pero cuando se fue mi padre...*

T.: *Se fue... ¿se murió?*

R.: *Se murió mi padre, pues se murió para siempre. Él no va estar en el cielo esperándome a que yo vaya, no va estar en ningún sitio esperando que yo vaya porque el estado que tú estás diciendo es el estado interior y en eso estamos de acuerdo y cuando muere eso acaba contigo y te comen los gusanos... no hay más.*

M.: *Raquel, Raquel, entramos en una polémica y yo no quiero entrar.*

T.: *Sobre creencias religiosas...*

M.: *Yo respeto el mío porque considero venimos a terapia con ánimo de lucro, para beneficiarnos del grupo, no para crear polémicas.*

Ceci: *Entonces, no has respondido a su pregunta, ¿por qué has intentado suicidarte, si tú eres budista y tu religión te lo prohíbe?*

R.: *Además tienes paz interior.*

M.: *He llegado yo a ser budista con madurez, y he dicho que antes de ser budista he querido, desde pequeña; quería morir, antes de ser budista. Y he estado buscando una razón para yo seguir viviendo. Y sigo viviendo por la razón de ayudar, complacer, aprender de los demás y porque sigo con la filosofía de vida de decir: "yo formo parte de un huerto y soy un árbol o soy lo que sea y tengo que dar frutos". Pero me dices... ¿por qué te intentaste suicidar? Porque estoy cansada de vivir.*

C.: *Pero entonces ¿no crees?*

M.: *Perdona no tiene nada que ver.*

C.: *Hombre, tú no puedes ir en contra de tu religión ¿no?*

M.: *Y ¿por qué no?*

C.: *Porque tienes fe, y la fe verdadera...*

M.: *Disculpa, no soy una fanática.*

C.: *Pero no se trata de ser fanática... ¿qué pasa, que si los que tienen fe son fanáticos? Me estás diciendo, se trata de fe.*

M.: *No, no, no quiero entrar en polémicas, simplemente no se trata de fe simplemente... o sea que Dios.*

ANA: *El problema que yo veo es que cuando te agarras a una fe por no agarrarte a ti misma, yo creo que, primero antes de la fe está...*

M.: *Pero perdona, no quiero en ningún momento que aquí el suicidio se mezcle con la fe.*

SILVIA: *Escucha, yo también tomé pastillas porque quería dormir y querer dormir es querer morir. Y no lo he dicho nunca, porque lo tengo claro: nací y cuando toque, me moriré y ya está. Y no tengo miedo de las enfermedades, ni nada. Yo tengo hepatitis, me la contagiaron, y bueno, no es ningún problema pero me gustaría dar cosas que los demás podrían aprovechar.*

T.: *¿Los órganos, por ejemplo?*

S.: *O dar sangre, porque soy universal, pero negativa. Pero no, no puedo dar ningún órgano; no puedo dar nada, lo tengo asumido, no puedo ayudar.*

M.: *Yo tampoco puedo donar.*

T.: *¿también por la hepatitis?*

M.: *No, porque tomo tantos medicamentos... y con el rollo de las enfermedades que me impiden donar sangre, ayudar.*

LA SOLEDAD EXISTENCIAL

Fruto de la conciencia de muerte y de la necesidad de autonomía para asumir el reto de la existencia, aparece con frecuencia la conciencia de unicidad y soledad que amenaza nuestra presencia en el mundo. Hemos nacido solos y morimos solos. Estos son los sentimientos que suscitan en Ana, otra paciente del mismo grupo que Raquel, las palabras y reacciones de ésta ante la muerte de su padre.

Soledad y unicidad

Ana de 54 años de edad, se encuentra en un momento crítico, muy típico en la vida de muchas mujeres, atrapada entre dos generaciones, la de su madre, que ya va haciéndose mayor, y la de su hija que se va a independizar. Separada de su primer marido, el padre ausente de su hija, vive ahora con un hombre al que simplemente le reconoce como “buena persona”. Todas estas circunstancias la ponen en contacto con sus sentimientos de soledad.

ANA: *El ser humano nace él solo y tiene que pasar por ahí solo y muere solo porque, por mucha compañía que tengas, que desde luego es muy bueno, por eso necesitamos también amor y convivencia. Pero morir, muere uno solo. O sea, el trance de morir y nacer es solo, es único, pero*

que esto no quiere decir que tengas que ser egoísta. O sea, también hay una parte de convivir. Al encontrarme a mí misma, me he encontrado también con los demás; no me he aislado, no... Algo hay ahí que no tiene explicación. Sí, necesitaría comprender la enfermedad y la muerte, quizás porque hay algo más allá de nosotros, no sé. Porque es cruel que a unas personas se les pueda dar esa capacidad tan grande y de repente se les pueda quitar de un soplido. Va unida la bondad con la crueldad de darnos lo grande y después quitárnoslo. Porque somos humanos, somos humanos. Vaya eso ya son cosas muy profundas... Tampoco me aferro a un Dios que no veo, ni siento, ni nada; me aferro a mis sentimientos, a mi forma de actuar con los demás, cómo quiero llevar mi vida, cómo superarme y cómo ser mejor. No por nada, sino por mí misma, pienso que es así cómo tiene que funcionar ese mundo... Claro que quisiera saber más, pero no puedo llegar y no me puedo machacar. A veces he intentado llegar tan lejos que el bien y el mal se llegaban a juntar y ahí ya no me quiero calentar la cabeza. Lo único es ¡ojalá! yo llegase a encontrarme bien, siendo yo misma (sonríe)...

El descubrimiento de la propia unicidad suele ser progresivo y doloroso, pero constituye un camino de liberación que permite replantear el significado de las relaciones con los demás, entendidas como una vinculación libre y gratificante. Las experiencias que siguieron a un accidente doméstico, provocado por una caída de espaldas contra la grifería de la bañera, constituirán para Ana la ocasión para una atenta reflexión sobre sus actitudes y una redefinición de su posicionamiento en el mundo de las relaciones con los demás, convirtiéndose en una oportunidad para el aumento y profundización de su autonomía.

ANA: Pienso que en la vida sufro mucho, por mi forma de ser, quizás. Tengo una naturaleza muy sensible... Durante estos días se me han presentado un montón de preguntas y respuestas y todo me ha sido dado. He tenido unos debates muy grandes sin quizás proponérmelos. En el debate mismo he hallado las preguntas y las respuestas. Unas preguntas que no sé de dónde me vienen y unas respuestas que tampoco sé de dónde me vienen, pero que me quedan claras, que las comprendo. Veo que me favorecen, así que, bien... Estoy muy bien conmigo misma..., en casa..., en el trabajo... Cuando me caí no lloré; pero era otro trasfondo. No lo podía comprender, pero después lo comprendí. Me vino la respuesta al día siguiente cuando fui a urgencias y el médico que me visitó me dijo que tenía mis huesos como una mujer de 70 años... Entonces me acudieron a los ojos las lágrimas, una pena... Y pensé que es la decadencia... Es eso. Ves que vas perdiendo facultades, vas perdiendo cosas que tenías muy asumidas, con mucha fortaleza. El ser humano en el fondo del fondo está solo. Eres tú quien pierdes, eres tú con tu vida que se va desgastando... Yo lo veía con "qué pena, qué pena". Tengo que aceptarlo, pero verdaderamente para mí

es muy doloroso...

La aceptación de la decadencia y el desprendimiento proporcionan la experiencia de la libertad radical: liberación de las pasiones, liberación de resentimientos, liberación de pretensiones, liberación de ansiedades y absoluta disponibilidad como resultado de la aceptación incondicional de sí misma:

ANA: Tuve preguntas y respuestas; tuve de todo. Y después por la noche, tuve otro momento. Eso no fue un sueño. Fue aquel momento antes de dormir. Me veía un poco irreal. Y pensé: “pues me gustaría irme desprendiendo de cosas, por ejemplo, de la televisión; la radio no, la radio la quiero, me desprendería de las cortinas, me desprendería de la lámpara, me desprendería de esto, de esto y de lo otro”. Y me iba serenando. Y después pensaba: lo que siempre tendría presente, lo que siempre quisiera tener es libertad. Y con esa libertad... ¿qué haría con esa libertad? Pues con esa libertad me movería, y acudiría a ayudar a mi hija, cuando le hiciera falta. Le dedicaría todo el tiempo que fuera necesario y me pidiera. Y después el día que ella me dijera “hoy no te necesito”, ese día lo dedicaría plenamente a mí. Y no necesitaría ni más ni menos. Con eso sería feliz. (...) Y con ese pensamiento me vino una paz, que me quedé dormida. Y al día siguiente pensé: “¿Por qué me vino tanta paz?”. Me vino la paz de que yo iba aceptando desprenderme de mi vida. Lo que en aquel momento me supuso tanta congoja, tanto daño, tanto dolor desprendiéndome de lo uno y de lo otro, en ese momento iba aceptando irme desprendiendo de mi vida; me iba preparando a una vida con menos cosas, y esa paz de aceptarme fue la que me tranquilizó. Y después el ayudar a mi hija era también que, a pesar de ir aceptando, ir desprendiéndome de cosas, tener menos capacidad para hacer cosas, mi vida podría estar llena, había sitios donde llenar mi vida, y eso ha sido todo lo que he tenido esos días y, a partir de ahí, he estado muy bien y me he encontrado muy bien. (...) Y eso es todo lo que me ha venido: preguntas y respuestas, conclusiones. Y no sé por qué... Es como si hubiese momentos en la vida de las personas que tienes que pasar por una serie de cosas...

Encontramos en Ana una amplia gama de todas las variedades de conflicto que nos permiten entender la naturaleza de su sufrimiento psicológico. La posición existencial de Ana parte de una posición de fuerte rebeldía o *inconformidad* con el mundo tal como es o como se le presenta. Experimenta esta inconformidad a través de la sensación de descontrol de los impulsos amorosos cuya única forma de realización se produce en el ámbito de la fantasía (romanticismo), a través del pensamiento mágico. Esta posición es calificada por la propia paciente de “*inmadura*”. Parece que Ana está descubriendo a través de estas últimas experiencias la plenitud en la simplicidad de ser.

Soledad y angustia existencial

No es fácil asumir una actitud de aceptación de la soledad y de desprendimiento de los apegos a las cosas materiales como hace Ana en este texto que acabamos de transcribir. Por el contrario, la conciencia de soledad se asocia fácilmente con el sentimiento de angustia existencial o constituye, al menos, uno de los ámbitos en los que suele manifestarse. A fin de neutralizarla proyectamos con frecuencia en las relaciones amorosas la fantasía de sostenibilidad de la “insoponible levedad del ser” (Kundera, 1984).

Esta es una carga que con frecuencia depositamos en las relaciones de pareja bajo el señuelo del amor romántico. El amor romántico constituye una experiencia que va más allá del proceso espontáneo de la atracción sexual, fuertemente impregnada de valores culturales, y revestida de aspiraciones trascendentales, convirtiéndose en medio de expresión y superación de los conflictos personales y sociales en que se encuentra inmerso el ser humano en la soledad de su existencia. De ahí el carácter maniaco, pulsional, fusional, exclusivo, irreal, narcisístico y exaltado del amor romántico, a la vez que imposible, estéril y efímero por naturaleza.

Esta forma de amor, entendido como enamoramiento, adopta aspectos tanto físicos, como sentimentales, y tiene su momento de gloria en la fase de Eros (Villegas y Mallor, 2017).

Amor a flor de piel

Teresa nos cuenta en un brillante ejercicio literario su autobiografía como una búsqueda insaciable de amor físico, como complemento ontológico para un ser carente de sustancia propia. Esta búsqueda se pone de manifiesto en las innumerables relaciones más o menos formales que ha tenido a lo largo de su vida con novios o novietes, o a través de encuentros furtivos de una noche. Pero donde se manifiesta en toda su intensidad es en relación a un amor lésbico entre ella y Marcela, una mujer adivina, echadora de cartas, que conoció en Florencia, y a cuyo propósito escribe:

“Se llamaba Marcela y no sé cómo sucedió. El caso es que tras haberla visto un par de veces comprendí que me había enamorado de ella. Al principio me sorprendí mucho de aquel sentimiento tan inesperado. Sin embargo, era tan diáfano, tan bello, tan alegre que por primera vez en mi vida me sentí fuerte y segura de mí misma.

Marcela era dulce y suave en la cama, celosa y tiránica en cualquier otra situación. Acariciarla, amarla lentamente era acariciarme, amarme a mí misma fuera de mí misma, porque a través de su cuerpo, convertido en trasunto del mío, yo me congraciaba con algo tan insospechado como hermoso, algo que no tiene nombre y que en aquella época descubrí que habitaba en mí o que sencillamente era yo. Quiero decir que en algún sentido ella era mi doble, y que el deseo, pasión y la ternura que yo le ofrecía acababan retornando a mí como el rayo de luz que se proyecta en

un espejo. De esta forma durante algunos meses y gracias a Marcela, la relación conmigo misma adquirió una profundidad plácida, que yo no había conocido hasta entonces.

Pero el influjo reconfortante de este amor residía y se propagaba únicamente en y desde la piel de Marcela; o a lo sumo tal vez emanaba de la reacción química que tenía lugar cuando su piel y la mía entraban en contacto. Porque si el entendimiento de nuestros cuerpos resultaba inmediato y completo, en cuanto hubieron transcurrido las primeras semanas de ensimismado ardor, la convivencia entre nosotras comenzó a convertirse en un infierno sutil que, como un cáncer, comenzaba a progresar imparablemente, contaminando y destruyendo insidiosamente los más pequeños resquicios de nuestros vínculos...

A mediados de agosto, durante un viaje me di cuenta que nuestra relación estaba si no muerta, finiquitada, y que nuestra única opción era separarnos. Fue en Grecia, nuestras guerras domésticas hirieron de manera irremediable la hasta entonces prodigiosa armonía de los cuerpos, e incluso ese descalabro casi póstumo sirvió para revelarme una faceta de mí misma a la que hasta entonces no había concedido la importancia que de hecho tiene: me resulta insoportable la soledad de la piel”.

¡Vae soli!

En el libro del Eclesiastés (4:10) puede leerse la siguiente sentencia: “Vae soli” (¡Ay del solo!), extraída del siguiente versículo:

“Es mejor estar dos juntos que uno solo; porque se aprovechan mutuamente de su compañía, pues si uno cae el otro lo sostiene, pero ay del que está solo (vae soli), porque si cae, no tiene a nadie que lo sostenga”.

Esta soledad que la idea ilusoria de la media naranja ha venido a reparar en el imaginario occidental a través de la fusión de los cuerpos, alimenta la fantasía del amor romántico. El mito del andrógino, relatado por Aristófanes en el Banquete de Platón en homenaje al dios Eros, expresa claramente la función ontológicamente reparadora ejercida por el amor sobre la escisión, provocada por los dioses, de la naturaleza andrógina originaria de los hombres:

“Dividida así la naturaleza humana, cada uno se reunía ansiosamente con su mitad. Abrazados, entrelazados, deseando fundirse en una sola naturaleza, morían de hambre y de inacción, porque no querían hacer nada por separado. Y cuando una de las partes moría quedando la otra en vida, ésta buscaba otra mitad cualquiera y la abrazaba... Desde entonces, pues, es el amor recíproco connatural a los hombres, el amor que restituye al antiguo ser, ocupado en hacer de dos uno y en sanar la naturaleza humana.

Cuando alguien tropieza con su propia mitad queda sujeto a un maravilloso asombro hecho de amistad, confianza y amor, y ninguna de las mitades quiere entonces ser de nuevo separada ni por corto tiempo... Al deseo y persecución de la

plenitud se llama amor... Afirmo pues que nuestra raza humana sería feliz si cada uno encontrara a su propio amado y volviera así a su originaria naturaleza... El Amor es pues... quien nos restablece en nuestro antiguo ser, nos sana, nos hace bienaventurados y felices”.

La estrategia de buscar en la compañía amorosa un antídoto a la angustia existencial, provocada por la sensación de soledad, puede llevarnos en ocasiones a aceptar parejas tóxicas o dependientes, como es el caso de Carina que consideramos a continuación.

Mejor sola que mal acompañada

Carina, de 55 años, a quien hemos dedicado amplio espacio en otra publicación (Villegas, 2013), llega a terapia después de un trasplante de hígado a causa de una cirrosis hepática. Todavía no puede independizarse, está en periodo convaleciente, no tiene pareja, trabajo, ni casa. No le queda otra que refugiarse en la casa paterna, ahora propiedad de su hermana Sara que ha ahijado a sus hijos, los de Carina. Siente cómo éstos apenas se relacionan con ella, pues la hermana los ha mentalizado en su contra y se los ha hecho suyos. Tras la operación considera que la vida le da una segunda oportunidad, que no va a despreciar. Acude a terapia.

Desde el primer momento se implica profundamente en el proceso. Al principio predomina la rabia contra su situación, contra el mal de que ha sido víctima en sus relaciones con los hombres, particularmente con Emilio, que fue su marido y padre de sus hijos. Es especialmente intensa su decepción con ellos, que se comportan como si no la (re)conocieran como madre, así como su encono hacia la hermana, que la identifica como usurpadora de su maternidad. Se siente incómoda viviendo bajo su cobijo, incomprendida y desatendida por la familia, que solo iba a verla al hospital por “obligación”.

En una sesión de terapia de grupo, en el que participan otros pacientes como Heidi (H), se produce el siguiente diálogo entre Carina (C) y el Terapeuta (T):

TERAPEUTA: *¿Y tú, a qué le tienes miedo, Carina?*

CARINA: *¡Buah! A muchas cosas. A envejecer, a la soledad, a no sé..., a no poder depender de mí misma.*

T.: *Ya, a no poder llegar a ser autosuficiente.*

C.: *Sí.*

T.: *¿A nivel económico, quieres decir?*

C.: *Claro. De momento a nivel económico. No quiero pensar ni siquiera a nivel físico, vamos. Antes de que pasara eso, preferiría morirme, sinceramente.*

T.: *¿Y a envejecer? Cuando dices envejecer, ¿a qué te refieres?*

C.: *Pues a envejecer, a envejecer y estar sola como estoy ahora. Yo necesito a alguien y no lo tengo. Y echo de menos mis salidas, mis amigos... Echo de menos una vida que he tenido antes y ahora no tengo. Echo de menos el sexo, echo de menos muchas cosas...*

T.: *Y ¿esos amigos eran bueno amigos, o eran para salir?*

C.: *No, eran amigos para salir, para pasarlo bien, pero es que ahora no tengo ni esos, ni los otros, o sea...*

T.: *Tampoco tienes dinero para...*

C.: *Para moverme, exactamente.*

T.: *O sea, cuando dices envejecer, quieres decir envejecer sola, porque el envejecer con alguien a tu lado, no te preocupa tanto.*

C.: *No, si tuviera a alguien a mi lado, supongo que no me preocuparía tanto...*

T.: *O sea, a envejecer sola; verte tus días, tus últimos días, sola. ¿Lo vives como algo triste..., como algo...?*

C.: *Pues sí, porque yo siempre he tenido mucha gente a mí alrededor y no me da miedo la soledad; está bien un ratito, por lo menos para mí. Pero no para... no para siempre.*

T.: *¿Pero a cualquier precio? O sea, ¿la compañía a cualquier precio?*

C.: *No, porque si fuera a cualquier precio, ya estaría con alguien.*

T.: *Pero a veces, has tenido compañías que...*

C.: *que han sido nefastas.*

T.: *Sí, ¿no?*

C.: *Sí, y he cortado.*

T.: *O sea, la compañía si es buena, sí; si no es buena, no; porque hay gente que prefiere la compañía, aunque no sea buena..., por no estar sola.*

C.: *No, no, no, si no es buena, no; porque no te sirve de nada, sirve para empeorar las cosas.*

T.: *Entonces, alguien que te entienda, que te comprenda, alguien que esté en casa, que llegues a casa y te diga cómo te ha ido el día, ¿no? Alguien con quien puedas hablar.*

C.: *Alguien con quien compartir, alguien con quien hablar, alguien..., no sé..., lo normal.*

Elena: *Te has sentido muy sola muchas veces, y eso hace que uno no se hable con los demás. Te entiendo.*

C.: *Sí.*

HEIDI: *A mí me pasó también. Es muy difícil.*

T.: *¿Te pasó? ¿Te pasa?*

H.: *Sí.*

T.: *Por qué tú cuando estás sola, cuando estás sola...*

H.: *Yo, por lo que se entiende por soledad... el aprender a estar solos eh... no está mal...; porque estás contigo misma, porque estás bien, haces lo que quieres con total libertad eh... Lo malo es que cuando estás solo, y no es por propia voluntad, viene la soledad. Yo entiendo a Carina en ese sentido porque lo he sufrido durante muchos años, eh... incluso el estar acompañada y el sentir la soledad igualmente. Puedes estar acompañada y sentir*

la soledad. Porque no hay la suficiente comunicación y faltan muchas cosas, mucha transparencia, hay maltrato por medio. Entonces cada vez te metes más dentro de ti...viene, viene todo porque lo vas acumulando todo, porque no lo expresas. Se queda ahí dentro, la soledad es muy mala..., es el principio de todo, creo. No es bueno. Yo creo que... a ver...hay algo que siempre guardas para ti. Que...que yo creo que debe ser así por mi parte ¿no? Pero luego hay el día a día y hay cosas que necesitas compartir. Que ¿para qué, para qué existimos? ¿Para qué somos? Eh... pues lo que le está pasando a Carina es triste..., me hace sentir triste.

T.: *Y ¿a qué se tiene miedo, cuando te planteas el poder contar algo a alguien? ¿A que no te entiendan, a qué?*

H.: *Tienes miedo a contarlo, es el miedo a contarlo porque... Porque no sabes la reacción de la otra persona.*

T.: *¿Qué puede pasar?*

H.: *¿Qué puede pasar? Para mí ha sido más fácil estos cuatro años que llevo de terapia hablar con una persona que yo no conocía. La experiencia esta ha sido maravillosa. Hace cuatro años para mí sería imposible hacerlo. O sea que ni me lo plantearía, me metería en un rincón. Es que yo era en parte autista, porque lo que eran mis emociones, mis sentimientos, todo lo escondía, ¡todo!, ahí dentro de un caparazón. Yo le llamaba... el caparazón de cemento armado ¿sabes? El búnker...*

T.: *¿Y qué ventajas tenía eso, porque alguna ventajas tenía que tener?*

H.: *No tiene ninguna.*

T.: *Pero en esos momentos ¿qué veías?*

H.: *¿Las ventajas que tiene? Pues es que no te muestras, es que no te muestras.*

T.: *Protegerte.*

H.: *Yo tenía cincuenta mil amigos, yo salía, eh... el fin de semana que no tenía el niño, yo desaparecía. Agarraba el coche, me iba, nos íbamos...yo que sé, hacíamos una vida social increíble. Para escribir cincuenta libros ¿no? Pero..... fue caer enferma y... ya no tengo amigos, desapareció todo el mundo, desaparece el mundo, no existe.*

T.: *Es que no perdías amigos, es que no los tenías.*

H.: *¡Es que no eran amigos!*

C.: *Y no tienes amigos, no tienes familia y no tienes ná...*

T.: *No pierdes lo que no tienes. No perdiste nada porque no tenías...*

H.: *Ahora me doy cuenta, pero en esos momentos lo pasas muy mal, lo pasas muy mal.*

T.: *¡Claro!*

LIBERTAD Y LIBERACIÓN

Si el tema de la libertad es fundamental para una existencia auténtica y saludable, cabe pensar en los distintos grados de libertad que el ser humano es capaz de alcanzar. Entre ellos hemos nombrado en otras publicaciones (Villegas, 2011, 2015), en primer lugar, la libertad como espontaneidad o ausencia de constricción externa. Pero, además, el ser humano debe sentirse libre para elegir (libertad de elección), para poder decidir (libertad de decisión) y para poder determinarse (libertad como autodeterminación). Existe, sin embargo, una condición previa para poder ejercer la libertad, que es la liberación de fuerzas coercitivas, que impidan el ejercicio de estos grados de libertad.

En el ámbito político o social estas fuerzas pueden estar impidiendo el ejercicio de las libertades con el recurso a las fuerzas armadas, la utilización autoritaria y represiva de las instituciones de justicia, la intervención de los medios de comunicación, etc. En el ámbito psicológico estas fuerzas represoras pueden ejercer su poder externamente a través del dominio, el chantaje, el abuso o el maltrato. O bien internamente por medio de la interiorización de inhibiciones autoimpuestas, sentimientos o enganches de diversos tipo, afectivo o emocional, como la dependencia, el resentimiento o la culpa.

Para poder ejercer la libertad responsablemente, será con frecuencia condición previa poder llevar a cabo un proceso de liberación interna, y en ocasiones también externa, de este tipo de cadenas, que nos mantienen atados a otras personas.

Liberarse de las dependencias

Tal vez en ningún ámbito como en el de la dependencia afectiva sea tan evidente la necesidad de liberación para la consecución de la autonomía como objetivo final de la terapia. El caso de Maricel (Palau, 2003), puede servir de ilustración de este difícil proceso. Maricel, es una mujer de 37 años, que a los 26 inició una terapia individual. Durante los largos años que duró esta, se produjeron etapas en las que a la agorafobia y a la ansiedad generalizada de base se añadieron episodios depresivos reactivos profundos. En su escrito relata cómo se fue adentrando insensiblemente en una relación de dependencia morbosa con un hombre diez años mayor que ella, el cual la sometía a todo tipo de vejaciones morales y se aprovechaba de ella a nivel económico compartiendo sus bienes y su casa, siguiendo el procedimiento habitual de los maltratadores consistente en seducción, aislamiento de otras relaciones e influencias, manipulación de la realidad, invalidación de percepciones y razonamientos, introducción de dudas sobre el equilibrio mental, utilización de las crisis nerviosas como prueba de incapacidad, sometimiento total.

Luz de gas

En el artículo referido (Palau, 2003) se describe con todo detalle el proceso de posesión destructiva a que él la sometió desde el inicio de la relación, a través de crear una atmósfera asfíxica y confusa, que en terapia se denominó como “luz de

gas”, en referencia a la película de George Cukor del mismo nombre, *Gaslight* en inglés (1944), traducida como *Luz que agoniza* en castellano. Pero lo que nos interesa en este punto es destacar cómo la paciente fue labrando su camino hacia la independencia, recurriendo en los momentos más desesperados a la ayuda de familiares y amigos, pero sobre todo implicándose a fondo a través de la psicoterapia en un compromiso por construir su propia autonomía.

En relación a uno de los muchos intentos fallidos de ruptura, Maricel escribe lo siguiente:

Consumida y enferma, y después de promesas y juramentos, reanudé mi noviazgo. Volví a confiar en los buenos propósitos de él, y accedí a que fuéramos a vivir juntos a la casa con la fantasía de que mi cariño haría milagros y lograría extraer una fuente de dulzura que nadie había sabido descubrir. Arriesgué todo a una carta pensando que mi ganancia superaría con creces mis pérdidas. Pero me equivoqué de nuevo. No había dulzura. Y en un estéril desierto perseguí un espejismo creado por mí misma... En realidad, creo que nunca vivimos juntos, sino que se acomodó y se adueñó de la casa. Nunca hubo una complicidad emocional ni una convivencia de pareja...

Yo notaba que me estaba volviendo loca. En el trabajo me evadía un poco pero cuando se aproximaba la hora de salir me mareaba sabiendo que venía a recogerme y tendría que estar con él... Debilitada y hundida, perdí la poca fe que me quedaba sin saber cómo poner fin a aquel calvario. Me sentía sujeta por unos grilletes de acero que apretaban mis muñecas y mis tobillos sin dejarme escapatoria.

Empecé a encontrarme cada vez peor. Me daba cuenta de que estaba cayendo por un precipicio y sin saber demasiado qué me ocurría le expliqué que me estaba poniendo muy mal. La ansiedad y la sensación de ahogo se apoderaban de mí, me sentía metida en un frasco cerrado herméticamente donde no podía entrar el aire. Todos los miedos y las fobias se habían adueñado de mí. Leía ávidamente libros de psicología, de autoayuda, de filosofía, esperando encontrar entre las líneas la clave mágica para salir del diabólico laberinto. Pero todo parecía inútil.

Me sentía atrapada en el espacio y el tiempo y acorralada sin salida. Estaba enterrada en vida. Toqué fondo y caí en una profunda depresión. A pesar de los antidepresivos y el aumento de la dosis de los ansiolíticos no conseguía mejorar; ni siquiera con hipnóticos podía dormir y evadirme una décima de segundo de aquel suplicio. Nada aliviaba un ápice aquella inexplicablemente inhumana agonía y empecé a tener las primeras ideas de suicidio. Tenía convulsiones, me tambaleaba contra las paredes y subía y bajaba las escaleras tropezando con los escalones. Era incapaz de ir a trabajar y solicité unos días de asuntos propios que pasé sin poder moverme de la cama. Llegué a pesar cuarenta y seis kilos y mis padres,

desolados, cocinaban mis alimentos predilectos y me forzaban a comer. Me obligaban a levantarme, a lavarme y a vestirme, y me llevaban al único lugar donde yo quería ir: a ver el mar.

En estos momentos, mientras escribo estas líneas, recuerdo con lágrimas aquellos tremendos momentos de mi vida. Y estoy convencida de que dos cosas me salvaron y me mantuvieron viva: mi psicólogo y el mar... Mi psicólogo se convirtió en mi única referencia a pesar de que insistía en que mi referencia debía ser yo misma. Cuando le decía asustada que me estaba volviendo loca me tranquilizaba con su siempre firme actitud y su siempre sosegada voz contestándome que no, que lo que estaba sintiendo eran síntomas de conflictos que no había resuelto. Sabiamente y con inalterable ternura me ayudaba a ordenar mi trastornado pensamiento y a reestructurar mi perturbada razón... Infatigable, nunca me forzó a enfrentarme a mis propios sentimientos si yo no me sentía preparada para hacerlo. Nunca me avergonzó de mis penosas huidas de mí misma. Nunca me presionó a tomar ninguna decisión, respetando pacientemente el ritmo de mi proceso de curación.

No sé cuál fue el momento concreto, pero sé que existió un glorioso instante en que una fuerza ya irreversible se derramó por mi cuerpo, mi mente y mi corazón. Y me dije: "Se ha acabado". Y una tarde de domingo, alterada pero segura, le comuniqué que para mí nuestra relación había acabado definitivamente. Que le concedía un tiempo para buscar algún sitio donde instalarse, y que confeccionara una relación de todas las cosas que había aportado a la casa para poder pagárselas [socionomía]. Tuve la sensación de lanzarme al vacío desde un abismo sabiendo que nada podía ser peor que lo que dejaba atrás.

Como quiera que él hizo caso omiso de sus palabras, al final la paciente recurrió a la ayuda de sus padres que se instalaron en su casa para forzar su salida. *A partir de aquel momento todo cambió. Y a pesar del miedo y las incertidumbres, intenté reanudar mi vida... Yo ya había iniciado un camino sin retroceso. Después de tantas derrotas, el último combate lo gané yo. Me quedé sola. Torpemente recogí entre las ruinas los pedazos dispersados de mí misma. Fatigada e incrédula me agarré aquella bendita paz. Y me juré a mí misma que antes de volver a perderla prefería la muerte... Cada día me encontraba mejor y más tranquila, cada vez sonreía más, se relajaban más mis facciones y enderezaba más mi cuerpo. Cada vez iba sola a más sitios y me encantaba más mi soledad. Descubrí que vivir es a veces tan sencillo como comer cuando tienes hambre, taparte cuando tienes frío, dormir cuando tienes sueño.*

Mi curación fue larga y costosa. Fue un lento aprendizaje para conducir mi propia vida. Mi autoestima se había ido gestando casi imperceptiblemente, como el nacer de la primavera, y había encontrado el respeto por

mi misma a fuerza de constancia y empeño. Mi recuperación fue como volver a acostumbrarme a la luz y a caminar de nuevo después de siglos en una celda. A veces me resulta increíble darme cuenta de cuán lejos estuve del mundo real y cuán cerca de la locura.

Cuando pienso en mi pasado debo admitir que siento una gran rabia por el sufrimiento que padecí y por el precioso tiempo de mi juventud perdido irremediamente. No obstante, hago un esfuerzo por no recordar con rechazo aquella larga y dramática etapa, y sé que es mejor para mí aceptar que aquel capítulo también forma parte de la historia de mi vida. Y si bien aquella experiencia me descubrió la crudeza humana, también me enseñó a apreciar el prodigio de la existencia y me aportó humildad.

Liberarse de la culpa y llegar al perdón:

Con frecuencia los sentimientos de culpa tienen orígenes oscuros, sobre todo en las personas abusadas sexualmente en su infancia, donde se confunde fácilmente la victimización con la culpa. En el siguiente diálogo Heidi y Carla hablan del perdón en relación a sus respectivos padres o parejas de quienes han recibido diversos tipos de abuso y de la dificultad de hablar de estos temas con los demás, exceptuando en el ámbito terapéutico.

El mundo al revés: de víctima a culpable

Heidi, paciente de 54 años (Villegas 2017), que en su infancia fue confiada al cuidado de sus abuelos, porque sus padres emigraron al extranjero por cuestiones laborales y políticas, se vio sometida más tarde durante el espacio de al menos dos años a violaciones continuas por parte de su padre, que ella interpretaba como un castigo, por lo que se sentía culpable:

TERAPEUTA: *¿Tú lo vivías como un castigo?*

HEIDI: *Era un castigo. Era la forma de someterme.*

T.: *Y ¿no lo vivías como un impulso de él?*

H.: *No. En ese sentido, a nivel sexual, era muy inocente. Yo tenía entre los nueve o diez años y así hasta los doce. Sexualmente era muy inmadura; no me vino la menstruación hasta los catorce, casi los quince. Y no sé, no me venía eso a la cabeza. Yo lo veía como un castigo, como un someterme; porque yo sentía que era desobediente, que era mala para ellos: no ver el sacrificio que hacían por nosotros, el no quererlos, el no llamarles padres, “papa y mama”, porque no me salía. Estos ataques fueron continuos durante dos años, Yo no gritaba hacia fuera, aceptaba la sumisión como un acto donde él también me hacía sentir importante, cómplice, muda, era su preferida... No había otra alternativa para mí, formaba parte del momento.” (...)*

T.: *¿Habías hablado de esto antes con alguien?*

H.: *No, porque te vuelves reservado, callado... Te cuesta transmitir lo que*

tienes, tienes miedo porque... Son cosas que no suceden normalmente, pero cuando sucedieron, te han hecho sentir mal, y te han hecho sentir culpable. Y cuando llevas una culpa encima y llevas todo este peso encima, es muy difícil transmitirlo... a nadie, porque, a parte, el miedo este que llevas, las personas que te han hecho daño siguen vivas y sigues teniendo miedo porque esas personas no te han perdonado...

T.: *¿No te han perdonado?*

H.: *No te han perdonado en el sentido que te siguen tratando igual... Te hacen sentir culpable igualmente ahora, después y como antes, o sea, el trato es el mismo. Y necesitas... Yo lo que necesitaba, que no lo sabía, era perdonar, no sabía perdonar.*

T.: *En ese caso, parece más bien que necesitas tú perdonar, no que te perdonen.*

H.: *Exacto, yo necesitaba... perdonar, no que me perdonen, porque yo no era culpable, yo me sentía...*

T.: *Por lo que dices, era más bien la impresión de que tú eras la víctima..., entonces, si acaso, la víctima puede perdonar al agresor. Pero no al revés. Es decir, no tiene que pedir perdón al agresor. Puede perdonar, si acaso, al agresor.*

H.: *Si, bueno claro... Entonces, el que yo les haya perdonado, y seguir y continuar con mi vida ¿no? Y dejarlo ahí. Pero llega un punto en que necesitaría que... que me vieran de otra manera, ¿no? Que vieran que yo he evolucionado... que me vieran como una persona... como lo que soy ahora... Claro pero cuando es una persona cercana, que está ahí todavía... Sí, entonces es... es difícil, es difícil... El acercamiento, pues mira...*

T.: *Ahora, es otro tema... Pero, como nota a pie de página: ¿para ti es igual el perdón que la reconciliación? Porque yo no sé si pretendes la reconciliación.*

H.: *Me gustaría que en lo poco que les queda a ellos y lo poco que me queda a mí... me gustaría la reconciliación... Pero es que ellos no ven el problema.*

T.: *Pero a ti te gustaría que lo vieran.*

H.: *Claro, me gustaría que lo vieran.*

T.: *Ahí está, donde el tema todavía no acaba de evolucionar. Porque perdonar a veces no significa sólo decir, vale, te perdono. Si no, te perdono y te libero... de tu carga o de tu deuda.*

H.: *Si, si yo le escribí una carta, muy densa, muy... pero nada.*

T.: *Si te liberan de tu carga significa que yo no voy a necesitar una reparación. No es tan fácil perdonar.*

H.: *No, no.*

T.: *Perdonar quiere decir que yo ya renuncié a la reparación, pero renuncié porque no la necesito, no la quiero... ni siquiera la quiero, mira*

por dónde. O sea, prefiero no tener que esperar reparaciones imposibles. A veces hay que cortar para perdonar.

Setenta veces siete

Poco habituados a oír hablar del perdón, dada su mentalidad veterotestamentaria, los discípulos de Jesús le preguntaron cuántas veces había que perdonar a los pecadores, ¿siete? A lo que Jesús respondió “setenta veces siete”, aludiendo a la necesidad de liberarse de las cargas de las deudas de nuestros deudores, las veces que haga falta. En efecto, el perdón es un proceso psicológico poco conocido y se va descubriendo a medida que la persona se ve llevada por las circunstancias a la opción de perdonar como un acto de liberación. En el siguiente diálogo entre terapeuta (T), Chema (C), Olga (O), Heidi y Malena se van desggranando gradualmente algunos de los principales componentes de este proceso.

TERAPEUTA: *Habíamos hablado el otro día de que el perdón parecía como que se podía llevar o trabajar cuando existía una comprensión de lo que había ocurrido. Por ejemplo tú Chema hablabas de intentar contextualizar, intentar comprender qué es lo que ha ocurrido. Entonces ¿creéis que esa comprensión es importante para el perdón? ¿Si no llegamos a comprender, qué pasa?*

CHEMA: *Yo creo que te queda el sentimiento de injusticia... por encima de todo, igualmente. Cuando, yo por lo menos en mi caso, mi experiencia, cuando comprendía aquella serie de cosas, no es que viera que hubiera sido justo lo que me había dicho. Pero... bueno entonces haces que la injusticia, para mí, en mi caso, la injusticia, el grado de injusticia bajó. Bajó porque entendí que para esa persona había alguna razón que le llevaba a valorar más sus razones, que las consecuencias que podía tener sus acciones. Entonces, mi grado de sentimiento de injusticia bajó. Y mi rabia bajó también, con él. A mí lo que me perdía era la rabia, la rabia que yo sentía por la injusticia. Entonces, tenemos que encontrarle ese sentido a las cosas.*

T.: *Mientras no perdono, estoy, diríamos, en oposición a algo. Y cuando perdono dejo de estar en oposición y puedo aprender. Porque, justamente, un paso importante, es el comprender. Pero com-prender, si no lleva a aprender, no sirve de mucho. Pero si yo comprendo, pero no aprendo, en realidad no he comprendido. Cuando comprendo es porque he aprendido algo...*

OLGA: *Ya pero hay una cosa que yo no acabo de entender. Si eres empático y siempre piensas “bueno esta persona me ha hecho esto, se ha comportado así porque, claro pobre, no sé qué. Bueno va, la perdono”, ¿vale? Y... ¿la autoestima tuya dónde queda? Ahí está. Si siempre te pones en empatía y te pones en el sitio de la otra persona, y tú te das cuenta que nadie se pone en tu sitio, porque eso es así. Bueno la mayoría de la gente*

no se pone nunca en tu sitio. Alguien te ha hecho algo que a ti te ha sentado fatal, que te ha perjudicado Vale, algo que realmente es serio y te ha hecho daño. Para perdonarlo tú te pones en el sitio del otro. Pero entonces, de alguna manera, ¿dónde queda tu autoestima? Si cada vez que alguien te hace algo, le perdonas y le entiendes porque él ha hecho, es como decir: "claro, pobre, es normal que me haya hecho esto. Si es que me lo merecía". Bueno, o "es que es normal que lo haya hecho".

C.: Eso es resignación y eso no tiene nada que ver con perdonar ni con comprender. Con la resignación sí que se va la autoestima por el suelo. Pero el perdón y la comprensión no tienen nada que ver con que la autoestima la dejes a la altura del betún. Para mí es al contrario, cuando más eres capaz de comprender a los demás, significa que tu mejor estás contigo mismo. Por lo menos yo es lo que llegué en aquel momento. Yo antes cuando tan mal me sentía, con todo y con el mundo, yo no podía perdonar a nadie, pero ni es que al que tiraba un papel al suelo, yo no podía perdonar a nadie. Fue al revés, fue cuando yo ya me sentí mejor conmigo, cuando pude realmente perdonar sinceramente a la otra persona. Entonces mi autoestima estaba por las nubes. Es al contrario. Si tú estás bien contigo mismo, no pones el foco de tu felicidad en los demás..., lo pones dentro de ti. Entonces...

HEIDI: Yo por mi experiencia lo que he entendido es que te hacen daño, si tu permites que te haga en daño, porque tu entregas, te entregas a esa persona.

C.: Le das poder a la otra persona.

O.: Ya, pero, ¿cómo lo perdonas?

T.: A ver, el tema del perdón es muy complicado. Para empezar, el perdón no es un fin, sino un medio. Si yo lo tomo como un fin, te voy a perdonar, sea un fin moral, sea un fin del tipo que sea, social, de crecimiento personal, da igual. Si lo entiendo como un fin, entonces hasta que no he llegado a perdonar resulta que estoy fracasando, no lo consigo, ¿no? El perdón no es un fin, es un medio. ¿Es un medio para qué? Para avanzar, para desprenderme de algo que me retiene atado a un sentimiento pues de apego, como puede ser el odio, el rencor, la rabia, lo que sea. Por eso insistía tanto en que el comprender que pasaba a aprender. Y comprender no significa... compadecer, porque por ejemplo tu (refiriéndose a Olga) en tu discurso has utilizado me da pena. No, no, eso no es comprender, eso es compadecer. Entonces si yo he de compadecer al otro y yo me... me jorobo a mí misma, ¿no? porque para que el otro suba, yo bajo. Es quítate tú, que me pongo yo. No. Claro, eso no es, no es equitativo, porque tiene que ver con la injusticia, tiene que ver con la violencia, sea física, sea social, sea de lo que sea. No, tampoco; tampoco la finalidad es perdonar... porque a lo mejor yo a la persona no la perdono. Tengo derecho a no perdonar a la

persona. Perdonar no incluye necesariamente, perdonar a la persona... No es una finalidad en sí misma, sino un medio, no se trata de perdonar, sino de liberarme. Poder seguir adelante, sin ese peso. Sin ese enganche que tengo con aquella persona que me ha hecho algo. En un determinado momento de la vida, podrá ser que incluso le agradezcas que aquella persona te haya hecho algo, porque eso te hizo despabilar, por ejemplo. Aunque fuera de malas maneras, da igual las intenciones. Pero no confundamos eso con la reconciliación. Porque claro, el perdón tampoco es reconciliación. La reconciliación es que volvemos a ser amigos. Nos habíamos peleado... una pareja se ha peleado y luego se reconcilia en la cama. Se reconcilien donde se reconcilien, ya sea en el juzgado, [risas] en la cama o en el café de al lado, da igual, eso no equivale a perdonar. O sea... porque lo que estamos ahí poniendo por encima es la voluntad de mantener la relación, en la reconciliación. Pero yo puedo reconciliarme y guardarme todo... toda una lista. Que luego vuelve a salir la lista. Entonces, la lista estaba ahí. Y sale allí la lista otra vez y dices, bueno... MALENA: ¿Hasta cuándo hay que perdonar, bueno, pero de qué forma perdonar. A lo mejor la otra persona no ha pedido perdón, y yo la perdono por dentro. A lo mejor me pide perdón y yo no la perdono, aunque ella me lo pida.

