

“EXISTE REALMENTE LA SOLEDAD”

LA SOLEDAD

MAESTRO: DR. ALEJANDRO BARBA CARRAZCO

La soledad permite saber quién es cada quien, sólo después puede tener una verdadera relación, ya que se puede interpretar la soledad de dos maneras: estar solo o sentirse solo.

Sólo en los últimos años la soledad ha sido considerada como un problema clínico, que requiere de una terapia específica.

El tema ha cobrado enorme importancia, ya que tiene una alta incidencia, tanto en la población en general como en personas que presentan algún grado de desajuste.

La soledad también se considera como uno de los posibles factores que causan otros desórdenes. Entre ellos depresión, suicidio y graves problemas médicos, como las enfermedades cardiovasculares.

Este problema había sido sistemáticamente negado como un trastorno que requiere de una atención seria, tal vez porque quienes lo sufren no siempre admiten que puede ser la raíz de otros males. O no quieren reconocerse como "solos", debido a que experimentan vergüenza de sus sentimientos o de su inadecuación para superar el aislamiento.

Nunca se está solo, más que en realidad cuando, así se está.

Estar solo es un hecho común para todos. No siempre estamos acompañados. Esta experiencia de soledad se puede disfrutar mucho y suele ser muy constructiva.

Cuando se está solo, no se puede hacer nada y sentirse bien, descansar, disfrutar de la naturaleza, tomar sol, caminar, meditar o simplemente hacer lo que a cada quien le gusta sin interferencias de otras personas.

Sentirse solos es diferente, porque uno se puede sentir solo también en compañía.

El sentimiento de soledad está relacionado con el aislamiento, la noción de no formar parte de algo, la idea de no estar incluido en ningún proyecto y entender que a nadie le importamos lo suficiente como para pertenecer a su mundo.

El sentimiento de no pertenencia nos lleva a la depresión, cuando además nos sentimos culpables de nuestra propia soledad.

Es una ilusión creer estar acompañado porque en realidad la mayoría está sola.

No muchos saben lo que es una verdadera relación y crean vínculos que no lo son.

Sólo una persona madura puede tener una relación verdadera, porque se ha liberado de las dependencias.

La madurez es la capacidad de vivir la vida sin muletas ocasionales, es aprender a hacerse cargo de los propios problemas, reflexionando antes de actuar y haciéndose responsable de las consecuencias de las acciones, sin proyectar los errores en los demás.

La relación no implica tener a alguien para eventualmente apoyarse, sino por el contrario significa interesarse por el otro y comprenderlo tratando de olvidarse de uno mismo.

La dependencia crea vínculos dependientes con personas omnipotentes, intentando recrear la simbiosis madre - hijo, y ese tipo de relación patológica, que tiene carácter sadomasoquista, está destinada al fracaso.

Recién cuando nos liberamos de las dependencias y nos olvidamos de nosotros mismos aprendemos a vivir, a no tener miedo y a ser libres, accediendo a la posibilidad de una verdadera relación.

Si no hay desarrollo personal tampoco puede haber una relación duradera, porque el estancamiento produce aburrimiento.

La intención vale más que el hecho en si mismo, porque no se trata de resultados sino de orientarse hacia el camino de la propia senda.

Solamente cuando estamos solos podemos ponernos en contacto con nosotros mismos. Esa oportunidad nos permite vernos y evaluar si realmente somos como queremos ser y si estamos haciendo lo que deseamos hacer; y si esa imagen no estuviera de acuerdo con nuestras expectativas, es el momento de preguntarnos, que es lo que estamos haciendo ahora para lograrlo.

Transitar el propio camino es lo más importante y el principal propósito de nuestra vida y todo el universo conspirará para lograrlo.

Estudios revelan que la soledad puede acortar significativamente la vida. E impacta en la salud. Los mayores de 60 años que viven o se sienten solos tienen dos veces más riesgo de morir que quienes están acompañados, la soledad puede acortar la vida significativamente.

En la investigación, que se siguió a personas mayores de 60 años, se encontró que quienes vivían o se sentían solos tuvieron casi dos veces más riesgo de morir que los acompañados.