T.: A lo mejor ya está muerta y no le puedo perdonar, porque ya no está, ¿no? Ni puedo pedirle perdón...

C.: Yo a mi socio, yo no le he vuelto a hablar, yo no le he dicho nunca que le he perdonado. Pero realmente yo le he perdonado, y a su mujer también, pero no los he vuelto a ver nunca más. O sea que es lo mismo que si estuvieran muertos, ¿no?, por decir algo. Y a más es que no los quiero ver, o sea, los puedo haber perdonado, pero no tengo ningunas ganas de verlos.

T.: En ese caso, no perdonar sería por ejemplo, no aceptar..., no lo acepto, no estoy de acuerdo, y ahí es donde aparece el tema de la autoestima. Pero claro si yo digo: "Ah, pues mira me ha pisado la punta del pie, pero claro, el pobre es que pasaba el zapato por encima, ¿no?". Que luego también hay el tema de olvidar. O sea hay cosas que no se olvidan, por eso sale la lista. Se ha hecho la reconciliación, pero no se ha perdonado. A veces, la mejor manera de perdonar algo es alejarse de aquello. Simplemente, no lo quiero en mi vida. Eso me tiene enganchado allí, me tiene sumiso, yo quiero cambiar y eso me impide, pues ¡fuera! Me libero. O sea, la finalidad del perdón es la liberación. La liberación de la deuda. Tú no me debes nada a mí, ni yo te debo nada a ti, pero cuanto más lejos mejor. Porque justamente no quiero este lazo... Este vínculo de deuda. No lo quiero. No lo quiero, porque siempre me remite a ti y justamente lo que no quiero es pensar en ti, es estar pendiente de ti, me libero.

LA PSICOTERAPIA COMO CAMINO A LA AUTODETERMINACIÓN

Nos hemos referido a la autodeterminación como la forma más completa de ejercicio de la libertad y a los trastornos psicológicos como “constricciones de la libertad”. Queda claro, por tanto, que una terapia de orientación existencial tiene por objetivo nuclear la consecución o el aumento de la autonomía (Villegas, 2015). Una buena metáfora de este proceso de autodeterminación lo constituye el episodio de las sirenas en el relato de la Odisea de Homero, donde Ulises se ve enfrentado en su viaje de vuelta a Ítaca a su canto seductor que le quiere apartar de su camino, lo que le lleva a centrarse sobre sí mismo y su objetivo, atándose al palo mayor de su embarcación, para no ceder en su empeño y a ordenar a sus marineros que no le suelten hasta que no hayan superado el escollo. Atarse al palo mayor, convertirse en el centro o eje de sí mismo ésta es la función del paciente en la terapia, y la del terapeuta es semejante a la de los marineros fieles a Ulises, que le ayudan a no desatarse de él, volviéndolo a sujetar a su propio centro cuantas veces haga falta.

Ulises viaja en tren

El siguiente testimonio es el relato de una experiencia de terapia en la que resulta fácil imaginarse a la paciente, Alicia, buscando centrarse en sí misma, evitando dejarse llevar por el canto de las sirenas y al terapeuta manteniéndose firme a su lado: “*permitiéndome hacer mi propio camino, dejando que diera mil vueltas a las cosas antes de tomar una decisión*”, como las que dio Ulises en su largo camino de vuelta a Ítaca:

“Estoy escribiendo desde el tren: curiosidades de la vida fui al psicólogo por que no podía subirme a un tren ni a ningún transporte cerrado. Y ahora me quedan dos horas, si todo va bien de estar aquí cerrada, que aprovecho para ordenar papeles, leer un rato y despedirme de ti.

Hace ahora apenas un mes nos despedimos y quiero darte las gracias. El último día me preguntaste qué pensaba que había aprendido en este tiempo de terapia. Creo que en este tiempo de terapia he aprendido a verme como el centro de mi mundo, pero sabiendo siempre mirar a los demás como a iguales. Este fue un punto clave para adentrarme en este mundo y no salir volando o huyendo. Crecí en seguridad para aprender que también me puedo equivocar, pero que eso forma parte del aprendizaje. Aprendí a ponerme yo misma como punto de referencia que decide qué hacer en cada momento, estando a gusto con lo que haya decidido.

En este tiempo he tomado decisiones, algo que siempre me había costado mucho, pero que me ha ayudado a crecer y a ser más feliz. A veces he pensado que mi modo de vivir no es la “correcta”, la que se espera de mí según mi novio anterior, mis padres, mi hermano mayor... Sigue siendo difícil por ahora escoger el camino recto y estable (trabajo estable, pareja estable, formar una familia...) pero en cualquier caso intento hacer lo que siento en cada momento, poniendo ilusión en ello. E intento hacerlo bien,

estoy contenta e incluso orgullosa con frecuencia (no son grandes proyectos, pero más bien se trata de hacerlo bien día a día).

Pienso que no vale la pena atraer los problemas o quedarse en una situación que te hace daño. También hay que ser fuerte para romper ciertos lazos que a veces te hacen daño. Pero sí tengo claro que somos nosotros quienes dejamos que nos hagan daño y quienes decidimos quedarnos (sufriendo y haciéndonos las víctimas) o salir. Siempre hay una salida. Acabo de releer lo que he escrito y me hace gracia la última frase: "siempre hay una salida", cuando hace unos meses, precisamente, lo que me angustiaba eran los espacios cerrados (o cualquier situación que yo interpretaba como sin salida). Supongo que una de las claves está en responsabilizarse de sí mismo y del camino que está recorriendo. Y pensar tal vez también que cada día es un regalo que hemos de aprovechar para trabajar y crecer.

Gracias por escucharme. Gracias por entenderme. Gracias por no juzgarme... Gracias por ayudarme a crecer sin forzarme, dejando que haga mi propio camino, dejando que diera mil vueltas a las cosas antes de tomar una decisión y volviendo a veces a recular.

Gracias por ayudarme a llorar. Sí, la tristeza también forma parte de la vida, aunque siempre huímos para no encontrárnosla de cara. Igual que la muerte. Es el golpe más fuerte que nos podemos dar, pero que aun así forma parte de la vida".

CONSIDERACIONES FINALES

Hemos visto a lo largo de este artículo numerosos testimonios de pacientes que se enfrentan en terapia a temas trascendentales en su existencia, como la muerte y el sentido de la vida, la trascendencia o la inmanencia, la soledad y la angustia existencial, la culpa y el perdón, la dependencia o la libertad.

Pero, por suerte, la vida continúa, al margen, también, de la psicoterapia. La persona se encuentra en constante desarrollo personal, en la medida en que las circunstancias de su vida van planteando permanentemente nuevas oportunidades de crecimiento y nuevas exigencias de integración y autodeterminación.

Cualquier acto de determinación implica, sin duda, un riesgo de error o de fracaso, al que a veces podemos hacer frente de forma enajenada, sometiéndonos al juicio de los demás o regulándonos exclusivamente por lo socialmente correcto. La única alternativa válida a este riesgo existencial es la autodeterminación: la elección y compromiso con nuestras propias decisiones.

Libertad y responsabilidad se convierten de esta manera en las dos caras de la misma moneda. Una persona solo es libre en la medida en que puede "responder" de sus propias elecciones, las decide y asume sus consecuencias, frente a la facticidad y el destino. Toca a cada uno escoger su posicionamiento en el mundo, decidir sobre sus opciones de vida y proyectar sus modalidades de existencia.

Responsabilizarse del propio destino es, en definitiva, la función última de la autonomía.

Referencias bibliográficas

- Frankl, V. E. (1996). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Hornblow, Jr. A. (Productor) y Cukor, G. (Director). (1944). *Luz que agoniza* [Película]. Estados Unidos: Metro-Goldwyn-Mayer (MGM).
- Kundera, M. (2014). *La Insoportable levedad del ser*. Barcelona, España: Tusquets Editores.
- Mallor, P. (2004). Bulimia: ¿cómo llenar un vacío existencial? Una aproximación a los trastornos de la alimentación, *Revista de Psicoterapia*, 58/59, pp. 145-164.
- Mallor, P. (2006). Relaciones de dependencia: ¿cómo llenar un vacío existencial? *Revista de Psicoterapia*, 68, 65-88.
- Palau, M. (2003). Luz de gas. Historia de un secuestro emocional. *Revista de Psicoterapia*, 54/55, págs. 103-121.
- Villegas, M. (1995). "Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio", *Revista de Psicoterapia*, 21, págs. 17-40.
- Villegas, M. (1997). "Psicopatologías de la libertad (II). La anorexia o la restricción de la corporalidad", *Revista de Psicoterapia*, 30/31, págs. 19-92.
- Villegas, M. (2000). "Psicopatologías de la libertad (III): La obsesión o la cons-tricción de la espontaneidad", *Revista de Psicoterapia*, 42/43, págs. 49-134.
- Villegas, M. (2004). Psicopatologías de la libertad (IV): Anorexia purgati-va y bulimia o el descontrol de la corporalidad, *Revista de Psicoterapia*, 58/59, págs. 93-143.
- Villegas, M. (2009). La psicoterapia como reconstrucción de la experien-cia. A propósito de un proceso de duelo, *Revista de Psicoterapia*, 77, págs. 41-112.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Barcelona, España: Herder
- Villegas, M. (2017). Heidi. Un caso de resiliencia al abuso sexual. *Revista de Psicoterapia*, 106, págs. 87-111
- Villegas, M. y Mallor, P. (2017). *Parejas a la carta*. Barcelona, España: Herder

A S E P C O

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
PSICOTERAPIAS
COGNITIVAS

Hazte socio
de la
**Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas
(ASEPCO)**

REVISTA DE PSICOTERAPIA



Suscripción gratuita al asociarse en ASEPCO

Más información en:

<http://www.terapiacognitiva.net/>

MEDITACIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA MUERTE

PSYCHOLOGICAL MEDITATIONS ON DEATH

Juan García-Haro⁽¹⁾, Marta González González⁽²⁾ y Henar García-Pascual⁽³⁾

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España

1) FEA Psicología Clínica. Centro de Salud Mental de Adultos. Pola de Siero. Asturias

2) Psicóloga Interna Residente

3) Enfermera Especialista en Salud Mental

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García-Haro, J., González González, M. y García-Pascual, H. (2018). Meditaciones psicológicas sobre la muerte. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 123-145.

Resumen

La preocupación y temor por la muerte y el destino es una constante en la vida cotidiana de muchas personas. El objetivo de este artículo es hacer una reflexión desde la clínica psicológica sobre la centralidad y relevancia de la temática de la muerte (la ansiedad ante la muerte) en psicopatología y en psicoterapia. Para ello se divide el trabajo en cuatro partes. En la primera parte se presentan algunas ideas y fundamentos filosóficos que nos han servido de orientación. En la segunda parte se analiza la muerte como condición existencial del sentido de la vida y de los problemas psicopatológicos. En la tercera parte se analiza el miedo a la muerte desde la perspectiva del ciclo vital. Por último, en la cuarta parte, se analiza la idea de la muerte como catalizador del cambio personal. Se concluye que el miedo a la muerte puede ser tomado como un eje organizador primordial (radical) de la conducta y psicopatología humanas.

Palabras clave: *ansiedad ante la muerte, miedo a la muerte, psicología existencial, psicopatología, sentido de la vida.*

Abstract

The concern and fear over the death and fate is a constant in the daily life of many people. The aim of this article is to make a reflection from the psychological clinic on the centrality and relevance of the theme of death (the death anxiety) in psychopathology and psychotherapy. For it, the work is divided into four parts. The first part presents some ideas and philosophical foundations that have served us for guidance. The second part analyses the death as existential condition of the meaning of life and of the psychopathological problems. The third part discusses the fear of death from a life-span perspective. Finally, the fourth part discusses the fear of death as a catalyst for personal change. It is concluded that the fear of death can be taken as a primary organizer axis (radical) of human behavior and psychopathology.

Keywords: *Death anxiety, fear of death, existential psychology, psychopathology, meaning of life.*



*No se ha sabido nunca si la vida es lo que se vive o lo que se muere.
Lo único cierto es que no vivimos otra vida que la que nos mata.*
(Metaforismos, A. Roa Bastos, 1996, p. 43).

*No pienso absolutamente nunca en la muerte. Y en caso de que usted
pensara en ella, le recomiendo hacer como yo, escribir un libro sobre la muerte
[...] antes que hacer un problema de ella [...] ella es el problema por excelencia
e incluso en un sentido el único.*
(Pensar la muerte, V. Jankélévitch, 2004, p. 7).

*agonía, fermento y sueño
están rondando por ahí
yo tan solo quiero hablaros
de mi miedo a morir*
(Crimen, sabotaje y creación, Lagartija Nick, Agonía, agonía, J. Arias, 2017).

Preguntar a los poetas.
(La Feminidad, S. Freud, 1974, p. 3178).

INTRODUCCIÓN

“Quiero dormir un rato,
un rato, un minuto, un siglo;
pero que todos sepan que no he muerto;
que hay un establo de oro en mis labios;
que soy el pequeño amigo del viento Oeste;
que soy la sombra inmensa de mis lágrimas”.

“Gacela VIII De la muerte oscura” F. G. Lorca (2010, p. 25).

El tema de la muerte ha sido una obsesión y una fuente de creación constante entre escritores y poetas. Baste recordar aquí a dos poetas andaluces universales: Federico García Lorca y Juan Ramón Jiménez. Como han señalado algunos críticos del poeta granadino, la vivencia angustiosa de la muerte y su lucha imposible contra el destino mortal se encuentra en el trasfondo lírico de casi toda su poesía y obra teatral (Díaz-Plaja, 1973; López Castellón, 1984; Valdivieso Miquel, 1992). El poema que encabeza este trabajo ilustra lo que decimos. En relación con sus conflictos personales, sabemos que Lorca padecía una fobia a la muerte. Así, no toleraba a las personas mayores pues le recordaban el fin de la vida. Por la misma razón no podía estar con los zapatos puestos en la cama, pues le recordaban a los muertos. Con todo, pensamos que su miedo a la muerte debía tener algún componente “contra-fóbico” (Fenichel, 1984) pues, dramatizaba ante sus amigos la escena de su propia muerte; cómo le colocaban en la caja, cómo eran sus movimientos horizontales, cómo se descomponía su cara, etc., como una manera de dominar su miedo. En sus poesías la muerte representada era la muerte inocente, inmotivada,

joven, violenta, repentina, sangrienta, a mitad de camino, a pleno sol; ironías de la vida: tal y como él murió.

Por su parte, sabemos que el Premio Nobel de literatura Juan Ramón Jiménez tras la muerte repentina de su padre desarrolló una intensa hipocondría con pánico a morir que le acompañó toda su vida. Fue ingresado en diferentes sanatorios. Desde entonces desarrolló una intensa dependencia a los médicos, consiguiendo que hasta el doctor Simarro le propusiera ir a vivir a su casa, sugerencia que el poeta aceptó durante un año (González Duro, 2002). Su ánimo oscilaba entre el entusiasmo de una sensación de inmortalidad que obtenía a través de su poesía y una caída posterior en la inexorabilidad de la muerte inevitable que se acompañaba de fuertes sentimientos de melancolía. Como ha señalado Juliá (1988), el poema “Espacio”, uno de los últimos de su obra y considerado por el propio autor como uno de sus mejores poemas, representa la lucha del yo por alcanzar la inmortalidad. Véase el siguiente fragmento:

“Dime tú todavía: ¿No te apena dejarme? ¿Y por qué te has de ir de mí, conciencia? ¿No te gustó mi vida? Yo te busqué tu esencia. ¿Qué sustancia le pueden dar los dioses a tu esencia, que no pudiera darte yo? Ya te lo dije al comenzar: “Los dioses no tuvieron más sustancia que la que tengo yo.” ¿Y te has de ir de mí tú, tú a integrarte en un dios, en otro dios que este que somos mientras tú estás en mí, como de Dios?” “Espacio” (Juan Ramón Jiménez, en M. Juliá, 1988, p. 40).

Aunque la temática de la muerte está profundamente enraizada en diferentes ámbitos mundanos (religiosos, morales, artísticos, literarios, etc.), es un motivo poco habitual en el ámbito de la Psicología académica. Esta exclusión u olvido del interés por la muerte es más grave si hablamos de clínica psicológica pues toda fenomenología mundana está en la base de los conflictos y trastornos psicológicos. Como hemos comprobado muchas veces en nuestra experiencia clínica y personal, la ansiedad ante la muerte (y no sólo la pérdida) subyace con frecuencia a las quejas que presentan los pacientes que acuden a Salud Mental. Sólo en las últimas décadas la perspectiva de la muerte se ha retomado como un tema legítimo de investigación en psicopatología y psicoterapia (Becker, 2003; Fernández-Álvarez, 1996; Neimeyer, 1997, 2007; Lonetto y Templer, 1988; Sullivan, 2013, 2016; Yalom, 1984, 2000, 2008). El miedo a la muerte se ha presentado incluso como una dimensión transdiagnóstica en psicopatología (Iverach, Menzies y Menzies, 2014).

Presentamos este trabajo como una defensa y reivindicación de dicha línea de investigación, considerada aquí desde la óptica de la Psico(pato)logía Existencial. Nuestra línea de inspiración más directa es la perspectiva de la Logoterapia (Frankl, 1988, 1990, 1996, 2008) y la Psicoterapia Existencial (Yalom, 1984, 2000, 2008), que a su vez apoyamos en las aportaciones filosóficas de autores como Unamuno, Heidegger y Ortega.

Meditaciones es un término que se utiliza en múltiples acepciones según contextos particulares (religiosos, filosóficos, salud, etc.). Muchas de ellas no

parecen tener nada que ver entre sí: meditaciones bíblicas, meditaciones metafísicas, meditaciones del Budismo Zen, etc. Por lo que aquí concierne, *meditaciones* se refiere a reflexiones, pensamientos o perspectivas que a modo de pinceladas críticas sobre diferentes asuntos de la vida humana como es el caso aquí y paradójicamente de la muerte y sus relaciones con la clínica y la psicoterapia.

El objetivo de este artículo es hacer una reflexión desde la clínica psicológica sobre la centralidad y relevancia de la temática de la muerte (la ansiedad ante la muerte) en psicopatología y en psicoterapia. Para ello se divide el trabajo en cuatro partes. En la primera parte se presentan las ideas y fundamentos filosóficos que nos han servido de orientación. En la segunda parte se analiza la muerte como condición existencial del sentido de la vida y de los problemas psicopatológicos. En la tercera parte se analiza el miedo a la muerte desde la perspectiva del ciclo vital. Por último, en la cuarta parte, se analiza la idea de la muerte como catalizador del cambio personal. Se cierra el trabajo con algunas de las principales conclusiones.

En la paleta narrativa que ha servido a la elaboración de este trabajo se han mezclado diferentes tonos cromáticos: literarios, filosóficos, mitológicos, poéticos, cinematográficos, psicopatológicos, psicoterapéuticos, etc., sin ninguna pretensión de sistematización o de cientificidad. Se lanzan ráfagas de pensamiento a modo de bengalas que iluminan fugazmente el paisaje. Con ello se trata más de estimular la reflexión clínica (cada cual la suya) que de alumbrar o recorrer caminos concretos. Mucho menos de sentenciar o moralizar.

UNAS GOTAS DE FILOSOFÍA A MODO DE FUNDAMENTO

La conciencia de la muerte, y su defensa más primaria; el deseo de inmortalidad, de vida eterna, han sido objeto de intensa reflexión filosófica. Aquí merecerían ser destacados dos autores: M. Heidegger y su apotegma famoso *ser-para-la-muerte*, según el cual la muerte es la posibilidad de ser que cancela ciertamente todas las demás posibilidades (Heidegger, 2006) y en el pensamiento español, Miguel de Unamuno. Efectivamente, la angustia ante la muerte era la que desesperaba a Unamuno en su vida y que plasmó magistralmente en su conocida obra de 1912 *Del sentimiento trágico de la vida* (Unamuno, 1976). Lo llama *nuestro íntimo problema vital; el hambre de inmortalidad*. El secreto de la vida humana –dice Unamuno– es el ansia de más vida, ¡vivir más! (Unamuno, 1967). A diferencia del existencialismo de Sartre que asumía sin más que no hay Dios ni vida eterna, Unamuno se debatía aún entre la duda trágica de si la hay o no la hay. Duelo a muerte y sin fin entre corazón y razón, entre vida y ciencia, entre fe y duda en la vida perdurable, que escindía a Unamuno en dos yoes (Cerezo Galán, 2016). Esta lucha se refleja en el drama de *San Manuel Bueno, mártir*, protagonista de la novela del mismo nombre (Unamuno, 1990). Cuando la duda se hacía insoportable, agónica, se acogía a lo que llamaba *sombras de inmortalidad*; esto es, todo aquello que contribuye a dejar alguna huella positiva sobre el suelo de la vida, a permanecer en la memoria de la posteridad. Estas sombras de inmortalidad eran sus hijos, sus libros y su fama. Pero

sobre todo, entre estas sombras de inmortalidad estaba el amor a los demás, a uno mismo y al mundo. Siendo la ansiedad ante la muerte un núcleo de preocupaciones en la vida de Unamuno se podría definir su filosofía como una permanente *meditatio mortis*. Quien visite la Casa-Museo de Unamuno en Salamanca se sorprenderá de la ingente colección de fotos y retratos que hay del autor (Azofra Agustín y Chaguada Toledano, 2003). Al respecto de este dato, se deja aquí la interpretación de que quizás esta tendencia de Unamuno a hacerse fotos fuera una expresión de su intento de trascender la vida y alcanzar así la inmortalidad; es decir, de inmunizar defensivamente su miedo a la muerte.

Si se junta ahora a Heidegger con otro de los grandes pensadores españoles del siglo XX como es J. Ortega y Gasset (a diferencia de Unamuno su filosofía es más una *meditatio vitae*; véase Cerezo Galán, 1984, 2016), se puede decir que *hay dos grandes verdades apodícticas o radicales entre las que navega o transita la vida y la experiencia humana*: 1) que somos seres que en algún momento dejaremos de existir (*ser-para-la-muerte* de Heidegger) y que al mismo tiempo 2) nos encontramos sumergidos *en la vida* (Ortega). Esto último quiere decir que nos encontramos de pronto y sin saber cómo ni por qué viviendo una vida que nos es dada. “La vida nos es dada –mejor dicho, nos es arrojada o somos arrojados a ella, pero eso que nos es dado, la vida, es un problema que necesitamos resolver. Y lo es no solo en esos casos de especial dificultad que calificamos peculiarmente de conflictos y apuros, sino que lo es siempre” (Ortega, 1966, p. 231). Esta vida que nos es dada, por desgracia o por fortuna, no nos es dada hecha y acabada, sino vacía, indeterminada, por-hacer; la tenemos que ir construyendo y llenando de ocupaciones y sentido (cada cual la suya) a cada instante en nuestra relación dialéctica yo-mundo. A esto lo llamamos “proyecto de vida”.

Vivir—dice Ortega— *consiste en decidir de continuo lo que vamos a ser-hacer; es tener-que-ser para no naufragar existencialmente en el mar incierto de la vida* (Ortega, 1966, 1974a). En efecto, vivir es sentirse perdido, es sentirse náufrago en el caos de la circunstancia (véase Rodríguez, 2007). Como propuso V. E. Frankl, en una suerte de *metafísica de la cotidianidad*, la vida (también la muerte) no aparece como una realidad ahí-dada sino como una realidad por-hacer; es en todo momento una tarea a cumplir (Frankl, 2016). Sea como sea, toda persona tiene impuesta la tarea inevitable de tener que hacer algo con su vida. Como diría Ortega: “La vida es quehacer, ¡y da mucho quehacer!” (Ortega, 1980, p. 98). Así pues, vale decir que: *vivir con (y pese a) la conciencia de finitud temporal es fuente de angustia y toda una tarea a resolver*.

Pues bien, juntando a estos dos autores (Heidegger y Ortega) *se propone hablar aquí de dos grandes heridas o sombras existenciales que atraviesan como hilos rojos la vida humana: la herida de la muerte y la de la vida*. La primera haría referencia a la toma de conciencia de la finitud temporal y al hecho de que, se quiera o no, somos peregrinos de la vida en ruta hacia la muerte, y cada persona tiene que habérselas con la muerte (la propia y la ajena). La segunda haría referencia al hecho

de que estamos ya viviendo una vida (biológica) que no nos viene dada hecha (biográficamente) y donde cada persona continuamente se siente perdida en su tarea de decidir-construir su proyecto de vida. Ambas heridas son interdependientes: *la angustia a la muerte viene potenciada por la tarea de tener que hacer algo con la existencia y la angustia de la existencia viene amenazada por el destino de la muerte y la finitud temporal*. Es en base a esta interdependencia que cuando alguien habla de miedo a la muerte, pensamos que se trata sólo de la mitad de la verdad, pues si bien es cierto lo que dice, se teme también otra cosa que no se dice: la vida.

Otto Rank destacó la importancia de estos dos miedos y los situó a la base de su sistema de comprensión y terapia de los conflictos psicológicos. Consideró que los miedos de la vida y de la muerte están encapsulados en los diferentes procesos psicopatológicos o que los síntomas son intentos defensivos de manejar las ansiedades primarias respecto a la vida y la muerte. En nuestra opinión, estas ansiedades primarias se expresan no sólo en síntomas y trastornos al uso, sino también en el estilo de vida y pauta de relación interpersonal de cada persona, esto es, en la personalidad o manera de ser de cada uno.

Con todo, de cómo resuelva o elabore el sujeto estas ansiedades o heridas existenciales, siempre atravesadas de significatividad cultural, dependerá en gran medida su calidad de vida o su estado de salud mental.

LA MUERTE COMO CONDICIÓN EXISTENCIAL DEL SENTIDO DE LA VIDA

Tras la modernización-secularización de la sociedad occidental (Berger, 1981, 2016; Berger y Luckman, 1997) ya no es posible admitir sin más, libre de ingenuidades, la existencia de una vida sobrenatural que sirva de consuelo al sufrimiento inevitable. Para mucha gente que vive en las sociedades modernas (por lo visto más en Europa que en Estados Unidos) existe únicamente esta vida en la tierra; valdría decir, la vida *aquí y ahora*. Esto le da a las cuestiones temporales (la vivencia del tiempo, la idea de la muerte) una significación distinta. Se puede decir que *a medida que la vida sobre-natural se vacía de sentido, la experiencia de la muerte se llena de angustia*. Es por ello que muchas personas se hacen la siguiente reflexión: si todo perece y es fugaz, ¿qué sentido tiene “mi” vida? Sin embargo, desde nuestro punto de vista, la pregunta que de verdad interesa no es tanto saber si hay vida tras la muerte sino si la hay antes y de qué calidad es. Nada sería tan terrible como morir antes de que se nos acabe la vida; vivir como espectros fantasmales entre las sombras de la vida, como cadáveres vivientes, como seres errantes sin patria, como los protagonistas de la película de Roy Andersson de 2014 *Una paloma se posó en una rama a reflexionar sobre la existencia* o como los personajes de *Esperando a Godot* (Beckett, 1982). Como dijo Augusto Roa Bastos, *hay algunos que mueren dos veces* (Roa Bastos, 1996). Y hasta tres veces –añadimos nosotros–, como cuando el mundo empieza a despoblarse de las personas que te han querido y ya nadie retiene en su memoria nada de nuestro paso por la

existencia. Efectivamente, una vida que nadie recuerda no existe, aunque haya testimonios de otro tipo, por ejemplo, fotos, videos y escritos perdidos.

Si se relaciona muerte y sentido de la vida se tiene la siguiente combinatoria: la muerte da sentido a la vida, la muerte quita todo sentido a la vida, la muerte quita y al mismo tiempo da sentido a la vida y, finalmente, la muerte ni quita ni da sentido a la vida. La que se defiende aquí en este trabajo es la tercera. Entonces, se puede vivir de la mejor manera posible incluso si se considera que la vida es un sin-sentido (Sádaba, 2012).

La pregunta por el sentido está interconectada con la temporalización de la vida. Es esta conciencia de finitud y temporalidad del ser la que da sentido a la vida. Si mediante un ejercicio de imaginación nos pensamos a-mortales, ¿tendría sentido la preocupación y la pregunta por el sentido de “mi” vida? Hay una novela de Simone De Beauvoir titulada *Todos los hombres son mortales* que trata este asunto (De Beauvoir, 1997). Raymond Fosca, un personaje de ficción nacido en el siglo XIII es “condenado” a la inmortalidad y como consecuencia pierde todo su interés por el sentido de la vida. Consideramos que si la vida biológica fuera a-mortal, habría siempre tiempo para llevar a cabo cualquier proyecto biográfico; se podría posponer y rectificar la acción-decisión de tener-que-ser hasta el infinito. Sin embargo, frente a la muerte como límite insuperable de la vida, se encuentra la persona obligada no sólo actuar en el aquí y ahora, a hacer esto o aquello, sino a acertar en lo que hace, y de ahí la ansiedad, pues le va en ello la vida. Se quiera o no, el tiempo está derramándose continuamente como en un reloj de arena, y el futuro se construye de las acciones-decisiones del presente. Por tanto, la finitud temporal es la condición existencial del sentido de la vida (Frankl, 1988, 1990, 1996, 2008, 2016; Ferreter Mora, 1986). En la misma línea reflexiona el filósofo alemán K. O. Apel cuando dice que el *ser-para-la-muerte* (Heidegger, 2006) es la verdadera condición de posibilidad para la *significatividad existencial* (Apel, 1992).

LA ANSIEDAD DE LA MUERTE COMO CONDICIÓN EXISTENCIAL DE LA PSICOPATOLOGÍA

Aunque Freud trató numerosas veces el tema de la muerte, véase sin ir más lejos el concepto de “pulsión de muerte” (Freud, 1972a), al mismo tiempo subestimó la influencia de la muerte como fuente primaria o inmediata (radical) de miedo para el yo. Habló de la muerte más desde la perspectiva del duelo (Freud, 1972b) que desde la preocupación y temor de enfrentar la propia muerte. Consideró que el miedo a la muerte era más bien secundario a cuestiones sexuales o que extraía su poder patológico de otras ansiedades más básicas como la ansiedad de castración, el sentimiento de culpa por deseos hostiles inconscientes o el miedo a la pérdida de amor (temas edípicos) (véase Fenichel, 1966). Si se buscan estos temas en la infancia de Federico García Lorca o de Juan Ramón Jiménez quizás se encuentren, pero aún así, pensamos que explicar la fobia a la muerte o el trasfondo lírico de estos

dos poetas en base a conflictos sexuales es claramente un reduccionismo que se burla del contexto socio-histórico y vital en que transcurrieron sus existencias.

Efectivamente, Freud nunca admitió que el miedo a la muerte fuera la represión básica o que estuviera a la base del conflicto psíquico. Ante esto, numerosos clínicos (Rank, Jung, Brown, Becker, Yalom) reaccionaron planteando que la angustia no proviene de la represión de la libido sino de la conciencia de la muerte; esta es la represión primaria (Becker, 2003). Aceptando esta línea de pensamiento, proponemos que la angustia y las fobias (fijación de la angustia a los objetos como modo de control) podrían ser no más que la expresión de la memoria de un miedo primario tejido en redes de imágenes traumáticas que luchan continuamente por salir.

Que la preocupación y temor por el destino y la muerte es una constante en la vida cotidiana de muchas personas se pone de manifiesto en el hecho de que la ciencia actual dedica una enorme cantidad de dinero a investigar la manera de superar o vencer la muerte bajo el concepto de *longevidad indefinida*. Según este concepto, el ser humano “puede” morir (véase un accidente fatal), pero no “tiene” necesariamente que morir (hay numerosas técnicas genéticas de alargamiento de la vida biológica que se investigan).

Desde un punto de vista existencial y clínico se afirma que *tras la preocupación por el sentido de la vida se oculta la angustia ante la muerte* (Yalom, 1984, 2000, 2008). Lo contrario también sería cierto; esto es, que *tras la angustia de la muerte se oculta la pregunta por el sentido de la vida* (Frankl, 1988, 1990, 1996, 2008, 2016). Incluso cabría pensar que la perspectiva de la muerte se halla presente como trasfondo existencial tras la angustia (más/menos intensa) que sentimos al tomar conciencia del paso del tiempo y de la experiencia de sentirnos libres de decidir nuestra vida, *de hacer de la vida una tarea que merezca la pena, un proyecto lleno de sentido*.

Conviene no perder de vista la hipótesis que estructura este artículo, que es que la perspectiva de la muerte puede estar implicada en el desarrollo de numerosos conflictos y trastornos psicológicos (Iverach, et al., 2014). Así, es posible encontrar este miedo primario a la muerte en el subsuelo u horizonte de muchas fobias, obsesiones, trastornos de pánico y hasta en la hipocondría entre otros. En efecto, tras el temor a sufrir una enfermedad mortal se levantan defensas más/menos elaboradas. Uno empieza por ser el centinela de su cuerpo (hipervigilancia y espera ansiosa de los síntomas corporales o temple fóbico). Luego viene la duda (rumia) acerca de la posibilidad de sufrir o estar sufriendo ya una enfermedad. Después se inicia un autochequeo o monitorización (obsesivas) de parámetros biológicos o se busca refugio en la evitación activa (fobia) y en procurar acompañamientos reaseguradores o contrafóbicos (pánico y agorafobia) o en la petición reiterada de pruebas y de tranquilidad médica (hipocondría). Todo ello como una manera de vencer el miedo a la muerte o acaso de comprobar que uno aún está vivo. Finalmente la vida gira en torno a un sistema SOS de huida en forma de crisis al servicio de urgencias más

próximo. Con el paso del tiempo la persona de-viene rehén de sus propias defensas o intentos de solución. Se llega así a un estado crónico de aprensión ansiosa sobre el cuerpo y el futuro. La vida de relación del sujeto, su mundo vital, queda así reducido por la gravedad de un yo-corporal que se piensa o se siente herido de muerte. Lo irracional aquí es que se combate la angustia existencial, que es consustancial a la vida humana, con demandas y arreglos de seguridad biomédica. Esta confusión de idiomas se consolida y generaliza cuando el otro de la relación (un amigo, un familiar, un profesional sanitario), responde con mensajes de tranquilidad médica cuando de lo que se trata es de abordar los componentes existenciales que se ocultan tras los síntomas. Como se sabe, estos mensajes reaseguradores nunca son del todo satisfactorios y así, al cabo de unos días o unas horas, la queja vuelve a salir. En el extremo contrario tenemos a aquellas personas sin antecedentes que padeciendo una enfermedad terminal no suelen desarrollar síntomas psicopatológicos, sino que más bien sucede una de estas dos cosas: o enfrentan sus últimos días con una aceptación serena o acaban suicidándose.

Nos detendremos en la hipocondría.

¿Para qué sirve la hipocondría? ¿Cuál es su función-sentido en la dinámica del sujeto? Una primera respuesta sería decir que la hipocondría es un intento de control del miedo a la muerte que pretende concretarse en un padecimiento más manejable como es el síntoma corporal (Caparrós, 1992). Sin negar esta hipótesis, y siendo quizás complementaria a la misma, proponemos esta otra gestada a partir de una observación clínica. No es infrecuente que cuando un paciente hipocondríaco se enfrenta a una amenaza real de muerte (véase un diagnóstico terminal) éste, sin saber cómo ni por qué, consigue calmar la angustia y afrontar la enfermedad con total serenidad. Esto nos lleva a concluir que lo que verdaderamente angustia al hipocondríaco (y a cualquiera) es la incertidumbre de lo imaginario, el no saber lo que va a ocurrir; pues una vez que se sabe, desde lo real, la persona se calma. Entonces, ¿a qué teme realmente el hipocondríaco? Respondemos: a la vida. En concreto: a la tarea de vivir biográficamente. Esta sería la conclusión a la que llega también N. Caparrós (2004), si bien desde un enfoque (analítico vincular) que dista mucho del que aquí se sigue (sin perjuicio de que se puedan encontrar puntos de conexión). La hipocondría sería –desde un enfoque existencial– una defensa cuya eficacia consistiría en eternizar el miedo a la enfermedad a fin de evitar pre-ocupar al yo acerca de su existencia y su tarea de construir un proyecto vital “adulto”. A través de la hipocondría la persona trataría de escapar de la angustiosa tarea de tener-que-ser. Elude construir un proyecto biográfico que haga soportable la angustia de existir, que alivie la ansiedad de decidir “quien” quiere ser. Ni que decir tiene que atender y “contar con” un cuerpo sano es algo necesario, aunque nunca suficiente, para la vida humana. Efectivamente el cuerpo sería el sustrato orgánico del yo-proyecto; sin él (biología) no habría existir biográfico (como sin cerebro no hay mente). Esto no pasa de ser una obviedad. Lo que no es tan obvio es reparar en que el proyecto de vida va más allá del cuerpo biológico. No tiene ahí su meta ni su

destino sino que partiendo de él lo trasciende. Este es el verdadero drama del sujeto humano: *que en lugar de vivir según su biología, tiene que vivir biográficamente*. Convertir lo corporal en la cárcel del proyecto biográfico sería el empeño del hipocondríaco (y acaso también de la anoréxica en su rechazo inveterado a lo corporal). De otro modo: *llenar de miedos corporales el vacío existencial que lo inunda*. Se diría que entre el yo y la vida, se interpone el cuerpo como obstáculo, el cual acaba secuestrando y por así decir ocultando con sus síntomas las fisuras de un proyecto vital frustrado. Hay otras maneras corporales de llenar el vacío: el sexo, las drogas, el alcohol, la comida, el juego, el ejercicio físico. La corporeidad sería la bestia negra o campo de batalla donde se libra y ahoga la resolución de un conflicto existencial. A esta escisión o disociación, que define al sujeto como un yo (libertad) y un cuerpo (necesidad), la llama Becker “paradoja existencial” (Becker, 2003). La sitúa a la base de numerosos problemas psicológicos. Como es fácil advertir, esta paradoja no deja de ser una herencia moderna de la dualidad alma-cuerpo (Descartes), de la antinomia causalidad natural-libertad personal (Kant) o si se quiere de la dupla mente-cuerpo (ciencia).

En términos globales, el sufrimiento psico(pato)lógico, en tiempos modernos, parece que sigue una máxima que se puede formular así: *en el viaje incierto que hacemos por la vida a menudo sacrificamos el yo-proyecto, el sentido vital (que siempre es tensión y tarea) a cambio de un poco de tranquilidad mental*. Siendo así, la ansiedad y no el yo acaba adueñándose del proyecto de vida, aunque bajo la forma de una falsificación del yo o el mantenimiento de una existencia frustrada. La búsqueda incesante de seguridad mental, de-viene entonces reclusión del yo y estrechamiento de su mundo vital. Más si cabe en tiempos de *modernidad líquida* (Bauman, 2017) y de *positivización* de la vida (Han, 2012), donde se prescribe casi de forma autoritaria, ¡más felicidad y más bienestar!. Como dice el título de un famoso libro de psicología positiva, la disyuntiva es “Sonríe o muere” (Ehrenreich, 2011).

Sin embargo, intentar rendir o vencer el miedo a la enfermedad o a la muerte con la renuncia a la vida es declararse ya enteramente sometido a ella. A veces este combate se eterniza (véase el drama del hipocondríaco) y así se evita defensivamente el afronte con la tarea de tener que construir un yo-proyecto “adulto”. Efectivamente, mientras se vive centrado en luchar incesantemente contra la ansiedad y el miedo, la persona deja de decidir su vida. Vive como un eterno adolescente. El resultado es una ironía; *para esquivar la amenaza de la muerte se acaba hipotecando la vida*. Como dijo O. Rank: *algunos rechazan el préstamo de la vida para evitar estar en deuda con la muerte*.

Con todo, sorprende que siendo la perspectiva de la muerte una amenaza angustiada siempre presente y siempre aplazada, aunque nunca conjurada del todo (pues siempre está ahí, acechando en algún lugar oculto) no se la haya consignado un papel más importante en la clínica y en la investigación psico(pato)lógica.

Como ya se dijo, *la preocupación o la pregunta por el sentido de la vida está*

interconectada a la temporalidad del ser, pues: 1) la finitud de la existencia es la condición ontológica de posibilidad del sentido vital biográfico (de modo que si la vida humana no tuviera límite temporal, tampoco tendría sentido la preocupación por el sentido de la vida) y 2) según sea el sentido o proyecto que llena la vida, así será la actitud ante la muerte. Respecto a esto último, los estudios que analizan la relación entre revisión vital y actitudes ante la muerte encuentran que las personas que viven sus vidas como plenas y con sentido muestran menos ansiedad ante la muerte y una mayor aceptación de la misma (Neimeyer, 1997, 2007; Yalom, 1984, 2000, 2008). Dicho en forma sintética: *la ansiedad ante la muerte es inversamente proporcional a la satisfacción vital* o lo que es lo mismo: *directamente proporcional al monto de “vida no vivida”* (Yalom, 2000, 2008).