Analizando la soledad que siente un paciente puede ayudar a los médicos a identificar a aquéllos que tienen más riesgo de morir. La investigación se centro específicamente en la soledad que sentían o experimentaban los participantes y el impacto que ésta tenía en su vida.

Los resultados, al final de los seis años de estudio, mostraron que los que se sentían o vivían solos tuvieron 59% más riesgo de haber tenido un deterioro en la salud y 45% más riesgo de haber muerto. Acompañado, pero solo

Pero lo que mas sorprendió fue el alto número de personas que, a pesar de vivir acompañadas, se sentían solas.

Los datos mostraron que 43% de los participantes se sentían solos y sin embargo, sólo 18% vivían solos.

La soledad en un paciente mayor tiene un impacto mucho más grave de lo que se piensa. A menudo la gente piensa que la soledad es un producto de las relaciones sociales de una persona, de cuántas personas están a tu alrededor'

Pero, de hecho, para medir la soledad en este estudio se vieron tres componentes diferentes de sentimientos subjetivos: si la persona se siente excluida, si se siente aislada o si se siente acompañada'.

El estudio, no analizó las causas que conducen al deterioro físico o al mayor riesgo de muerte en las personas solas. Pero es claro que la soledad sí tiene un efecto grave en la salud.

Varios estudios en el pasado ya han mostrado que puede haber algún mecanismo biológico vinculado a la soledad. Quizás la soledad causa cambios en las funciones del sistema inmune o incrementa la respuesta inflamatoria en el organismo'.

'Pero el estudio observó un nivel más básico, el nivel social'.

Y se vio que al sentirse solo un individuo está menos involucrado con su ambiente y por lo tanto tiene menos probabilidades de involucrarse con su cuidado personal.

Ya que se espera que la población en todo el mundo continúe envejeciendo y que el número de personas mayores se incremente drásticamente, siendo necesario encontrar mejores estrategias para ayudar a estos individuos a tener una mejor calidad de vida.

Investigar las enfermedades crónicas de estos individuos no es suficiente. Hay muchas más cosas en los asilos de ancianos y en sus comunidades que están afectando su salud. Si no investigamos estos factores estaremos pasando por alto un factor de riesgo muy importante'.

No creo que podamos cambiar la genética, pero sí podemos intervenir cuando una persona está sola y ayudarla a prevenir algo de su deterioro funcional.

En la investigación, encontré que las personas en riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, o con ella, tenían más probabilidades de morir a causa de estos trastornos si vivían solos.

En el estudio, los que vivían solos mostraron 14% más riesgo de morir por cualquier causa y 8,6% de morir por enfermedad cardiovascular que los que vivían acompañados.

APRENDER A VIVIR SOLOS

Los psicólogos consideran que alguien está solo cuando no mantiene comunicación con otras personas o cuando percibe que sus relaciones sociales no son satisfactorias.

Tres características definen la soledad: es el resultado de relaciones sociales deficientes, constituye una experiencia subjetiva ya que uno puede estar solo sin sentirse solo o sentirse solo cuando se halla en grupo; y, por último, resulta desagradable y puede llegar a generar angustia.

La soledad, salvo excepciones, es una experiencia indeseada similar a la depresión y la ansiedad. Es distinta del aislamiento social, y refleja una percepción del individuo respecto a su red de relaciones sociales, bien porque esta red es escasa o porque la relación es insatisfactoria o demasiado superficial. Se distingue dos tipos de soledad: la emocional, o ausencia de una relación intensa con otra persona que nos produzca satisfacción y seguridad, y la social, que supone la no pertenencia a un grupo que ayude al individuo a compartir intereses y preocupaciones. Parece, por otro lado, que la soledad está relacionada con la capacidad de las personas para manifestar sus sentimientos y opiniones.

Hay dos tipos de soledad: la personal (ausencia de una relación íntima con alguien) y la social (carencia de amistades)

Cuando nuestra habilidad para relacionarnos es deficiente, aumenta la probabilidad de que nos quedemos solos ya que las relaciones que mantenemos son menos entusiastas y empáticas. En general, las personas con problemas de neurosis se muestran convencidas de que no resultan amables ni dignas de ser apreciadas, y rechazan cualquier tipo de amigos potenciales con el objetivo de protegerse a sí mismos del posible rechazo. La soledad esta muy relacionada con la pérdida de relaciones con ese conjunto de personas significativas en la vida del individuo y con las que se interactúa de forma regular. La definición más común de soledad es la de carencia de compañía y que se tiende a vincularla con estados de tristeza, desamor y negatividad, obviando los beneficios que una soledad ocasional y deseada puede reportar.