A escala social se combate o suprime el miedo a la muerte imponiendo nuevas estructuras de sentido a la vida ordinaria. Véase la religión y la filosofía. La escena del rayo del joven Martín Lutero condensa metafóricamente todos los elementos que permiten afirmar que el miedo a la muerte está a la base de la religión. Según su propia declaración se había hecho fraile porque se había asustado tanto con un rayo que había caído en una tormenta que en su terror a morir había prometido a santa Ana entrar en una orden religiosa si le salvaba la vida. Por otro lado, el Budismo anula la mundanidad de la vida a través de la meditación y el nirvana para neutralizar el sufrimiento y el miedo a la muerte. La filosofía también ha sido un campo fértil de nuevas estructuras de sentido. Así cabe interpretar la filosofía epicúrea y estoica en la época helenística. Sin entrar en dichas filosofías, se recordarán dos elementos. 1) Los estoicos desarrollaron una serie de ejercicios mentales con la idea de vivir mejor. Uno de estos ejercicios era la “meditación para la muerte” (*melete thanatou, meditatio mortis*). Se trata de una manera de hacer que la muerte sea actual en la vida. “Vive tu vida tal y como si fueras a morir”, medita sobre tu propia muerte, es más, imagina que ella está aquí y ahora, la pregunta es: ¿cómo vivirías a sabiendas de que vas a morir? En Séneca la “meditación para la muerte” adoptaba la manera de hacer que vivamos cada día *como si* fuera el último; vivir cada día como si la vida entera estuviera contenida en una jornada: “todas las mañanas debemos estar en la infancia de la vida, pero vivir toda la duración del día como si la noche fuera a ser el momento de la muerte” (véase Foucault, 2000, p. 478). Así, al considerar que estamos a punto de morir, podemos relativizar cada una de las acciones que realizamos. 2) Luego, tenemos los famosos argumentos esbozados por Epicuro en su *Carta a Meneceo* para combatir el temor a la muerte (principal causa de desasosiego en su época) (García Gual, 1993). Uno de sus argumentos razona así: *cuando tú eres, tu muerte todavía no es; y cuando tu muerte sea, tú ya no serás*. Es decir, lo temible según Epicuro sería quedarse consciente de la muerte, quedarse en el aquí y ahora pero sabiéndose muerto, lo cual es absurdo. Esta argumentación, si bien irrefutable desde la lógica cognitiva, no tranquiliza en lo más mínimo desde el sentir emocional. ¿Acaso tampoco se está presente cuando muere un ser querido? Estas ideas de la filosofía helenística serán reutilizadas en el

romanticismo (véase Schopenhauer, 2010) y en la actualidad por la Psicoterapia Existencial para afrontar la angustia ante la muerte (véase Yalom, 2008).

A continuación queremos sugerir una nueva hipótesis: En el mundo actual, la hiper-actividad incesante, como todo lo compulsivo, funcionaría como una defensa psicológica frente a la angustia del miedo a la muerte y sus equivalentes existenciales; entre ellos, la angustia del paso del tiempo (Safranski, 2017), la angustia ante la falta de sentido vital o la angustia ante la tarea de construir un proyecto de vida (Frankl, 1990, Yalom, 1984). Visto desde esta perspectiva, la eternización fetichista del final de una obra de arte (véase el ejemplo del escultor A. Rodin y su inacabada *Puerta del Infierno* en el Museo de Orsay de París), o la compulsión a repetir una y otra vez lo mismo (caso de Woody Allen y el rodaje incesante de películas), serían, a nuestro juicio, intentos de escapar del tiempo, maneras defensivas de trascender la finitud de la existencia y controlar así la angustia de la muerte. Nos parece pues que la hiperactividad en la vida adulta, en sus diferentes modalidades, funciona más como una manera de achicar la angustia que incesantemente inunda el barco de nuestra existencia.

En la clínica psicoterapéutica moderna el miedo a la muerte se afronta casi con el mismo patetismo (véase Lonetto y Templer, 1988) que ilustra A. Huxley (1983) en su novela *Un mundo feliz* donde la angustia ante la muerte se conjura mediante una suerte de condicionamiento clásico. Una excepción a este lamentable proceder en la clínica psicoterapéutica sería la Psicoterapia Existencial (Yalom, 1984, 2000, 2008).

Desde un enfoque existencial de la condición humana se afirma que estamos solos ante la mirada de esfinge de la muerte. También ante la mirada de nuestra libertad. Ante estas miradas que nos atraviesan y constituyen (muerte y libertad, limitación y posibilidad) no hay escapatoria ni escondite donde ocultarse. Estamos solos y “sin excusas” –decía Sartre– (1992). Siendo así, el sujeto humano estaría condenado a morir-se, y mientras tanto, forzado a decidir-se, a tener-que-hacer-su-vida, a hacer su proyecto biográfico, a elegir la persona o el “quién” quiere ser. Vivir es decidir proyectar-se, inventar un por-venir, hacer algo con las cosas con miras a trascender el ahora. Alumbrar de sentido el mañana aunque sólo sea para que el paso del tiempo no sea un eterno estar comenzando de cero, como hace Sísifo con la roca. Esta decisión es por lo demás intransferible, pues si se delega en otro, esa es también una decisión (Ortega, 1966, 1974a). Así que, saberse responsable de estar a cada instante decidiendo-haciendo *mi* vida tiene un tras-fondo (horizonte) angustioso, genera perplejidad. Esta es la angustia que domina en la sociedad moderna y que se camufla malamente en la llamada *modernidad líquida* (Bauman, 2017).

Si bien la facticidad de la muerte es lo natural, la conciencia de este hecho sumerge al yo en un mar de inseguridad, incertidumbre y vacío. Quien se para a pensar en ello queda confrontado ante el espacio de la *nada* y la *náusea* que diría Sartre (1972) o del *absurdo* que diría Camus (2006). *El sujeto vive luchando por ser mientras a cada instante es confrontado desde el vacío de la nada*. Para no sucumbir

construye defensas. La ansiedad existencial de la vida surgiría cuando el sujeto pierde pie en el terreno firme de las creencias cotidianas que componen su base segura y está así en peligro de dejar de ser, caer descoyuntado desde la altura vertiginosa de *ser* al vacío de la *nada*. Pensamos que en esta situación moderna en la que no hay suelo firme sobre el que pisar, en el que han caído las creencias “hasta ahora útiles”, y se vive como a la intemperie, sin hogar, nadando en el rompeolas de la vida, perturba a muchas personas y es una fuente inagotable de desesperación y desconsuelo. Prueba de ello es el número creciente de personas que solicitan ayuda psicológica en las sociedades occidentales modernas. Véase en esta línea el desorbitante aumento de los trastornos depresivos y el número creciente de tentativas y de suicidios consumados en las sociedades modernas (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

LA MUERTE EN LA PERSPECTIVA DEL CICLO VITAL

La preocupación por el sentido de la vida sería especialmente intensa en la adolescencia y en la etapa intermedia de la vida, donde por lo demás, son abundantes las “experiencias del despertar” (véase más adelante). Estaría en cambio menos presente en el niño, época en que predomina el miedo a la muerte. Lo anterior ha de tomarse con cautela pues como ya se dijo la preocupación por el sentido vital y el miedo a la muerte están interconectados. El miedo a la muerte en la infancia precisaría como condición de posibilidad la conquista evolutiva de determinadas nociones cognitivas tales como la “permanencia del objeto” que según la epistemología genética se situaría en torno a los dos años (Piaget, 1965). Antes de dicha conquista cognitiva los objetos simplemente dejarían de existir cuando desaparecen del campo visual del bebé. Otra noción fundamental sería la representación de la duración o conciencia de finitud temporal de los seres y cosas que le rodean, también en torno a los dos o tres años. Con todo, en la infancia, a partir de los tres años, lo que predominaría sería la pregunta y ansiedad por la muerte así como las cuestiones temporales. Se inundaría el yo en ciernes de angustia cuando aún no se han construido mecanismos suficientes que sirvan de defensa. En este contexto, el acto de dormir y la oscuridad serían figuras fantasmales de la muerte. Ante esta angustia infantil en torno a la muerte la respuesta y actitud de los adultos es fundamental y reflejan el grado de elaboración que tienen estos al respecto. Especialmente importante en los niños es la cuestión psicológica de que *desear la muerte de alguien significa, en su imaginario mental, el temor a haberlo matado*. Esto se explicaría en base a que las fronteras entre deseo y realidad, entre yo y no-yo, aún no están bien establecidas. De modo que, si efectivamente desaparece esa persona querida, esto podría dejar una huella de psicopatología en la mente infantil que funcionaría como un factor predisponente (que confiere susceptibilidad) que está ahí dormido (latente) y que podría despertar ante nuevos sucesos relacionados con la muerte que puedan venir con el paso de los años.

Lo habitual si no hay acontecimientos precipitantes es que el miedo a la muerte quede oculto entre los seis años y la pubertad (Yalom, 2008). Luego, durante la adolescencia, eclosiona con toda su fuerza. Es la “herida de la mortalidad” (Yalom, 2008); *la toma de conciencia de que un día llegará su muerte inexorable y que dejará de existir*. Desde ese momento y ya para siempre –dice Ramón Andrés– dormirá a la intemperie, desalojado de la que creía su casa (Andrés, 2015).

Quizás la primera experiencia del despertar de la libertad sea ese momento angustioso en que el niño o la niña toma conciencia súbita de que puede darse voluntariamente la muerte: una suerte de “si quiero, puedo”. La muerte sería así la primera puerta de acceso a la libertad. El niño o la niña a través de la muerte quedaría para siempre herido de un todo indisociable “libertad-angustia” que contiene la potencialidad de muchos desarrollos psicopatológicos de la vida posterior. Una vez se ha activado este miedo salta sobre el yo como una bestia salvaje. Lidar con este miedo es una tarea básica de la travesía existencial. Por lo demás, ante la dolorosa conciencia de nuestra indefensión ante la muerte se levantan muros defensivos o se usan diferentes estrategias de afrontamiento (Becker, 2003). Así, la persona joven buscará refugio en el autoengaño de la omnipotencia del ser, dormir la existencia en la idea tranquilizadora de la invulnerabilidad o de sentirse un ser especial (Yalom, 2000). Como dijo Freud: *el inconsciente ante el problema de la muerte se conduce como si fuera inmortal* (Freud, 1972a).

Con el paso de los años los miedos adolescentes a la muerte quedarían sepultados por el tráfago de las tareas evolutivo-culturales que imponen para su cumplimiento exitoso un des-centramiento y olvido respecto a la muerte. Esto es, cierta dosis de represión de la muerte es necesaria para la vida. La historia de *Prometeo encadenado* del poeta trágico Esquilo contiene, según la interpretación del filósofo alemán H-G. Gadamer, una profunda reflexión sobre el problema de la muerte y de su significación en la vida humana. Aunque el mito es más conocido por el hecho de que Prometeo roba el fuego a los dioses y lo entrega a los hombres, con lo que se inicia el desarrollo cultural, y de ahí su castigo de vivir encadenado a una roca, imagen representada en numerosos cuadros, lo interesante del relato de Esquilo es otro hecho poco comentado. Consiste en que Prometeo confiere a los hombres el don de ignorar su conocimiento sobre el momento de su propia muerte. Antes, los hombres vivían inactivos y tristes, esperando en el interior de sus cavernas, la llegada de su muerte. Tras perder esa certeza del momento de su muerte, surge la esperanza y el hombre transforma el mundo en un lugar habitable. Así pues, el olvido de la muerte hace que se pueda iniciar la vida (Gadamer, 1996). Como dijo Eugene O’Neill “el ser humano no puede vivir en plena posesión de la verdad completa de su situación vital... Todo mortal necesita defenderse mediante ficciones”.

Hay por lo demás pruebas experimentales que avalan la tesis según la cual mantener bajo control la ansiedad ante la muerte es necesario para el buen funcionamiento de la vida cotidiana. Se refiere aquí a la teoría del manejo o gestión

del terror (TMT) formulada inicialmente hace más de 30 años por Greenberg, Pyszczynski y Solomon (1986).

Durante la etapa intermedia, popularmente llamada *crisis de la mediana edad*, la ansiedad ante la muerte volvería a surgir con toda su fuerza. Al llegar a este punto se ha recorrido ya un buen tramo del camino, se han cumplido algunos proyectos y se han visto frustrados otros. En esta etapa los problemas *radicados en y derivados del* existir cotidiano (conflictos, pérdidas, fracasos, decepciones, derrotas, dilemas, crisis, proyectos frustrados, etc.) tienen mayor densidad, de modo que ya han dejando en la mochila del yo una colección de heridas y cicatrices vitales. El cuerpo, base de la identidad personal, muestra las primeras marcas del paso del tiempo (arrugas, canas, cansancio, fatiga). Las formas de enmascarar esas marcas (véase los múltiples productos de farmacia) no hacen sino afirmar lo inexorable del tiempo, esto es, son formas negativas de presentizar el paso del tiempo. Dicho al modo de la ontología fundamental de Heidegger: *la existencia no discurre o acontece en el tiempo sino que vale decir* (un tanto oscuramente) *que es ella misma temporal, está hecha de temporalidad; la temporalidad es la estructura o materia de la que está hecha nuestra existencia en el mundo.*

Caen las primeras hojas del árbol de la vida avisando de la entrada del otoño existencial. Desde la atalaya de la mediana edad se mira atrás y se reflexiona si la vida que se lleva a costas tiene sentido. Esto es, se hace una parada en el camino (una suerte de “epojé” fenomenológica o “puesta entre paréntesis”) que permite desde la distancia analizar la vida hecha. Se entra de lleno en una nueva actitud vital o modo de estar en el mundo. Como diría Ortega, se pasa de un “contar con” la vida a un “reparar en” la vida (Ortega, 1974a). A medida que avanzamos y contemplamos la senda que se extiende frente a nosotros, nos damos cuenta de que la vida ya no asciende, sino que desciende hacia la vejez y la muerte inevitable. Se empieza a vivir en la irreversibilidad de la vida, en la conciencia de que no todos los deseos y proyectos se pueden realizar, de que no todos los libros que se desean leer, se podrán leer, de que hay que elegir, y de que cada decisión-acción es una renuncia que nos sitúa ante una situación vital distinta. Efectivamente, vamos acumulando proyectos abandonados en los que nunca hemos militado. Cae la maníaca ilusión de omnipotencia. Se rasga el manto de inmortalidad personal (“otros mueren, yo no”) que envuelve al ser. Los sueños y pesadillas expresan muchas veces esta herida por la que se filtra el miedo a la muerte. Surge entonces la pregunta de si no se estará mal-logrando la vida con banalidades; si no será mejor cambiar de rumbo, volver a empezar, darse una oportunidad, darse a la aventura, asumir riesgos, volver a poner a palpar el corazón. Se llega a un momento en el cual entre las personas que hemos conocido y han formado parte de nuestra vida, los muertos casi son mayoría. En este periodo la muerte se manifiesta principalmente como una experiencia de soledad que queda de una vida de relación que hubo; quedarse sólo de una compañía que se tenía (Ortega, 1959). Como si dijéramos: *claros en el bosque humano de la existencia como consecuencia de que este comienza a ser talado por la muerte*

(Montero, 2017). Estos claros abren camino y en este sentido ayudan a los vivos en el proceso de morir (Heath, 2008). Es también en este momento donde reaparece la conciencia del peso de la libertad como ingrediente de la vida cotidiana, de que el futuro depende de *mi* decisión aquí y ahora, de que se tiene la ocasión de decidir lo que va a ocupar nuestra vida, de llenarla de sentido, de vivirla más plenamente. A esta altura del viaje se repara también en que existe una pluralidad de opciones de todo tipo ante las que, quiera o no, el yo se ve forzado a elegir, a poner la vida en juego, como dijo Ortega: *a poner la vida entera a una carta y jugársela a ella libremente* (Ortega, 1974b). Se piensa la vida como un breve relámpago de tiempo vivido entre dos eternidades. Lucha sin cuartel contra el tiempo como característica intrínseca de la vida humana. Deseamos que algunas experiencias vitales cotidianas, ya no importa que sean “experiencias-cumbre” (en el sentido de Maslow, 1976), permanezcan eternas en el aquí y ahora: contemplar la belleza de un paisaje, escuchar una música que hace palpar al corazón, oler el rocío de la mañana, abrazar a la persona amada. Más verificamos que *en el preciso instante en que se desea congelar el presente, acontece la tristeza de comprobar que las experiencias fluyen como sombras fugaces de las cosas que fueron y ya no podemos volver a sentirlas nunca más*. Es la *angustia de la caducidad*. Hay un poema de B. Brecht que trata este tema. Se titula “Recuerdo de Marie A” (Brecht, 2005, p. 119). Empieza así:

“En aquel día de luna azul de septiembre
 en silencio bajo un joven ciruelo
 estreché a mi pálido amor callado
 entre mis brazos como un sueño bendito.
 Y por encima de nosotros en el hermoso cielo estival
 había una nube, que contemplé mucho tiempo;
 era muy blanca y tremendamente alta
 y cuando volví a mirar hacia arriba, ya no estaba”.

Efectivamente, en esta etapa de la vida aparece el deseo de dormir el tiempo que huye irremediabilmente, deseo que está del todo ausente en la juventud, cuando la vitalidad del ser está llena hasta los bordes y se destila por todos los poros del cuerpo. Pero también está la *angustia de la permanencia del objeto tras la muerte*. Saber que después de la muerte, esta colección de discos, estos libros que observan desde la estantería, estas rosas que habitan en el jardín, seguirán ahí para ser disfrutadas por otras vidas. El poema “El viaje definitivo” de Juan Ramón Jiménez, lo condensa bellamente:

“... Y yo me iré. Y se quedarán los pájaros
 cantando;
 y se quedará mi huerto, con su verde árbol,
 y con su pozo blanco.
 Todas estas tardes, el cielo será azul y plácido;
 y tocarán, como esta tarde están tocando,
 las campanas del campanario.

Se morirán aquellos que me amaron;
y el pueblo se hará nuevo cada año;
y en el rincón aquel de mi huerto florido y encalado,
mi espíritu errará, nostálgico...
Y yo me iré; y estaré solo, sin hogar, sin árbol
verde, sin pozo blanco,
sin cielo azul y plácido...

Y se quedarán los pájaros cantando” J. Ramón Jiménez (1983, p. 96).

Por último, estaría la *angustia del destino de nuestros recuerdos y experiencias vitales tras la muerte*. Aquellas cosas que hemos cargado en la memoria de la vida. Al final de la película *Blade Runner* (Deleey et al., 1982), hay una escena famosa que ilustra este tipo de angustia. Roy Batty, líder de los replicantes Nexus-6, consciente de que está a punto de “morir”, le dice al policía Rick Deckard, al que justo unos instantes antes ha decidido salvar de caer despeñado de una cornisa: “Yo he visto cosas que vosotros no creeríais. He visto atacar naves en llamas más allá de Orión. He visto rayos C brillar en la oscuridad cerca de la Puerta de Tanhäuser. Todos estos momentos se perderán como lágrimas en la lluvia. Es hora de morir” (Autores Varios, 1996, p. 9). Como dice Padura, todos esos recuerdos que llevamos en la memoria *se perderán con nosotros, para ir a desvanecerse en el mundo superpoblado de los muertos* (Padura, 2017).

Se querrá que todas estas tomas de conciencia sobre la temporalización y finitud del ser (vale decir, notas de sabiduría vital al mismo tiempo que de vulnerabilidad personal) ocurran antes de que sea demasiado tarde, pero como dice el poema de Verónica Shoffstall *Con el tiempo* (falsamente atribuido a J. L. Borges), son cosas que sólo se aprenden con el tiempo. *Con el tiempo aprendes que la vida es aquí y ahora, y que no importa cuántos planes tengas, el mañana no existe y el ayer tampoco*.

Desde una Psico(patolo)gía Existencial se plantea una visión del sujeto humano que consiste en estar enfrentado de continuo a cierta dosis de amenaza psicológica y ansiedad existencial que resulta en última instancia de la toma de conciencia de nuestra finitud temporal. En este sentido, el núcleo de esta amenaza y ansiedad existencial, aparte de otras preocupaciones existenciales básicas, como la angustia frente al sufrimiento trágico y la falta de sentido vital, sería el miedo a la muerte y sus diferentes formas de presentación. En efecto, cada persona no tiene otro remedio que estar-ahí-haciendo-algo para sostenerse en la existencia y enfrentando o achicando el miedo-a-la-muerte que se infiltra inevitablemente por todos los poros de su ser. Este estar-ahí-haciendo-algo consiste en la activación de diferentes defensas psicológicas como es el caso entre otras de la reafirmación de una visión cultural del mundo y un determinado sentido de la vida, según propone la teoría integrada de defensa psicológica (véase Hart, 2014). Por nuestra parte, entre estas defensas psicológicas (con sentido existencial), situaríamos la tarea y responsabilidad de construir un proyecto de vida que permita amortiguar la

inseguridad y la amenaza inherente a nuestra vulnerabilidad y finitud personal.

Se podría decir respecto a todo lo aquí dicho que quizás se (hiper)reflexiona en demasía y que ese es precisamente el problema; pero, ¿quién no ha pensado o escrito siquiera fugazmente sobre estas cuestiones en algún momento de su vida? Aunque vivimos sumergidos en el torrente de la vida, naufragos de ella, hay momentos donde la existencia se pone bajo la lupa de análisis: la muerte de un ser querido, un accidente, una enfermedad, la lectura de un libro, un poema, una película, una obra de teatro, un viaje, una conversación, etc. Como decía Sócrates: *una vida no examinada no merece la pena ser vivida*. Se quiera o no, la preocupación y búsqueda de un sentido personal a la vida, de un proyecto de vida, se cuele por las rendijas de la existencia humana. Es aquí y ahora tarea a resolver. Como se dijo al principio, de cómo resuelva o elabore el sujeto esta cuestión existencial y mundana dependerá en gran medida su bienestar psicológico o su estado de salud mental (también su felicidad). La respuesta que cada persona dé a estas cuestiones tendrá efectos fundamentales sobre su vida cotidiana y su identidad.

A modo de excursus: la nostalgia de la juventud perdida era lo que lloraban los poetas andalusíes en muchos de sus poemas o *dîwânes*. Véase en este sentido la contraposición narrativa entre el poeta Ibn Jaf-âÿâ (1058-1139) que deseaba que volviera el pasado porque el futuro le daba miedo (Ibn Jaf-âÿâ, 1992) y el poeta granadino Ibn Al-Jatîb (1198-1273) que deseaba que el futuro se hiciera cuanto antes presente (Tahtah, 2012). Representan dos defensas diametralmente opuestas de enfrentar la angustia del paso del tiempo: una fóbica (hacia atrás) y otra contrafóbica (huida hacia adelante).

LA MUERTE COMO CATALIZADOR DEL CAMBIO PERSONAL

La idea misma de la muerte puede ser una oportunidad para el cambio personal (Yalom, 1984, 2000, 2008). Así lo ilustra la vida cotidiana, la clínica, la literatura y el cine; véase la novela *La muerte de Iván Ilich* de Tólstoi (1982), el maravilloso *Cuento de Navidad* de Dickens (1993) o la película *Vivir* de 1952 de Akira Kurosawa, entre otros. Efectivamente, pensar en la muerte personal puede servir para mirar desde otra óptica la vida que llevamos y preguntarnos si estaríamos dispuestos a repetir cada acto de conducta de nuestra vida una y otra vez hasta la eternidad (Nietzsche). Efectivamente, ante la sombra de la muerte se reflexiona sobre la vida que se lleva y hacia dónde se quiere ir. Como dice una máxima logoterapéutica, inspirada en el imperativo categórico kantiano: “Vive como si ya estuvieras viviendo por segunda vez y como si la primera vez ya hubieras obrado tan desacertadamente como ahora estás apunto de obrar” (Frankl, 1996). Suena a paradoja, pero sólo cuando se comprende y asume la idea de que uno va a morir y de que nadie puede hacerlo por *mí* se reorganizan las prioridades y valores que mueven nuestra vida, se devuelve lo trivial a su lugar y se empieza a vivir más plenamente. Como es evidente, nadie puede morir en *mi* lugar, la propia muerte es irremplazable, y en este sentido cada persona tiene que hacerse cargo de su propia

muerte (Derrida, 2006; Heidegger, 2006). Lo mismo vale respecto de la vida: nadie puede vivir en *mi* lugar; *vivir es lo que nadie puede hacer por mí, nadie puede sustituirme en la faena de vivir –la vida es intranferible–* (Ortega, 1966, 1972). También a partir del hecho de que uno va a morir, se empieza a pensar filosóficamente la vida (Savater, 2014).

Son muchos los sucesos vitales que pueden hacer despertar el miedo a la muerte hasta entonces dormido, así como la pregunta por el sentido de la vida, pues, según se ha visto, ambas preocupaciones son existencialmente interdependientes. *Experiencias del despertar* lo llama Yalom (2008). Entre estos sucesos se podrían mencionar las experiencias directas o vicarias de sufrir una enfermedad grave, un accidente de tráfico o la muerte de un ser querido. Entre ellas tiene especial relevancia la asistencia a un funeral o cementerio. Otros sucesos más cotidianos y más sutiles que despiertan la angustia ante la muerte son el día de los difuntos, la visita a un hospital, contemplar la foto de una persona fallecida, la redacción de un testamento, la reunión con amigos de la infancia o la celebración (o evitación) de cumpleaños y aniversarios, o incluso el descubrimiento de canas o arrugas. Si se mira de cerca, estos sucesos aluden a los existenciaros de temporalidad y finitud del *ser-ahí* (*Da-sein*) desgranadas por la *analítica existenciaría* de Heidegger (2006). A través de estos sucesos tomamos conciencia de la caducidad del ser y del flujo del tiempo hasta entonces invisibles; como diría Ortega, pasamos de “contar con” el tiempo a “reparar en” el tiempo (Ortega, 1974a). Este “reparar en” el tiempo (a modo de “epojé” fenomenológica) pensamos que genera ansiedad porque remite en última instancia a un miedo radical, primario, como es el miedo a la muerte. En este sentido las *experiencias del despertar* suponen toda una sacudida de terremoto en el suelo de nuestra conciencia dormida en la cotidianeidad de la vida. Cruje por así decir la viga mayor de nuestra existencia amenazando derrumbarse sobre nuestra cabeza. Siendo así, las *experiencias del despertar* serían potencialmente deparadoras de angustia y desasosiego. Esto no es sólo una “evidencia” de la vida cotidiana y de la clínica psicológica sino también experimental: véase la teoría del manejo o gestión del terror (Greenberg et al., 1986), considerada en la actualidad como un paradigma fundamental de la psico(pato)logía existencial-experimental (Pyszczynski, Solomon y Greenberg, 1999) y que tiene a la ansiedad-de-la-muerte como una temática subyacente común a diferentes procesos y trastornos (Iverach et al., 2014).

Aunque también, pueden activar las ganas de vivir. Así, muchas veces ocurre que cuando se anuncia una enfermedad mortal se despierta en el sujeto el deseo de vivir. Como decía el poeta y dramaturgo inglés del siglo XIX Robert Browning, *la muerte como rayo de sol, toca la carne y despierta el alma*. En palabras de Yalom: “Aunque el hecho físico de la muerte nos destruye, la idea de la muerte nos salva” (Yalom, 2008, p. 38). En psicoterapia se puede utilizar la conciencia de la muerte que perturba a la persona para promover cambios personales que hagan su vida más valiosa. Desde una óptica existencial, Yalom ha desarrollado una “técnica” que

permite ayudar a las personas a afrontar la angustia ante la muerte. No es este el espacio para presentar su modelo. Bastará tan sólo con señalar que introduce la idea de *propagación por ondas concéntricas*. Con esto se refiere a la idea, ya vista en Unamuno, de dejar algo valioso de la experiencia de vida; algún gesto, algún buen consejo, alguna guía, algún consuelo, a los demás, de modo que, esta aportación personal, a su vez, sea retransferido a otras personas de otras generaciones en forma de ondas sucesivas (Yalom, 2008). Si se mira bien, esta propuesta no está muy lejos de la idea de “generatividad” en la conocida teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1992). Esta idea de dejar algo valioso de uno mismo al otro, es a nuestro juicio, la única manera de permanecer en el mundo más allá de la muerte; merecer ocupar un espacio en la memoria de los demás. Ibn Al-Jatíb, poeta granadino del siglo XIII dejó escrito:

“Tú, en verdad, no has muerto, porque sólo muere quien no deja una fama cimentada en la generosidad. Comprendo que no desees que lloren ante tu tumba pues ¿Cómo va a estar sediento el que ha sido un mar?” Ibn Al-Jatíb (1981, p. 64).

Otra manera de aprovechar la conciencia de muerte en dirección a cambios personales valiosos es a través del ejercicio de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) *asistencia imaginaria a tu funeral* o ejercicio del *epitafio* (véase Hayes, Strosahl y Wilson, 2015; Wilson y Luciano, 2002). Se pregunta a quién consulta acerca de lo que le gustaría leer en su epitafio futuro. A continuación se pregunta: *¿están tus pasos orientados hacia eso que quieres?* Se trata de un ejercicio vivencial que trata sobre la temporalidad y el tiempo como condiciones constitutivas de la existencia humana y de lo que uno hace con su vida y su identidad. Mediante este ejercicio se propone un modo cualitativamente diferente de vivir el presente biográfico; a saber, vivirlo como *el pasado que aún no ha sido pero que será si nada se cambia conductual-mente*. En efecto, en cierto modo escribimos nuestro epitafio con las elecciones que hacemos y las acción que emprendemos cada día en el aquí y ahora.

Ante la conciencia angustiada de que *vivir consiste en decidir* (y por tanto pensar) *de continuo lo que vamos a ser-hacer* (véase la analítica de Ortega, 1966, 1974a), muchas veces preferimos a modo de defensa vivir según la biología (como una planta o un animal no racional), antes que vivir biográficamente en la experiencia de sentirnos responsables de la persona que construimos y queremos ser. Antes que vivir asumiendo el peso de nuestra libertad (Sartre) decidiendo incesantemente la persona (el “quién”) que queremos ser y sin posibilidad de transferir a otro la responsabilidad.

Por tanto; muerte, libertad, vida, conducta, proyecto, biografía, tiempo, cultura, memoria, sentido y angustia estarían interconectados; serían elementos inherentes de la existencia humana sino son ellos mismos su materia prima o como diría Yalom, los “filamentos del cable de la existencia” (Yalom, 1984, 2000).

A modo de corolario: *sólo quién vive sabiendo que hay un final, está en condiciones de llenar su vida de valores y sentido.*

CONCLUSIÓN

El objetivo de este artículo era hacer una reflexión desde la clínica psicológica sobre la centralidad y relevancia de la temática de la muerte (la ansiedad ante la muerte) en psicopatología y en psicoterapia. En base a todo lo presentado en este trabajo concluimos que la muerte puede ser vista como un eje organizador (existencial) de primer orden, radical, de la conducta y la vida humana y por tanto fuente de múltiples ansiedades y conflictos. En consecuencia se sugiere que la angustia de la muerte puede estar en la base clínica común de numerosas modalidades de disfunción psíquica o que toca las raíces más profundas de la psicopatología humana.

Referencias bibliográficas

- Al-Jatib Ibn (1981). *Libro de la magia y de la poesía*. Madrid, España: Instituto Hispano-Árabe de Cultura.
- Andrés, R. (2015). *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona, España: Acanalado.
- Apel, K-O. (1992). ¿Es la muerte una condición de posibilidad del significado? (¿Existencialismo, platonismo o pragmática trascendental del lenguaje?). *Estudios Filosóficos*, 41, 199-213.
- Azofra Agustín, E. y Chaguada Toledano, A. (2003). *La Casa-Museo Unamuno*. Salamanca, España: Ediciones Universidad Salamanca.
- Bauman, Z. (2017). *Modernidad líquida*. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica.
- Becker, E. (2003). *La negación de la muerte*. Barcelona, España: Kairós.
- Beckett, S. (1982). *Esperando a Godot*. Barcelona, España: Tusquest.
- Berger, P. L. (1981). *Para una teoría sociológica de la religión*. Barcelona, España: Kairós.
- Berger, P. L. (2016). *Los numerosos altares de la modernidad. En busca de un paradigma para la religión en una época pluralista*. Salamanca, España: Sígueme.
- Berger, P. L. y Luckman, T. (1997). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno*. Barcelona, España: Paidós.
- Brecht, B. (2005). *Poemas de amor*. Madrid, España: Hiperión.
- Camus, A. (2006). *El mito de Sísifo. Ensayo sobre el absurdo*. Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Caparrós, N. (1992). *Psicopatología Analítico-Vincular. Tomo II*. Madrid, España: Quipú.
- Caparrós, N. (2004). *Ser psicótico. Las psicosis*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Cerezo Galán, P. (1984). *La voluntad de aventura*. Barcelona, España: Ariel.
- Cerezo Galán, P. (2016). *Miguel de Unamuno. Ecce homo: La existencia y la palabra*. Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- De Beauvoir, S. (1997). *Todos los hombres son mortales*. Barcelona, España: Edhasa.
- Deeley, M., Lauzirika, C., Fancher, H., Kelly, B., Perenchio, J., Powell, I., Shaw, R. R., Yorkin, B (Productores) y Scott, R. (Director) (1982). *Blade Runner* [Película]. Estados Unidos: Warner Bros.
- Derrida, J. (2006). *Dar la muerte*. Barcelona, España: Paidós.
- Díaz-Plaja, G. (1973). *Federico García Lorca*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Dickens, Ch. (1993). *Canción de Navidad*. Madrid, España: Anaya.
- Ehrenreich, B. (2011). *Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo*. Madrid, España: Turner.
- Erikson, E. H. (1992). *Identidad. Juventud y crisis*. Madrid, España: Taurus.
- Fenichel, O. (1966). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fenichel, O. (1984). La actitud contrafóbica. En J. J. Saurí (Comp), *Las fobias* (pp.141-153). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Fernández-Álvarez, H. (1996). Muerte y psicoterapia. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 1, 35-46.

- Ferrater Mora, J. (1986). *El ser y la muerte*. Barcelona, España: Planeta-De Agostini.
- Foucault, M. (2000). *Hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. E. (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (1990). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (1996). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2008). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2016). *A pesar de todo, sí a la vida. Tres conferencias y un esbozo autobiográfico*. Barcelona, España: Plataforma.
- Freud, S. (1972a). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. En S. Freud, *Obras Completas, Tomo VI* (pp. 2101-2117). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1972b). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Obras Completas, Tomo VI* (pp. 2091-2100). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1974). La Feminidad. En S. Freud, *Obras Completas, Tomo VIII* (pp. 3164-3178). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Gadamer, H-G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona, España: Gedisa.
- García Gual, C. (1993). *Epicuro*. Madrid, España: Alianza.
- García Lorca, F. (2010). *Sonetos del amor oscuro. Diván del Tamarit*. Barcelona, España: Lumen.
- González Duro, E (2002). *Biografía interior de Juan Ramón Jiménez*. Madrid, España: Libertarias/Prodhufi.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. y Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. En R.F. Baumeister (Ed.), *Public Self and Private Self* (pp. 189-212). New York, NY: Springer-Verlag.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Avalia-t 2010/02)*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Xunta de Galicia. Servicio central.
- Han, B-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona, España: Herder.
- Hart, J. (2014). Toward an integrative theory of psychological defense. *Perspectives on Psychological Science, 9* (1), 19-39.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Heath, I. (2008). *Ayudar a morir*. Buenos Aires, Argentina: Katz.
- Heidegger, M. (2006). *Ser y tiempo*. Madrid, España: Trotta.
- Huxley, A. (1983). *Un mundo feliz*. Barcelona, España: Plaza y Janés.
- Iverach, L., Menzies, R. G. y Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review 34*, 580-593.
- Jaf-âyâ Ibn (1992). *Antología poética*. Madrid, España: Ediciones del Orto.
- Jankélévitch, V. (2004). *Pensar la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Juliá, M. (1988). *El universo de Juan Ramón Jiménez (Un estudio del poema "Espacio")*. Madrid, España: Ediciones de la Torre.
- Kirkenær, L., Sandström, P., Øverås, H. y Bober, P. (Productores) y Andersson, R. (Director). (2014). Una paloma se posó en una rama a reflexionar sobre la existencia [Película]. Suecia: Roy Andersson Filmproduktion AB, Nordisk Film-, TV-Fond.
- Lonetto, R. y Templer, D. I. (1988). La ansiedad ante la muerte. Barcelona, España: Zambéleti España.
- López Castellón, E. (1984). *Federico García Lorca. El poeta ante la muerte*. Madrid, España: Busma.
- Maslow, A.H. (1976). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del Ser*. Barcelona, España: Kairós.
- Montero, R. (2017, junio 25). Lo eterno. *El País Semanal*.
- Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la pérdida*. Barcelona, España: Paidós.
- Neimeyer, R. A. (Comp.). (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona, España: Paidós.
- Ortega y Gasset J. (1974a). *Unas lecciones de metafísica*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1959). *En torno a Galileo*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1966). *¿Qué es filosofía?* Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1972). *El hombre y la gente. Tomo I*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1974b). *Prólogo para alemanes*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1980). *Sobre la razón histórica*. Madrid, España: Revista de Occidente/Alianza Editorial.

- Padura, L. (2017, diciembre 31). La insoportable brevedad de la memoria. *El País Semanal*.
- Piaget, J. (1965). *La construcción de lo real en el niño*. Buenos Aires, Argentina: Proteo.
- Pyszczynski, T., Solomon, S. y Greenberg, J. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, 106 (4), 835-845.
- Ramón Jiménez, J. (1983). *Antología poética*. Madrid, España: Cátedra.
- Roa Bastos, A. (1996). *Metaforismos*. Barcelona, España: Edhasa.
- Rodríguez, R. (2007). Naufragio y inhospitalidad. Un apunte sobre el nivel de radicalidad de Ortega y Heidegger. En J. Lasaga, M. Márquez, J. M. Navarro y J. San Martín (Eds), *Ortega en pasado y en futuro. Medio siglo después* (pp. 135-153). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Sádaba, J. (2012). *No sufras más. La felicidad en la vida cotidiana*. Barcelona, España: Península.
- Safranski, R. (2017). *Tiempo. La dimensión temporal y el arte de vivir*. Barcelona, España: Tusquets.
- Sartre, J-P. (1972). *La náusea*. Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Sartre, J-P. (1992). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona, España: Edhasa.
- Savater, F. (2014). *Las preguntas de la vida*. Barcelona, España: Ariel.
- Schopenhauer, A. (2010). *El mundo como voluntad y representación, 2*. Madrid, España: Alianza.
- Sullivan, D. (2013). From guilt-oriented to uncertainty-oriented culture: Nietzsche and Weber on the history of theodicy. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 33, 107-124.
- Sullivan, D. (2016). *Cultural-existential psychology: the role of culture in suffering and threat*. Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- Tahtah, F. (2012). La obsesión por el viaje hacia la catarsis y la salvación. En C. Del Moral y F. Velázquez Basanta (Eds), *Ibn Al-Jatib y su tiempo* (pp. 241-261). Granada, España: Ediciones Universidad de Granada.
- Tólstoi, L. (1982). *La muerte de Iván Ilich y otros relatos*. Barcelona, España: Orbis.
- Unamuno, M. de (1967). *La agonía del cristianismo. Mi religión y otros ensayos*. Madrid, España: Plenitud.
- Unamuno, M. de. (1976). *Del sentimiento trágico de la vida*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Unamuno, M. de. (1990). *San Manuel Bueno, mártir*. Madrid, España: Cátedra.
- Valdivieso Miquel, E. (1992). *El drama oculto. Buñuel, Dalí, Falla, García Lorca y Sánchez Mejías*. Madrid, España: Ediciones de la Torre.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid, España: Pirámide.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Yalom, I. D. (2008). *Mirar al sol. La superación del miedo a la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Emecé.

MANUEL VILLEGAS

EL PROCESO DE
CONVERTIRSE EN
PERSONA AUTÓNOMA



Herder

CUANDO SE DEJA DE HACER PIE NOTAS SOBRE CULTURA MODERNA, CRISIS DE SENTIDO VITAL Y PSICOPATOLOGÍA

WHEN THE GROUND CANNOT BE TOUCH AN OUTLINE OF MODERN CULTURE, CRISIS OF MEANING OF LIFE AND PSYCHOPATHOLOGY

Juan García-Haro⁽¹⁾, Henar García-Pascual⁽²⁾ y Marta González González⁽³⁾

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España

1) FEA Psicología Clínica. Centro de Salud Mental de Adultos. Pola de Siero. Asturias

2) Enfermera Especialista en Salud Mental

3) Psicóloga Interna Residente

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Cuando se deja de hacer pie. Notas sobre cultura moderna, crisis de sentido vital y psicopatología. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 147-167.

Resumen

Tras la desvalorización de los sistemas tradicionales de significado en el mundo occidental, ¿qué sentido dan las personas a sus vidas cotidianas y al sufrimiento que sienten en respuesta a situaciones límite? El objetivo de este artículo es analizar la crisis de sentido en la cultura moderna y sus implicaciones psicopatológicas. Para ello se divide el trabajo en cuatro partes. En la primera parte se presentan algunos de los factores culturales que más han influido en la situación actual de crisis de sentido. En la segunda parte se describe esta crisis en términos de tránsito de vivir en una cultura de la culpa a vivir en una cultura de la ansiedad y la incertidumbre. En la tercera parte se analizan las consecuencias clínicas que tiene dicho tránsito en la subjetividad y en la conducta. Por último, en la cuarta parte de este artículo, se discuten diferentes mecanismos para soslayar la ansiedad frente al sufrimiento inevitable y la falta de sentido vital. Se concluye que la falta de sentido vital puede estar en la base clínica común de numerosas modalidades de disfunción psíquica.

Palabras clave: *psicopatología, psicología existencial, sentido de la vida.*

Abstract

After the devaluation of the traditional systems of axiological meaning in the Western world, one question arises: what meaning do people give to their daily lives and to the suffering that they felt in response to limit-situations? The aim of this article is to analyze the crisis of sense in the modern culture and its psychopathological implications. For it, the work is divided in four parts. The first part presents some of the cultural factors that have most influenced the current situation of crisis of sense. In the second part this crisis is described in terms of transit from living in a culture of the guilt to living in a culture of the anxiety and the uncertainty. In the third part we analyze the clinical consequences that this change has in subjectivity and the behavior. Finally, in the fourth part, different mechanisms to avoid the anxiety in response to the suffering and the lack of vital sense are discussed. We conclude that the lack of vital sense may be in common clinical base of numerous forms of mental dysfunction.

Keywords: *psychopathology, existential psychology, meaning of life.*

Fecha de recepción: 30 de noviembre de 2017. Fecha de aceptación: 16 de enero de 2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: juanmanuel.garciah@sespa.es

Dirección postal: C/ Alonso Ojeda, 9, 6º B. 33208 Gijón, Asturias. España

© 2018 Revista de Psicoterapia



Uno tiene la angustia, la desesperación de no saber qué hacer con la vida, de no tener un plan, de encontrarse perdido, sin brújula, sin luz adonde dirigirse. ¿Qué se hace con la vida? ¿Qué dirección se le da?

(El árbol de la ciencia, P. Baroja, 1984, p. 125).

“¿Cuál es el sentido de mi vida? Ninguno”. O bien: “¿Qué resultará de mi vida? Nada”. O bien: “¿Por qué existe todo lo que existe y por qué existo yo? Porque existimos”.

(Confesión, Lev Tolstói, 2011, p. 54).

Sentimos que aun cuando todas las posibles cuestiones científicas hayan recibido respuesta, nuestros problemas vitales todavía no se han rozado en lo más mínimo.

(Tractatus logico-philosophicus, L. Wittgenstein, 2012, p. 144).

INTRODUCCIÓN

Si algo permanece invariable en la vida cotidiana de las personas es la preocupación por el sufrimiento (y la felicidad) y la pregunta por el sentido de la vida. Se trata sin duda de viejas cuestiones filosóficas y religiosas, pero también mundanas y existenciales. Sólo una conciencia zarandeada, esto es, sin ninguna densidad de sujeto, atraviesa la vida sin hacerse estas preguntas básicas.