LA AUSENCIA DE UN SER QUERIDO

Cuando (por separación en la pareja, fallecimiento de un ser querido u otra causa) desaparece de nuestra vida alguien a quien hemos amado o que ocupaba un espacio estelar en nuestra cotidianidad, nos invade una particular sensación de soledad, un vacío, una nada enmudecida que nos sume en la tristeza y la desesperanza. Hemos de sobrellevar la dolorosa percepción de orfandad, de ausencia de una persona insustituible. Nos vemos perdidos y sin referencias en las que antes nos apoyábamos para afrontar la vida.

Somos seres sociales que necesitamos de los demás para hacernos a nosotros mismos. Y no sólo para cubrir nuestras necesidades de afecto y desarrollo personal, sino también para afianzar y revalidar nuestra autoestima, ya que ésta se genera cada día en la interrelación con las personas que nos rodean.

La pérdida es irreemplazable pero no debe ser irreparable. Ese hueco o, mejor, su silueta, quedarán ahí pero si nos permitimos sentir la tristeza y nos proponemos superarla a base de confianza en nosotros mismos, podremos reunir fuerzas para establecer nuevas relaciones que cubran al menos parcialmente ese déficit de amor que la ausencia del ser querido ha causado. Hemos de intentar que la carencia de esa persona no se convierta en una carencia general de relaciones. Esta soledad es dolorosa, pero puede convertirse en positiva si la interpretamos como oportunidad para aprender a vivir el dolor sin quedarnos bloqueados. Y para generar recursos y habilidades para continuar transitando satisfactoriamente por la vida. Debemos interiorizar y controlar el dolor, sabiéndolo parte inherente a la vida, aprendiendo a no temerlo y a no mantenernos al margen del sufrimiento como si de una debilidad o incapacidad

se tratara. Quien sabe salir del dolor está preparado para disfrutarla la plenitud en momentos venideros.

LA SOLEDAD SOCIAL

La de quien apenas habla más que con su familia, sus compañeros de trabajo y sus vecinos es una soledad muy común en este mundo nuestro. Nos sentimos incapaces de contactar con un mínimo de confianza con quienes nos rodean, tememos miedo que nos hagan o nos rechacen. Plantamos un muro a nuestro alrededor, nos encerramos en nuestra pequeña célula (en ocasiones, incluso unipersonal) y vivimos el vacío que nosotros mismos creamos y que justificamos con planteamientos como "no me entienden", "la gente sólo quiere hacerte daño", "para lo único que les interesas es para sacarte algo", "cada vez que confías en alguien, te llevas una puñalada". Si la soledad es deseada nada hay que objetar, aunque la situación entraña peligro: el ser humano es social por naturaleza y una red de amigos con la que compartir aficiones, preocupaciones y anhelos es un cimiento difícilmente sustituible para asentar una vida feliz. Es una meta difícil y las estructuras y hábitos sociales de nuestra civilización frenan este empeño de hacer y mantener amistades, pero merece la pena empeñar lo mejor de nosotros en el intento.

Esa soledad no deseada puede convertirse en angustia, si bien algunos se acostumbran a vivir solos. Se revestirá esta actitud de una apariencia de fortaleza, autosuficiencia, agresividad o timidez. Y todo, para esconder la inseguridad y el miedo a que no se nos quiera o no se nos respete.

Hay también otras soledades indeseadas, como esas a las que se ven abocadas personas mayores, amas de casa, o quienes muestran una orientación sexual no convencional, o quienes sufren ciertas enfermedades, incapacidades físicas o psicológicas o imperfecciones estéticas.

UN ESTADO TRANSITORIO. NADA MÁS

La soledad es una situación que hemos de aspirar a convertir en transitoria y que conviene percibir como no forzosamente traumática. Podemos mutarla en momento de reflexión, de conocernos a fondo y de encontrarnos sinceramente con nuestra propia identidad. Hay un tiempo para comunicarnos con los demás y otro (que necesita de la soledad) para establecer contacto con lo más profundo de nosotros mismos. Hemos de "hablar" con nuestros miedos, no podemos ignorarlos ni quedarnos bloqueados por ellos. Es conveniente que, en ocasiones, optemos por la soledad. En suma, equilibremos los momentos en que nos expresamos y atendemos a otros, y los que dedicamos a pensar, en soledad, en nuestras propias cosas.

COMO VENCER LA SOLEDAD NO DESEADA: PASOS UTILES

- Diagnóstico: qué tipo de soledad es la que estamos sufriendo y a

Qué circunstancias se debe.

- Conocernos bien. Dejemos a un lado el miedo a mirar dentro de

Nosotros, y afrontemos la necesidad de saber cómo somos:

Nuestras ilusiones y ambiciones, limitaciones y miedos, quién

Quiero ser, cómo me ven, cómo me veo...

- Fuera la timidez. Tomemos la iniciativa para conseguir nuevas relaciones. Establezcamos qué personas nos interesan, y elaboremos una estrategia para contactar con ellas.
- No hay nada que perder. El miedo al rechazo es un freno para entablar nuevas amistades o amores. El objetivo es importante, no nos andemos con remilgos.
- Sin victimismos. El mundo resulta en ocasiones cruel, vulgar y materialista, de acuerdo. Pero seguro que hay otras personas que pueden estar deseando conocer a alguien como nosotros.
- Encerrarnos en nosotros mismos es reconocer la derrota. A la mayoría la soledad nos hace daño, y nos sienta mejor tener con quién hablar, intimar y a quién querer.
- No somos tan raros como a veces pensamos. No hay más que hablar en profundidad y confianza con cualquier persona para comprobarlo. Podemos "llenar" a más gente de la que creemos y nos pueden resultar atractivas muchas personas que tenemos muy cerca.

Animarnos a buscar relaciones

Cómo se diagnostica

Resulta fundamental para el terapeuta diagnosticar correctamente la soledad y determinar si en realidad existe. Porque muchas personas se definen como "solas" sin serlo en realidad.

¿QUE ES ENTONCES LA SOLEDAD?

Psicológicamente se define como la ausencia, real o percibida, de relaciones sociales satisfactorias, que se presenta con síntomas de trastornos psicológicos y desadaptación, como ansiedad, depresión, insomnio, abuso de drogas y alcoholismo.

Sufren de soledad los individuos que tiene carencia de:

- Una persona cariñosa de quien depender,
- Alguien que lo atienda,
- Oportunidad de expresar sentimientos íntimos a otra persona,
- Un grupo de amigos del cual sentirse parte,
- Alguien que necesite de su amor,
- Alguien que lo desee físicamente,
- Personas con quienes compartir valores e intereses,
- Amigos para compartir actividades recreativas,
- Relaciones en el trabajo,

- Un sentido de confianza en los amigos íntimos,
- Intimidad física en forma regular,

TRATAMIENTO

Es importante destacar que existe la soledad crónica en aquellas personas que no han sido capaces de establecer relaciones satisfactorias por un período de varios años y por lo menos a través de dos etapas de su vida, como podrían ser la adolescencia y la adultez joven; o la adultez joven y la edad madura.

También existe la soledad temporal, que incluye un estado de ánimo breve y ocasional de soledad, por ejemplo después del trabajo, o durante los fines de semana.

Los problemas de soledad se tratan en el mismo contexto en que se analiza la depresión.

La experiencia de los psicólogos con personas solitarias, sugiere que la mayoría de éstas no parecen ser significativamente más exigentes que otras personas, y que sin embargo tienen amistades que serían insatisfactorias para la mayoría de la gente.

Por lo tanto, el entrenamiento por lo general incluye cambios conductuales específicos en la forma de iniciar y profundizar sus relaciones sociales del paciente, tanto en el momento actual, como antes de que surgiera el problema.