Desde una perspectiva filosófica se han ensayado diferentes respuestas. El nihilismo (Nietzsche) y el existencialismo (Sartre) cancelan cualquier posibilidad de sentido vital que no sea una entrega a la vida mundana y la libertad. Por otro lado, se ha cuestionado el *sin sentido* o *contra sentido* de la misma pregunta. Así, para la filosofía analítica la pregunta por el sentido de la vida representaría un intento inútil de sobrepasar los límites del lenguaje (véase aquí la filosofía del primer Wittgenstein, 2007, 2012). Desde el punto de vista religioso, se ha colocado a Dios y al mundo del más allá detrás del sentido último y justificación de la vida (véase el islam, el judaísmo y el cristianismo).

Pero aunque se considere que la pregunta es un sin-sentido (filosofía analítica), lo cierto es que tenemos que contar con ella, “porque queramos o no, *está ahí*, existe, re-siste” (Ortega, 1972, p. 64). Además, su modo de estar ahí es particular, pues está sin hacer, y la persona sumergida en su tráfigo, lidiando con ella, teniendo que decidir instante a instante qué hacer con su vida, aunque solo fuera para querer salir de ella. Se quiera o no, la vida (también la muerte) es una tarea, un problema a resolver; “la vida –dice Ortega– es quehacer, ¡y da mucho quehacer!” (Ortega, 1980, p. 98). Y lo más importante: no vale hacer cualquier cosa, sino que hay que elegir adecuadamente.

Existen diferentes usos o acepciones de los términos “sentido” y “vida”. En relación al “sentido” tendríamos: el sentido de los órganos sensoriales, el sentido como cada una de las dos posibilidades que puede tomar un objeto en una dirección determinada, el sentido aplicado a una acción, un sueño, un texto, etc. Sobre el término “vida”: tendríamos la vida orgánica por un lado y la vida humana (Ortega)

por otro (sin perjuicio de que esta última sea también vida orgánica). Ambas acepciones del término vida se pueden relacionar. Desde un punto de vista reduccionista la vida humana se podría reducir a categorías de la vida orgánica (científicamente acotadas) pero eso sí, a costa de perder la existencia y la significatividad biográfica. Dentro de la acepción “vida humana” que es la que aquí interesa tendríamos: la vida individual (el sentido de mi vida concreta o de una existencia biográfica particular), la vida de un grupo social (el sentido de una secta, un colectivo profesional, una ciudad, etc.) o incluso la vida de la humanidad entera (el sentido de la vida).

En este trabajo utilizamos la acepción “sentido” como “dirección o propósito” y la acepción de “vida” como “vida humana individual” (la de cada cual), pues es la realidad primaria o realidad radical vivida, la única en la que todo acontece; pues las demás son solo abstracciones (Ortega, 1972).

Por lo que aquí respecta, que es el análisis psico(pato)lógico y clínico, interesa la preocupación mundana y sobretodo individual y personal, vale decir íntima e intransferible, por el sentido –dirección o propósito– de la vida; la de cada persona, la mía, la tuya, la de él, la de ella. Vale aquí el dicho: *No me interesa el sentido de la vida, es el sentido de mi vida lo que me preocupa*. Como decía Unamuno: “Nada es más universal que lo individual” (Unamuno, 2011, pp. 29-30).

Con lo dicho hasta ahora no se quiere transmitir la idea de que la preocupación mundana por y búsqueda de un sentido vital sea la expresión de una necesidad antropológica-universal del ser humano, ni que la actitud contenida en el dicho *no vale la pena vivir sin dirección o propósito*, sea una cuestión eterna, pero sí que en las sociedades modernas mucha gente vive angustiada por la falta de un sentido o proyecto de vida, sobre todo (aunque no sólo) en momentos de crisis y sufrimiento trágico. Efectivamente, *sin sentido, la vida es como un barco a la deriva y las horas pasan sin un hilo conductor*.

En contra de quienes piensan que se aborda aquí un tema metafísico sin relevancia para la clínica psicopatológica y la psicoterapia, se podría decir aquello de que no hay nada más práctico que tener un sentido –dirección o propósito– vital. Quién se pregunta por el sentido de su vida, pone su propia vida ordinaria en juego. De cómo resuelva o elabore el sujeto esta cuestión, pensamos que dependerá en gran medida su bienestar psicológico o su estado de salud mental (también su felicidad).

¿Qué hacemos frente al sufrimiento y la falta de sentido vital?

El objetivo de este artículo es analizar la crisis de sentido en la cultura moderna y sus implicaciones psicopatológicas. Para ello se divide el trabajo en cuatro partes. En la primera parte se presentan algunos de los factores culturales que más han influido en la situación actual de crisis de sentido. En la segunda parte se describe esta crisis en términos de tránsito de vivir en una cultura de la culpa a vivir en una cultura de la ansiedad y la incertidumbre. En la tercera parte se analizan las consecuencias clínicas que tiene dicho tránsito en la subjetividad y en la conducta.

Por último, en la cuarta parte de este artículo, se discuten diferentes mecanismos para soslayar la ansiedad frente al sufrimiento inevitable y la falta de sentido vital. Finalmente se cierra el trabajo con algunas de las principales conclusiones. No se trata de dar respuestas acabadas sino inducir a la reflexión en torno a cuestiones mundanas que como aguas subterráneas corren bajo el suelo kárstico de la condición humana y la clínica moderna.

ALGUNAS CUESTIONES TEÓRICAS SOBRE LA CRISIS DE SENTIDO VITAL

A finales del siglo XIX se produce una crisis de los grandes sistemas de verdades-valores propios de la cultura occidental. Esta crisis resulta de la confluencia de varios elementos culturales que funcionan paralelamente.

1. En filosofía a finales del siglo XIX y principios del XX se habla de la *muerte de Dios* (garante o fundamento metafísico del orden axiológico-moral vigente hasta entonces en la cultura occidental), de *nihilismo* (disolución de la fe en los valores supremos, desorientación radical y pérdida de sentido en la existencia), de decadencia de la religión y moral cristianas (Nietzsche, 1988, 1990a, 1990b, 2015).

2. En sociología, M. Weber en la primera década del siglo XX advertía del peligro del proceso de burocratización creciente de la vida social en las sociedades occidentales (Weber, 1992). Este proceso de burocratización corría paralelo al avance de una racionalización de la vida cotidiana según una racionalidad medios-fines, también llamada científico-técnica o *instrumental* según la célebre expresión de la Escuela de Fráncfort y la Teoría Crítica (Horkheimer, 2002; Horkheimer y Adorno, 2009). Esta racionalidad medios-fines estaría más interesada en los procedimientos que hacen eficaz y exitoso un asunto que en el asunto mismo. Aquí la razón deviene instrumento al servicio de la lógica del poder y la dominación. El avance de esta racionalidad en las sociedades modernas dará como resultado la pérdida de toda significatividad del mundo y al mismo tiempo un abandono de la creencia de que la ciencia y la técnica iluminarán el sentido del mundo. A esto lo denominaba Weber “desencantamiento del mundo” (Weber, 1992). En esta misma línea crítica, aunque con un tono mucho más pasional, cabe situar la postura de Unamuno (1976), que ya a principios del siglo XX decía que la razón mata a la vida. Este proceso de modernización-burocratización tendría su reflejo en el tránsito de una *ética de la intención o de la convicción* a una *ética de la responsabilidad* (Weber, 1992). Como se sabe, mientras la primera ética entiende que determinadas acciones tienen que ser realizadas/evitadas por su valor intrínseco sin atender a las consecuencias (racionalidad con arreglo a valores, cuyo polo negativo sería el dogmatismo y el totalitarismo), la segunda entiende que el valor de las acciones está en sus resultados (racionalidad con arreglo a fines, cuyo polo negativo sería el pragmatismo y el conformismo). En la actualidad predomina una racionalidad instrumental basada únicamente en la anticipación y cálculo de resultados más que en una reflexión sobre el valor de los fines y los proyectos vitales (individuales o

colectivos) a cuyo servicio debieran ponerse los medios y a la luz de los cuales debieran cobrar sentido. Entre paréntesis interesaría señalar que a la *ética de la responsabilidad* le convendría mejor el nombre de *ética de las consecuencias* pues pareciera que la primera, la ética de la intención, es una ética no-responsable y que la segunda no estuviera basada en ningún principio axiológico, como de hecho es el ideal de la eficacia.

3. La ciencia positivista, queriendo abarcar la inteligencia de la totalidad del universo, paradójicamente, es impotente para dar una solución a los asuntos humanos que de verdad importan. Es la crisis moderna de las ciencias que sepulta el misterio del “mundo de la vida”, bajo una ingente colección de hechos científicos. Por decirlo con la terminología del “último Husserl” (1935-1937), el de *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental* (Husserl, 1991), a finales de la modernidad el “mundo de la vida” (*Lebenswelt*) queda recubierto por el manto del “mundo de la ciencia”. Para la ciencia positivista la cuestión del sentido y valores vitales no entra en consideración. Esta crisis de las ciencias (crisis epistemológica) significará una crisis antropológica que se expresa en la incertidumbre sobre qué somos y para qué somos. Un ejemplo de esta pérdida de significatividad antropológica de la ciencia lo encontramos en el libro del fundador de la Sociobiología, E. O. Wilson (2016) *El sentido de la existencia humana* pues si bien su título apunta al “sentido” su contenido no es más que una colección de “hechos” científicos.

4. Según la sociología posmoderna, la crisis y búsqueda de sentido se agudiza en la llamada *modernidad líquida*. En esta todo cambia vertiginosamente y no hay amarras en las que situar la confianza y la seguridad (Bauman, 2017). Más si cabe para quienes hacen su vida en estos tiempos de cultura digital o de la hipertecnología de Internet (Pérez Tapias, 2003) y donde “cada vez se espera más de la tecnología y menos de nosotros mismos” (Miró, 2017, p. 52). La modernidad líquida es un tiempo sin certezas, donde las relaciones humanas son transitorias y volátiles, libres de compromisos, y donde los relatos colectivos que otorgaban sentido a la historia y a las vidas individuales han perdido su densidad y cohesión.

DE LA CULTURA DE LA CULPA A LA CULTURA DE LA ANSIEDAD Y LA INCERTIDUMBRE

Si a escala individual los significados personales influyen en la aparición de unas u otras emociones, a escala social los diferentes sistemas culturales modelan también las emociones, pero no sólo en un sentido superficial, afectando sólo a la tendencia a sentir con mayor/menor probabilidad una u otra emoción, sino en sentido fuerte, sustancial, vale decir ontológico, en el sentido de que la realidad y la concepción que tenemos de las emociones; su vivencia fenomenológica, su significado, su modo de expresión y de gestión, etc., es diferente en cada cultura y momento socio-histórico.

La cultura es fundamental no sólo para la comprensión del funcionamiento

psicológico humano (véase la teoría histórico-cultural de Vygotski), sino también para la comprensión clínica del malestar psíquico y sus disfunciones. Esto sería así porque la “cultura” designa el mundo humano cuajado o sedimentado de significados, valores, usos y costumbres históricamente contruidos y compartidos por los miembros de una misma sociedad. Este mundo humano informaría acerca de cómo connotar y tratar (normativamente) con las cosas. La cultura así concebida construye y modela la experiencia vivida y la subjetividad. Por otro lado, la sedimentación u objetivación de significados, usos y costumbres en una determinada sociedad sería un resultado al que se llega a través de procesos acumulativos complejos de negociación y construcción sociales y personales (Berger y Luckmann, 2006; Gergen y Gergen, 2011; Hacking, 2001).

De especial interés para la comprensión de la clínica moderna resulta la cuestión de la interpretación socio-histórica del sufrimiento humano. Desde una perspectiva llamada *psicología cultural-existencial* (Sullivan 2013, 2016), se afirma que la cultura es al mismo tiempo una fuente de amenazas y de soluciones a tales amenazas. Daniel Sullivan plantea dos hipótesis que serían interesantes respecto a lo que aquí concierne. En primer lugar afirma que las sociedades con alta carga en cultura religiosa presentan una mayor tendencia de sus miembros a sentir culpa, mientras que las sociedades más secularizadas se asocian a una mayor tendencia a sentir ansiedad e incertidumbre. En segundo lugar afirma que las sociedades colectivistas en comparación con las sociedades individualistas presentan la misma tendencia. Estas hipótesis surgen de los trabajos de Nietzsche sobre la desvalorización de los sistemas tradicionales de significado axiológico y de Weber sobre el problema de la teodicea. En términos sociológicos las teodiceas son discursos religiosos que intentan justificar y explicar la imperfección del mundo, esto es, situaciones marginales límites, como el problema del mal, el sufrimiento, la injusticia o de la muerte. Son intentos desde la teología de entender los sucesos negativos que inciden y amenazan el sentido de la vida. Weber diferenció tres grandes teodiceas: la doctrina de la predestinación, la dualista y la del karma. También habló de dos modalidades de salvación: el ascetismo intramundano y el misticismo contemplativo (Weber, 2014).

Pues bien, a juicio de Sullivan, los trabajos de Nietzsche y Weber sobre la cultura moderna (quedarían fuera de su análisis otros dos colosos de la crítica moderna como son Marx y Freud), vienen a sugerir el hecho de que los sistemas culturales cumplen un rol de protección/potenciación de ciertas emociones, como son por ejemplo la ansiedad y la culpa. Estas dos emociones podrían llamarse “existenciales” en el sentido de que surgen cuando algún valor esencial para la existencia de la persona resulta cuestionado por sucesos trágicos (Sullivan, 2013, 2016). La muerte, los sucesos traumáticos, la vejez, etc., serían situaciones que pueden activar estas emociones. Si se mira bien, todos estos sucesos tienen en común el hecho de escapar en más/menos al control personal. Ante ellos cabe decidir qué sentido darle y qué disposición vital tomar. Como dijo J-P. Sartre: *el*

hombre ha de hacer algo con lo que han hecho de él. Añádase ahora lo siguiente: y será en cierto sentido o grado lo que elija hacer con sus condiciones fácticas. Esta sería la dimensión electiva de la libertad personal.

Aquellos sistemas culturales que promueven una interpretación del sufrimiento como consecuencia de una falta moral (locus de control interno) enfrentan a las personas a temas de culpa. Esta sería la tesis de fondo de la teodicea cristiana del pecado original, pues entiende que allí donde hay sufrimiento debe haber maldad y culpa (véase san Agustín), pues Dios no permitiría el sufrimiento allí donde no hubiera una falta anterior. Esta relación pecado-sufrimiento puede verse por lo demás en los mitos religiosos (véase el relato bíblico del paraíso; el pecado de Adán y Eva fue el origen el sufrimiento que hay en el mundo y la causa de que exista la muerte). En cambio, las culturas que promueven una interpretación del sufrimiento como consecuencia de fuerzas ajenas que escapan al control personal (locus de control externo) tienden a enfrentar a las personas a la ansiedad y la incertidumbre en respuesta a sucesos negativos (Sullivan, 2013, 2016).

Pues bien, con la desvalorización de los sistemas tradicionales de significado en el mundo occidental, y la emergencia triunfante del discurso científico, se verifica que el poder de estos sistemas para guiar la vida de los individuos e inducir emociones autoconscientes tales como la culpa o la vergüenza, disminuye. Se podría decir que la carencia de un sistema tradicional de legitimación de valores se asocia con las vivencias de culpa/indignidad en un sentido lineal: esto es, a menor proporción de *mundo verdadero* (Nietzsche, 2015) o de *significado cósmico* (Yalom, 1984), o de *cultura religiosa* (Sullivan, 2013, 2016), menor probabilidad de sentir culpa/indignidad ante una conducta indebida o ante una falta moral. Como dijo Nietzsche (2015), muerta la verdad metafísica (platónico-cristiana), no hay lugar para la penitencia, el resentimiento o la culpa. Esta idea la sintetiza Dostoievski en la famosa frase de *Los hermanos Karamázov: Si Dios no existe, todo está permitido* (Dostoyevski, 2015). Siguiendo en el contexto literario, se podría tomar al personaje Raskólnikov en la obra de Dostoievski (2012) *Crimen y castigo* de finales del XIX como el último gran representante de la culpa moral, ligada ésta a la transgresión de normas de los sistemas tradicionales de valores de Occidente y a una subjetividad aún nucleada en torno a la vivencia conflictiva de culpa-pecado o falta personal. Permítase situar aquí junto a este personaje ruso a Ana Ozores de la novela *La Regenta* (Alas Clarín, 2006) cuyos núcleos culpógenos, si bien enmarcados en una personalidad histérica, son también notables. Por tanto, se perfilarían en la cultura moderna dos emociones nucleares contrapuestas: la culpa-moral y la ansiedad-existencial.

El tema de la angustia existencial ante la vida es una constante en la literatura y el arte del siglo XX y de lo que llevamos de XXI. En el contexto literario se aprecia en los conflictos de los personajes de las novelas de Kafka, Camus, Sartre o Beckett. También entre las novelas de Miguel de Unamuno o Pio de Baroja. La crisis de identidad en la cultura moderna es la especialidad del novelista M. Frisch. En el

teatro se destacará a Brecht. En el mundo del cine cabría destacar las películas de Bergman, Antonioni, Tarkovsky, y más recientemente de Andersson, Kaurismäki, Kawase o Malick. En la poesía, Rainer Maria Rilke, llamado a veces “el poeta de la muerte” y Pessoa ocuparían un lugar destacado. Esta angustia y la incitación a vivir el presente (el aquí y ahora) sería también la que espoleta la poesía del persa Omar Jayyam allá en los siglos XI y XII (Jayyam, 2007).

Lo que viene a plantear Sullivan es el paso de una cultura de la culpa a una cultura de la ansiedad y la incertidumbre en nuestras sociedades occidentales (menos religiosas y más individualistas). En esto sigue la senda de Dodds (1983) que también describe en la antigua Grecia el paso de una cultura de la vergüenza a una cultura de la culpa. Ahora bien, dicho tránsito no ha de verse en términos absolutos. Que en el presente la ansiedad esté desplazando a la culpa no quiere decir que la vivencia conflictiva de la culpa, e incluso otras emociones (vergüenza, rivalidad, odio, envidia) no estén presentes, aquí y ahora, a escala individual-biográfica en más/menos en nuestras vidas. Como es evidente, no se trataría de una cuestión de exclusión sino de dominancia cultural.

Desde un punto de vista clínico cabría hipotetizar que una *cultura de la culpa*, con sus nociones básicas (norma, transgresión, conflicto, remordimiento, conciencia moral, temor al castigo, reparación, perdón, etc.), y con el tipo de subjetividad que en torno a ella se configura, será caldo de cultivo o sustrato valorativo para el desarrollo de determinadas manifestaciones clínicas de malestar o disfunción psíquica. Entre estas se podrían situar los síntomas y trastornos obsesivo-compulsivos, depresivos, histéricos y las conductas suicidas. En el otro extremo, una *cultura de la ansiedad y la incertidumbre* será caldo de cultivo para el desarrollo de sentimientos de indefensión, trastornos de ansiedad, estrés postraumático y acaso procesos paranoides. A efectos clínicos, la consecuencia de lo anterior sería un aumento de las ansiedades persecutorias en detrimento de las vivencias conflictivas de culpa/indignidad. Efectivamente, *en salud mental y en la clínica psicoterapéutica de hoy en día se verifica un aumento de las vivencias de sentirse amenazado-atacado por el otro, a quién en la distribución de posiciones de poder se coloca en la casilla de objeto malo-perseguidor, en detrimento de las de sentirse culpable o apesadumbrado ante el tribunal (metáfora kantiana) de la propia conciencia.*

Se preguntará el lector: ¿qué relación clínica hay entre el ocaso de la cultura de la culpa y los síntomas paranoides? A modo de hipótesis se ensaya la siguiente respuesta. Ante el declinar de las teodiceas, cuando ocurre algo que nos hace sufrir intensamente, nos viene la pregunta: ¿*por qué a mí?* Entonces nos asalta inmediatamente la idea de que el otro (no ya Dios como sucedía en otras épocas, véase la historia de Job) es la causa (tiene la culpa) de nuestra desgracia. Esta idea puede ser pasajera o quedarse por el contrario instalada en la mente. Si el sujeto la cultiva cognitiva-verbalmente en su espacio íntimo ocurrirá que tras la condena acusatoria y destructiva que el yo dirige al otro, éste acabe adquiriendo elementos de temor amenazante y retaliativos. Sería algo así como *porque deseé la destrucción de X,*

temo ahora el retorno de su venganza.

Estamos ante la dialéctica *locus de control interno frente a externo* como explicación del fracaso y del sufrimiento psicológico-vital. De acuerdo a las consideraciones culturales de Sullivan, se plantea que en las sociedades que saturan menos en *cultura religiosa* muchas personas tienden a interpretar el sufrimiento, sobre todo cuando este es inesperado (véase un accidente o un trauma), como causado por el otro humano o la fatalidad. Es decir, que la culpa en tiempos seculares-modernos se carga menos en la maltrecha mochila de la conciencia como se hacía antes, mientras tendería a proyectarse y a colgarse en la percha de la intencionalidad (las malas intenciones) del otro, a quién se considera ahora responsable de la desgracia vivida. La consecuencia inmediata será un alivio de la culpa que se paga con la vivencia de sentirse dañado o perjudicado por los otros (temor paranoide). En el otro extremo, si no se encuentra a nadie a quién cargar la culpa se corre el riesgo de caer en la indefensión, la fatalidad y acaso del estrés postraumático. El resultado es que cada vez es menos probable que el sujeto intente explicar el sufrimiento inesperado y los sucesos negativos de su vida como una consecuencia de una falta o culpa moral. Frente a la pérdida de densidad de la culpa en la regulación de la vida cotidiana, emerge la angustia, la desazón, la duda, la perplejidad, la preocupación, la inseguridad o la zozobra existencial (May, 2000). También las crisis de identidad (Berger y Luckmann, 1997).

Con todo, y sin ser contradictorio con lo planteado, se podría decir que en cierto modo se sigue viviendo en tiempos modernos en una *cultura de la culpa*. Pero no ya de una culpa asumida (culpa depresiva), sino de una culpa proyectada en otras personas. Culpa invertida. En efecto, evitar la responsabilidad personal y culpar a otras personas o a las circunstancias por el fracaso de nuestras conductas-proyectos o de nuestra situación vital está de moda. A esta cultura de la excusa que domina la sociedad actual se la ha llamado *cultura de la inocencia* (Bruckner, 2005), aunque aquí se prefiere llamarla siguiendo a Sartre *cultura de la mala fe* (Sartre, 1992, 1996).

CUANDO SE DEJA DE HACER PIE

En las sociedades modernas o posmodernas el suelo de los fundamentos últimos, de las *creencias*, por utilizar un concepto central de (la segunda navegación) de Ortega (véase *Ideas y creencias*, 1977) se tambalea bajo los pies. Los valores que regulaban-disciplinaban la vida social y moral de las personas dejan globalmente de funcionar (al menos en el espacio occidental). Estos son desplazados por valores internos, subjetivos, individuales, basados en el cálculo egoísta y la previsión del interés, en el culto al hedonismo y en la búsqueda y sobrevaloración la felicidad individual (véase Lipovetsky, 2015). Esta pérdida de los fundamentos introduce la dimensión de la ansiedad, la inseguridad, la duda, la incertidumbre, etc. Se vive en tiempos modernos con la sensación de dejar de hacer pie en tierra firme, de caer en la duda. Como dijo Ortega “En la duda se está como se está en un abismo,

es decir, cayendo. Es, pues, la negación de la estabilidad. De pronto sentimos que bajo nuestras plantas falla la firmeza terrestre y nos parece caer, caer en el vacío, sin poder valernos, sin poder hacer nada para afirmarnos, para vivir. Viene a ser como la muerte dentro de la vida, como asistir a la anulación de nuestra propia existencia” (Ortega, 1977, p. 30). “Lo dudoso es una realidad líquida donde el hombre no puede sostenerse, y cae. De aquí el “hallarse en un mar de dudas”” (Ortega, 1977, p. 31). Como dijo Heidegger: *La familiaridad cotidiana se derrumba* (Heidegger, 2006). *Desorientación vital* lo llamaba Ortega (1958). *Se tiene la amenazante sensación que inunda al montañero cuando de pronto se ve cubierto por una espesa niebla y pierde la orientación del camino.*

En este nuevo contexto cultural el sujeto navega a la deriva, sin rumbo fijo, como un Ulises sin patria, sin nada a lo que agarrarse, perdido como un náufrago en la circunstancia a la que ha sido arrojada, sin un sextante que lo oriente en el laberinto de la incertidumbre, sin faros que guíen la conducta. Se tomará prestada aquí la expresión de Ortega: “llevarse a sí mismo en vilo, sostener el propio ser” (Ortega, 1966, p. 232) para aludir a este modo de ser y estar en el mundo. “Sentimiento de naufragio” lo llamaba Ortega (véase Rodríguez, 2007). Cada persona tiene que enfrentarse a los embates de la vida sin un sistema de verdades-valores objetivo que lo oriente y consuele en la travesía existencial. Los elementos de seguridad y la confianza de las personas de las sociedades pre-modernas son desplazados por la desorientación respecto a las cuestiones fundamentales de la vida. Mientras se avanza hacia una sociedad gestionada cada vez más por la técnica y la “racionalidad instrumental” (Horkheimer, 2002), unas preguntas se hacen inevitables: *¿quién soy yo?, ¿qué hacer con mi vida?, ¿cómo debería vivir?, ¿qué metas, qué valores, qué proyectos elijo?, ¿qué hace que la vida merezca la pena?* Son preguntas que asaltan al yo y que rápidamente cada uno de nosotros y de nosotras intentamos sacudirnos. Son preguntas que nos lanza la vida; preguntas sobre valores y proyectos, y por tanto, sobre angustia y ética existencial. El mismo Tolstói estaba atrapado por esta forma de desesperación según se deduce de su *Confesión* (Tolstói, 2011). Este escrito autobiográfico representa un viaje angustioso en la búsqueda del sentido de la vida personal. Esta angustia y ética existencial se puede palpar también en la obra de Camus *El mito de Sísifo* donde el autor se pregunta si merece la pena vivir o si es mejor la opción del suicidio (Camus, 2006).

Se precisa pues un nuevo suelo cultural que reclame nuevos valores capaces de afirmar la vida, eso sí, asumiendo que no hay tierra firme que pisar ni morada metafísica o científica bajo la que resguardarse. Construir este nuevo suelo vital-cultural, de valores intramundanos, intrahistóricos, constituye la tarea de nuestro tiempo.

Como ha señalado la filósofa V. Camps (2016), lo que caracterizaría a nuestro tiempo sería ese moverse entre dos aguas turbulentas: la de la falta de convicciones firmes y la del exceso de creencias o prejuicios apasionados. Como señala Bakewell (2017), hablando del filósofo francés del siglo XVI; M. de Montaigne, famoso por

sus *Ensayos* (1984 a, b), vivir con cierta dosis de duda, perplejidad, inseguridad, incertidumbre respecto a las verdades y valores establecidos, cuestionándose todo, siendo escéptico, es una actitud necesaria para vivir serenamente. Esta es la coda del libro de Camps *Elogio de la duda* (2016). La actitud vital anterior –dice Camps– no sería incompatible con la necesidad de mantener cierto número de convicciones fuertes tales como los valores éticos consagrados culturalmente, entre ellos los de libertad, igualdad y dignidad.

En el mundo actual no hay respuestas sagradas (o no las hay sin ingenuidad) y cada persona ha de construir la suya sin que quepa transferir la solución a otro. En este sentido, el pluralismo creciente moderno ofrece un mercado de discursos (seculares y religiosos) para quienes persiguen certezas a las que anclar el barco de su existencia; o mejor, supuestas certezas socavadas todas ellas por dicho pluralismo (Berger, 2016). Con todo, sería en el ámbito del mundo de la vida cotidiana donde se realiza y tiene densidad la vida humana. El sentido estaría en la correlación orteguiana *yo/circunstancia* que es el espacio vital, social-histórico, donde se realiza la vida humana (Ortega, 1966, 1974). Esta conclusión sería contraria a la *Logoterapia* (de *logos*, significado, sentido o propósito) de V. E. Frankl (1988, 1990, 1996, 2008), conocida como la tercera escuela vienesa de psicoterapias (las dos primeras serían el psicoanálisis de Freud y la Psicología Individual de Adler), pues al mantener este autor una concepción objetivista del sentido, vale decir una visión solidificada de los valores, cree que el sentido puede y debe ser descubierto como se descubre una esencia bajo una capa de contingencia. Sin embargo, desde una óptica existencial *ya no se trataría de descubrir un sentido verdadero sino que el verdadero sentido de la vida sería el que uno construye en un contexto social-histórico determinado (mundanidad), y a menor escala, en una psico-biografía personal-intima*.

Ante esta situación de crisis cultural braceamos sin descanso para mantenernos a flote (Ortega, 1966, 1974). A fin de no desfondarnos en el intento, pensamos, construimos creencias, producimos cultura, elaboramos proyectos (individuales y colectivos). Son estos los botes salva-vidas sobre los que nos lanzamos para no hundirnos en el vacío incierto de ser. Como es evidente, ante el hecho de que la vida no nos es dada acabada, sino vacía, indeterminada, y que *vivir consiste en decidir de continuo lo que vamos a ser-hacer* (Ortega, 1966, 1974), no puede el sujeto dejar de construir y anticipar proyectos que le orienten en su travesía vital. *Se podría decir incluso que sin proyectos no hay vida humana (biográfica), aunque haya vida (biológica)*.

No hay criterios objetivos (ni inmanentes ni trascendentes) que no sean los que eligen y construyen los sujetos (individual y colectivamente). Como ya se ha dicho, la tarea de construir un sentido vital, se haría en relación dialéctica a unas circunstancias socio-históricas objetivadas (unas formas de vida culturalmente organizadas, con su inventario de problemas o tareas y su manual de soluciones sedimentadas) y a las demás personas que nos rodean pues no es posible construir

un sentido sino es en colaboración con el sentido que dan los demás. En efecto, los relatos que construimos para “dar sentido” a nuestras acciones y sucesos vitales, a nuestra vida, a nuestra identidad, a nuestra historia, están soportados o entretejidos por los relatos (lenguaje) que construyen otras personas más/menos importantes del contexto. Esto es, *los ladrillos con los que construimos materialmente el sentido de nuestras vidas son las conversaciones que tenemos con personas cercanas y significativas, aunque también con nosotros mismos*. Estas conversaciones tienen efectos reales en cuanto a modelar la experiencia vivida, de modo que más que reflejar o representar la experiencia, la configuran. La conversación terapéutica sería un espacio social moderno de construcción y re-construcción de relatos y experiencias sobre los asuntos humanos o sobre la realidad radical vivida (conflictos, dilemas, pérdidas, fracasos, trastornos, enfermedades, identidades personales, etc.). Véase en este sentido el enfoque de la *Terapia narrativa* (White, 2002, 2016; White y Epston, 1993).

ALGUNAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA CRISIS DE SENTIDO VITAL

¿Hasta qué punto la preocupación por la de pérdida o falta de sentido vital (de *frustración existencial* como lo llama Frankl) es importante en psicopatología y cuál es su papel en la génesis de las disfunciones psíquicas? En este punto apenas existe investigación empírica en Psico(pato)logía Existencial. Con todo, importa subrayar que una serie de autores procedentes del ámbito de la filosofía (Universidad de Granada) están reflexionando sobre las llamadas *patologías o enfermedades de la civilización occidental*. Estos trabajos se sitúan en el interesante nexo entre filosofía-psicopatología. Esta línea de pensamiento toma como base la analítica existencial, que como se sabe parte a su vez del análisis de los existencialistas de la ontología fundamental de Heidegger plasmados en su obra *Ser y tiempo* (Heidegger, 2006). Apuntan estos autores a que vivimos en una época de desasosiego y desconsuelo, o como lo llama Barroso Fernández, de *nihilismo neurasténico* (Barroso Fernández, 2011). Este nihilismo neurasténico sería, parafraseando a Ortega, *el sentir o el tema de nuestro tiempo* (Ortega, 1958). Los autores apuntan hacia una psicopatología y una terapia que hunde sus raíces en el magma de las prácticas socio-históricas y las formas de vida (maneras de ser y pensar) culturalmente objetivadas. Se asume que *cada época histórica tiene sus disfunciones y cada tiempo necesita su terapia*. Para una revisión de estos trabajos véase Sáez Rueda, Pérez Espigares y Hoyos Sánchez (2011) y Sáez Rueda (2009, 2015).

Las personas tienden a la búsqueda (aunque mejor sería decir “construcción”) de significados encajando los acontecimientos novedosos o incongruentes de sus vidas en un marco de referencia que le sirva de explicación. Cuando los acontecimientos vividos no se pueden encajar en esquemas previos se produce una situación de malestar e insatisfacción que irá creciendo hasta que se logre su acomodación en un patrón reconocible más amplio (aquí las nociones acomodación/asimilación

piagetianas sirven de esquema). Evidentemente, no se puede vivir en un vacío de sentido. Esto implica aceptar la perspectiva de que somos sujetos hermenéuticos, capaces de interpretar una y la *misma* situación en diferentes formas o mediante diferentes tramas de sentido (perspectivismo). *Voluntad de sentido* lo llama la Logoterapia (Frankl, 1988). Ahora bien, superada la psicología interiorista, se excusaría decir que la construcción del sentido se haría desde la actitud de estar abierto al mundo. Vale decir *mundo de la vida* (Husserl), *ser-en-el-mundo* (Heidegger), *ser-en-situación* (Jaspers) o *yo-en-la-circunstancia* (Ortega). Según este punto de vista, se reclamaría insertar los asuntos de la psicopatología en el discurrir natural y espontáneo de la vida misma, esto es, una vuelta a la *cotidianeidad* o *mundanidad* como antídoto ante la tendencia subjetivista de pensar y repensar reflexiva-mente la vida mientras se ignora la participación en el mundo, lo cual solo llevaría a la parálisis y al sin-sentido.

Desde una perspectiva histórica y psicológica, sabemos que atribuir sentido sirve para soportar el sufrimiento trágico y hacer frente a la amenaza existencial de la muerte. Decía M. Eliade, hablando de las culturas arcaicas; si se soporta es porque no es absurdo. El padecimiento sólo perturba en la medida en que su causa permanece todavía ignorada. En cuanto se descubre la causa del sufrimiento puede ser incorporado a un esquema o sistema de significado, adquiere un sentido. Muchas veces este sentido se ha nucleado en torno a la transgresión de una norma, una falta personal o una culpa religiosa (Eliade, 1972). Desde la Logoterapia, se defiende que el sufrimiento deja de ser en cierto modo sufrimiento en el momento en que se encuentra un sentido. Así pues, encontrar un andamio de sentido, una viga de explicación, ayuda a afrontar los embates de la vida y a recuperar una cierta sensación de dominio y de propósito vital. No en vano el enfoque de *formulación de casos* (Caro y Montesano, 2016) parte del supuesto de que siempre se puede buscar sentido al sufrimiento y que la tarea central del terapeuta es ayudar a las personas a crear significados que permitan soportar el sufrimiento sin sucumbir ante él.

Desde una Psico(patolo)gía Existencial se plantea una visión del sujeto humano que consiste en estar enfrentado de continuo a cierta dosis de amenaza psicológica y ansiedad existencial que resulta en última instancia, aparte de otras preocupaciones existenciales básicas como el miedo a la muerte, al enfrentamiento con el sufrimiento trágico y la falta de sentido vital. En efecto, cada persona no tiene otro remedio que estar-ahí-haciendo-algo para sostenerse en la existencia, enfrentando o achicando la falta-de-sentido que se infiltra inevitablemente por todos los poros de su ser. Este estar-ahí-haciendo-algo consiste en la activación de diferentes defensas psicológicas como es el caso entre otras de la reafirmación de una visión cultural del mundo y un determinado sentido de la vida, según propone la teoría integrada de defensa psicológica (véase Hart, 2014).

En base a las propuestas anteriores, se puede decir que la crisis de sentido es un suelo fértil sobre el que germina la ansiedad y la incertidumbre como reacciones ante el afronte de sucesos trágicos de la vida. El miedo o intolerancia a la

incertidumbre, como miedo global a lo desconocido por venir, más allá del miedo-a-la-muerte y del miedo-a-la-vida (a la tarea y responsabilidad de construir un proyecto de vida), aunque teniendo en la finitud temporal y vulnerabilidad personal su base existencial, se ha postulado también como dimensión transdiagnóstica subyacente a diferentes procesos y trastornos psicopatológicos (véase Carleton, 2016).

Esta angustia vital-mortal, hasta entonces defendida, estaría en el trasfondo de muchos de los problemas que presentan las personas que buscan ayuda profesional. No es que la angustia de la vida no existiera antes sino que al caer las defensas “hasta ahora útiles” se manifiestan las preguntas de la vida. Sucede a las defensas como a las hojas otoñales, que cuando caen dejan entrever lo que se ocultaba tras la frondosidad del bosque.

Desde la clínica existencial, Frankl ha relacionado la falta de sentido vital (*complejo de vacuidad*) con la aparición de numerosas condiciones clínicas: intentos y suicidios consumados, psicopatías, adicciones, alcoholismo, trastornos alimentarios y disfunciones sexuales (Frankl, 2008). Añádase a la anterior lista las adicciones a las nuevas tecnologías y al sexo. Como decía Frankl: *cuando hay un vacío existencial, los síntomas se apresuran a llenarlo*. Hay estudios que muestran la relación entre falta de sentido vital y desarrollo de diferentes procesos psicopatológicos (Glaw, Kable, Hazelton e Inder, 2017). Por otro lado, la relación entre *falta de sentido vital, desesperanza y suicidio* es una de la mejores establecidas en Psico(pato)logía Existencial (Gallego-Pérez y García-Alandete, 2004; García-Alandete, Gallego-Pérez y Pérez-Delgado, 2009). Aunque resulta difícil encerrar todas estas condiciones clínicas en la jaula de un único término aglutinador, proponemos aquí el término de *clínica de la falta de sentido vital* o *clínica del vacío existencial*. Nos parece un término más descriptivo y útil que el de *Neurosis* o *depresión noógena* que sería el que propuso Frankl y que a nuestro juicio estaría contaminado de connotaciones religiosas.

Antes de continuar interesa precisar dos cuestiones esenciales sobre esta *clínica de la falta de sentido vital* o *clínica del vacío existencial*.

1. La falta de sentido vital no siempre sería una condición patogénica, así sin más, ni bajo las condiciones clínicas anteriores (psicopatías, adicciones, etc.) se encontraría siempre la alfombra del vacío existencial. Dicho de otro modo: *ni todas las formas psicopatológicas derivan de un sentimiento de vacío existencial, ni a la inversa; dicha vivencia de vacío o carencia de sentido vital es en todos y cada uno de los casos, patógena* (Frankl, 1990).

2. Antes de cristalizar en un trastorno clínico al uso, el sentimiento de carencia de sentido vital cursaría desenganchándose del mundo de la vida a través de la experiencia del *aburrimiento* (falta de interés por el mundo) y de la *apatía* (ausencia de iniciativa para hacer algo o para cambiar alguna cosa en el mundo) (Frankl, 1990). Según lo anterior y ahora desde el punto de vista preventivo, convendría anticiparse a tomar estas dos experiencias (de aburrimiento y apatía) como mani-

festaciones de una pérdida de valores o crisis de sentido vital en ciernes. Traducido al lenguaje médico: como signos de alarma de la “incubación” de un trastorno mental.

Pues bien, ante esta angustia de la falta de sentido, las personas pondrán en marcha diferentes estrategias de afrontamiento ante la misma. Estas serán histórico-culturales en tanto que objetivadas en una sociedad determinada. Pero también individuales en base a la historia biográfica de cada persona. Más con independencia de si son histórico-culturales o individuales, cada sujeto ha de hacerlas suyas; esto es, convencerse personalmente de su utilidad.

Ante este panorama en el que los “individuos zozobran en mares tormentosos y no tienen postes de amarraduras, boyas o faros de los que puedan depender” (May, 2000, p. 161), ¿qué soluciones se han intentado?

ALGUNOS INTENTOS DE SOLUCIÓN FRENTE A LA FALTA DE SENTIDO VITAL

1. Desde una perspectiva sociológica tenemos la propuesta de la *deseccularización de la conciencia* (Berger) que Martín Huete interpreta en términos de *teologización de la conciencia* (Martín Huete, 2010). Consiste básicamente en reinstaurar el *nomos religioso* y sus nociones nucleares (lo sobrenatural, la trascendencia, la teodicea, etc.) que el proceso de *modernización-secularización* eliminó de las estructuras sociales de sentido. Se apuesta por la instauración de una nueva cosmovisión que, desde la legitimación, aporte a las personas un consuelo existencial y moral frente al fracaso de las cosmovisiones seculares modernas. Este intento de solución llamado *teologización de la conciencia* merece en nuestra opinión una valoración radicalmente negativa pues supone una vuelta a la metafísica platónico-religiosa.

Sea como sea, cabe hacerse la pregunta: ¿a qué se debe tanto éxito del discurso religioso? La respuesta que dio Freud en 1927 en *El porvenir de una ilusión* nos parece que sigue siendo válida en nuestros días. Dijo lo siguiente: “Pero la indefensión de los hombres continúa, y con ello perdura su necesidad de una protección paternal y perduran los dioses, a los cuales se sigue atribuyendo una triple función: espantar los terrores de la Naturaleza, conciliar al hombre con la crueldad del destino, especialmente tal y como se manifiesta en la muerte, y compensarle de los dolores y las privaciones que la vida civilizada en común le impone” (Freud, 1974, p. 2969). En la misma línea se pronunciaba Fromm cuando analizaba la función socio-psicológica de la religión. Concluía lo siguiente: “Para resumir, la religión desempeña una función triple; para toda la humanidad, consuelo por las privaciones que impone la vida; para la gran mayoría de los hombres, estímulo para aceptar emocionalmente su situación de clase; y para la minoría dominante, alivio para los sentimientos de culpa causados por el sufrimiento de aquellos a quienes oprime” (Fromm, 1984, p. 26). Por tanto, el éxito de la religión se explicaría en base a sus múltiples funciones prácticas-vitales; esto es, ayuda a

soportar mejor la tarea de existir.

2. Sin abandonar esta línea de propuestas culturales de solución frente a la clínica del vacío existencial, se puede situar también aquí la búsqueda de refugio en las opciones políticas totalitarias de diferente signo ideológico (véase el *Miedo a la libertad* de Fromm, 1990), ahora llamadas populistas, o en las opciones religiosas fundamentalistas (Berger, 2016). A este respecto convendría señalar dos tentaciones que tiene la persona para evitar la ansiedad de la falta de sentido, ninguna de las cuales parece recomendable: *querer hacer lo que otras personas hacen* (conformismo) o *hacer lo que otras personas quieren que haga* (totalitarismo) (Frankl, 1996, 2008).

3. Otra solución, disfuncional, para llenar la sensación de vacío existencial sería la entrega a un patrón frenético de hiper-actividad. Se buscaría aquí refugio en el trabajo o en el consumo compulsivos. Aquí la compulsividad sería una defensa o antídoto contra la angustia existencial de la vida (Yalom, 1984). Este patrón de hiper-actividad ocurriría además bajo la sombra de dos condiciones: 1) una suerte de sacralización del tener frente al ser según criticó Fromm (1978), y 2) una racionalidad medios-fines según denunció la Escuela de Fráncfort y la Teoría Crítica (Horkheimer, 2002; Horkheimer y Adorno, 2009).

A modo de excursus. Consideramos que este patrón moderno de hiper-actividad tendría su antecedente histórico en el trabajo compulsivo incesante de las sectas puritanas de los siglos XVI y XVII y que según la hipótesis de M. Weber (2013) estaría a la base del capitalismo moderno. En nuestra opinión, entre las utilidades que podría haber aportando el trabajo compulsivo a los miembros de dichas sectas estaría el componente emocional de servir a amortiguar las angustias apocalípticas dominantes en la época (Delumeau, 2002) y sobre todo, la inseguridad y angustia de salvación en la que habían quedado a consecuencia del dogma calvinista de la predestinación. Este componente de disminución de la angustia vendría dado a través de la lógica de obtención de señales de tranquilidad religiosa, de saberse elegido a través del éxito material (Bericat, 2001). El trabajo incesante y el ahorro extremo funcionaron así como un antídoto frente a la angustia de la predestinación calvinista. Si se mira bien, esta solución del ascetismo intramundano contiene en su lógica un rechazo de los afectos y la sexualidad que conecta con el desplazamiento de la moral cristiana de los aspectos más corporales y mundanos de la condición humana.

4. Interesa ahora posar la atención sobre la línea de reflexión sociológica del filósofo coreano Byung-Chul Han (2012) sobre la *positivización* del mundo de comienzos del siglo XXI. Dice que en la sociedad actual se aspira a potenciar o intensificar la *positividad* del poder-hacer: hiperproducción, hiperrendimiento, hipercomunicación, hiperactividad, etc. Ante la falta de negatividad, este exceso de positividad sin límites acaba decantando en nuevas formas de violencia inmanentes al sistema mismo. “Así, el sujeto de rendimiento se abandona a la *libertad obligada* o a la *libre obligación* de maximizar el rendimiento” (Han, 2012, pp. 31-32). A esta

violencia la llama Byung-Chul Han, *neuronal*, por oposición a la violencia viral que surge del enfrentamiento con la negatividad de lo otro. Esta creciente cultura de la positividad, nucleada en torno a una especie de imperativo del rendimiento y carente de autonomía individual, genera individuos fracasados y depresivos. Bajo el epígrafe de esta violencia neuronal (aunque mejor sería llamarla emocional) sitúa una serie de condiciones psicopatológicas como la depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno límite de la personalidad y el síndrome de desgaste ocupacional, que aquí serán entendidas como precipitados clínicos de una crisis de la cultura occidental que sufre no tanto los efectos de la represión como del exceso de positividad.

Cabe situar en esta línea de *positivización* del mundo moderno al movimiento de la *Psicología Positiva*, nucleada en torno a un yo mentalista omnipotente capaz de imponerse a la materia y al mundo y curar directamente la enfermedad, atraer la riqueza y la salud y conseguir la felicidad perpetua y que decanta en una suerte de “individualismo positivo” (Cabanas Díaz y Sánchez González, 2012) y sin ningún tipo de agenda comunitaria ni compromiso ético transformador de las condiciones socio-políticas que subyacen a los conflictos y sufrimientos humanos. Esta *Psicología Positiva*, por su propia lógica (véase el imperativo cultural moderno a la felicidad perpetua), no sólo no solucionaría ningún problema psico(pato)lógico, sino que agravaría los ya existentes, y generaría además nuevos conflictos (para una revisión crítica véase Pérez Álvarez, 2012, 2013, 2014).

5. Desde una perspectiva científicista se ensaya la solución de la *naturalización o medicalización del sufrimiento vital-mundano*. Este proceso consistiría en una forma de reducción de la actividad psico(pato)lógica a realidades objetivistas biomédicas (de tipo genético, bioquímico o neuroendocrino) que arranca a finales del XIX y que decanta históricamente en la actual psiquiatría farmacológica. No desarrollamos aquí esta perspectiva pues su presentación crítica forma parte de otro trabajo (García-Haro, García-Pascual y González González, en preparación). Bastará con señalar que esta propuesta de solución fracasa estrepitosamente en su intento de evitar la angustia existencial frente al sufrimiento trágico y la falta de sentido vital. Si lo consigue, es a través del *adormecimiento químico* del sujeto psicológico.

A MODO DE CODA

El objetivo de este artículo era analizar la crisis de sentido vital en la cultura moderna y sus implicaciones clínicas. La preocupación por el sufrimiento (o la felicidad) es uno de los signos más definitorios de nuestro tiempo. Según el modo como se conciba desde el punto de vista de la cultura y del sentido de la vida, su efecto patogénico en la persona puede verse amortiguado/aumentado. Así, a lo largo de la historia, las teodiceas, y antes los mitos, eran intentos cósmico-religiosos de explicar y consolar a las personas que sufrían sucesos más/menos traumáticos asociados al sufrimiento. Sin embargo, a finales del siglo XIX se produce un

proceso de *secularización-modernización* de la sociedad occidental (Weber), que junto a la racionalidad científico-técnica creciente (Escuela de Fráncfort), decanta en una desvalorización de los sistemas tradicionales de significado axiológico (Nietzsche). Se inicia así un tiempo de crisis cultural de sentido vital que se expresará en el tránsito de una *cultura nucleada en torno a la falta personal y la culpa* a una *cultura moderna nucleada en torno a la ansiedad y la incertidumbre* (Sullivan). Desde un punto de vista psicológico caracterizaría a esta nueva cultura psicológica las vivencias de inseguridad, duda, perplejidad, desorientación, incertidumbre y ansiedad existencial en respuesta al sufrimiento y a los sucesos trágicos de la vida. Siendo así, la tarea de la vida en tiempos modernos se hace más difícil de sobrellevar. Más si cabe si se vive en tiempos *líquidos* (Bauman) y bajo el imperio de la *positivización* (Han).

Ante la crisis moderna de sentido vital: ni fundamentalismo dogmatista ni relativismo pragmatista, ni escepticismo ni irracionalismo, ni objetivismo cientificista ni subjetivismo idealista, ni conformismo ni totalitarismo, ni teologización-metafísica ni naturalización-biomédica (mecanicista) del sufrimiento. *Mientras la teologización de la conciencia diviniza el sentido del sufrimiento psicológico, la naturalización reduccionista lo cosifica, reduce el sufrimiento vital-mundano a mero síntoma de una enfermedad biológica que ha de ser yugulado farmacológicamente.* Superación crítica o dialéctica de las tensiones entre los contrarios. Esta superación tendría como consecuencia la adopción de nuevos valores inmanentes a la tarea de vivir; nuevas coordenadas existenciales para orientarse en el mundo y dar sentido a la vida y al sufrimiento trágico inevitable. En definitiva, *nuevas vigas para sostener el ser sin necesidad de invocar viejos valores trascendentes metafísicos ni falsos utopismos cientificistas que como buenos disolventes eliminan el contexto mundano de la vida personal significativa.* “¡Salvémonos en el mundo! - “¡Salvémonos en las cosas!””, decía Ortega (Ortega, 1966, p. 221). Pensamos que estas nuevas direcciones de valor y sentido han de partir de asumir como paisaje natural de nuestro tiempo la crisis de los sistemas tradicionales de significado axiológico (incluyendo aquí la crisis del positivismo científico) en el mundo actual y de colocar en el centro del escenario clínico a la persona y su condición de totalidad y su libertad-responsabilidad para lo que hace con su conducta, su yo y su vida.

En definitiva, se trataría de insertar el sufrimiento vital y los asuntos de la clínica psicopatológica en el contexto fenomenológico de la vida biográfica (mundanidad) y de las prácticas sociales y culturalmente objetivadas que le son propias (García Prada, 1988). Esto es, ensamblar la psicopatología en el entramado de las estructuras del mundo de la vida y de la existencia cotidiana (Schutz y Luckmann, 2009).

Aunque no es este el espacio para desarrollarlo, dejamos aquí señalado, a modo de advertencia para navegantes, que desde el punto de vista de la ayuda psicoterapéutica, esta *clínica de la falta de sentido vital* o *clínica del vacío*

existencial sería la manifestación clínica que trataría de abordar la Logoterapia de Frankl (1988, 1990, 1996, 2008) y la Psicoterapia Existencial de Yalom (1984, 2000, 2008). Efectivamente, el enfoque existencial de la clínica y la condición humana encajaría bien con esta petición de coordenadas epistemológicas y antropológicas.

Referencias bibliográficas

- Alas Clarín, L. (2006). *La Regenta*. Barcelona, España: Círculo de Lectores.
- Bakewell, S. (2017). *Cómo vivir. Una vida con Montaigne*. Barcelona, España: Ariel.
- Baroja, P. (1984). *El árbol de la ciencia*. Madrid, España: Alianza.
- Barroso Fernández, O. (2011). Patologías del criterio en la era de la Globalización. En L. Sáez Rueda, P. Pérez Espigares, P. e I. Hoyos Sánchez (Eds.), *Occidente enfermo. Filosofía y Patologías de la Civilización* (pp. 93-113). Alemania: Grin Verlag.
- Bauman, Z. (2017). *Modernidad líquida*. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica.
- Berger, P. L. (2016). *Los numerosos altares de la modernidad. En busca de un paradigma para la religión en una época pluralista*. Salamanca, España: Sigueme.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1997). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno*. Barcelona, España: Paidós.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (2006). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bericat, E. (2001). Max Weber o el enigma emocional del origen del capitalismo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 95, 9-36.
- Bruckner, P. (2005). *La tentación de la inocencia*. Barcelona, España: Anagrama.
- Cabanas Díaz, E. y Sánchez González, J. C. (2012). Las raíces de la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo*, 33, 172-182.
- Camps, V. (2016). *Elogio de la duda*. Barcelona, España: Arpa.
- Camus, A. (2006). *El mito de Sísifo. Ensayo sobre el absurdo*. Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43.
- Caro, C. y Montesano, A. (2016). Una mirada a la formulación de caso en psicoterapia: introducción conceptual y perspectiva de futuro. *Revista de Psicoterapia*, 27 (104), 5-22.
- Delumeau, J. (2002). *El miedo en Occidente (Siglos XIV-XVIII). Una ciudad sitiada*. Madrid, España: Taurus.
- Dodds, E. R. (1983). *Los griegos y lo irracional*. Madrid, España: Alianza.
- Dostoievski, F. M. (2012). *Crimen y castigo*. Madrid, España: Cátedra.
- Dostoyevski, F. M. (2015). *Los hermanos Karamázov*. Madrid, España: Alianza.
- Eliade, M. (1972). *El mito del eterno retorno*. Madrid, España: Alianza/Emecé.
- Frankl, V. E. (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (1990). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (1996). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2008). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona, España: Herder.
- Freud, S. (1974). El porvenir de una ilusión. En S. Freud, *Obras Completas, Tomo VIII* (pp. 2961-2992). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Fromm, E. (1978). *¿Tener o ser?* México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- Fromm, E. (1984). *El dogma de Cristo*. Barcelona, España: Paidós.
- Fromm, E. (1990). *El miedo a la libertad*. Barcelona, España: Paidós.
- Gallego-Pérez, J. F. y García-Alandete, J. (2004). Sentido en la vida y desesperanza en un grupo de estudiantes universitarios. *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 8, 49-64.
- García Prada, J. M. (1988). El "mundo de la vida" (Lebenswelt) y los niveles de la experiencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 25, 29-44.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F. y Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8, 2, 447-454.

- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (manuscrito en preparación). *Naturalización biomédica del sufrimiento vital-mundano. Una perspectiva crítica*.
- Gergen, K. J. y Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Glaw, X., Kable, A., Hazelton, M. y Inder, K. (2017). Meaning in life and meaning of life in mental health care: an integrative literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38, 3, 243-252.
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?*. Barcelona, España: Paidós.
- Häfner, H. (1962). *Vivencia de la culpa y conciencia*. Barcelona, España: Herder.
- Han, B-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona, España: Herder.
- Hart, J. (2014). Toward an integrative theory of psychological defense. *Perspectives on Psychological Science*, 9 (1), 19-39.
- Heidegger, M. (2006). *Ser y tiempo*. Madrid, España: Trotta.
- Horkheimer, M. (2002). *Crítica de la razón instrumental*. Madrid, España: Trotta.
- Horkheimer, M. y Adorno, T. W. (2009). *Dialéctica de la ilustración. Fragmentos filosóficos*. Madrid, España: Trotta.
- Husserl, E. (1991). *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Barcelona, España: Crítica.
- Jayyam, O. (2007). *Robaiyyat*. Madrid, España: Hiperión.
- Lipovetsky, G. (2015). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona, España: Anagrama.
- Martín Huete, F. (2010). Antropología teológica y teología inductiva en Peter L. Berger. La teologización de la conciencia moderna. *Veritas*, 22, 205-225.
- May, R. (2000). *El dilema del hombre. Respuestas a los problemas del amor y de la angustia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Miró, M. T. (2017). Mindfulness y el problema de la integración de las psicoterapias. *Revista de Psicoterapia*, 28 (108), 39-58.
- Montaigne, M. (1984a). *Ensayos Completos I*. Barcelona, España: Orbis.
- Montaigne, M. (1984b). *Ensayos Completos II*. Barcelona, España: Orbis.
- Nietzsche, F. (1988). *La genealogía de la moral*. Madrid, España: Alianza.
- Nietzsche, F. (1990a). *Así habló Zaratustra*. Madrid, España: Alianza.
- Nietzsche, F. (2015). *Crepúsculo de los ídolos*. Madrid, España: Alianza.
- Nietzsche, F. (1990b). *La gaya ciencia*. Madrid, España: Poesía y Prosa Popular.
- Ortega y Gasset, J. (1958). *El tema de nuestro tiempo*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1966). *¿Qué es filosofía?* Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1972). *El hombre y la gente. Tomo I*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1974). *Unas lecciones de metafísica*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1977). *Ideas y creencias*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1980). *Sobre la razón histórica*. Madrid, España: Revista de Occidente/Alianza Editorial.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid, España: Síntesis.
- Pérez Tapias, J. A. (2003). *Internautas y naufragos. La búsqueda del sentido en la cultura digital*. Madrid, España: Trotta.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). La psicología positiva: magia simpática. *Papeles del Psicólogo*, 33, 183-201.
- Pérez-Álvarez, M. (2013). La psicología positiva y sus amigos: en evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 34, 208-226.
- Rodríguez, R. (2007). Naufragio y inhospitalidad. Un apunte sobre el nivel de radicalidad de Ortega y Heidegger. En J. Lasaga, M. Márquez, J. M. Navarro y J. San Martín (Eds), *Ortega en pasado y en futuro. Medio siglo después* (pp. 135-153). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Sáez Rueda, L. (2009). *Ser errático. Una ontología crítica de la sociedad*. Madrid, España: Trotta.
- Sáez Rueda, L. (2015). *El ocaso de Occidente*. Barcelona, España: Herder.
- Sáez Rueda, L., Pérez Espigares, P. y Hoyos Sánchez, I. (Eds.). (2011). *Occidente enfermo. Filosofía y Patologías de la Civilización*. Alemania: Grin Verlag.
- Sartre, J-P. (1992). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona, España: Edhasa.
- Sartre, J-P. (1996). *El ser y la Nada. Ensayo de ontología y fenomenología*. Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Schutz, A. y Luckmann, T. (2009). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Sullivan, D. (2013). From guilt-oriented to uncertainty-oriented culture: Nietzsche and Weber on the history of theodicy. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 33, 107-124.

- Sullivan, D. (2016). *Cultural-existential psychology: the role of culture in suffering and threat*. Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- Tolstói, L. (2011). *Confesión*. Barcelona, España: Acanalado.
- Unamuno, M. de (2011). *Mi confesión*. Salamanca-Madrid, España: Sígueme-Universidad Pontificia Comillas.
- Unamuno, M. de. (1976). *Del sentimiento trágico de la vida*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Weber, M. (1992). *El político y el científico*. Madrid, España: Alianza.
- Weber, M. (2013). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Madrid, España: Akal.
- Weber, M. (2014). *Sociología de la religión*. Madrid, España: Akal.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. (2016). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- Wilson, E. O. (2016). *El sentido de la existencia humana*. Barcelona, España: Gedisa.
- Wittgenstein, L. (2007). Conferencia sobre ética. En C. Gómez (Ed.), *Doce textos fundamentales de la Ética del siglo XX* (pp. 112-122). Madrid, España: Alianza.
- Wittgenstein, L. (2012). *Tractatus logico-philosophicus*. Madrid, España: Alianza.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Yalom, I. D. (2008). *Mirar al sol. La superación del miedo a la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Emecé.

DIMISIÓN DEL YO-AGENTE COMO CONDICIÓN TRANSDIAGNÓSTICA

RESIGNATION OF SELF-AGENT AS A TRANSDIAGNOSTIC CONDITION

Juan García-Haro⁽¹⁾, Henar García-Pascual⁽²⁾ y Marta González González⁽³⁾

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España

1) FEA Psicología Clínica. Centro de Salud Mental de Adultos. Pola de Siero. Asturias

2) Enfermera Especialista en Salud Mental

3) Psicóloga Interna Residente

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Dimisión del yo-agente como condición transdiagnóstica. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 169-187.

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar el concepto de "dimisión del yo-agente" como dimensión transdiagnóstica y analizar sus implicaciones en Psico(pato)logía y Terapia Existencial. Para ello se divide el trabajo en tres partes. En la primera parte se analiza la presencia de la dimisión del yo-agente en la clínica moderna y su relación con la noción de hiper-reflexividad. En la segunda parte se comentan algunas estrategias y técnicas que permiten trabajar las condiciones de la hiper-reflexividad y dimisión del yo-agente. Por último, en la tercera parte de este artículo, se comentan los objetivos y ejes clave de la Terapia Existencial. Se concluye que la "dimisión del yo-agente" puede ser tomada como una condición clínica común inherente a la Terapia Existencial.

Palabras clave: hiper-reflexividad, psicoterapia, psicopatología, psicología existencial, transdiagnóstico.

Abstract

The aim of this article is to introduce the concept of "resignation of self-agent" as a transdiagnostic dimension and to analyze its implications in Psycho(patho)logy and Existential Therapy. For it, the work is divided in three parts. In the first part we analyze the presence of "resignation of self-agent" in the modern clinic and its relationship with the notion of hyper-reflexivity. The second part discusses some strategies and techniques that allow you to work the hyper-reflexivity and resignation of self-agent conditions. Finally, in the third part of this article, the objectives and key axis of the Existential Therapy are commented. We conclude that the "resignation of self-agent" can be taken like a common clinical condition inherent in Existential Therapy.

Keywords: hyper-reflexivity, psychotherapy, psychopathology, existential psychology, transdiagnostic.



Vuestra patria es la tierra y la nuestra la idea. El peligro que os acecha es el de ahogaros en el mundo sensual; a nosotros nos amenaza el de asfixiarnos en un recinto sin aire.

(Narciso y Goldmundo, H. Hesse, 1983, p. 44)

INTRODUCCIÓN

- A. Terapeuta: “¿Para qué te gustaría que te valiera esta consulta?”.
- B. Consultante: “No tengo ni idea, yo sólo vengo porque me han mandado”.
- C. Terapeuta: “Bien, en ese caso no hace falta que vengas; (yo te mando lo siguiente:) pide cita cuando sepas lo que quieras consultar”.
- D. Consultante:

Este breve fragmento de entrevista sirve para introducir el tema de este artículo. La respuesta del consultante está en blanco para que cada lector pueda colocar ahí lo que quiera. Con independencia de los múltiples contenidos que se puedan proyectar en D, en términos comunicacionales, se pueden reducir a dos posibilidades: una aceptación o un rechazo de la propuesta contenida en C.

Cada vez con más frecuencia asistimos en los servicios públicos de salud mental a este tipo de situaciones. Se trata sin duda de una respuesta (la B) carente de sinceridad, una impostura, pues la persona aquí se comporta *como si* ignorara, haciendo la estatua, el propósito por el que decide asistir a una consulta. Lo que dice B es: *yo soy un títere, un ganapán, hago lo que me dicen sin hacerme problema del sentido de las cosas*. Esto es, la persona se hace irresponsable de su decisión de acudir a la consulta. Hablamos de impostura porque como es evidente no es cierto que la persona no tenga una idea sobre el propósito por el que acude a consulta. Efectivamente, siempre hay objetivos y apetencias (conducta propositiva) cuando se acude a una consulta, sea la que sea. El sujeto siempre tiene metas y el sentido de una acción es el fin que el sujeto busca o encuentra con ella. Como decía Merleau-Ponty, el significado es el logro de una intención. Lo que ocurre es que unas veces las metas que orientan la ejecutividad-función de la conducta no se tienen bien inventariadas en la mente y otras veces no se está nada dispuesto a declararlas. En conclusión: no hay acto de conducta que no sea intencional. Esta afirmación pensamos que valdría como axioma en psico(pato)logía.

Frente a la hiper-reflexividad considerada como dimensión común a diferentes topografías clínicas (Pérez Álvarez, 2008, 2012, 2014), el objetivo de este artículo es presentar el concepto de “dimisión del yo-agente” como dimensión transdiagnóstica y analizar sus implicaciones en Psico(pato)logía y Terapia Existencial. Para ello se divide el trabajo en tres partes. En la primera se analiza la presencia de la dimisión del yo-agente en la clínica moderna y su relación con la noción de hiper-reflexividad. En la segunda parte se comentan algunas estrategias y técnicas que permiten trabajar las condiciones de la hiper-reflexividad y dimisión del yo-agente. Por último, en la tercera parte de este artículo, se comentan los

objetivos y ejes clave de la Terapia Existencial. Finalmente se cierra el trabajo con algunas de las principales conclusiones.

DIMISIÓN DEL YO-AGENTE

Antes de iniciar nuestro viaje a través de la “dimisión del yo-agente”, se precisa dar unas pinceladas, siquiera al modo impresionista, sobre el giro o turno transdiagnóstico en psicopatología. Se trata de ver dimensiones comunes a diversas topografías clínicas (eso sí, sin poder prescindir de categorías), esto es, procesos subyacentes compartidos implicados en el desarrollo y mantenimiento de ciertas clases de psicopatología. En esta dirección se han propuesto múltiples dimensiones desde diferentes enfoques (Pérez-Álvarez, 2017). Por lo que aquí interesa que es la perspectiva existencial podríamos situar en este giro las dos siguientes variables transdiagnósticas: la ansiedad-de-la-muerte (Iverach, Menzies y Menzies, 2014) y el miedo a la incertidumbre, entendido como miedo global a lo desconocido por venir (véase Carleton, 2016), las cuales cuentan con cierto apoyo experimental. También podríamos situar ahí, como dimensiones transdiagnósticas de base existencial, si bien más desde la “evidencia” de la clínica psicoterapéutica que desde la “evidencia” experimental, las cuatro preocupaciones existenciales básicas de la Psicoterapia Existencial de Yalom (1984, 2000, 2008). Son las siguientes: 1) la muerte (como miedo o ansiedad ante la muerte), 2) la libertad (como miedo o ansiedad ante el hecho de tomar decisiones y asumir responsabilidades sin posibilidad de transferencia), 3) el aislamiento-soledad (como la necesidad e imposibilidad de fusión y comunicación plena con otro pues existencialmente cada uno está radicalmente solo), y 4) la falta de un sentido vital (como miedo o ansiedad ante el vacío de valores y de ser y la tarea de construir un proyecto de vida). En esta línea de ver dimensiones transdiagnósticas desde la clínica existencial proponemos situar la variable “dimisión del yo-agente”.

Es una observación clínica afirmar que muchos pacientes de Salud Mental viajan (o hacen que viajan) por la vida como veletas conductuales sin rumbo fijo y sin brújula vital. Lo único que piden al clínico es que *le* apaguen el mal-estar emocional como si de pulsar un interruptor se tratase. A esta forma de ser-estar y comportarse se propone llamarla aquí, utilizando un término del filósofo existencialista J-P. Sartre, *conciencia zarandeada* (*conscience ballotée*) (véase Amorós, 2000). La persona así caracterizada se dejaría llevar pasivamente por la corriente social sin asumir que uno es agente responsable de sus acciones-decisiones, esto es, sin asumir que uno es dueño de su conducta y de la vida que hace y tiene que hacer. Sería algo así como vivir en modo piloto automático. Como una boya sin amarras que flota a la deriva, según la metáfora de Ortega (1966). Vale decir que mediante esta forma de actuar se evita *sostener el propio ser* (Ortega, 1966).

Anudada a la *conciencia zarandeada* estaría la *mala fe* (*mauvaise foi*) (Sartre, 1992, 1996). La noción de *conciencia zarandeada* es previa a la *mala fe* y en cierta

medida germen de la misma. La *mala fe* consistiría en adoptar alguna forma de determinismo, cargando la responsabilidad negativa a cuenta de la biología, los genes, la educación, la cultura, el pasado, o cualquier otra cosa que no sea el yo. La *mala fe* que aquí interesa es aquella en la que el sujeto niega su libertad de elección de posibilidades diluyéndola en la necesidad de una de ellas. Básicamente significa renunciar a asumir que uno es agente responsable de lo que hace y de su situación vital. La persona elige y al mismo tiempo dice que no está eligiendo. Vale decir que mediante la *mala fe* la persona se presenta ante los demás y ante sí mismo como estando sorprendido de ser dueño-agente de su conducta. No se trataría por lo demás de una mentira (el mentiroso y el engañado son personas diferentes) sino de un autoengaño (mentirse a sí mismo) con el objetivo de ocultarse su libertad. Este escamoteo del yo-agente nunca funciona porque no elegir es ya estar eligiendo. Dicho de otro modo; *no se puede no decidir la conducta-vida-ser*. Como diría Sartre: “el hombre está condenado a ser libre” (Sartre, 1992, p. 26). La *mala fe* sería así el formato psicológico moderno de la huida de la libertad y la responsabilidad propia y la de los demás. Intentar saltar por encima de esta verdad existencial (como intentar salir fuera de las fronteras de la cultura y de la historia) es la aporía del sujeto moderno. “Si hemos definido la situación del hombre como una elección libre, sin excusas y sin ayudas, todo hombre que se refugia detrás de la excusa de las pasiones, todo hombre que inventa un determinismo, es un hombre de mala fe” (Sartre, 1992, p. 52). En definitiva, la mala fe sería *un intento de trocar nuestra libertad en facticidad*. Hablaba Ortega de un modo de falsificar la vida que encajaría con este modelo de la mala fe que es cuando la persona “hace que hace” para precisamente no hacer de verdad, siquiera eso que está haciendo (Ortega, 1972, p. 81).

Estas dos nociones tomadas en conjunto (conciencia zarandeada y mala fe) vienen a dar cuenta de una modalidad de ser-estar en el mundo y en clínica cuyas implicaciones psico(pato)lógicas se analizan en este trabajo.

Para empezar, se manifiesta en los siguientes ejemplos (y no se agotan en los que se presentan):

1. La declaración *no me apetece hacer nada*, dicha por el paciente supuestamente depresivo, sería más un *no me apetece hacer nada con mi falta de apetencia*, o mejor aún; *un me apetece mucho hacer nada*. Es una *noluntad*. Luego se verifica que la cosa no es así (nunca lo es) y resulta que se asume ser agente para lo que conviene y veleta para lo contrario.

2. Las demandas: *quiero que no me afecten las cosas*, o, *quiero que me guste hacer lo que no me gusta*, y otras por el estilo, reflejan la impostura de quién las proclama, pues pareciera que se lleva una existencia “adánica”, esto es, a punto de estrenar, o que se toca pie por primera vez en el planeta llamado vida humana.

3. Permanecer anclado en la in-acción (quietismo) o falta de disposición, a la espera de que la solución llegue mágicamente desde afuera, p. ej., de la mano del terapeuta o de la medicación, cuando sabe el paciente por su “experiencia de vida” que eso no funciona así. La “experiencia de vida” sería un saber que se adquiere

automáticamente, “aunque no queramos”, como consecuencia de las cosas que nos pasan (Ortega, 1984, p. 27).

4. Describir la conducta-queja (ya sea zamparse media docena de pasteles, beber alcohol en exceso o zambullirse en la rumia cognitiva), *como si* fuera un suceso que *le* acontece pasivamente (síntoma) a la persona (paciente), más que como una acción que decide y se permite hacer (yo-agente). Así, para muchos pacientes que acuden a Salud Mental valdría la expresión: *no es el sujeto quién tiene las acciones, sino las conductas, aquí llamadas patológicas, las que tienen por así decir maniatado al sujeto.*

5. Tomar decisiones sin peso existencial, esto es, sin hacerse cargo de las implicaciones de las mismas y ocultándose a sí mismo ser dueño de la decisión que se ejecuta. Véase el solicitar un cambio de psiquiatra a psicólogo y solicitar al segundo una receta o asesoramiento farmacológico cuando sabe que el psicólogo no se dedica a tales menesteres.

En todos los ejemplos anteriores hay un denominador común: la renuncia a ser yo-agente de la conducta que se ejecuta. En efecto, muchos consultantes se niegan a sí mismos y a los demás la responsabilidad que tienen en su “estar haciendo cosas para las metas que dicen quieren conseguir”. Asumen una visión de sí mismos como víctimas de la *fatalidad*. Se conciben más como espectadores pasivos de su propia acción y experiencia en curso que como dueños de la misma. Ahora bien, como dijo Ortega: “Es, pues, falso decir que en la vida “deciden las circunstancias”. Al contrario: las circunstancias son el dilema, siempre nuevo, ante el cual tenemos que decidirnos. Pero el que decide es nuestro carácter” (Ortega, 1970a, p. 102). Efectivamente, las diferentes situaciones nos instan a decidir qué hacer, pero cada persona según su forma de ser, de pensar, según los diferentes valores que se tengan, actuaría de una u otra forma, y se tomarían distintas decisiones en función de esto. Es decir, ante una misma circunstancia pueden darse decisiones totalmente diferentes en función de la persona(lidad) que las toma. Lo más fácil es negar esa responsabilidad de que es uno mismo el que tiene que tomar las decisiones. Es mucho más cómodo sentarte a mirar la vida pasar y quejarse, que mirar a la vida a la cara y tomar las riendas.

Pues bien, consideramos que esta opción de renuncia no es solo una cuestión individual o personal sino que está conectada con toda una cultura clínico-institucional que explícita o implícitamente facilita o recomienda decantarse por esa opción; darse de baja del yo-agente. Véase *el proceso de naturalización biomédica del sufrimiento vital-psicológico* (García-Haro, García-Pascual y González González, en preparación). Las consecuencias son calamitosas.

Como decíamos antes, aunque se presente como dimitido, el yo-agente siempre está funcionando: esto es, no puede no funcionar y no tiene manera de deshacerse de sí. Mucho menos cuanto más lo intente. Eso sí, permanece agazapado tras los matorrales de la facticidad a la espera de una situación propicia para saltar sobre su presa, tal como hacen algunos pacientes de Salud Mental, que tras diluir su

libertad en los síntomas, la enfermedad o la circunstancia (objetualización del yo), al finalizar la consulta solicita una solución (*¿y qué puedo hacer?*) o bien se reclama un informe que sea útil a fin de conseguir un objetivo. Se diría que *juega la persona en tiempos modernos en el tablero de la interacción social con una dupla objetual-subjetual que bascula de un polo a otro según interés*. Siendo así, la elección más importante que puede tomar una persona en la vida consistiría no tanto en elegir entre una vida auténtica-inauténtica (Heidegger) o yo auténtico-inauténtico (Ortega), sino entre una vida-yo honesta o no-honesta tanto con uno mismo como con los demás. Es decir, evitar la impostura de auto-presentarse como objetualidad en lugar de hacerlo asumiendo su condición de yo-agente.

SER-ENFERMO COMO FORMA MODERNA DE DIMISIÓN DEL YO-AGENTE

Se pregunta J. M. López Sánchez en un libro que recoge conferencias y seminarios impartidos en la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada: “¿Qué vienen buscando del médico los pacientes?” Y responde: “No está muy claro que sea siempre la salud” (López Sánchez, 2004, p. 194). A continuación cita a Von Weizsäcker y Laín Entralgo (1969) que en conjunto vienen a decir que muchas veces no se busca tanto una solución a un problema sino que el médico apunte la mala solución que ya ha sido encontrada, que no es otra que la huida del ser en la enfermedad. En efecto, algunos pacientes no acuden al médico o al psicólogo en busca de salud ni de diagnóstico preciso, sino para ser reconocidos como tales enfermos y para seguir estando enfermos con cierta seguridad vital-institucional. A falta de una identidad o un yo-proyecto mejor que haga de viga mayor para soportar la falta de sentido vital y el sufrimiento trágico, se busca refugio en el hecho de ser-un-enfermo o yo-enfermo. Esto es, se buscaría una suerte de falsificación de la vida y rigidificación del yo (Valenciano, 1978). Esta dimisión sería por lo demás voluntaria. Esto es, no se estaría hablando aquí de una interceptación de sus procesos mentales por una potencia extraña que deje al sujeto perplejo y angustiado al modo de la xenopatía esquizofrénica. Como si de una *elección fundamental u originaria* se tratase (momentos electivos clave sobre los que pivota una vida o proyecto biográfico), a partir de ahora, cultivar la enfermedad y ser conductualmente *consonante* (Festinger, 1962) con la misma, será su proyecto existencial. Esto incluye de suyo acudir como un autómatas “sin saber reflexivamente a qué, pero sabiendo ejecutivamente” a la consulta de salud mental. Así, cada vez más se constata que la persona que vive ya en la escafandra de la etiqueta diagnóstica (fusionado a la enfermedad, que no es lo mismo que tener conciencia de enfermedad), acude más desde la lógica de justificar su diagnóstico y sus implicaciones (inmovilismo, incapacidad, desvalimiento, victimismo, irresponsabilidad, etc.), que desde la lógica de querer implicarse (movilizar su libertad) en un proceso de cambio personal. Se elige ser una cosa-en-sí, que diría Sartre, que lo determina a ser y comportarse de tal o cual manera. El triunfo de esta operación subjetiva-identitaria

requiere terapeutas cómplices. En efecto, hace falta una coartada profesional, un informe, que cierre definitivamente el autoengaño. Nunca faltan profesionales dispuestos a esto. Con todo, paradójicamente, esforzarse en realizar este propósito o yo-proyecto es lo que hace del sujeto lo que es; un-ser-enfermo. Como dice Martín-Santos: “La enfermedad es ahora un autorrealizarse, la puesta en práctica de un proyecto esencial de ser: el ser-enfermo” (2004, p. 59). Además, a través de este proyecto en curso se ilumina de sentido la historia biográfica. Así, cuando un paciente recibe un diagnóstico psicopatológico, cualquier conducta del pasado se interpreta a la luz de la patología. Incluso los éxitos y logros alcanzados quedan resignificados como meros espejismos. Como dijo Martín-Santos: “El sentido del pasado queda iluminado por el proyecto que da forma a mi futuro” (Martín-Santos, 2004, p. 158). Tiene lugar una suerte de sesgo de confirmación o re-escritura patológica de la historia vital. Así, hay quienes eligen petrificar su yo-proyecto en torno a una pseudoidentidad o categoría diagnóstica cincelada en piedra: “yo soy bipolar” o “yo soy alcohólico aunque llevo veinte años sin tomar alcohol”. A nosotros nos parece que veinte años es tiempo suficiente para construir una identidad diferente.

Como decíamos antes, frente a la tarea de construir su proyecto biográfico, la persona se confronta con la angustia de la incertidumbre. Esta angustia se combate mediante la defensa de la mala fe de querer ser una cosa-en-sí, ser como “un musgo, una podredumbre o una coliflor” (Sartre, 1992, p. 18). Así, hay quienes afirman, como en la fábula de la rana y el escorpión: *hago esto porque soy así*. Estas declaraciones, siguiendo a Martín-Santos (2004), pueden significar al menos dos cosas: 1) una cierta esencialización del yo con una liberación de la responsabilidad personal y una exculpación de los actos que se puedan reputar inadecuados, y 2) una cierta fusión del yo con la conducta indeseada de modo que se borra la distancia entre sujeto y síntoma. La trampa aquí es que se quiere realizar lo que es imposible: se quiere cancelar el devenir del ser-para-sí, que está siempre en movimiento, se quiere solidificar un proceso, congelar la corriente del río de la vida-ser, con el riesgo sabido de que se quiebre el hielo en trozos bajo sus pies y acabe así el sujeto ahogado. En efecto, para cada yo del presente no hay ninguna identidad que esté ahí quieta, como una cosa ya hecha, como un cuadro colgado en un museo que pueda ser contemplado desde un cómodo sillón. Se quiera o no, el yo actual es siempre tensión y cambio de sí.

Quizás no esté de más decir que pretender derribar o rendir ese yo-proyecto disfuncional, aunque compensatorio, esa *máscara* protectora (en sentido jungiano), esa *ficción* identitaria (en sentido adleriano), esa *ortopedia del yo* (en sentido de Castilla del Pino), cuando no se dispone de una identidad mejor que ofrecer, nunca es un buen objetivo terapéutico y muchas veces causa males mayores.

Desde un punto de vista clínico y existencial, y asumiendo el riesgo de aumentar aún más la confusión de la torre de Babel del listado de condiciones transdiagnósticas en psicopatología (Pérez-Álvarez, 2017), proponemos la siguien-

te hipótesis: estos modos de ser-estar y funcionar en el mundo, podrían estar en la base común de la génesis de numerosos problemas psico(pato)lógicos. Esto es, cabría ver en las figuras sartreanas de la *conciencia zarandeada* y la *mala fe*, tomadas ahora en conjunto, una forma moderna de dimisión del yo-agente, *evitación de ser-idad*, evadir-ser dueño responsable de la conducta, yo y situación vital. Esta dimisión del yo-agente se podría tomar aquí no sólo como una defensa (al modo del concepto de *compulsividad* en Yalom, 1984), sino como una dimensión clínica común tal como ha postulado M. Pérez Álvarez para la condición de la *hiper-reflexividad* (Pérez Álvarez, 2008, 2012, 2014). En efecto, a fin de evitar la angustia inherente a la libertad-responsabilidad de decidir la vida, muchas personas prefieren desviar la mirada de su inevitable tarea y la dirigen hacia el cumplimiento de una vida-identidad ya hecha o fija o petrificada. La consecuencia sería que se alivia la de angustia de decidir la vida (*¿cómo quiero vivir?*) y de construir la identidad personal (*¿quién quiero ser?*). Como dijo Frankl: *siempre que el hombre abdica como ser libre, para ser exculpado como ser no libre queda definida la esencia de la neurosis; esto es, la renuncia de la libertad existencial en favor de la facticidad* (Frankl, 1990). Si se mira bien, muchas de las condiciones y diagnósticos psicopatológicos al uso proceden o consisten ellos mismos en modalidades de dimisión del yo-agente.

Siendo así, la ayuda terapéutica iría en la dirección de conseguir que el paciente asuma un control o dirección personal sobre las conductas que vive y llama *síntomas*, de modo que no se oculte a sí mismo la responsabilidad que tiene en la gestación y mantenimiento de las mismas o en al menos la búsqueda de soluciones. No otra cosa significa ser consciente de que *el problema es el intento de solución*, como apuntó hace años el *Mental Research Institute* de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1994; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1985). Se trataría de llevar al consultante a visualizar que tras cada acción y renuncia subyace un flujo subterráneo y continuo de responsabilidad que ha de asumir sin falsos autoengaños. Se trataría de poner de manifiesto el perfil colaborador del consultante en la construcción de la prisión en la que se siente limitado. En definitiva, *se trataría de llevar al consultante de un lamentarse hacer lo que no quiere o padece* (paciente), *a un asumir querer* (en cierto sentido o grado) *lo que se lamenta hacer o padece*. Esta sería la idea que se oculta tras la máxima terapéutica que dice: *hay que prestar siempre ayuda, pero nunca eximir de responsabilidad* (Lukas, 2003). Se volverá sobre esto al hablar de los objetivos de la Terapia Existencial.

Interesa ahora colocar sobre la mesa, siquiera brevemente, la noción de *hiper-reflexibilidad* o *autoconciencia intensificada*. La *hiper-reflexibilidad* refiere una experiencia en la que se radicaliza la oposición yo/mundo, y en la que la persona, en parte o en su totalidad, se toma a sí misma, o a su experiencia como objeto-fenómeno con el que se relaciona, más que con las cosas y seres del mundo. “La hiperreflexividad se refiere a una variedad de formas de autoconciencia intensificada en las que el sujeto se toma a sí mismo como objeto de atención, ocupación y

preocupación de una manera que puede terminar por desvincularse de su normal involucración en el mundo. En general, consiste en algún tipo de autopresencia de uno para sí mismo, tal que algún aspecto suyo se interpone en la propia relación de uno con el mundo, llegando incluso a constituir el principal campo temático y, así, todo un mundo de ocupación y preocupación” (Pérez Álvarez, 2012, p. 55). Esta autopresencia o conciencia intensificada de sí mismo puede tomar como objeto-fenómeno aspectos del ámbito privado (sentimientos, imágenes, pensamientos, etc.) como aspectos del ámbito público (apariciencia, conducta, etc.). El resultado es una dilatación o hipertrofia de la autopresencia o conciencia de sí mismo que acaba por interferir o atascar el curso natural o espontáneo de la vida.

La hiper-reflexividad no sería por lo demás una consecuencia o mera concomitancia del malestar de los “síntomas mentales” o del trastorno, sino una condición patógena que termina por constituir el trastorno mismo (Pérez-Álvarez, 2008). Esta condición patógena adopta la figura del “bucle” que convierte un problema del “mundo de la vida” en un asunto psicopatológico propio del “mundo de la ciencia”.

Según Pérez Álvarez (2012) esta *autoconciencia intensificada* caracterizaría la experiencia de la vida moderna y estaría a la base de numerosos conflictos psicológicos (desde los procesos de ansiedad-depresión hasta la esquizofrenia) configurando así una dimensión clínica común o condición patógena transdiagnóstica. En efecto, según se verifica en clínica psicoterapéutica y en la vida cotidiana, adoptar una actitud permanentemente hiper-reflexiva, más que natural, en el afronte con la vida, esto es, vivir centrado en el yo-mente más que en las tareas-mundo, tiene sus riesgos y consecuencias clínicas.

Aún así, no se trataría por lo demás de una condición psicopatológica en sí misma ni una forma de autoconciencia natural, pura o universal, sino de una decantación histórico-cultural con sus diferentes momentos y contextos de desarrollo tecnológico, donde destaca la invención de la escritura como técnica e institución social (Pérez Álvarez, 2012).

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS TERAPÉUTICAS DESDE UN PUNTO DE VISTA EXISTENCIAL

Llegados a este punto, convendría, compilando todo lo dicho, dejar aquí unas advertencias sobre el camino, aunque sea sólo a modo de hitos que orienten al senderista: 1) *un yo intensificado-atascado o un yo autocentrado-enredado en sí mismo y en sus procesos mentales y sin mundo, tal como apunta la hiper-reflexividad* (Pérez Álvarez, 2008, 2012, 2014) y 2) *un yo des-orientado y sin rumbo fijo, que navega a la deriva sin asumir ser dueño de su conducta y de su vida, y cargando la responsabilidad negativa a la facticidad, tal como apuntan en conjunto las nociones sartreanas de conciencia zarandeada y mala fe*, serían condiciones patógenas modernas de las disfunciones psíquicas. Ambas condiciones se pueden relacionar. La hiper-reflexividad o autoconciencia intensificada se podría ver como una forma de evadir-ser dueño responsable de la conducta, del yo

y de la situación vital. Esto es, a su manera, la hiper-reflexividad sería una forma de dimisión del yo-agente en su afronte dramático con la vida cotidiana. Efectivamente, y parafraseando el título de un libro de ACT (Hayes y Smith, 2013), *esquivar la vida y enredarse en la mente*, sería una buena manera de evadir-ser, dimisión de sí, evitación del proyecto vital biográfico.

Con todo, a lo largo de este artículo vamos a mantener estas dos condiciones separadas.

A continuación, se presentan algunas técnicas procedentes de la Terapia Existencial (concretamente desde la Logoterapia) y también desde ACT, que directa o indirectamente sirven a trabajar estas condiciones.

Primero. A fin de evitar la dimisión subjetual del yo-agente que se apunta en el par *conciencia zarandeada y mala fe*, la Terapia Existencial utilizaría técnicas precisas que tendrían como diana terapéutica hacer emerger del flujo subterráneo de la conducta, la responsabilidad que tiene la persona en lo que hace para conseguir o fracasar en sus metas. Valdría decir, *técnicas para pillar infraganti a la responsabilidad en su que-hacer ejecutivo clandestino*. Se trataría de que la persona se haga cargo de los autoengaños con los que viene evitando o traicionando decidir-su-vida, y, asuma la responsabilidad de cambiar lo que puede cambiar o elegir aceptar lo que hace con su conducta-yo-proyecto. En esta línea, *devolver al consultante que tiene una responsabilidad (o mejor aún: una obligación) en saber para qué quiere que le sirva la consulta a la que ha decidido voluntariamente acudir, es siempre una buena medida terapéutica*. Como es evidente, el consultante no es una hoja otoñal zarandeada por el viento. Dicho de otro modo: la ignorancia nunca puede ser premiada por el terapeuta. No es casual que en el ámbito del Derecho se advierta que “la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento”. *Cabría aquí la hipótesis de que decidir no tener ni-idea (conciencia) acerca de lo que se quiere, es un factor de riesgo en salud mental, sino es la mejor definición de estar ya viviendo en el terreno de la psicopatología*.

Sentirse responsable de la propia conducta-vida y del desarrollo de la propia persona que se quiere ser sería la meta de la Terapia Existencial. Se apreciará en seguida lo que podemos llamar “paradoja de la libertad en psicoterapia”: ¿cómo influir en el paciente que ha renunciado a la libertad de poder-ser, para que desde el espacio terapéutico pueda movilizar sus capacidades en dirección al cambio personal?

Entre estas técnicas existenciales, la Logoterapia ofrecería las siguientes:

1) La *intención paradójica*: consiste en desear precisamente lo que se teme-evita, con lo que se consigue un auto-distanciamiento de los factores desencadenantes del síntoma. Por otro lado, si uno es capaz de generar el síntoma que le aqueja, se reconoce implícitamente cierto poder-control sobre él.

A modo de paréntesis, vale decir dos cosas de esta técnica: a) tiene su raíz histórica en la psicología individual adleriana (Pérez Álvarez, 1996) la cual sería para algunos autores precursora de la Terapia Existencial (Frankl, 1990) y b) tiene

su proyección en la *prescripción del síntoma* del MRI de Palo Alto (Watzlawick et al., 1985).

Sin abandonar la intención paradójica, una manera de trabajar la discrepancia logros-metas, consistiría en desafiar al paciente instándole a querer hacer lo que sintomáticamente hace. Así, por ejemplo, a una persona que siempre carga con el trabajo de los demás (y dice que no desea hacerlo) se le diría que lo haga pensando: “Haré el trabajo porque quiero que se aprovechen de mí” (Lukas, 2005, p. 23). Esto es, se trataría de seguir la máxima: *Si no puedes hacer lo que deseas, desea hacer lo que haces*. Con esto se buscaría que el consultante choque con la discrepancia logros-metas y se pregunte por qué hace en realidad algo que no quiere.

2) Además de la intención paradójica, entre las técnicas y ejercicios que utiliza la Logoterapia para trabajar la responsabilidad está la *metáfora de la novela vital*. Se trata de que el consultante imagine que su vida es una novela y que él mismo es el protagonista. Se le dice que ha llegado a un punto final de su vida en que está redactando su propia autobiografía. Ha llegado al capítulo que trata del momento presente y que, como por arte de magia, está en sus manos efectuar correcciones y que incluso podría determinar con plena libertad lo que va a acontecer inmediatamente después... (Frankl, 1990).

Segundo. Para el yo de la *hiper-reflexividad* o *autoconciencia intensificada patógena*, encontramos también técnicas de la Logoterapia y de ACT que pueden ser útiles.

La Logoterapia ofrecería la *derreflexión* o *desreflexión*: trata de des-centrar al consultante de su síntoma o de sí mismo al tiempo que se le re-orienta hacia valores de autotranscendencia; se re-dirige la conducta hacia el proyecto de vida que ha quedado atascado en su evolución y que está a la base de la frustración o mal-logro de su existencia. Básicamente la *derreflexión* o *desreflexión* consiste en ayudar al consultante a que deje de concentrar la atención en sí mismo y sus preocupaciones, que se des-preocupe de sí y de lo que enérgicamente desea conseguir-evitar (hiperintención) porque va a contrapelo de la naturaleza de las cosas, y se comprometa con tareas de la vida que representen algún sentido o valor. En pocas palabras: desviar la atención del yo-síntoma y dirigirla hacia algo ajeno a uno mismo (hacia el mundo) y que sea digno de ser realizado. Efectivamente, lo que da sentido a “mi” vida no es el culto al yo, sino el olvido del yo; no es la relación reflexiva del yo consigo mismo (causa de numerosos nudos psicopatológicos), sino el viaje de auto-trascendencia. Según lo dicho, amplificar las capacidades de auto-trascendencia sería un objetivo logoterapéutico de gran ayuda para corregir la hiper-reflexividad.

Sorprende encontrar en ACT algunas técnicas convergentes o afines a la derreflexión y la autotranscendencia sin conciencia de dicha afinidad. Entre las técnicas de ACT, tomada ahora esta terapia por su hábito existencial (véase las afinidades entre Terapia Existencial y ACT en Pérez Álvarez, 2001), que servirían a corregir la hiper-reflexividad estarían la *defusión cognitiva* y la *aceptación*. Básicamente la defusión implica aprender a ser consciente de los propios pensa-

mientos y sentimientos en cuanto tienen lugar y verlos *como lo que son* y no como lo que dicen ser, esto es, sin responder a la literalidad de su contenido. Para ello se trabaja la perspectiva del yo-contexto que consiste en tratar de ver la experiencia interna desde fuera, desde el punto de vista de un observador (yo-contexto o yo-observador como oposición a yo-contenido o yo-conceptualizado), de modo que se pueda tomar distancia evitando así la identificación-fusión del yo con los mismos. La idea aquí es promover un sentido del yo de manera que uno experimente la conciencia como contexto en el que tiene lugar los distintos eventos internos. Como dice Pérez Álvarez (2014); “Sería un yo trascendental que hace posible los eventos privados, sin reducirse a ellos, ni tampoco fusionarse con ellos, sino que los trasciende en el tiempo y en el espacio” (Pérez Álvarez, 2014, p. 155). En definitiva: trabajar el yo-contexto ayuda a los consultantes a tomar perspectiva respecto de las experiencias hasta ahora temidas y evitadas. Ahora bien, se adoptaría la perspectiva de observador de sí mismo sólo como forma o medio de deshacer el enredo o salir del atascamiento autorreflexivo en que le aboca sus intentos rígidos de evitación-control, y así volver a la acción en el mundo y en concreto a las cosas que importan (a cada cual) en la vida.

A fin de conseguir esta perspectiva del yo como contexto se utilizan diferentes metáforas y ejercicios experienciales. Véase en este sentido la metáfora del tablero o de la pantalla de cine (Eifert y Forsyth, 2014; Hayes, Strosahl y Wilson, 2015; Wilson y Luciano, 2002). En un tablero de ajedrez, las fichas blancas serían aquellas cosas “buenas”, los aspectos positivos, pensamientos, emociones, sentimientos que nos gusta tener. Las negras serían aquello contra lo que intentamos luchar, lo que intentamos expulsar de nuestra vida, los aspectos temidos. Se pregunta al paciente quién sería él en esta hipotética situación, a lo que la mayoría de personas contestan lo mismo: las fichas blancas. Ante esto, se puede sugerir que tal vez se pueda ser el tablero que contiene tanto fichas blancas como fichas negras (ya que cada persona tiene dentro de sí misma aspectos positivos y negativos). Se le puede decir que ha estado intentando sin éxito que las blancas ganen la partida, y que otro juego posible sería mover el tablero hacia la dirección que creamos más adecuada, independientemente de qué fichas vayan ganando.

Pues bien, a través de la defusión y con la *perspectiva yo-contexto se trataría de ver la diferencia entre uno teniendo una experiencia interna y una experiencia interna teniéndolo a uno*. La defusión así considerada daría paso a la aceptación o al estar dispuesto a sentir flexiblemente y sin resistencia los eventos internos negativos que se interponen en el camino hacia valores, esto es, sin intentar modificar-evitar dichos eventos. De esta manera, dice ACT, la persona *aprende a elegir responsablemente* cómo responder a dichas experiencias internas teniendo presente si dicha elección aleja o acerca (pragmáticamente) a la persona de lo que le importa (metas de vida valiosas). Con esto se quiere decir que el consultante aprendería a elegir entre dos opciones disyuntivas: 1) dejarse enredar por el desfile de los eventos internos que culturalmente (reglas lingüísticas aprendidas) limitan

su actuación dirigida a valores o 2) caminar en dirección a valores “haciendo hueco”, o como si dijéramos; caminando bajo la lluvia.

Parece paradójico pero trabajar la *defusión cognitiva* (y el resto de elementos ACT) además de corregir la conciencia intensificada patógena o hiper-reflexividad, sirve también al aumento de la responsabilidad personal en las decisiones/acciones que se toman en el curso de la vida. Como dice ACT: *lo importante es lo que nosotros hacemos con la ansiedad* (Eifert y Forsyth, 2014). Esto nos trae a la memoria la técnica narrativa de la *externalización*. Desde cierto ángulo se podría ver incluso la defusión de ACT como una suerte de externalización narrativa donde se incita a los consultantes a reconocer que tienen la opción (libertad) de continuar sometiéndose a la influencia del problema o de *declinar la incitación a someterse* (White, 2016, p. 13). Trabajar en estos términos tiene además la ventaja de movilizar el cambio minimizando el elemento paralizante de la culpa.

Siguiendo con las técnicas de ACT que sirven a corregir la hiper-reflexividad estarían la *clarificación y compromiso con valores* (elemento considerado como la esencia del tratamiento y guía del funcionamiento de la ACT), entendidos estos más como horizontes de sentido y de compromiso, que como metas situadas en el eje temporal. A este respecto, se trataría de ayudar a los consultantes a construir y clarificar valores de vida, que en ACT son valores de identidad (*¿qué clase de persona quieres ser?, ¿qué es lo significativo y valioso de tu vida?, ¿para qué clase de vida te estás entrenando?, etc.*) para actuar en dicho horizonte de valor y sentido. Esto se haría aceptando (“haciendo hueco”) con plena conciencia los eventos privados que surjan a modo de barreras-obstáculos en el camino. Esto es, soslayando o bloqueando los intentos ineficaces o bucles fusionados de controlar-evitar los eventos internos cargados de malestar. No otra cosa serían los denominadores I (*intento de forzar algo espontáneo*) y II (*intento de dominar algo aplazándolo*) del MRI (Fisch, et al., 1994), aunque ACT no los nombre.

Muchos terapeutas después de varias sesiones de trabajo clínico descubren que los valores que quieren conseguir sus pacientes (véase *ser un buen padre, ser una pareja cariñosa, etc.*) están conectados con la persona que son, esto es, con su estilo habitual de relacionarse consigo mismo y con los demás. Pensamos que para que los valores funcionen bien como guías eficaces de conducta, para que se quieran llevar a cabo a pesar de todo, han de estar conectados con la persona que se quiere ser o identidad que se quiere conseguir. En este sentido, pensamos que los valores necesitan del apoyo de las virtudes (en sentido aristotélico). Esto quiere decir que el compromiso es un proceso y una decisión que hay que cultivar continuamente, que hay que tomar y renovar a diario, una y otra vez, hasta que se crea una disposición o hábito. Los valores sin las virtudes quedan en meras abstracciones, y no se cumplen. Las virtudes serían el sello actitudinal de los valores en la conducta cotidiana. Así, cuanto más se repiten tales conductas menos esfuerzo llevan. En este sentido, pensamos que el objetivo de la Terapia Existencial y también de ACT es ayudar en la tarea de ser la persona que uno quiere ser. Construirse-ser alguien, un

“quién”, una biografía valiosa.

Para terminar: la defusión-aceptación (que a su vez implica contacto con el presente y yo como contexto) y los valores-compromisos, son elementos complementarios en ACT; la defusión-aceptación dejaría libre el caminar en dirección a valores, cuyo horizonte da sentido a elegir implicarse terapéuticamente en la defusión-aceptación. Como dicen Páez Blarrina y Montesinos Marín (2016) y Molinero Roldán (2012), *no tendría sentido “abrir hueco” a contenidos tan dolorosos si no es porque está al servicio de los valores*. Sintéticamente dicho: “estar dispuesto a sufrir psicológicamente al servicio de los propios valores”. Siendo así, la identificación de patrones rígidos y repetidos de evitación-control de eventos internos cargados de malestar correría paralela a la tarea de clarificación de valores y compromisos con los mismos. De este modo ambos elementos estarían interconectados; los patrones rígidos dirigidos a neutralizar el malestar bloquean las acciones orientadas a valores vitales, y de la actuación dirigida a valores se espera (aunque no sea este el fin) atenuar el malestar vivencial. Si se mira bien, ACT y Logoterapia comparten un mismo terreno terapéutico; el del sentido-valores y el del malestar-sufrimiento. La diferencia está en que mientras *la Logoterapia busca un sentido (si se quiere, valores) para soportar el sufrimiento; ACT busca aceptar el sufrimiento para lograr o cumplir una vida basada en valores (si se quiere, con sentido)*.

OBJETIVOS Y EJES CLAVE DE LA TERAPIA EXISTENCIAL

Llegados a esta atalaya se precisa un breve descanso para divisar el camino recorrido. Mientras el lector posa la mirada en los verdes valles y la brisa del aire sur agita las copas de los árboles, se procede a hacer un breve resumen de los objetivos de la terapia desde el punto de vista existencial según lo dicho hasta ahora.

Serían los siguientes: 1) *favorecer la responsabilidad que tiene la persona en su situación vital y en la identidad que está construyendo a través de cada acción-decisión en el aquí y ahora*; 2) *generar y mantener el compromiso-acción con un proyecto personal de vida que lo sobrepase y evitando peregrinaciones inútiles hacia la reflexión del yo y sus contenidos*; y 3) *generar un sentido de desafío y superación ante las barreras-obstáculos que surgen en el camino, afrontando el peso de la realidad sin desfallecimientos ni autoengaños consoladores*. En este sentido, quizás no haya mejor descripción de lo que pretende la Terapia Existencial como la definición que da H. G. Gadamer de salud. Dice lo siguiente: “si bien tiene sentido preguntarse: “¿Se siente usted enfermo?”, resultaría casi ridículo que alguien preguntara a otro: “¿Se siente usted sano?” La salud no reside justamente en un sentirse-a-sí-mismo; es un ser-ahí, estar-en-el-mundo, un estar-con-la-gente, un sentirse satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida y mantenerse activo en ellos” (Gadamer, 1996. p. 128).

Pues bien, teniendo en cuenta que lo nuclear en ACT es fomentar conductas orientadas a metas-según-valores, no habría grandes dificultades para encajar ACT

en la línea existencial que aquí se considera. Frente a la metáfora del arqueólogo que excava en los niveles o capas inferiores para sacar a la luz lo que está oculto (véase la terapia psicoanalítica), se defiende aquí la metáfora terapéutica del andamiaje. Consiste en ayudar al consultante a construir un proyecto vital biográfico que tenga sentido o valor personal más allá de los éxitos puntuales. Aunque eso sí, jalonado en torno al logro de éstos. Dicho de otro modo y parafraseando a Frankl: *se propone una terapia de altura más que una terapia profunda*.

Pensamos que hay dos ejes bipolares implicados en la Terapia Existencial, aunque si se mira bien también en ACT; son los siguientes: 1) eje *acción-contemplación* (o participación-objetivación) y 2) eje *yo-mundo*. Estos ejes se toman de la distinción entre las dos formas de conciencia o vida contenidas en el capítulo “Unas gotas de fenomenología” del libro *La deshumanización del arte* (1925) (Ortega, 1970b): 1) la ejecutiva-afectiva o comprometida con la experiencia y 2) la reflexiva-objetiva aplicada sobre la vida ejecutiva, convertida esta en campo de trabajo. Esta distinción tiene a su vez su base en la distinción de Husserl entre actitud natural y actitud fenomenológica (Husserl, 1967).

Si bien apostamos por el valor terapéutico, o por así decir, por las propiedades “salutíferas” del cuadrante *participación-mundo* (orientación natural o actitud centrífuga hacia el mundo cotidiano) frente al cuadrante *contemplación-yo* (orientación reflexiva o actitud centrípeta hacia el mundo interior), lo anterior tiene sus matices, que se exponen a continuación.

Para empezar la orientación a la vida práctica cotidiana, el compromiso activo con alguna causa o valor auto-trascendente y el olvido de sí mismo pueden ser vistos como una suerte de psicoterapia natural profana o mundana; estar ocupado en el afronte de las tareas de la vida en lugar de estar arreglando asuntos de la mente. Sin embargo, este cuadrante de *participación-mundo* no siempre enlaza con un proceso terapéutico o funcional; hay excepciones: véase en este sentido el valor patogénico de estar compulsivamente ocupado en el bienestar de los demás mientras se desatiende o descuida el propio o las diferentes modalidades de impulsividad o *acting-out*. Por otro lado, si bien alineamos el cuadrante *contemplación-yo* en el polo del proceso patogénico o disfuncional (véase entrar en procesos de rumia obsesiva, preocupación, hiper-reflexividad), también tiene sus excepciones: a modo de ejemplo se señala el valor terapéutico de modalidades mundanas de autorreflexividad como el mandato delfico “conócete a ti mismo”, la meditación y el “ensimismamiento” de Ortega (1972), entendido como refugio interior que permite pensar con calma cara a forjar un nuevo proyecto, a diseñar un nuevo plan de acción o a buscar soluciones. También hay modalidades “científico-técnicas” de autorreflexividad con valor terapéutico como el “mindfulness” (ACT), la “mentalización” (Fonagy), la “consciencia reflexiva” (Fosshage) o la psicoterapia misma.

¿Entonces en qué quedamos? Se diría que la orientación centrípeta (autorreflexiva o fenomenológica) del cuadrante *contemplación-yo* de-viene

patogénica cuando se olvida de estar al servicio del “cuidado del yo” (repárese a este respecto que para Ortega la razón es un instrumento vital, de ahí el nombre de “razón vital”), aunque también pensamos que hay formas engañosas de ocuparse de uno mismo que, lejos de estar al servicio del bienestar o ser una manifestación del bienestar, ocultan temas conflictivos (tal es el caso del “cultivo del cuerpo” bajo la obsesión de conseguir una imagen ideal musculada) o encierran formas de “castigar el cuerpo” bajo la forma de dietas restrictivas, ayunos, actividad física extenuante, etc. En el otro extremo, encontramos que la orientación centrífuga (participación-mundo) de-viene disfuncional cuando se hace de espaldas a la reflexión necesaria para la resolución de problemas. Aunque quizás lo más funcional y operativo sea la flexibilidad de transitar de la autopresencia del yo para sí mismo al mundo y viceversa (Pérez Álvarez, 2012). Se trataría pues de alternar las dos actitudes principales del ser o las dos tendencias complementarias presentes en cada persona: el pensamiento y la acción. La novela de Hesse (1983) disocia estas dos actitudes y las coloca en cada uno de los personajes protagonistas de la novela del mismo nombre: Narciso y Goldmundo.

Por tanto; ni espontaneidad ciega, ni hiper-reflexividad bloqueadora. Se requieren ambos polos antagónicos y complementarios. Tensión dialéctica entre la vida como participación-compromiso y la vida como conducta reflexiva. El pensamiento es al fin y al cabo una actividad vital, acaso la más práctica. Hace posible la vida humana. Permite anticipar proyectos, resolver problemas, afrontar el mañana. Como dice Ortega, se piensa porque se está perdido en la circunstancia. Se está en la existencia sin saber qué hacer con ella para pervivir. El sujeto al vivir está siempre a lomos de alguna creencia respecto a lo que le rodea y a sí mismo. Se vive siempre desde cierto suelo de sistema de creencias. Efectivamente, no se puede vivir sin teorizar, sin construirse una orientación sobre el mundo en el que se vive. Quién no lo advierte así es que ignora la tosca teoría que le sostiene y conduce. Por eso, la conducta reflexiva es un asunto de vida (sirve para vivir), es cosa vital. Frente al “Pienso, luego existo” de Descartes, pensamos que habría que colocar más bien: “Pienso porque existo” o “porque estoy existiendo en una vida sin hacer, tengo que pensar para subsistir”. Esto es lo que Ortega llama *Razón vital*, la razón sin la cual no es posible (literalmente) la vida humana. Como ha señalado Cerezo Galán, la reflexión sería ineliminable, porque es parte sustancial de la vida; porque compone junto a la ejecutividad, su otra cara, la que mira hacia sí misma, y la que tiene que volver-se para poder ver su propia ejecutividad (Cerezo Galán, 1984). Se trata entonces de un viaje continuo de ida y vuelta entre el yo-ejecutivo y el yo-reflexivo. El yo-reflexivo aquí serviría no ya para mermar o bloquear la vida espontánea-natural (lo cual es un riesgo cuando se hipertrofia la autopresencia) sino precisamente para potenciarla en su valor inmanente y para dotarla de un hilo conductor que sirva de orientación a la conducta. *Se podría concluir que ni vida sin reflexión ni reflexión sin vida; quién se sumerge durante mucho tiempo en el yo, lo hipertrofia, mientras que quién vive inmerso en el río de la vida sin un yo-reflexivo*

que lo guíe y bratee para mantenerlo a flote, acaba ahogado.

La orientación natural o actitud centrífuga del cuadrante terapéutico *participación-mundo* que aquí se señala para anclar el barco de la Terapia Existencial, aglutinaria las dimensiones de *desenredamiento autorreflexivo* (se entiende del *yo autorreflexivo intensificado o autocentrado propio de la hiper-reflexividad*) y de *reorientación a la vida más allá de sí mismo y de los síntomas, sobre un horizonte de sentido y valor* (abrirse al mundo, activarse conductualmente, orientarse hacia valores autotrascendentes, afronte dramático, darse de alta en la vida, etc.), postuladas por Pérez Álvarez, y entendidas por este autor como principios terapéuticos comunes a formatos de terapia funcional-contextual (Pérez Álvarez, 2012, 2014), o incluso nos atreveríamos a decir, transversales a cualquier psicoterapia efectiva.

Se verá en lo dicho más arriba cierta resonancia con el eje narcisismo-objetualidad de la libido en la metapsicología psicoanalítica. Bajo la teoría de la libido se postulaba una versión de vasos comunicantes: *cuanta más libido del yo, menos objetualidad*. En nuestra opinión sucedería más bien lo contrario: *la objetualidad sería un indicador de buena salud de la libido del yo, y la hiper-reflexividad traduciría un debilitamiento o deterioro de la misma*. En cualquier caso, las diferencias entre nuestro enfoque y el psicoanálisis son notables. Bastaría tan sólo señalar que en la propuesta que aquí se hace, el yo se presenta como una totalidad *subjetual* sumergida en relación dialéctica/ejecutiva con el mundo mientras que en el enfoque psicoanalítico el yo es una parte del psiquismo que emerge del ello (atomismo psíquico) al entrar en contacto con la realidad y que “vive” por así decir inmerso en un teatro de sombras fantasmales (objetos internos) más que lidiando operativamente-ejecutivamente con personas reales. Se produce una suerte de espectralización del mundo y con ello del propio sujeto, el cual se hace ingrátido en la medida en que pierde su consistencia ontológica (véase la teoría de M. Klein). Sólo en las últimas décadas el psicoanálisis está recuperando la interacción real persona-mundo bajo la perspectiva del psicoanálisis relacional (Ávila Espada, 2013; Rodríguez Sutil, 2014).

A MODO DE CONCLUSIÓN

El objetivo de este artículo era presentar el concepto de “dimisión del yo-agente” y analizar sus implicaciones en Psico(pato)logía y Terapia Existencial. Frente a la “hiper-reflexividad” como condición transdiagnóstica se propone aquí la dimensión existencial de la “dimisión del yo-agente”. En base a estas dos condiciones se apuntan aquí una serie de principios-guía terapéuticos para ayudar a las personas que acuden a salud mental: 1) *ayudar a ver y asumir la responsabilidad (hacerse cargo hasta cierto grado) de lo que uno hace con su yo, conducta y vida*, 2) *ayudar a clarificar y andamiar un proyecto biográfico que lo sobrepase y que de sentido a su vida, manteniéndose siempre activo, en plena forma, en la aventura de hacer-se-ser-en-el-mundo*, y 3) *ayudar a ver y admitir la capacidad de*

acción-elección que se tiene continuamente ante las dificultades e inconvenientes que surgen, y por consiguiente, ayudar a asumir, haciendo hueco, al malestar inevitablemente asociado.

En definitiva, y admitiendo la paradoja que se desliza en lo siguiente, *se trataría de ayudar a que el consultante pueda vivirse y ejecutarse como el escultor de sí mismo.* Se trata sin duda de una paradoja, autorreferencial, para más señas, pues aquí el escultor, el cincel y la piedra son (como el uroboros) la misma persona funcionando en un proceso cibernético o auto-correctivo. Se apuntaría con esto hacia una concepción de la terapia como un trabajo de auto-creación o auto-perfeccionamiento del yo, no ya en sentido ético sino vital. Hay una obra teatral del escritor Ángel Ganivet (1865-1898) que versa sobre este tema; se titula *El escultor de su alma* (Ganivet, 1926).

En términos de la antropología kantiana se diría: colocar en el centro del escenario clínico no tanto lo que hace la naturaleza con nosotros como lo que nosotros hacemos con nosotros mismos. Visto así, la Terapia Existencial sería: *una ayuda para mejorar lo que yo hago conmigo mismo o me-hago y no tanto una ayuda que consiste en lo que otro hace conmigo o me-hace.* Estas consideraciones quedan sedimentadas en el lenguaje ordinario cuando se dice: *tomar el tratamiento y hacer terapia.* Además, si el terapeuta ha de ayudar en este proceso de auto-creación, se orilla otra paradoja. ¿Acaso la psicoterapia no está llena de ellas?

Referencias bibliográficas

- Amorós, C. (2000). *Diáspora y apocalipsis. Estudios sobre el nominalismo de Jean-Paul Sartre.* Valencia, España: Institució Alfons El Magnànim.
- Ávila Espada, A. (ed.) (2013). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis.* Madrid, España: Ágora Relacional.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43.
- Cerezo Galán, P. (1984). *La voluntad de aventura.* Barcelona, España: Ariel.
- Eifert, G. H. y Forsyth, J. P. (2014). *La terapia de aceptación y compromiso para trastornos de ansiedad.* Bilbao, España: Mensajero.
- Festinger, L. (1962). *A theory cognitive dissonance.* Stanford, California, CA: Stanford University Press.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia.* Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (1990). *Logoterapia y análisis existencial.* Barcelona, España: Herder.
- Gadamer, H-G. (1996). *El estado oculto de la salud.* Barcelona, España: Gedisa.
- Ganivet, A. (1926). *El escultor de su alma. Drama místico. Obras Completas de Angel Ganivet, Volumen V.* Madrid, España: Francisco Beltran y Victoriano Suarez.
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (manuscrito en preparación). *Naturalización biomédica del sufrimiento vital-mundano. Una perspectiva crítica.*
- Hayes, S. C. y Smith, S. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso.* Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness).* Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Hesse, H. (1983). *Narciso y Goldmundo.* Barcelona, España: Seix Barral.
- Husserl, E. (1967). *Investigaciones lógicas. Tomo II.* Madrid, España: Revista de Occidente.

- Iverach, L., Menzies, R. G. y Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review* 34, 580–593.
- Lain Entralgo, P. (1969). *El médico y el paciente*. Madrid, España: Guadarrama.
- López Sánchez, J. M. (2004). *Mirando personas*. Granada, España: Lichtung Libro.
- Lukas, E. (2003). *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona, España: Paidós.
- Lukas, E. (2005). *Libertad e identidad. Logoterapia y problemas de adicción*. Barcelona, España: Paidós.
- Martín-Santos, L. (2004). *El análisis existencial. Ensayos*. Madrid, España: Tricastela.
- Molinero Roldán, J. (2012). Síntomas disociativos y evitación experiencial. Aplicación de ACT en dos estudios de caso. En M. Páez Blarrina y O. Gutiérrez Martínez (Coords.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (pp. 163-182). Madrid, España: Pirámide.
- Ortega y Gasset, J. (1966). *¿Qué es filosofía?* Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1970b). *La deshumanización del arte*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1972). *El hombre y la gente. Tomo I*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1984). *Una interpretación de la historia universal (En Torno a Toynbee)*. Madrid, España: Revista de Occidente/ Alianza Editorial.
- Ortega y Gasset, J. (1970a). *La rebelión de las masas*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Páez Blarrina, M. y Montesinos Marín, F. (2016). *Tratando con... terapia de aceptación y compromiso. Habilidades terapéuticas centrales para la atención eficaz*. Madrid, España: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid, España: Universitas.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 15-33.
- Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid, España: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid, España: Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as condition in mental disorders: a clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20, 181-187.
- Pérez-Álvarez, M. (2017). El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 14 (1), 35-52.
- Rodríguez Sutil, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación y sus problemas*. Madrid, España: Ágora Relacional.
- Sartre, J-P. (1992). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona, España: Edhasa.
- Sartre, J-P. (1996). *El ser y la Nada. Ensayo de ontología y fenomenología*. Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Valenciano, L. (1978). *Estudios y ensayos sobre la vida y las vidas humanas*. Murcia, España: Academia Alfonso X el Sabio.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1985). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona, España: Herder.
- White, M. (2016). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid, España: Pirámide.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Yalom, I. D. (2008). *Mirar al sol. La superación del miedo a la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Emecé.

EL TERAPEUTA DE CABECERA. UNA ALTERNATIVA AL PSICOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

THE THERAPIST PRACTITIONER. AN ALTERNATIVE TO THE PRIMARY CARE PSYCHOTHERAPIST

Juan Romeu Leder

Psicoterapeuta, Fundació Orienta
Asociación Catalana de Psicoterapia Psicoanalítica ECPNA, Barcelona, España
profesor de Psicopatología Psicoanalítica
Artículo Premio FEAP de Psicoterapia 2017

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Romeu Leder, J. (2018). El Terapeuta de Cabecera. Una alternativa al Psicoterapeuta de Atención Primaria. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 189-201.

Resumen

El artículo está dividido en tres partes diferenciadas. En la primera se expone la idea de que la concepción psicopatológica de cada época no es independiente de su contexto histórico y cultural. En la segunda parte se presentan, a partir de varios ejemplos clínicos, diferentes problemáticas que encontramos frecuentemente en la actualidad en los servicios de Atención Primaria de salud mental infantil y juvenil. En el apartado final se hace la propuesta de concebir al profesional de Atención primaria de forma análoga a las funciones del médico de cabecera y pediatra en salud física; esta figura es denominada en el artículo como Terapeuta de Cabecera, diferenciando sus funciones de las que corresponden a lo que entendemos por Psicoterapeuta.

Palabras clave: Contexto histórico, complejidad, psicoterapia, psicoterapeuta, Atención Primaria, Terapeuta de Cabecera, familias, paciente.

Abstract

The article is divided into three distinct parts. The first presents the idea that the psychopathological conception of each historical period is not independent from its historical and cultural context. The second part presents, using several case studies, different problems that we frequently find in Primary Care services of mental health for children and youth. In the final section the proposal is put forward to change the general conception of the primary (mental health) care professional. As the general practitioner and pediatrician are to physical health, the primary health professional should be seen as to mental health. This figure is denominated, in the article, as "Therapist Practitioner", differentiating its functions from those that correspond to what we understand as a Psychotherapist.

Keywords: Historical context, complexity, psychotherapy, psychotherapist, Primary Care, Therapist Practitioner, family, patient.



1. Introducción

Y sin embargo, decía Browne, cada conocimiento está rodeado de una oscuridad impenetrable. Lo que percibimos son únicamente luces aisladas en el abismo de la ignorancia, en el edificio de un mundo traspasado por profundas sombras. (Sebald, 1995).

Freud construye su teoría y su práctica de la mano de su genio, sus pacientes y la época en que le tocó vivir. Las personas que atendía eran, en su gran mayoría, gente acomodada, culta y perteneciente a las élites del momento (Roudinesco, 2015). Deducimos de sus historiales (Freud, 1893-95; 1905; 1909) que estaban dotadas de una buena capacidad de lenguaje y una estructura psíquica neurótica; en definitiva y a ojos de hoy, su psiquismo estaba suficientemente bien constituido. Mandaba la *represión*, manteniéndose la sexualidad de puertas para dentro. El psicoanálisis se inventa en un mundo en el que las relaciones familiares se caracterizan por su verticalidad piramidal, con el *patriarca* en su cima; estructuras con roles aparentemente definidos.

En las familias de hoy prima lo horizontal, roles y relaciones poco diferenciados y escaso cuidado de la intimidad. En muchos hogares la frontera entre lo público (el comedor, la cocina y la sala de estar) y lo privado (lavabos y habitaciones, sobre todo la de los padres) está borrada o confundida. La organización tradicional, en la que uno trabajaba y otro se ocupaba de lo doméstico ha cambiado, sin haberse redefinido con claridad (Casares García, 2008). Los límites actuales recuerdan a las fronteras geográficas, en las que a lo largo de unos metros uno se pregunta en qué país se encuentra.

Así como cada época tiene sus manifestaciones psicopatológicas particulares y preponderantes, también la ciencia modifica su mirada en función del momento histórico. Gran número de niños que atendemos son traídos por sus padres o derivados por los colegios porque “*no hacen caso y no atienden*”, depositando en los centros de salud mental infanto-juvenil el deber de modificar tales actitudes y conductas; da la impresión de que se le supone al profesional el deber de *transformar* al paciente para inferirle una *supuesta normalidad*. Las consultas, ya sea en los servicios públicos como en los privados, se llenan de padres y madres con el rumbo perdido de su parentalidad, como si el saber sobre la paternidad correspondiera al profesional. Los padres vienen, una y otra vez, para que les *certifiquen* si padecen o no el Trastorno por Déficit de atención (TDAH). En muchas ocasiones se administran cuestionarios que interrogan a todos (padre, madre, maestros...), pero no al niño. Éste es un excelente representante de un diagnóstico *popularizado*: no hay padre, pediatra, maestro o niño, que no haya oído hablar de él. Todos lo conocemos y se responsabiliza de esta *afección*, en la mayoría de casos, al paciente.

Este *supuesto* trastorno invita a reflexionar sobre qué puede estar sucediendo en la infancia actual, con tantos niños *inatentos* y por qué tal dicho diagnóstico ha arraigado de tal forma en la cultura, el lenguaje y en nuestra *percepción clínica*. Miramos como pensamos. El TDAH se presenta como una dolencia que hay que

tratar para que el paciente se adapte a la sociedad. Además, en una época en que los niños están frecuentemente solos, no va mal *depender* de un intermediario medicamentoso.

Si la realidad social impone a los padres dejar a sus hijos en manos de otros cuidadores en un período evolutivo demasiado temprano ¿de quién es el déficit? En un informe publicado por la ONG EDUCO (2017) se indica el gran número de niños que pasan horas solos, no por negligencia de sus cuidadores, sino por la necesidad de estos de permanecer en un mundo laboral precario en exceso. En dicho artículo se señalan las dificultades de conciliar las necesidades de atención que requieren los hijos e hijas con los horarios laborales de los padres (Centeno, 2010).

Cabe interrogarse si el *síntoma disatencional* es una dificultad del niño o una señal de la atención que necesita, cuya búsqueda encuentra, a menudo, el vacío. En los servicios de atención primaria escuchamos, de forma alarmante, la queja por parte de sus familiares y profesores respecto a las dificultades de estos niños para concentrarse y para atender. Vemos a padres angustiados que trabajan por turnos o no trabajan; progenitores *crónicamente* agotados, sin espacio ni tiempo para prestarles la atención suficiente. Instituciones educativas que tienden, por fuerza, a tratar uniformemente a sus alumnos, de modo que sus diferentes necesidades quedan borradas y desatendidas.

Así pues, entendemos que la concepción psicopatológica está marcada por el contexto cultural y social; es decir, la huella que impone la sociedad en cada individuo y por la mirada clínica que se impone en cada época histórica.

2. La clínica en Atención Primaria.

“Los poderes públicos (...) han creado consultorios para niños, pensando que un niño puede ser curado de su incapacidad para adaptarse a la sociedad sin sus padres. De ahí los callejones sin salida en que se encuentran los consultorios en los que en realidad no se puede curar a los niños, aunque hayan sido hechos para ellos” (Dolto, 1983).

En el presente apartado se ejemplifica, a partir de tres viñetas clínicas, algunas de las problemáticas con las que nos encontramos hoy en día en los servicios de atención primaria infantil y juvenil; tanto por lo relacionado con los motivos de consulta, como por las posibilidades que tienen de hacerles frente las propias instituciones públicas de salud mental. Si bien estos ejemplos no agotan todas las posibilidades, los consideramos representativos del tipo de demandas que recibimos.

María, con 12 años de edad, acude a nuestro servicio de atención primaria de salud mental acompañada de sus padres. La deriva la psicopedagoga del colegio por *“problemas de aprendizaje y de relación”* . De su escuela nos llega que *“se aísla y apenas se comunica”* . Se han descartan problemas cognitivos. Al recibirla por primera vez, los padres me comentan que han visitado a un psiquiatra. Éste le ha recetado metilfenidato y recomendado que haga una terapia individual de carácter

cognitivo-conductual. Sin ella presente refieren que la madre tiene una enfermedad degenerativa grave, cuyo destino es una muerte joven. Su enfermedad es congénita y aclaran que “*María no la puede padecer dado que es adoptada*”, cuestión que no le han explicado. Cuentan que dados los problemas físicos de la madre casi no la ha podido coger en brazos, como les pasa a los llamados *niños-burbuja*. Una niña al margen de su madre y de su historia.

Les inquieta su aislamiento e inatención. Me pregunto en relación a cómo trabajar con tantos aspectos de su vida que desconoce. ¿Cómo abordar su pasado respetando el silencio de los padres? Desde una consulta privada, posiblemente propondría a los padres iniciar el tratamiento con ellos para ir desentrañando sus propias dificultades para decirle la verdad a la niña: que es adoptada y que no puede enfermar como la madre. Quizá de esta manera podríamos, posteriormente, iniciar un abordaje de la problemática de María, lo que requeriría un tratamiento de cierta envergadura: tiempo, frecuencia y dinero. Entonces, ¿qué podemos hacer desde un dispositivo de atención primaria? ¿Iniciamos una intervención que sabemos requerirá de gran esfuerzo en cuestión de tiempo y recursos? En este tipo de servicios, cuando se ve la necesidad de realizar un abordaje psicoterapéutico *strictu sensu*, aparecen determinadas dificultades. Cuestión que se abordará más adelante.

Silvia tiene 9 años y acude a nuestro servicio de salud mental por primera vez. Me acerco a la sala de espera y llamo por el nombre de la niña. La madre me mira para hacerme entender que es la acompañante y pregunta: “*¿Yo tengo que entrar?*”. Este comentario, aparentemente anodino, parece estar poniendo en duda la vinculación del adulto con la problemática; la conexión con sus propias posibilidades de maniobra quedan borradas. Parece haberse repartido la problemática repartida entre la niña y el profesional; como si nosotros, niño y terapeuta, debiéramos cargar con el problema y resolverlo. Me atrevo a atribuir a esta situación un carácter generalizado: *Un niño es traído* a consulta para que el problema *sea resuelto* por el profesional. El encuentro terapeuta-niño se inviste de forma omnipotente y el resto de protagonistas quedan al margen. Es como si el mundo diluyera su responsabilidad en relación al paciente (designado). Esta situación no deja de ser un ejemplo, pero la experiencia me permite constatar su repetición.

David. Sus padres vienen solos a la primera entrevista. Explican que el chico tiene 13 años y les preocupa que “*se porta mal..., suspende todo, siempre está expulsado de clase, va acumulando partes por mal comportamiento...*”. El tono en el que hablan es de estar enfadados con él y no salen del discurso sobre su *mala conducta*. Tras pasado este preámbulo, dedicado a la transmisión de los padres de las dificultades de David en la escuela, recuerdan que hacia el final de su educación primaria sufren un derrumbe económico. El padre perdió el trabajo y, desde entonces, no ha vuelto a acceder al mundo laboral más que de forma esporádica y precaria. Han tenido que cambiar a sus hijos de colegio (de privado a público) y narran, con intenso dolor, cómo les ha cambiado la vida. Dicen que “*David era un chico alegre, en el colegio iba haciendo y pedía cosas*” y ahora, “*entendiendo la*

nueva situación”, dicen los padres, “*ya no quiere nada*”. A medida que avanza, la entrevista va tomando un carácter distinto: el enfado y la irritabilidad devienen preocupación y la tristeza. Pasan de un discurso apuntalado en la queja del derivador a una identificación del chico con la crisis familiar y social que le rodea. En este sentido, parece que David se esté *melancolizando* a raíz de su identificación con la realidad externa.

Si, como los padres, nos identificamos con el derivador, corremos el riesgo de aliarnos en la búsqueda de medidas *correctoras* del comportamiento para promover un cambio conductual del paciente/alumno. En cambio, si contemplamos la situación en un sentido más amplio, podemos entender que su comportamiento, en ocasiones pasivo y en otros momentos cargados de cierta agresividad, es la forma que ha encontrado de manejar un dolor que no le corresponde sólo a él; también a la familia, a la escuela y a la sociedad en la que vive.

El funcionamiento de David es el hilo a partir del cual empezamos a estirar hasta encontrar unos padres deprimidos, un declive económico familiar y una escuela que, si bien quiere ayudar, le exige un cambio de actitud para adaptarse a un sistema del que ha sido expulsado. Al seguir tirando del hilo nos topamos con una crisis económica mundial que los ha hundido monetaria y emocionalmente; seguimos estirando y encontrando más y más ramificaciones, muchas al margen de las posibilidades de maniobra familiar. Entonces ¿Es David quien debe tratarse en un servicio de atención infantil y juvenil? Quizá sí podamos ayudar al paciente y su familia a comprender su malestar y las diversas causas de su comportamiento. Ayudar a poner las cosas en su sitio supone responsabilizar a cada uno con lo que le corresponde. En estas situaciones, desgraciadamente tan comunes, contribuir en la disminución del sentimiento de culpa es hacer mucho.

En la población que atendemos en los servicios públicos nos encontramos con infinidad de familias que no pueden cenar juntas ni preparar, los fines de semana, una actividad lúdica en la que participen todos; niños que apenas pueden coincidir con sus progenitores en condiciones adecuadas. ¿Son estos casos susceptibles de ser atendidos? El debate es complejo: la realidad que rodea a estas familias es una poderosa fuente de malestar, un malestar no siempre tratable psicológicamente.

Cuando Freud (1937) señala, en “Análisis terminable e interminable”, que hay tres profesiones imposibles, una de las cuales es psicoanalizar, entiendo sugiere que hay tantos elementos en juego que se nos escapan y que son inasibles, que no se puede pretender alcanzar una resolución ideal del análisis de una persona. Por tanto, pensar el malestar del paciente como algo que hay que hacer desaparecer, remitir y *curar*, es evitar la complejidad; así, corremos el riesgo de considerar el síntoma y el dolor como autónomo y desligado de la red que lo sujeta. Si bien lo anterior parece obvio, ¿cuán a menudo, sobre todo en dispositivos tan al “*servicio de la sociedad*”, nos hacemos cargo de lo supuestamente problemático (el síntoma), sin poner el ojo en el crisol de influencias que recaen sobre el paciente? Comprender la complejidad ayuda a no aliarse con nada ni nadie; nos conduce, como diría

Christopher Bollas (2013), a una *pregunta infinita*, que convoca a otra pregunta y que ninguna respuesta la detiene; de tal forma se evitar caer en explicaciones simples de los hechos.

En la atención primaria nos encontramos, desgraciadamente y a menudo, haciendo la labor del *cirujano*; pretendemos *extirpar* el síntoma de quien se designa como portador del malestar: el *niño-problema*. Las razones por las que la aproximación terapéutica tiene este carácter no es algo que corresponde tratar aquí, pero sí deseo mencionar cómo a veces tratamos a niños como si vivieran desconectados de su mundo familiar y social.

Tratar la mente supone tener en cuenta gran cantidad de elementos que se pueden estar articulando alrededor del paciente y de su malestar; diversos factores ambientales inciden en la persona, que sumado a la predisposición genética del individuo, pueden contribuir a la aparición de una determinada dolencia psíquica. Winnicott, con su célebre frase Winnicott “*El bebé no existe, lo que existe es la pareja de crianza*” formulada en los años cuarenta en una de las reuniones de la Sociedad Psicoanalítica Británica (Lacruz, 2015), invita a pensar que el bebé existe sólo si otro lo sostiene, lo nombra y lo desea, facilitando así su estructuración como sujeto. El sujeto no existe si no hay *pareja de crianza*, entendida ésta como metáfora de lo que lo circunda; el mundo que lo acoge.

2.1 La Atención Primaria y sus vicisitudes.

Cuando alguien visita al pediatra o médico de cabecera, éste puede realizar diversas tareas: iniciar un proceso diagnóstico, aconsejar (“*cambie los hábitos, reduzca el alcohol, realice ejercicio...*”), indicar al paciente que vuelva en unos días para valorar la evolución, dar el alta después de la primera visita, derivar al especialista, pedir pruebas complementarias, consultar a otro profesional etc.

El modelo de atención sanitaria, en el cual el médico de familia o pediatra se erige como puerta de entrada a los servicios sanitarios, podría ser aplicable a la atención primaria de salud mental infanto-juvenil. Así como en el ámbito de la salud *física*, da la impresión de que la dinámica profesional estaría organizada, muy a *grosso modo*, de manera que los especialistas pivotan alrededor del médico de familia, en salud la mental pública no es tan así. La impresión es que dichos servicios están algo apartados del sistema de salud en su globalidad. Mientras las vías de derivación quedan claras (médico de cabecera, pediatra, psicopedagogos o los Servicios Sociales), no está tan definida la salida. Tal dinámica puede estar relacionada, en cierta medida, con la sensación de cuello de botella. Entran muchos y salen pocos. Por otro lado, los profesionales de los servicios de atención psicológica infantil y juvenil estamos vestidos de un poder resolutivo que, en realidad, excede nuestras competencias y posibilidades. En ocasiones, al hacernos cargo de tantas necesidades que podrían ser atendidas por otros agentes, profesionales servicios o instituciones, nos es más difícil abordar, psicoterapéuticamente hablando, familias que podrían beneficiarse de algún tipo de ayuda psicológica o

psiquiátrica. Las listas de espera desbordan las agendas de los servicios y las cabezas de sus profesionales. El tiempo para el paciente no debería ser, solamente, tiempo con el paciente.

Dolto, en sus seminarios habla del “hijo, síntoma de los padres” (1983, p.32) conceptualizándolo como *receptáculo psíquico*, propicio para recibir conflictos y proyecciones familiares; como si con su sufrimiento denunciara algo que sucede a sus progenitores, pero que vehiculizan a través del niño. A dicha reflexión añado que cada paciente es un *sociólogo inconsciente de su entorno*, portador de las cargas socioculturales que recaen sobre él. De ahí que los profesionales de la *salud mental* debamos poner el foco en el mundo familiar, sanitario, escolar, social y cultural al que pertenece el paciente, para entender qué factores están en juego en su padecer; ello facilita la comprensión de qué es lo que debe *cambiar* para mejorar su vida. En este sentido, el niño es un buen señuelo.

Desde una concepción *compleja* del sufrimiento, lo que necesita ser tratado no es siempre el paciente; lo *disfuncional* puede ser uno o varios factores del sistema en el que el niño o adolescente está inmerso, cuya influencia puede ser perjudicial para éste; añadir también que, en ocasiones, lo *enfermo* es mirada hacia el paciente. A menudo, al que se rebela contra un sistema en el que no encaja se le acaba enviando a un servicio psicológico, a su inadaptación se le llama patología y a él se lo pone en el grupo de los “adolescentes en riesgo”.

Nuestra función, en muchos de esos casos (como en el caso de David), es otorgar una nueva mirada que sirva tanto al derivado como a derivador, permitiendo así una concepción distinta del sufrimiento del paciente. Pienso, por mi experiencia de varios años con adolescentes, que obligar a todos los menores de dieciséis años a permanecer en el sistema educativo, sin apenas recursos alternativos, puede sentenciar a muerte el deseo de estos chicos y chicas que quizá podrían beneficiarse de otro tipo de dispositivos; también se deprimen los profesionales del sistema educativo, constreñidos a sostener tal obligatoriedad. El riesgo, en estos casos, es el de someter a estos chicos y chicas a un proceso terapéutico con *función adaptativa* cuando el sistema no puede adaptarse a ellos ni a sus necesidades. Esta actitud, tan habitual en los profesionales de salud mental, contribuye a que el paciente se siga identificando como responsable del malestar que siente y hace sentir. Muchos de estos pacientes son diagnosticados de *Trastorno de Conducta*, cuando no queda claro si lo trastornado es el chico que se revela o el sistema que lo intenta someter.

En este sentido cabe considerar que los servicios de salud mental son, cada vez más, espacios de atención de un sufrimiento cuya fuente no corresponde al paciente exclusivamente. En una entrevista realizada por López Arnal (2009) al Doctor Guillermo Rendueles, éste atribuye a la psiquiatría el lugar de “Coche Escoba de la medicina social”. Se acostumbra a depositar en nuestros usuarios aquello que el mundo en el que vive no puede atender, para luego ser derivados a los servicios de atención psicológica con la fantasía de reparar lo que el *sistema* ha dañado.

Mientras atendemos síntomas y escuchamos el dolor psíquico, no debemos

dejar de calibrar el alcance posible y realista de nuestra intervención. No podemos hacernos cargo de los déficits de recursos en educación, ni de los déficits alimentarios de las familias que nos consultan por un sufrimiento cargado del vacío de sus estómagos; tampoco aliarnos con la mirada que patologiza al niño. El sufrimiento no siempre es síntoma; a menudo es señal de que algo no anda bien *más allá* del mundo interno del paciente. Ni todo dolor es psicopatológico, ni toda *inadecuación al mundo* es responsabilidad del paciente. Debemos diagnosticar en el sentido más clásico de la palabra: “Recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza” (RAE, 2001). Pongo el énfasis en la *diversa naturaleza* de la definición y diferenciarlo de la tendencia actual al diagnóstico que encorseta, etiqueta, y atribuye la causa del problema al propio paciente; se considera como *enferma* una conducta poco adaptada a las exigencias de la institución (familiar, educativa o académica).

3. El Terapeuta de Cabecera: una propuesta.

Concibo al Terapeuta de atención primaria como análogo al médico de cabecera; figura alrededor de la cual se articulan otros profesionales de salud mental y servicios comunitarios; alguien con un buen manejo de la psicopatología, de la técnica terapéutica y de los recursos a su alcance; capaz de dar respuesta a las distintas necesidades sin erigirse siempre como Psicoterapeuta.

La reflexión en relación a la intervención debe recaer, entre otras cosas, sobre qué debe ser tratado, qué es lo que se considera sintomático o problemático, por qué consideramos que se debe incidir en tal o cual dificultad y, de vital importancia, qué agentes están o deberían estar implicados en el proceso. Esta cuestión lleva a plantearnos cuál es el objeto de intervención de los servicios de atención primaria y sobre qué debemos ejercer nuestra influencia como Terapeutas de Cabecera (TC). Por otro lado, diferenciar lo que le pertenece a la estructura del individuo de aquello que corresponde a su familia y a su contexto educativo, médico, sociocultural, económico, etc.

Estudios epidemiológicos indican que “los trastornos y/o problemas comunes (también llamados “menores”) de salud mental, representan uno de los motivos de atención más importantes dentro de los servicios de Atención Primaria” (Moreno y Moriana, 2012) y, con frecuencia, los motivos de consulta se vinculan a situaciones no-psicopatológicas y sí relacionados con *problemas de la vida* (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008). Los servicios se nos han llenado de este tipo de demandas y observamos que los ámbitos en que estas dificultades se manifiestan (colegio, contexto familiar, etc.) acaban colapsados. La consecuencia es que aquellos problemas susceptibles de una verdadera intervención psicoterapéutica no siempre pueden ser tratados en atención primaria. Si la sobrecarga es una de las causas, el síntoma es la queja del profesional. La fatiga invade al terapeuta y la parálisis es su corolario.

En relación al colapso de los servicios y la búsqueda de nuevas formas de

actuación se han hecho diversas propuestas. Algunos autores proponen la figura del “Consultor conductual de salud” (Rowan y Runyan, 2005) que basa su intervención en tratar la conducta, así como la de “consultor psicológico” (Pérez Álvarez y Fernández Hermida 2008), encargado de ayudar al paciente a generar sus propios recursos. En mi opinión, nuestro papel debe ir más allá de *tratar la conducta*, incluyendo aquellos factores internos (inconscientes) del paciente que le generan un malestar particular, pero sin olvidar los factores estresantes externos, así como ayudar a las familias a encontrar recursos comunitarios en los que apoyarse. Pensar al Psicoterapeuta que trabaja en Atención primaria de forma análoga a la figura del Médico de Familia o cabecera supone alguien que deberá *trabajar con cabeza* erigiéndose como TC. Un profesional capaz de distinguir lo que es propio de la vida, circunstancial y reactivo a una situación determinada, de lo que realmente es patológico y ya forma parte del mundo interno del paciente y necesita ser tratado. Concibo a un TC como alguien que conoce la biografía, la familia, aficiones, preocupaciones y síntomas de quien atiende, así como los antecedentes y las circunstancias que le rodean. “La atención primaria debería, idealmente, ofrecer una gran capacidad resolutive, de forma que los médicos generales resuelvan adecuadamente los problemas de salud que deben solucionar y ni retengan en exceso los casos a remitir, ni se remitan innecesariamente”(Ortún y Gervás, 1996). Lo mismo propongo para el TC, a quien invito a adoptar una perspectiva *compleja* de la salud, en el sentido de contemplar que son muchos los aspectos de la vida que contribuyen a ésta, que pueda discernir entre lo que él mismo puede atender y la forma de hacerlo, así como valorar si es necesario derivar al paciente a otro especialista o dispositivo. Finalmente, evitar la iatrogenia sin patologizar lo normal, mostrando aquello que, si bien causa dolor y malestar anímico, no es tratable desde un servicio de salud mental. En este sentido, me hago eco del concepto de “indicación de no tratamiento” (Ortiz Lobo, 2009); actitud de no participar, por lo menos psicoterapéuticamente hablando, en aquellos casos en los que el malestar por el que se consulta no tenga causas psicológicas aunque pueda haber malestar psíquico.

Deberíamos mirar al paciente y su mundo como un prisma que descompone su haz de luz en distintos colores, entendiendo que hay múltiples *fuerzas* que inciden sobre él. Diferenciar lo que es patológico de lo que está causando un problema en el desarrollo del paciente, y valorar qué papel juega la multiplicidad de inputs que recibe, de quién emanan, hasta qué punto éste es el responsable y hasta qué punto el responsabilizado.

3.1 La realidad del Terapeuta de Cabecera.

Como ya hemos ido señalando, los motivos de consulta que recibimos en los servicios infanto-juveniles son de diversa índole: problemas de la vida y propios del desarrollo evolutivo del niño, dificultades derivadas de la realidad socioeconómica o la mirada patologizante del derivador (profesionales o familia) y, por supuesto,

estados de ánimo susceptibles de una intervención psicoterapéutica. Insisto en la necesidad de deslizar la mirada del *motivo-de-consulta* por el que se acude, a una perspectiva que contemple la causalidad múltiple.

Los estudios certifican una mayor prevalencia de problemas mentales en las familias más desfavorecidas (Observatori de la Generalitat, 2015). De ahí el énfasis en que los profesionales de salud mental en atención primaria, los TC, nos mantengamos alerta a la realidad de la población que recibimos: no atendamos el *problema-designado* sin dejar de lado las influencias de diversa índole que inciden en cada realidad, en cada cuerpo y en cada psiquismo.

La idea de este cambio de perspectiva tiene como uno de sus objetivos reducir la *desesperanza* que invade, a menudo, a los Psicoterapeutas que trabajamos en Atención primaria. Desaliento que sentimos constantemente, siendo el síntoma por excelencia de los profesionales de éste ámbito; desánimo compuesto por la sobrecarga de trabajo, las dificultades de pensar cada caso que este exceso conlleva y nuestro deseo de contribuir al cambio de nuestros pacientes. Sin entrar, por supuesto, en las resistencias de éstos. No es de extrañar ver a los terapeutas de los servicios públicos sentirse impotentes respecto a su trabajo, siendo su *deseo de psicoterapia* una de las mayores resistencias de estos profesional. Proponer la figura del TC implica poner límite al Psicoterapeuta que llevamos dentro y mantener a raya su *furor curandis*.

3.2 Reflexiones finales.

El objetivo del artículo en general y de este último punto en particular es la de repensar la figura del terapeuta de atención primaria desde el punto de vista de su actuación clínica. Es una propuesta que pretende reflexionar en relación al rol del profesional, sus funciones y sus límites, más que realizar propuestas de carácter administrativo, organizativo o político. Cuestiones que no dejan de requerir una atención especial, pero que se desvían de nuestro punto de mira, que es el terapeuta en sí.

Al conceptualizar la figura del terapeuta en atención primaria como TC se pretende, descargar la presión a los profesionales y pensar las indicaciones, o no indicaciones, de intervención por parte de estos profesionales.

Son tan numerosas las consultas que recibimos por un malestar no susceptibles de psicoterapia que merece la pena pensar qué papel adoptar como TC. En estos casos de *no tratabilidad*, psicoterapéuticamente hablando, podemos ayudar a la familia empatizando con su malestar, mostrar nuestra comprensión a la vez que poner el foco en aquello que está generando la situación estresante; en relación a esto, nuestra contribución podrá ser la de facilitar la relación del problema por el que se consulta con su causa, causas o mutuas influencias. Esto no siempre supone hacer consciente lo inconsciente, como si el origen del conflicto fuera interno y desconocido, sino ayudar a *reconocer* que las dificultades externas que están viviendo también pueden ser promotoras de malestar: un dolor psíquico no

necesariamente abordable desde la psicoterapia. Es necesaria una profunda formación psicoterapéutica del profesional, capaz de diferenciar lo que es abordable de una manera u otra y desde qué dispositivo; ágil en la comprensión de la situación presentada y capaz de dilucidar el trato que necesita la problemática por la que se acude. El TC debería poseer en su mente distintas modalidades de intervención, en función del tipo de demanda, las necesidades de la familia y las posibilidades reales de ayuda.

Resumiendo, habrá que valorar si la causa o causas son internas, externas o ambas; si el malestar es una reacción a una situación reciente y poco estructurada en el psiquismo del paciente o si es algo que ya se ha instalado en el funcionamiento, habiéndose convertido en un síntoma o problemática que requiera de un abordaje clínico relevante.

No será ético iniciar intervenciones psicoterapéuticas *como si*; es decir, ni en los casos en que sí es necesaria pero las condiciones no lo permiten, ni en los casos en los que no esté indicada. La experiencia psicoterapéutica tiene que permitir realizar un diagnóstico que conduzca a entender las dificultades del paciente, sus necesidades y las posibilidades reales del servicio de hacerse cargo de la intervención. Debemos ser honestos con la familia y con nosotros mismos para evitar prometer lo imposible.

El presente artículo es, en parte, el resultado de una rebelión contra la *queja* que invade a los profesionales que trabajamos en atención primaria. Un lamento que se nutre, fundamentalmente, de una casi infinita presión asistencial. Si bien no debemos bajar la guardia y seguir reivindicando mejoras a las autoridades pertinentes, mi propuesta va encaminada, fundamentalmente, a poner algo de freno al Psicoterapeuta, dejando paso al TC.

Lo que en un determinado dispositivo podría ser una intervención terapéutica lícita, en otro puede ser un *acting* psicoterapéutico. Tal cambio de actitud no es nada fácil en la atención primaria ya que ello conduce, en gran número de ocasiones, a provocar frustración en muchas de las familias que atendemos y servicios con los que colaboramos. Si nos vestimos, en este tipo de dispositivos, con el uniforme de psicoterapeuta, se esperará de nosotros una función para la que estamos preparados, pero para la que se necesitan unas determinadas condiciones. Esta actitud suele llevarnos a iniciar tratamientos imposibles de resolver o a *expulsar* a los pacientes. En cambio, sí está en nosotros acotar los objetivos y hacerlos más realistas, así como poderlo transmitir a pacientes y derivadores. Llegar a ser psicoterapeutas nos ha llevado años de trabajo, dinero, estudio, supervisión y, a muchos de nosotros, análisis personal, para luego ver que no podemos desplegar tal *arte* al que hemos dedicado tanto esfuerzo.

El profesional de atención primaria debe ir caso por caso, transitando por la fina raya que hay entre el Terapeuta *clásico* y el TC. Quién sabe si este cambio de *lugar* no pudiera contribuir, aunque sea mínimamente, a cierta disminución de las listas de espera: si nos apoyamos más en otros servicios y valoramos bien las

necesidades de las familias; si entendemos hasta dónde podemos llegar y cuáles son nuestros límites quizá, algunos casos, se resuelvan con mayor agilidad, permitiendo que otros puedan aprovechar mejor nuestra pericia psicoterapéutica.

Entiendo la función del TC de forma similar a la idea de Winnicott en relación a la consulta terapéutica (1965); allí habla del "aprovechamiento de las primeras entrevistas" (p. 44), y de su utilidad para un tipo de demanda que, en muchas ocasiones, "no guarda ninguna relación con lo que pueden ofrecer los psicoanalistas"; léase también psicoterapeutas (p. 45). En ese mismo artículo considera, como requisito para un buen manejo de este tipo de intervenciones, que el profesional haya pasado por "llevar a cabo hasta sus últimas consecuencias una cierta cantidad de análisis" (p. 44), es decir, amplia experiencia en tratamientos largos. Más adelante añade que "hay casos en los que un rápido cambio sintomático es preferible a una cura psicoanalítica"; léase cura psicoterapéutica (p.45). Dicha manera de concebir el trabajo terapéutico con niños puede ser muy útil en un servicio público.

Dado que suelen consultarnos para erradicar síntomas, si alargamos los procesos excesivamente, ya sea por la saturación de la agenda o por querer hacer un trabajo *demasiado profundo*, corremos el riesgo de que abandonen el dispositivo desaprovechando, quizá, la posibilidad de una futura búsqueda de ayuda terapéutica. Esto es válido siempre y cuando se considere que el trabajo sintomático es posible. Cuando no lo sea, lo tendremos que y pensar la mejor alternativa posible.

La experiencia permite constatar que a veces con poco conseguimos mucho: tranquilizamos a padres angustiados por procesos evolutivos normales; atendemos a las escuelas que se quejan de alumnos intratables, mostrando cómo su institución puede ser el espacio más acogedor que tienen estos alumnos *problemáticos* y escuchamos a familias que sufren por no poder dar a sus hijos lo que antes sí podían.

Es útil también detectar aquellas situaciones en las que con una intervención breve podemos ayudar a *re-encaminar* al paciente en su proceso vital, detenido por alguna contingencia de la vida. En el caso de pacientes graves, ayudar a las familias a comprender a su hijo, empatizar con su dolor y acompañar en la elección del mejor camino posible, tanto a nivel terapéutico, como educativo y familiar.

En definitiva, el TC como alguien que está dispuesto a ser usado (Winnicott, 1971), a quien recurrir en determinadas ocasiones y problemáticas, estableciendo con las familias una relación semejante a la que debería establecer el médico de familia con sus pacientes: "*venga usted cuando lo necesite; usted es el dueño de su vida*".

Referencias bibliográficas

- Bauman, Z. (2000). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica de España.
- Bollas, C. (2013). *La pregunta infinita*, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Breuer, J. y Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria (1893-1895). En Freud, S., *Obras completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
- Casares García, E. (2008). Estudios sobre el cambio en la estructura de las relaciones familiares. *Portularia*. Vol. VIII (1), 183-195.
- Centeno, F. (2010). *Projecte Clau*. Butlletí d'informació nº 34. Gener de 2010.
- Dolto, F. (1984). *Seminario de psicoanálisis de niños* (Vol I-III). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- EDUCO (2017). *En busca de los niños de la llave. Una mirada indiscreta a la España que emerge de La Gran Recesión*. Recuperado de https://www.educo.org/Educo/media/Documentos/Prensa/Publicaciones/informe_nativoscrosis_educo_2017.pdf
- Freud, S. (1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria* ("caso "Dora"). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. VII.
- Freud, S. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años. (El pequeño Hans)*. A propósito de un caso de neurosis obsesiva (caso del "Hombre de las Ratas"). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. X.
- Freud, S. (1920), *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. XVIII.
- Freud, S. (1937), *Análisis terminable e interminable*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. XXIII.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; (2010). Guías de Práctica Clínica en el SNS: (AATRM Nº 2007/18). Generalitat de Catalunya, Fundació Sant Joan de Déu.
- Lacruz Navas, J. (2011). *Donald Winnicott: vocabulario esencial*. Zaragoza, España: Editorial Mira.
- López Arnal, S. (2009). Entrevista con Guillermo Rendueles, psiquiatra y ensayista. recuperado de <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=87887>
- Moreno, E. y Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35, 315-328.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2015). *Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*. Barcelona, España: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Ortiz Lobo A. y Murcia García L. (2009). La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Coordinado por Ander Retolaza. AEN estudios/41. Pág.: 179-194.
- Ortún, V. y Gervás, J. (1996). Núm. 3. Fundamentos y eficacia de la atención médica primaria. 106 (3), 97-102.
- Pérez, M. y Fernández, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. España: *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Rowan, A. B. y Runyan, C. N. (2005). A Primer on the Consultation Model of Primary Care Behavioral Health Integration. En L. C. James y R. A. Folen (Eds.), *The Primary Care Consultant. The Next Frontier for Psychologists in Hospitals and Clinics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Roudinesco, E. (2015). *Sigmund Freud: en su tiempo y en el nuestro*. Barcelona, España: DEBATE.
- Sebal, W. G. (1995). *Los anillos de Saturno*. Barcelona, España: DEBATE.
- Winnicott, D. W. (1957). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Winnicott, D. W. (1956). El Valor de la consulta Terapéutica. En *"Exploraciones psicoanalíticas II"*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona, España: Gedisa.

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN DESDE 1997

SUICIDE BEHAVIOUR PREVENTION IN YOUTH AND ADOLESCENTS: A REVIEW SINCE 1997

María Paz Mora Encinas

Psicóloga General Sanitaria

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mora Encinas, M.P. (2018). Prevención de la Conducta Suicida en Jóvenes y Adolescentes: Una revisión desde 1997. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 203-226.

Resumen

A pesar de que el suicidio constituye la tercera causa de muerte en jóvenes de entre 10 y 29 años, España carece de una guía de prevención específica para esa población, y la investigación realizada en nuestro país es muy escasa. Con el objetivo de proponer unas bases para el desarrollo de un modelo de prevención se realiza la presente revisión sistemática. Utilizando las bases de datos de PsycINFO, PsycArticles, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Web Of Science, se hallan 38 ensayos. Los estudios localizados muestran resultados prometedores de la Terapia de Solución de Problemas y las terapias familiares para la población indicada y selectiva; mientras que las intervenciones universales con mejores resultados son aquellas que inciden en el desarrollo de habilidades sociales y de afrontamiento desde un enfoque práctico. Los estudios sobre formación de personas capaces de reconocer un caso de riesgo arrojan datos contradictorios. Se demanda más investigación.

Palabras clave: jóvenes, adolescentes, conducta suicida, prevención, intervención.

Abstract

Although suicide ranks as the third leading cause of death in young people aged 10-29 years, Spain lacks a specific prevention guide for this population, and research in our country is very scarce. In order to propose a basis for the development of a prevention model, the present systematic review was conducted. Using the databases of PsycINFO, PsycArticles, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection and Web of Science, 38 trials were identified. These studies show promising outcomes from Problem Solving Therapy and family therapies as indicated and selected interventions. For universal interventions, the best results are those that impact on the development of social and coping skills. Studies on gatekeeper training yield contradictory data. More research is demanded.

Keywords: young, adolescents, suicidal behavior, prevention, intervention.

Fecha de recepción: 8 de noviembre de 2017. Fecha de aceptación: 24 de enero de 2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mariapaxm@gmail.com

Dirección postal: San Fermín 32, 3º. 31003 Pamplona (NAVARRA). España

© 2018 Revista de Psicoterapia



1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2017), el suicidio origina unas 800.000 muertes en el mundo cada año y es la segunda causa de defunción en jóvenes de entre 15 y 29 años. En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2015 (últimos datos registrados), el suicidio fue la segunda causa de muerte en la población de entre 20 y 29 años, produciendo aproximadamente el mismo número de muertes que los tumores. En poblaciones más jóvenes (15-19 años) el suicidio constituye la tercera causa de muerte, por debajo de los tumores y de los accidentes de tráfico, mientras que en edades más tempranas ocupa un séptimo puesto. A pesar de la gravedad que revisten estas cifras, pueden estar subestimadas, ya que se considera que parte de los accidentes de tráfico son suicidios encubiertos. Por otro lado, hay que tener en cuenta que estos datos contabilizan los suicidios exitosos. Se calcula que por cada suicidio consumado hay entre diez y veinte intentos (OMS, 2004).

El suicidio en la adolescencia se ha vinculado fuertemente con la presencia o historia de situaciones estresantes o traumáticas, como trastorno mental, enfermedad crónica dolorosa, historia de abuso, acoso escolar o problemas familiares (Navarro-Gómez, 2017), y con una carencia de recursos para hacerles frente, debida tanto a factores personales (desesperanza, hostilidad, impulsividad, escasa capacidad de resolución de problemas) como familiares o sociales.

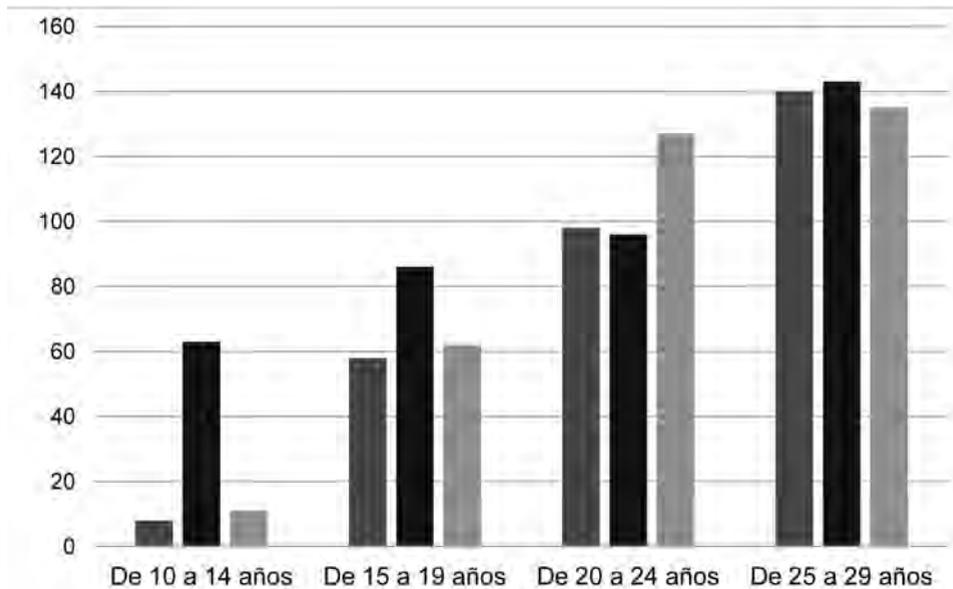
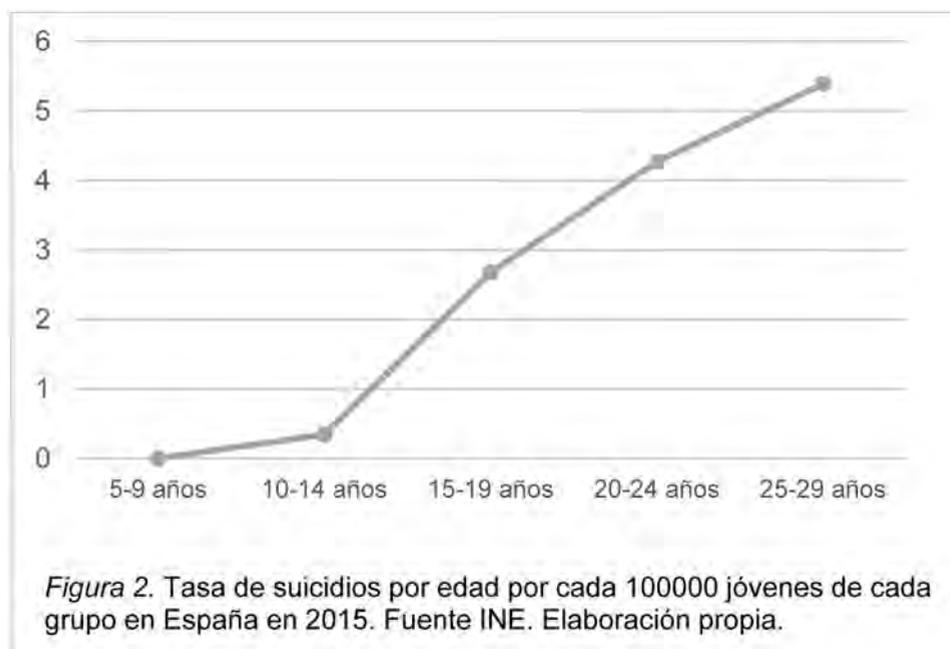


Figura 1. Frecuencia de las principales causas de muerte en España en 2015. Fuente INE. Elaboración propia

■ Suicidios ■ Tumores ■ Accidentes de tráfico

La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la adultez en el que los jóvenes deben adaptarse a los cambios psico-biológicos que experimentan y satisfacer con éxito las tareas vitales que son propias de ese momento, como pueden ser la consecución de la propia identidad y el inicio de las relaciones de pareja. Estos procesos, junto a las distorsiones cognitivas características de esta etapa (por ejemplo, la *audiencia imaginaria* o la *fábula personal*) y la gran importancia que cobran los pares y el sentirse aceptados por ellos, influyen en la autoestima y el autoconcepto. Es por esto una población vulnerable con recursos psicológicos todavía por desarrollar que, ante los desafíos que se pueda encontrar en la vida, puede sentirse sobrepasada y llegar a pensar en el suicidio como única solución. La fragilidad de esta etapa evolutiva queda reflejada en la tasa de suicidio, que se multiplica por cuatro en diez años (ver figura 2), de ahí la importancia de desarrollar un plan de prevención integral. Por otro lado, si se consigue que los jóvenes incorporen a su bagaje personal recursos, capacidad de solución de problemas y habilidades de afrontamiento frente a situación de estrés, a largo plazo, se conseguirá disminuir la tasa de suicidios en la población general.



A pesar de estas particularidades de la población adolescente y de que la OMS alerte sobre la situación del suicidio en los jóvenes, no existe en España una guía específica para esta población. La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (GPC, Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2012) de España califica a esta población de riesgo y le dedica un apartado. Sin embargo, esto no parece suficiente. Resulta llamativo que, mientras

existen guías de práctica clínica especializadas en esta población en el tratamiento de la obesidad, los trastornos del sueño o la Depresión Mayor, no lo haya ante la tercera causa de muerte en población juvenil.

En 2008 el Consejo de Europa publicó una resolución en la que demanda una mayor implicación de la investigación científica para prevenir el suicidio en niños y adolescentes. Sin embargo, la investigación sobre el suicidio en España es bastante escasa, más aún si hablamos de prevención en jóvenes. Las pocas publicaciones que se pueden encontrar suelen ser revisiones que contemplan la conducta suicida en adolescentes en su totalidad: epidemiología, factores de riesgo, de protección, etc., dedicando muy poco espacio a la prevención en sí. Existen estudios sobre programas preventivos en población adulta con resultados muy prometedores realizados desde el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Tejedor, Díaz, Faus, Pérez y Solà, 2011; Farré et al., 2016), pero no se encuentra nada parecido realizado con población más joven.

Ante estas necesidades detectadas, se realiza la presente revisión bibliográfica con el fin de aportar unas bases desde las que se pueda articular una guía para la prevención del suicidio en jóvenes y de promover la investigación sobre la prevención del suicidio en este grupo etario en España.

2. MÉTODO

A la hora de localizar los artículos para esta revisión se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- deben tratar sobre la evaluación de intervenciones psicosociales (programas psicoterapéuticos, de psicoeducación, intervenciones en la comunidad, de apoyo, etc.) para el tratamiento o la prevención de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes de entre 10 y 29 años.
- tipo diseños admitidos: experimentales y cuasi-experimentales
- tamaño muestral igual o mayor de 30.
- año de publicación: entre 1997 y 2016 ambos inclusive.
- los resultados pueden ser sobre: la conducta suicida, factores de riesgo, factores protectores, conocimientos, actitudes o competencias de «guardián».

Criterios de exclusión:

- estudios sobre aceptabilidad, viabilidad o niveles de implantación de las intervenciones
- estudios epidemiológicos sobre factores de riesgo o de protección
- reseñas de libros, revisiones, meta-análisis, descripciones o desarrollos de programas o protocolos
- estudios sin resultados
- estudios que tratan exclusiva o principalmente de conductas auto-lesivas sin intención suicida
- estudios referidos a intervenciones adaptadas a etnias específicas (por

ejemplo: indios apaches de una reserva), cuyos resultados son difícilmente extrapolables a la población general española

- idiomas de publicación diferentes a: español, inglés, francés, italiano o portugués.



Figura3. Diagrama del proceso de identificación de los estudios

El proceso de búsqueda se realizó utilizando las siguientes bases de datos: *PsycINFO*, *PsycArticles*, *MEDLINE*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* y *Web Of Science*.

Las palabras clave utilizadas fueron: *suicid** AND (*preven** OR *intervention* OR *treatment* OR *program* OR *therapy*) AND (*youth* OR *young* OR *adolescenc** OR *school* OR *college*) estableciendo las siguientes restricciones:

- Texto completo en línea
- Publicado de 1997 a 2016

3. RESULTADOS

Se encontraron 251 resultados. Se quitaron 85 que estaban duplicados. De los 166 restantes 112 fueron eliminadas en base a su título o resumen según los criterios de inclusión y exclusión y, más adelante, tras un examen más detallado, se descartaron otros 28. Por último se añadieron 12 artículos identificados a través de revisiones previas o a través de algunos de los artículos descartados. De esta manera, finalmente 38 artículos forman parte de esta revisión.

Para su análisis se han examinado los estudios según su: estrategia de intervención, población diana, tamaño muestral, tipo de diseño, duración de la intervención, variables que se evalúan y resultados obtenidos. Para facilitar su lectura, cuando se haga mención a un estudio, aparecerá entre corchetes el número que tiene asignado en la Tabla 1 para su correcta identificación.

Tabla 1.

Descripción de los estudios identificados

| Ref. | Año | Autores | Muestra | Diseño | Características de la intervención | Variables |
|------|------|--|--|----------------------------------|--|-------------------------------|
| 1 | 1998 | Harrington et al. | Jóvenes menores de 16 años con intentos previos de suicidio por sobredosis N=162 | ECA | 4 sesiones de Terapia de Solución de Problemas (TSP) basada en la familia realizadas en el hogar. Grupo de control: cuidados usuales. | CS FFR FFP |
| 2 | 1999 | Davidson & Range | Estudiante de Magisterio que finalizaban sus estudios N=75 | Medidas repetidas | Formación en prevención del suicidio de 1 hora | Actitudes CG |
| 3 | 1999 | Wiegiersma, Hofman & Zielhuis | Jóvenes (15-19 años) N=1361793 | Casos y controles | Acceso libre y gratuito a consulta de salud mental en las instalaciones del colegio de 1988 a 1993 Grupo de control: quienes no lo tentan | CS |
| 4 | 2000 | Rotheram-Borus, Piacentini, Cantwell, Berlin, & Song | Jóvenes en riesgo (12-18 años) N=140; M=100% | Cuasi-experimental de dos grupos | 1 sesión de Intervención familiar en el ámbito de urgencias Grupo de control: cuidados usuales | CS FFR |
| 5 | 2001 | Joiner, Voelz & Rudd | Jóvenes con conducta suicida comórbida con Depresión Mayor y/o trastorno de ansiedad (19-25 años) N=44; M=61% | ECA | Terapia de Solución de problemas intensiva (9 h al día) de tiempo limitado (10 días) y de tipo ambulatorio en grupo (8-14 pers). Grupo de control: cuidados usuales | CS |
| 6 | 2001 | Thompson, Eggert, Randell & Pike | Jóvenes en riesgo (14-19 años) N=460; M=52% | ECA | Intervención basada en la escuela Grupos experimentales: C-CARE ¹ o C-CARE + CAST ² Grupo de control: cuidados usuales | CS FFR FFP Actitudes |

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral; ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

| Ref. | Año | Autores | Muestra | Diseño | Características de la intervención | Variables |
|------|------|--------------------------------------|--|-------------------|---|---|
| 7 | 2002 | Eggert, Thompson, Randell & Plk | Jóvenes (14-19 años) en riesgo de abandono escolar N=341; M=40% | ECA | Intervención basada en la escuela Grupos experimentales: C-CARE o C-CARE + CAST Grupo de control: cuidados usuales | CS FFR |
| 8 | 2003 | Stuart, Waalen & Haestromm | Jóvenes (12-14 años) N=37 | Medidas repetidas | Intervención basada en la escuela: Many Helping Heart: capacitación en guardianes entre compañeros en 2 sesiones de medio día y una sesión de refresco 3 meses más tarde. | CG Conocimiento Actitudes |
| 9 | 2004 | Huey et al. | Jóvenes (10-17 años) en riesgo N=156; M=35% | ECA | Terapia Multisistémica basada en el hogar intensiva (diaria si es necesario) de tiempo limitado (3-6 meses) | CS FFR |
| 10 | 2006 | Portzky & van Heeringen | Jóvenes (14-18 años) N=172; M=63% | Diseño Solomon | Intervención basada en la escuela. Sesión psicoeducativa de 2 horas. Grupo de control: no recibió nada. | FFR FFP Conocimiento Actitudes |
| 11 | 2007 | Ciffone | Jóvenes (15-16 años) N=421 | ECA | Intervención de psicoeducación basado en la escuela Grupo de control: lista de espera | Actitudes |
| 12 | 2008 | Cigularov, Chen, Thurber & Stallones | Jóvenes (13-19 años) N=779; M=50% | ECA | Programa RAPP ³ de 50-75 minutos insertado en el currículo escolar | Conocimiento Actitudes CG |
| 13 | 2008 | Eskin, Ertekin & Demir | Jóvenes (15-23 años) con Depresión Mayor N=46; M=32% | ECA | TSP en 6 sesiones semanales individuales de 30 a 60 min. Grupo de control: lista de espera | CS FFP |
| 14 | 2008 | Wyman et al. | Personal escolar N=249 | ECA | Formación en guardianes (QPR) Grupo de control: lista de espera | Conocimiento Actitudes CG |
| 15 | 2009 | Baber & Bean | Jóvenes (14-15 años) y adultos N=300 | Medidas repetidas | Entrenamiento en guardianes | Conocimiento Actitudes CG |

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral; ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

| Ref. | Año | Autores | Muestra | Diseño | Características de la intervención | Variables |
|------|------|----------------------------------|---|-------------------|--|---------------------------------|
| 16 | 2009 | Keller et al. | Adultos N=416; M=83,8% | Medidas repetidas | Formación en guardianes QPR | Conocimiento Actitudes |
| 17 | 2009 | Kinget al. | Jóvenes (13-17 años) en riesgo N=448 | ECA | YNST - II* (apoyo social) durante 3 meses Grupo de control: cuidados usuales | CS FFR |
| 18 | 2009 | Klimes-Dougan, Yuan, Lee, & Hour | Jóvenes (14-18 años) N=426 | ECA | Visualizar anuncios televisados o ver carteles con información sobre el suicidio Grupo de control: sin recibir información | Conocimiento Actitudes CG |
| 19 | 2010 | Diamond et al. | Jóvenes (12-17 años) en riesgo y sus padres N(jóvenes)=66; M(jóvenes)=83% | ECA | Terapia Familiar Basada en el Apego (TFBA) durante 3 meses | CS FFR |
| 20 | 2010 | Hooven, Herting, & Snedker | Jóvenes (14-19 años) en riesgo y sus padres N(jóvenes)=593 | ECA | Grupos experimentales: C-CARE o P-CARE ² o C-CARE+P-CARE Grupo de control: intervención mínima | CS FFP FFR |
| 21 | 2010 | Klimes-Dougan & Lee | Jóvenes (18-35 años) N=279 | ECA | Visualizar anuncios televisados o ver carteles con información sobre el suicidio Grupo de control: sin recibir información | Conocimiento Actitudes CG |
| 22 | 2010 | Wyman et al. | Jóvenes (14-18 años) N=3128; M=54% | ECA | Intervención basada en la escuela: Sources of Strength | CS Actitudes CG |
| 23 | 2011 | Asarnow et al. | Jóvenes (14-18 años) en riesgo y sus padres N=181; M=69% | ECA | Intervención familiar en el ámbito de urgencias: Family Intervention for Suicide Prevention (FISP) basada en la TCC en 1 sola sesión más contactos telefónicos durante un mes. Grupo de control: cuidados usuales | FFP |
| 24 | 2011 | Cross et al. | Personal escolar y padres N=147; M=87% | ECA | Formación QPR más ensayos. Grupo de control: Formación QPR. | Conocimiento CG |

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral; ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

| Ref. | Año | Autores | Muestra | Diseño | Características de la intervención | Variables |
|------|------|--|---|--|---|------------------------------|
| 25 | 2011 | Esposito-Smythers, Spirito, Kahler, Hunt & Monti | Jóvenes (13-17 años) con conducta suicida y abuso de cannabis o alcohol N=40; M=67% | ECA | Intervención familiar basada en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Sesiones semanales durante 6 meses, más sesiones quincenales durante 3 meses, más 3 sesiones mensuales | CS FFR |
| 26 | 2011 | King, Strunk & Sorter | Jóvenes (14-18 años) N=966; M=56% | Medidas repetidas | Intervención basada en la escuela para la prevención del suicidio y la depresión; Surviving the Teens ^(®) de 4 sesiones de 50 min. | CS FFR Actitudes CG |
| 27 | 2012 | Diamond, Creed, Gillham, Gallop & Hamilton | Jóvenes (13-17 años) en riesgo y sus padres N(jóvenes)=66 | ECA | TFBA durante 12 semanas | CS FFR |
| 28 | 2012 | Hooven, Herting, & Snedker | Jóvenes (14-19 años) intentos suicidas y elevada ideación o depresión, o 2 de estas 3 características: moderada depresión e ideación consumo de alcohol y drogas; y sus padres N=615 | ECA | Grupos experimentales C-CARE o P-CARE o C+P-CARE C-CARE: 2 sesiones de 2 horas P-CARE: 2 sesiones de 2 horas Grupo de control: Intervención usual | CS, FFR FFP |
| 29 | 2012 | Pasco, Wallack, Sartin, & Dayton | Jóvenes (18-20 años) N=65; M=54% | 2 grupos con medidas pretest y postest | Formación en guardianes <i>Campus Connect</i> de 3 horas con psicoeducación y ejercicios prácticos | CG |
| 30 | 2012 | Wharff, Ginnis, & Ross | Jóvenes (años) en riesgo suicida y sus padres N=217 | Cuasi-experimental de cohorte | Intervención de crisis basada en la familia (ICBF) en una sola sesión en el ámbito de Urgencias (basado en la TCC, TFM y TN) Grupo de control: cuidados usuales | CS |

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral, ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

| Ref. | Año | Autores | Muestra | Diseño | Características de la intervención | Variables |
|------|------|---|---|--|--|--------------------|
| 31 | 2013 | Pineda & Dadds | Jóvenes (12-17 años) en riesgo y sus padres N(jóvenes)=48; M(jóvenes)=75% | ECA | Intervención familiar; RAP-PT. 4 sesiones semanales de 2 horas sumado al tratamiento con el joven. Grupo de control: cuidados usuales | CS FFR |
| 32 | 2014 | Cimini et al. | Jóvenes universitarios y personal de la universidad N=335; M=51% | Medidas repetidas | Capacitación de guardianes de 1,5 horas | Conocimiento CG |
| 33 | 2015 | Asarnow, Berk, Hughes, & Anderson | Jóvenes (11-18 años) en riesgo y sus padres N=35; M=86% | Medidas repetidas | Programa SAFETY®: intervención familiar basada en la TCC de 12 semanas de duración. | CS FFR |
| 34 | 2015 | King et al. | Jóvenes (18-28 años) que cumplen 2 criterios de: ideación suicida, 2 intentos de suicidio, depresión y abuso de alcohol. N=60; M=59% | ECA | Programa online <i>eBridge</i> basado en la entrevista motivacional durante 2 meses y <i>feedback</i> del cribado. Grupo de control: <i>feedback</i> del cribado. | CS FFP |
| 35 | 2015 | Silverstone et al. | Jóvenes (11-19 años) con y sin riesgo N=2790; M=48% | 2 diseños: con grupo de control sin aleatorización y medidas repetidas | Intervención en la escuela basada en la TCC: Programa EMPATHY® | CS FFR FFP |
| 36 | 2015 | Walrath, Garraza, Reid, Goldston & McKeon | (No aparece información sobre las personas que recibieron la intervención) Evaluación: Jóvenes (10-24 años). N>500.000 | cuasi-experimental con grupo de control | Entrenamiento en guardián (de 1 hora a pocos días) en varias poblaciones. Grupo de control: poblaciones sin entrenamiento. | CS |

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral; ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

| Ref. | Año | Autores | Muestra | Diseño | Características de la intervención | Variables |
|------|------|--|---------------------------------------|--------|--|--------------------|
| 37 | 2015 | Wasserman | Jóvenes (14-15 años) N=11111 | ECA | Proyecto SEYLE: se comparan 4 intervenciones en la escuela: concienciación ¹⁰ , formación de guardianes para el profesorado, cribado de adolescentes en riesgo e intervención mínima, durante 4 semanas | CS |
| 38 | 2016 | Ghöncheh., Gould, Twisk, Kerkhof. & Koot | Adultos (21-62 años) N=190; M=8,6% | ECA | Formación de guardianes online: <i>Mental Health Online</i> Grupo de control: lista de espera | Conocimiento CG |

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral; ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

- ¹ C-CARE (Counselor-CARE): programa basado en el aprendizaje social. Realizado de manera individual (3.5-4 horas), consta de los siguientes elementos: información, evaluación, feedback, apoyo y motivación, fortalecimiento de habilidades sociales y de afrontamiento, promoción de la conducta de búsqueda de ayuda y coordinación con padres y colegio.
- ² CAST (Coping And Support Training): programa de *reforzamiento del C-CARE*. Son 12 sesiones bisemanales de una hora.
- ³ RAPP (Raising Awareness of Personal Power): programa psicoeducativo sobre la depresión, el trastorno bipolar y las señales de alarma del suicidio, pautas de acción ante un caso de riesgo y lugares de ayuda. El método se basa en lecturas, juegos interactivos, role-play y análisis de historias.
- ⁴ YNST-II (Youth Nominated Support Team Version II): programa basado en el apoyo social. Un adulto elegido por el joven (con la aceptación de los padres) proveerá apoyo emocional, feedback e información durante los tres meses posteriores a su hospitalización.
- ⁵ P-CARE (Parent-CARE): Programa complementario al C-CARE dirigido a padres, cuyos objetivos son mejorar el manejo y resolución de conflictos, aumentar la escucha activa y las muestras de apoyo, y aprender a guiar a sus hijos en la adquisición de habilidades de automanejo.
- ⁶ *Surviving the Teens*[®], programa basado en el modelo de autoeficacia de Bandura, provee a los jóvenes de: información sobre suicidio y depresión, y estrategias efectivas de afrontamiento frente a los estresores de la vida.
- ⁷ RAP-P (Resourceful Adolescent Parent Program): programa complementario al tratamiento usual del adolescente que involucra a los padres facilitándoles información sobre los servicios adecuados de ayuda y el desarrollo normal del adolescente a la vez que les proporciona estrategias para ayudar a sus hijos a manejar el conflicto y las situaciones de estrés, identificando las fortalezas de los padres.
- ⁸ SAFETY (Safe Alternatives for Teens & Youth): intervención familiar que parte de un análisis cognitivo-conductual de la conducta suicida desde una perspectiva ecológica y con la implicación de toda la familia en el desarrollo de un plan "de seguridad". Basado en la TCC y la TMS.
- ⁹ EMPATHY (Empowering a Multimodal Pathway Towards Healthy Youth): programa a varios niveles que incluye: cribado general, TCC a población universal para incrementar la resiliencia a la depresión, y una entrevista seguida TCC on-line para la población en riesgo.
- ¹⁰ Programa de Concienciación del SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe): Programa cognitivo-emocional-experiencial. A través de lecturas, debates y role-plays se plantean a los jóvenes problemas relacionados con la salud mental y se les enseña a desarrollar habilidades sociales y de solución de problemas y a identificar cuándo deben ser utilizadas.

Tipos de estrategias

- **Tratamientos individuales** [5, 13, 17 y 34] ya sea a través de un formato individual, en grupo o vía internet. Tipos de intervención: Terapia de Solución de problemas, terapias basadas en el apoyo social y en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).
- **Intervenciones familiares** [1, 4, 9, 19, 20, 23, 25, 27, 28, 30, 31 y 33]: se interviene de una manera integrada sobre el joven, sus padres y el funcionamiento familiar. Las intervenciones encontradas están basadas en: la TCC, la Terapia Familiar Sistémica (TFS), Terapia Familiar Basada en el Apego (TFBA), en el desarrollo de habilidades sociales y autoeficacia, o en la psicoeducación.
- **Intervenciones en el ámbito escolar** [3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 22, 26, 29, 32, 35 y 37] engloban un conjunto variado de propuestas que se desarrollan en la escuela. Pueden ser intervenciones universales o indicadas. Se identifican tres grupos: enfocados a aumentar los factores de protección y disminuir los de riesgo; formación de los propios jóvenes como «guardianes» de sus compañeros (psicoeducación, adquisición de habilidades de guardián, etc.); e intervenciones en el ambiente.
- **Capacitación** [2, 14, 15, 16, 29, 36 y 38]: Dirigidos a adultos de distintos ámbitos, son programas psicoeducativos sobre el suicidio (tasas de suicidio, signos de alarma, etc.) y de consecución de habilidades (mejorar la comunicación con los jóvenes, aprender a abordar el tema del suicidio con ellos, reconocer señales de alarma, etc). Algunos de ellos utilizan el entrenamiento *Question Persuade Refer* (QPR, Quinnett, 1995). Muchos de estas intervenciones reciben el nombre de «formación de guardianes» (*gatekeeper training*).
- **Basadas en la publicidad** [18 y 21]: buscan hallar la eficacia de anuncios televisados o carteles informativos sobre el suicidio.

Población diana y tamaño muestral

La edad de los jóvenes sobre los que se realizan estos estudios oscila entre los 10 y los 25 años, aunque en un estudio realizado sobre universitarios se llega a alcanzar los 35 [21].

Tanto **las intervenciones de carácter individual** como las **familiares** son de tipo indicado o selectivo con presencia de intentos previos de suicidios, significativa ideación suicida, alta puntuación en síntomas depresivos, abuso de sustancias, etc. Los criterios de exclusión más habituales suelen ser: síntomas psicóticos o bipolares y estados que limiten la función cognitiva. Se observa una distribución por sexos con una presencia de mujeres superior al 55%, excepto en dos estudios, en los que se presenta en torno al 35% [9, 13].

Las estrategias en el **ámbito escolar**, **basadas en la publicidad** y de **capacitación** realizan intervenciones universales (excepto dos de las realizadas en la

escuela [6, 7]). Esto concuerda con un tamaño muestral mayor y con una distribución de la participación por sexos más igualada (proporción de chicas de un 48-63%). De este modo, mientras que la mediana de los tamaños muestrales de las estrategias individuales y familiares es 61 y 148 respectivamente, la del resto de estrategias es superior a 215, llegando a los 460 en el caso de las intervenciones en la escuela.

Por otro lado, es importante señalar que, aunque las **intervenciones basadas en la capacitación** se intervenga principalmente sobre los adultos, las evaluaciones pueden estar realizadas sobre ellos o sobre los jóvenes sobre los que aquellos puedan entrar en contacto [36].

Tipo de diseño

La investigación de Silverstone et al. [35] está proyectada de un modo complejo en el que un subgrupo de la muestra participa en un diseño cuasi-experimental con grupo de control a la vez que todo el conjunto de la muestra forma parte de un diseño de medidas repetidas. Pasco et al. [29] no especifica si la asignación al grupo experimental o al grupo de control se ha realizado experimentalmente. De los estudios restantes, siete son de medidas repetidas [2, 8, 15, 16, 26, 32 y 33], cinco cuasi-experimentales con grupo de control [3, 4, 30 y 36] y el resto son ensayos con grupo de control aleatorizado.

Duración de la intervención

Atendiendo a su mediana, las intervenciones que muestran mayor duración en el tiempo son las basadas en una estrategia basada en la familia (alrededor de 3 meses), seguidas de las estrategias basadas en el individuo (cerca de los dos meses).

Las intervenciones en el ámbito **escolar** tienen una duración variada. Así, si la intervención se basa en cambios ambientales (por ejemplo, existencia de una consulta de acceso libre), la intervención puede extenderse hasta los dos años. En el caso de tratarse de sesiones o cursos psicoeducativos la duración oscila entre una y cuatro sesiones de entre una y dos.

Por otro lado, las intervenciones en **capacitación** suelen ser breves, desde una hora a pocos días. Aunque las más rápidas son aquellas que estudian el impacto de la publicidad (minutos).

Variables

Las variables dependientes están en función del sujeto evaluado:

- **Jóvenes:** conducta suicida, síntomas depresivos, consumo de sustancias, estilo de afrontamiento, conocimiento sobre el suicidio, actitud hacia el suicidio, actitud de ayuda, autoeficacia.
- **Padres:** conocimiento sobre el suicidio, actitud hacia el suicidio, actitud de ayuda, autoeficacia en sus competencias para distinguir un caso de riesgo y afrontarlo, conducta promotora de apego, estrés y depresión

parental y funcionamiento familiar.

- **Adultos «guardianes»:** conocimiento sobre el suicidio, actitud hacia el suicidio, actitud de ayuda, autoeficacia.

Mientras que las intervenciones sobre poblaciones selectivas o indicadas sí evalúan la conducta suicida, las universales casi nunca tienen en cuenta el efecto sobre esta variable. De hecho, de los veinte estudios de enfoque universal, solamente seis la incluyen [3, 22, 26, 36, 35 y 37].

Los estudios centrados en el individuo y en la familia examinan principalmente la conducta suicida, y, en menor medida, factores de riesgos y factores de protección.

De los 13 ensayos que investigan programas basados en la escuela, sólo siete (dos de ellos en población indicada [6 y 7]) valoran el efecto sobre la conducta suicida [3, 22, 26, 35 y 37]; cinco evalúan factores de riesgo [5, 7, 10, 26 y 35]; tres, factores de protección [5, 10, 35]; siete, las actitudes sobre el suicidio [5, 8, 10, 11, 12, 22 y 26]; cinco, el conocimiento [8, 10, 12 y 32]; y seis, la conducta de guardián o las competencias para ayudar [8, 12, 22, 26, 29 y 32].

Los programas de capacitación tienen como objetivo la mejora en las competencias para ayudar, el conocimiento y las actitudes sobre el suicidio; excepto en el caso de Walrath et al. [36], que mide el impacto de los guardianes en la tasa de suicidio entre los jóvenes.

En los estudios sobre el impacto de la publicidad se estudia el cambio de actitud, el conocimiento y la intención de búsqueda de ayuda.

Resultados de las intervenciones

Conducta suicida

El suicidio consumado sólo se evalúa en estudios de carácter epidemiológico, como el de Walrath et al. [36] y el de Wieggersma et al. [3]. En el primer caso se halló que disminuía significativamente la tasa de suicidios en jóvenes de entre 10 y 24 años en aquellas poblaciones donde se había entrenado a guardianes. Sin embargo, al cabo de dos años esas diferencias desaparecían. Por su parte el estudio epidemiológico de Wieggersma et al. no obtuvo diferencias entre los lugares con acceso a consulta de salud gratuita frente a los que no lo tenían.

La TSP [5, 13] resulta eficaz tanto en reducir la ideación, como los planes, escritos y amenazas suicidas. Las tentativas suicidas no fueron evaluadas en estos trabajos.

Las intervenciones familiares en general resultan más eficaces en reducir las tentativas y las amenazas planes y escritos que la ideación [9 y 25]. Destacan, con resultados significativamente mejores sobre todas las variables de la conducta suicida, los programas: C-CARE, P-C-CARE [20, 28], RAP-P [31] y el SAFETY [33]. El TFBA [19 y 27] arroja resultados prometedores, pero sólo evalúan ideación.

En el ámbito escolar muy pocas intervenciones evalúan su efecto sobre la

conducta suicida. Destacan la investigación de King et al. [26] y, sobre todo, el proyecto SEYLE [37] en su variante de «concienciación», consiguiendo una reducción de los intentos en más de un 50% con un tamaño muestral de más de 11000 jóvenes y un seguimiento de 12 meses.

Factores de riesgo

Según los estudios examinados, los programas C-CARE, P-C-CARE [20, 28], TCC familiar [25], RAP-P [31] y SAFETY [33]; los basados en la TSP [13]; los escolares *Surviving the Teens*® [26] y EMPATHY [35] destacan al reducir los factores de riesgo como depresión, desesperanza, ansiedad, ira, consumo de sustancias y/o depresión parental.

Factores de protección

El programa C-CARE+CAST resultó beneficioso en el ámbito escolar con un seguimiento de seis meses en el aumento de la **capacidad de solución de problemas** [6 y 7].

Los programas C-CARE y P-C-CARE incrementaron significativamente la **autoeficacia** de los jóvenes y que los resultados se mantenían durante seis años [20 y 28].

La TSP fue superior a la lista de espera en jóvenes con depresión mayor para aumentar los niveles de **asertividad y autoestima** con un seguimiento de 12 meses [13].

Tanto la plataforma *on-line* eBridge [34], como el programa escolar *Sources of Strength* [22] consiguieron un significativo aumento de la **conducta de búsqueda de ayuda** frente al grupo de control. Un anuncio televisado sobre la prevención del suicidio aumenta la intención de buscar ayuda entre universitarios frente a los que vieron un cartel o no recibieron información [21]. Sin embargo, entre adolescentes de alto riesgo, aquellos que vieron el anuncio televisado o los carteles mostraron peor afrontamiento [18].

Competencias de guardián

A pesar de encontrarse mejoras en su autoeficacia como «guardianes» tras realizar el programa QPR (Quinnett, 1995) [14, 16 y 38], no se encontraron diferencias significativas en un cambio de conducta (preguntar a jóvenes, etc.) con respecto a la lista de espera, o entre el programa QPR y QPR+ensayos [12 y 18 respectivamente].

Conocimiento sobre el suicidio

El programa QPR demostró que incrementaba significativamente tanto el conocimiento real como el percibido [12 y 38].

El anuncio televisado aumentó significativamente el conocimiento en jóvenes adolescentes frente a las condiciones de cartel o no información. En universitarios no se halló ningún efecto [18 y 21].

Actitudes sobre el suicidio

Tanto los programas de capacitación [2, 12 y 16], como los escolares [8, 11, 12, 22 y 26] pueden mejorar significativamente las actitudes sobre el suicidio.

4. DISCUSIÓN

Tras el repaso de la bibliografía que se ha expuesto, se pueden distinguir tres tipos fundamentales de estrategias en función del tipo de población a las que van dirigidas: las intervenciones indicadas o selectivas, las universales y la estrategia dirigida a la identificación de casos de riesgo: la formación de «guardianes».

Respecto al primer caso, se pueden hallar intervenciones focalizadas en el joven o en el conjunto familiar. Los resultados en general son positivos, sobre todo si se tiene en cuenta que el grupo de control suele recibir los «cuidados usuales» y que la mayoría consigue mejoras significativas en la disminución de la ideación suicida y/o de las tentativas. Por ese motivo, una fuente de información importante puede ser examinar qué hay de diferente en las que no han mostrado esos resultados.

Una de las intervenciones en las que no se ha evidenciado una mejora con respecto al grupo de control ha sido la basada en el apoyo social [17]. Los autores justifican su programa aduciendo que se han encontrado diferencias en los niveles de apoyo familiar encontrado entre jóvenes suicidas y no suicidas. Pero, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este ensayo (y en otro anterior realizado por los mismo autores) y los obtenidos en las intervenciones familiares, parece que lo que realmente es significativo para los jóvenes es percibir el apoyo por parte de sus propios familiares, de su grupo de apoyo natural y primario; y no de otro adulto, aunque lo hayan elegido ellos mismos. De hecho, las intervenciones familiares que han conseguido resultados positivos tienen en común la reconstrucción o el fortalecimiento del tejido de las relaciones familiares, la identificación de sus fortalezas como familia, el desarrollo de habilidades de comunicación y la adquisición de estrategias para afrontar conflictos y problemas.

En esta revisión han aparecido dos intervenciones familiares que, aun persiguiendo los mismo objetivos que las otras, no han conseguido buenos resultados. Son aquellas realizadas en una sesión en el ámbito de la atención en urgencias [4 y 23]. Por lo que queda claro que una sola sesión para toda la familia es insuficiente, a pesar de que haya contactos telefónicos durante un mes.

Las intervenciones individuales que han obtenido buenos resultados en la disminución de la conducta suicida estaban basadas en la TSP [5 y 13], con un seguimiento de un año. Otras revisiones, como la de Callear et al. (2015), que consiguió localizar cuatro ensayos sobre TSP (no familiar), encuentran resultados contradictorios.

En el estudio que acabamos de mencionar, Callear et al. sacan algunas conclusiones interesantes, como que, mientras las intervenciones individuales disminuyen la ideación suicida, las familiares y grupales rebajan la frecuencia de los intentos suicidas. Sin embargo, la presente revisión no puede confirmar esas

afirmaciones, ni tampoco otras que hacían referidas a la variación en la ideación o las tentativas en función de si se medían las variables tras un seguimiento corto o largo (superior a los 18 meses).

Mención aparte merece la entrevista motivacional *on-line* eBridge [34], que sólo buscaba promover la búsqueda de ayuda y obtuvo resultados positivos en ese sentido, aun a pesar de no lograr una alta adherencia. Tampoco es baladí este efecto, puesto que, aunque algunos programas producen un impacto positiva sobre esta variable, no todos lo hacen e incluso hay evidencia de consecuencias iatrogénicas (Klimes-Dougan, Klingbeil y Melle, 2013). Las investigaciones de Klimes-Dougan y su equipo sobre los efectos de la publicidad dan cuenta de estos efectos negativos, aunque, según muestra, estos están mediados por la edad y la pertenencia al grupo de riesgo suicida o no. Así, mientras que entre los 14 y 18 años, la publicidad puede disminuir la conducta de búsqueda de ayuda en poblaciones en riesgo, este efecto no aparece con un grupo de jóvenes en riesgo también pero más mayores (18-35 años) [18 y 32].

En lo referido a las intervenciones universales y a los programas de capacitación, se echa en falta una evaluación del cambio en la conducta suicida. Algo que también ponen de manifiesto otras revisiones (GPC, 2012; Katz et al., 2013; Miller, Eckert y Mazza, 2009). Al leerlos, surgen las preguntas: ¿es suficiente que haya un aumento significativo en el conocimiento del suicidio o en el cambio de actitudes para que disminuyan los suicidios?, ¿es suficiente tener personas significativamente mejor preparadas para reconocer un caso de riesgo?

Sólo hay un ensayo que examine al mismo tiempo conducta suicida y cambio de actitudes: King et al., en su estudio sobre el programa *Surviving the teens*® [26], evaluó al mismo tiempo la conducta suicida, la depresión y desesperanza, el cambio en las actitudes y la intención de ayuda a un compañero, obteniendo resultados significativamente positivos en todas las variables con respecto a la línea base. Sin embargo, su programa abarcaba diversos puntos (estrategias de afrontamiento y psicoeducación) por lo que no podemos deducir qué es lo que en definitiva baja los índices de ideación y tentativas.

Hay otro artículo que aporta algunas claves al respecto: Walrath et al. [36] comparan los índices de suicidio de las poblaciones donde se ha formado a guardianes con aquellos en los que no (equiparando variables que pudieran desvirtuar los resultados). Los resultados son parcialmente positivos, ya que, aunque un año tras los cursos de formación disminuían los suicidios, y esta disminución correlacionaba con el número de personas capacitadas; al cabo de los dos años estos efectos desaparecían por completo. La tarea que se presenta, por lo tanto, es descubrir a qué se debe esta disminución del efecto. No parece lógico pensar que se deba a una disminución de los conocimientos o la autoeficacia de los guardianes, ya que, con la práctica, estas habilidades suelen aumentar. Habría que investigar si existen diferencias en la motivación que influyan en su conducta, o qué otros factores pueden estar interviniendo.

Por otro lado, los datos aportados por Walrath et al. entran en contradicción con los resultados del proyecto SEYLE [37]. En este último se pusieron en marcha cuatro programas durante cuatro semanas: cribado, formación de guardianes para el profesorado (programa QPR), programa de concienciación para los alumnos y una intervención mínima (consistente en proporcionar información de contacto de servicios de salud y de grupos de vida saludable y en colgar de carteles alertando contra el suicidio). Con un año de seguimiento, los resultados del programa QPR no mostraron diferencias en la conducta suicida. Los autores apuntan como una posible explicación que los guardianes sólo pueden actuar ante conductas accesibles a la observación y muchas veces la ideación suicida es disimulada.

A pesar de la escasez de investigaciones en población universal que evalúen la conducta suicida, se han encontrado tres que han mostrado éxito en esta variable. Los factores comunes de estos tres programas son estar diseñados para enseñar a los alumnos a desarrollar habilidades sociales y de afrontamiento. Una de ellos es el programa de concienciación del proyecto SEYLE. De hecho, el éxito de este programa fue mayor que otros programas de intervención en salud pública sobre prevención de acoso escolar o de consumo de tabaco, ya que se observó un porcentaje de descenso mucho mayor (del 50% con respecto al 14-23% de estos otros programas). Los otros dos programas (con un seguimiento menor, sólo de tres meses), son el *Surviving the Teens*® y el EMPATHY [26 y 35 respectivamente]. Lo interesante del programa EMPATHY es que, tras un cribado inicial, sólo recibieron la TCC un grupo de 151 alumnos considerados de alto riesgo y todos los estudiantes de séptimo y octavo curso (dejando fuera a los alumnos de los grados sexto, noveno, décimo, undécimo y duodécimo), y, sin embargo, se observó un descenso significativo general en depresión y riesgo suicida al volver a evaluar a un total de 2790 alumnos. Lo que sugiere que se haya producido una especie de «contagio positivo» entre los alumnos.

Queda manifiesto que es necesaria una mayor investigación sobre este campo, en particular el ámbito español, que permita comprobar la eficacia tanto de las intervenciones como de sus componentes, a corto y a largo plazo sobre las variables de interés (principalmente conducta suicida). A lo largo de la investigación que ha supuesto este trabajo se han detectados ensayos en los que se daba cuenta de intervenciones adaptadas a las necesidades culturales y sociales de poblaciones muy específicas consideradas de alto riesgo (tribus nativas americanas, comunidad latina americana, comunidad afro-americana urbana, etc.), que se descartaron debido a que se consideró que las muy concretas circunstancias de estos grupos eran difícilmente extrapolables a la población general española. También se ha visto cómo la diferencia de edad influye en los efectos de una intervención (aun dentro de una población joven), y que un criterio de exclusión que aparece repetidamente es presentar síntomas psicóticos (a pesar de que es un factor de riesgo para el suicidio). Todo ello invita a pensar en que, según vaya avanzando la investigación, sea necesario ir desarrollando intervenciones adaptadas a grupos de población con

unas características concretas, más allá de la distinción entre intervención indicada, selectiva o universal.

Limitaciones

La revisión ha partido de artículos que se encontraran en línea, por lo que, aunque por medio de la misma bibliografía analizada se ha intentado localizar otros artículos de interés, es más que seguro que datos valiosos hayan quedado fuera de este trabajo. Por otro lado, por cuestiones de extensión, no se han incluido revisiones sistemáticas y meta-análisis hallados, aunque se han comentado sus hallazgos más sobresalientes en la discusión. Otra limitación está causada por los mismos ensayos, y es que, excepto en la frecuencia de suicidios consumados o en el número de ingresos que contabiliza el hospital, la mayoría de los datos son conseguidos mediante pruebas auto-informe.

5. CONCLUSIONES

Tras lo expuesto, se propone como punto de arranque un modelo de prevención en población juvenil apoyado en tres pilares.

1. Formación de guardianes efectiva que permita detectar un caso de riesgo antes de que se produzca un intento.
2. Intervenciones indicadas y selectivas basada en la TSP y en la terapia familiar
3. Intervenciones universales insertadas en la escuela que provean a los estudiantes de herramientas de afrontamiento y de solución de problemas, con un fuerte componente práctico, y adaptadas a las situaciones en las que se pueda ver envuelta la población adolescente.

Nota del autor

A José María Calés, mi tutor del Trabajo Fin de Máster, quien tan bien me supo guiar y motivar para que este trabajo llegara a buen fin.

Referencias bibliográficas

- *Asarnow, J. R., Baraff, L. J., Berk, M. S., Grob, C., Devich-Navarro, M., Suddath, R., Piacentini, J., Rotheram-Borus, M. J., Cohen, D. y Tang, L. (2011). Effects of an Emergency Department mental health intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv.*, 62(11), 1303-1309. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251923/>
- *Asarnow, J. R., Berk, M., Hughes, J. L., y Anderson, N. L. (2015). The SAFETY program: A treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 194-203. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25255931>
- *Baber, K., y Bean, G. (2009). Frameworks: A community-based approach to preventing youth suicide. *Journal of Community Psychology*, 37(6), 684-696. Recuperado de: www.theconnectprogram.org/sites/default/files/site-content/docs/Frameworks-Acommunitybasedapproachtopreventingyouthsuicide.pdf
- Calear, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Busby Grant, J., van Spijker, B., Donker, T. (2015). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 467-482.
- *Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Social Work*, 52(1), 41-49.
- *Cigularov, K., Chen, P., Thurber, B. W., y Stallones, L. (2008). Investigation of the effectiveness of a school-based suicide education program using three methodological approaches. *Psychological Services*, 5(3), 262-274. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Konstantin_Cigularov/publication/232591119_Investigation_of_the_Effectiveness_of_a_School-Based_Suicide_Education_Program_Using_Three_Methodological_Approaches/links/558ab60e08ae48b7b56d8939.pdf
- *Cimini, M. D., Rivero, E. M., Bernier, J. E., Stanley, J. A., Murray, A. D., Anderson, D. A., Wright, H. R. y Bapat, M. (2014). Implementing an audience-specific small-group gatekeeper training program to respond to suicide risk among college students: A case study. *Journal of American College Health*, 62(2), 92-100.
- Consejo de Europa (2008). *Resolución 1608 Child and teenage suicide in Europe: a serious public health issue*. Recuperado de: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17639&lang=en>
- *Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M. y, Caine E. D. (2011). Does Practice Make Perfect? A Randomized Control Trial of Behavioral Rehearsal on Suicide Prevention Gatekeeper Skills. *Journal of Primary Prevention*, 32(3-4), 195-211. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21814869>
- *Davidson, M. W., y Range, L. M. (1999). Are teachers of children and young adolescents responsive to suicide prevention training modules? Yes. *Death Studies*, 23(1), 61-71.
- *Diamond, G. S., Creed, T., Gillham, J., Gallop, R., y Hamilton, J. L. (2012). Sexual trauma history does not moderate treatment outcome in attachment-based family therapy (ABFT) for adolescents with suicide ideation. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 595-605. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22709259>
- *Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., y Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Department of Psychiatry and Human Behavior Faculty Papers, paper 8*. Recuperado de: <http://jdc.jefferson.edu/phbfp/8>
- *Eggert, L. L., Thompson, E. A., Randell, B. P., y Pik, K. C. (2002). Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide-risk behaviors, depression, and drug involvement. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15(2), 48-64.
- *Eskin, M., Ertekin, K., y Demir, H. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 227-245. Recuperado de: www.academia.edu/download/46824419/Efficacy_of_a_Problem-Solving_Therapy_fo20160627-27035-eeq9sq.pdf
- *Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J., y Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 728-739. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22004303>
- Eurostat. (2015) *Crude death rate by suicide of Young people by sex and age*. Recuperado de: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

- Eurostat. (2015) *Suicide death rate by age group*. Recuperado de: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tsdph240>
- Farré, A., Portella, M. J., De Angel, L., Díaz, A., Diego-Adeliño, J., Vegué J., Durán-Sindreu, S., Faus, G., Tejedor, C., Álvarez, E. y Pérez, V. (2016). Benefits of a secondary prevention program in suicide. A 1-year follow-up experimental study compared with a treatment-as-usual control group. *Crisis*, 37(4), 281–289.
- *Ghoncheh, R., Gould, M. S., Twisk, J. W., Kerkhof, A. J., y Koot, H. M. (2016). Efficacy of adolescent suicide prevention E-learning modules for gatekeepers: A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 3(1), e8. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26825006>
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad*. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2015/10/&file=01001.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Tasa de mortalidad por causas (lista reducida), sexo y edad*. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2015/10/&file=01004.px&L=0>
- Hacker, K., Collins, J., Gross-Young, L., Almeida, S., y Burke, N. (2008). Coping with youth suicide and overdose: One community's efforts to investigate, intervene, and prevent suicide contagion. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(2), 86-95.
- *Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., Woodham, A. M. y Byford, S. (1998). The home-based family intervention resulted in reduced suicidal ideation only for patients without major depression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37(5), 512-518. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/8d6f/6e557a770c2fbdd865c84f095a48d46365ad.pdf>
- *Hooven, C., Herting, J. R. y Snedker, K. A. (2010). Long-term outcomes for the Promoting CARE Suicide Prevention Program. *Am J Health Behav*. 34(6), 721–736. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20604697>
- *Hooven, C., Herting, J. R. y Snedker, K. A. (2012). Promoting CARE: including parents in youth suicide prevention. *Fam Community Health*, 35(3), 225–235. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22617413>
- *Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., y Pickrel, S. G. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43(2), 183-190. Recuperado de: http://www-bcf.usc.edu/~hueyjr/MST_effects_on_attempted_suicide.pdf
- *Joiner, T. E. J., Voelz, Z. R., y Rudd, M. D. (2001). For suicidal young adults with comorbid depressive and anxiety disorders, problem-solving treatment may be better than treatment as usual. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(3), 278-282.
- Katz, C., Bolton, S., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., y Sareen, J. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30(10), 1030-1045.
- *Keller, D. P., Schut, L. J., Puddy, R. W., Williams, L., Stephens, R. L., McKeon, R., y Chermack, S. (2009). Tennessee lives count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(2), 126-133. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Robert_Stephens2/publication/224123991_Tennessee_Lives_Count_Statewide_Gatekeeper_Training_for_Youth_Suicide_Prevention/links/54b54dfb0cf26833efd0ace7.pdf
- *King, C. A., Eisenberg, D., Zheng, K., Czyz, E., Kramer, A., Horwitz, A., et al. (2015). Online suicide risk screening and intervention with college students: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 630-636. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25688811>
- *King, C. A., Klaus, N., Kramer, A., Venkataraman, S., Quinlan, P., y Gillespie, B. (2009). The youth-nominated support Team–Version II for suicidal adolescents: A randomized controlled intervention trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 880-893. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19803568>
- *King, K. A., Strunk, C. M., y Sorter, M. T. (2011). Preliminary effectiveness of surviving the teens® suicide prevention and depression awareness program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. *Journal of School Health*, 81(9), 581-590.
- Klimes-Dougan, B., Klingbeil, D. A., y Meller, S. J. (2013). The impact of universal suicide-prevention programs on the help-seeking attitudes and behaviors of youths. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(2), 82-97.

- *Klimes-Dougan, B., y Lee, C. S. (2010). Suicide prevention public service announcements: Perceptions of young adults. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(5), 247-254. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Bonnie_Klimes-Dougan/publication/49661371_Suicide_Prevention_Public_Service_Announcements_Perceptions_of_Young_Adults/links/53f35fe70cf2dd48950cb3af/Suicide-Prevention-Public-Service-Announcements-Perceptions-of-Young-Adults.pdf
- *Klimes-Dougan, B., Yuan, C., Lee, S., y Houry, A. K. (2009). Suicide prevention with adolescents: Considering potential benefits and untoward effects of public service announcements. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30(3), 128-135. Recuperado de: <http://www.save.org/wp-content/uploads/2016/08/ContentServer-2.pdf>
- Miller, D. N., Eckert, T. L., y Mazza, J. J. (2009). Suicide prevention programs in the schools: A review and public health perspective. *School Psychology Review*, 38(2), 168-188. Recuperado de: <http://knoxvillepsychs.pbworks.com/f/Suicide+Prevention+Programs+in+the+Schools-2009.pdf>
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Galicia: Avaliat-t. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
- Nrugham, L., Herrestad, H., y Mehlum, L. (2010). Suicidality among norwegian youth: Review of research on risk factors and interventions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(5), 317-326.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Suicidio. Nota descriptiva*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- *Pasco, S., Wallack, C., Sartin, R. M., & Dayton, R. (2012). The impact of experiential exercises on communication and relational skills in a suicide prevention gatekeeper-training program for college resident advisors. *Journal of American College Health*, 60(2), 134-140.
- *Pineda, J., & Dadds, M.R. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 851-862. doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.015.
- *Portzky, G., y van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(9), 910-918.
- *Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Cantwell, C., Belin, T. R., y Song J. (2000). The 18-month impact of an Emergency Room intervention for adolescent female suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1081-1093. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.386.5127&rep=rep1&type=pdf>
- *Silverstone, P. H., Bercov, M., Suen, V. Y. M., Allen, A., Cribben, I., Goodrick, J., et al. (2015). Initial findings from a novel school-based program, EMPATHY, which may help reduce depression and suicidality in youth. *Plos One*, 10(5), e0125527-e0125527. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431804/>
- Spirito, A., Stanton, C., Donaldson, D., & Boergers, J. (2002). Treatment-as-usual for adolescent suicide attempters: Implications for the choice of comparison groups in psychotherapy research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 41-47. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/11514944_Treatment-as-Usual_for_Adolescent_Suicide_Attempters_Implications_for_the_Choice_of_Comparison_Groups_in_Psychotherapy_Research
- *Stuart, C., Waalen, J. K., y Haestromm, E. (2003). Many helping hearts: an evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment. *Death Studies*, 27, 321-333. Recuperado de: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj6nY7XuKzXAhWBKcAKHQD-DfgQFggwMAE&url=https%3A%2F%2Fmsrc.fsu.edu%2Fsystem%2Ffiles%2FStuart%2520et%2520al%25202003%2520Many%2520helping%2520hearts-%2520an%2520evaluation%2520of%2520peer%2520gatekeeper%2520training%2520in%2520suicide%2520risk%2520assessment.pdf&usq=AOvVaw2PK-Tf3VyoqtpbtBvBBDk>
- Tejedor, C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V., y Solà, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatria*, 39(05), 280-7. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/73/ESP/13-73-ESP-280-287-385438.pdf>

- *Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P., & Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health, 91*(5), 742-752. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446664/>
- *Walrath, C., Garraza, L. G., Reid, H., Goldston, D. B., y McKeon, R. (2015). Impact of the garrett lee smith youth suicide prevention program on suicide mortality. *American Journal of Public Health, 105*(5), 986-993. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25790418>
- *Wasserman, D. (2015). Outcomes of the SEYLE project on school-based suicide prevention Mental health of European youth. Meeting of the Group of Governmental Experts on Mental Health and Well-Being. Recuperado de: <http://ec.europa.eu/transparency/regexpert/index.cfm?do=groupDetail.groupDetailDoc&id=17384&no=5>
- *Wharff, E. A., Ginnis, K. M., y Ross, A. M. (2012). Family-based crisis intervention with suicidal adolescents in the emergency room: A pilot study. *Social Work, 57*(2), 133-143. Recuperado de: <https://academic.oup.com/sw/article-abstract/57/2/133/1936666?redirectedFrom=PDF>
- *Wiegersma, P. A., Hofman, A., y Zielhuis, G. A. (1999). Prevention of suicide by youth health care. *Public Health, 113*(3), 125-130. Recuperado de: http://www.rug.nl/research/portal/files/3171528/Wiegersma_1999_Public_Health.pdf
- *Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J. y Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 104-115. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18229988>
- *Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E. y Wang, W. (2010). An outcome evaluation of the sources of strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American Journal of Public Health, 100*(9), 1653-1661. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20634440>

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 29, Number 109, March, 2018 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<http://ojs.revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich's.
- OPAC's: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta.

CONTENIDO

TEMAS EXISTENCIALES EN PSICOTERAPIA

Existential Issues in Psychotherapy

Manuel Villegas y Juan García-Haro
(Coordinadores)

EDITORIAL

LA TEORÍA DEL DESARROLLO MORAL EN EL MARCO DEL ANÁLISIS EXISTENCIAL

The theory of moral development and existential analysis

Manuel Villegas

CUANDO LOS SÍNTOMAS NO DEJAN VER EL SENTIDO. VIAJE EXISTENCIAL AL CENTRO DE LA PSICOTERAPIA

When the symptoms do not allow us to see the meaning. Existential journey to the center of psychotherapy

Juan García-Haro, Henar García-Pascual y
Marta González González

LOGOTERAPIA, FUNDAMENTOS Y LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Logotherapy, foundations and intervention lines
M^a Ángeles Noblejas de la Flor

DIÁLOGOS EXISTENCIALES EN PSICOTERAPIA. LA VOZ DE LOS PACIENTES

Existential dialogues in psychotherapy. The voice of patients

Manuel Villegas

MEDITACIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA MUERTE

Psychological meditations on death

Juan García-Haro, Marta González González y
Henar García-Pascual

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

CUANDO SE DEJA DE HACER PIE. NOTAS SOBRE CULTURA MODERNA, CRISIS DE SENTIDO VITAL Y PSICOPATOLOGÍA

When the ground cannot be touch. An outline of modern culture, crisis of meaning of life and psychopathology

Juan García-Haro, Henar García-Pascual y
Marta González González

DIMISIÓN DEL YO-AGENTE COMO CONDICIÓN TRANSDIAGNÓSTICA

Resignation of self-agent as a transdiagnostic condition

Juan García-Haro, Henar García-Pascual y
Marta González González

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

EL TERAPEUTA DE CABECERA. UNA ALTERNATIVA AL PSICOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

The Therapist practitioner. An alternative to the Primary Care Psychotherapist

Juan Romeu Leder

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN DESDE 1997

Suicide Behaviour Prevention in Youth and Adolescents: A Review since 1997

María Paz Mora Encinas