Se investiga: a) la cantidad de tiempo que el pacientes pasa con sus amistades; b) la capacidad de la persona para "abrirse" frente a otros, hablando de sus sentimientos y pensamientos íntimos; C) las conductas "cariñosas" que los amigos otorgan al paciente, (para determinar hasta qué punto cada amigo puede ser confiable y cuánto puede depender de ellos, especialmente en los momentos de crisis) y d) la intimidad física, que incluye la regularidad de estos contactos y la satisfacción que el paciente obtiene del aspecto físico de cada relación.

Es muy probable que exista una sobre posición de estos cuatro elementos, pero sirven para evaluar la naturaleza de la soledad del paciente. Porque puede ser solitario por las dificultades que tiene para iniciar una relación, o para profundizarlas.

Por otra parte, los pacientes crónicamente solos a menudo revelan muchos síntomas de depresión, como inactividad, pérdida de energía y pérdida de placer en actividades que para la mayoría resultan agradables. Se sienten aislados, diferentes a los demás; se quejan de que nadie los entiende; que a nadie le importan.

Esta actitud puede ser cambiada. Y el nuevo enfoque terapéutico para tratar la soledad como un problema clínico, permite desarrollar estrategias cognitivas y conductuales.

La Logoterapia: ¿Enriquece el enfoque cognitivo conductual en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad?

INTRODUCCION

Todo intento de restaurar la normalidad en una realidad dañada, presupone un conocimiento previo y suficiente de su naturaleza y de sus virtualidades potenciales y actuales. Cuanto más si

la realidad de la que se trata es el ser personal que es el hombre, y el daño que sufre conlleva el trastorno de su personalidad. En consecuencia, detrás de cualquier abordaje psicoterapéutico debería haber un planteamiento antropológico actuando como referente.

Como se afirma todas las teorías psicoterapéuticas, desde siempre, han tenido, en sus bases, una concepción antropológica de partida; otra cosa es que, hoy por hoy, no pocas de ellas se mantengan implícitas –cuando no ignoradas - en praxis clínicas meramente funcionalistas y ajenas a cualquier marco referencial de tal carácter, y que por tanto, se vean peligrosamente avocadas a recaer en abordajes terapéuticos que, ignorando la integridad del ser humano, se limitan a tratar sus trastornos sin indagar ni actuar más allá de sus dimensiones psíquica y somática.

Este artículo pretende soslayar tal riesgo abordando el tratamiento de un paciente aquejado de un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo desde la conjunción de dos terapias de acreditada solvencia: la Terapia cognitivo-conductual y la Logoterapia. A continuación me aproxime a sus respectivos enfoques, para indagar el grado de compatibilidad y de complementariedad que, para el caso en cuestión, ofrecen ambas terapias, con el propósito final de elaborar y aplicar una terapia integrada de reestructuración cognitivo-conductual sistémica, presente-pasado-futuro con aportaciones de la logoterapia.

EL ENFOQUE COGNITIVO - CONDUCTUAL

El empleo de psicoterapias cognitivo-conductuales ha experimentado un gran auge durante los últimos años, gracias a su adaptabilidad metodológica y técnica, que ofrecen ante los cambios que se producen a lo largo de las sucesivas fases de una patología, y por la versatilidad del arsenal terapéutico que permite, al psicoterapeuta, cambiar de herramientas de trabajo sin necesidad de tener en cuenta una estricta clasificación del trastorno; además, de los índices de eficacia - constatados por diferentes investigaciones - y en relación con los objetivos planteados a corto, medio y largo plazo, especialmente durante el tratamiento de síndromes de ansiedad, en los que estas terapias alcanzan tasas de recuperación o de franca mejoría que giran en torno al 80% .

En la fundamentación teórica del enfoque cognitivo-conductual cabe apreciar la existencia de cuatro elementos originarios relacionados, todos, con el aprendizaje: lo que se ha dado en llamar el conductismo metodológico – tomado al margen de las bases teóricas del conductismo radical, y la única de sus aportaciones que conserva la terapia cognitivo - conductual; el Condicionamiento Instrumental o aprendizaje operante, que relaciona la persistencia o extinción de los comportamientos adquiridos con las consecuencias de los mismos; el aprendizaje social desarrollado tras reparar en la importancia crítica de la imitación en los procesos de aprendizaje; y, por último, desde el punto de vista terapéutico, la terapia cognitiva emotiva conductual de que, desde el establecimiento y estudio de los modelos cognitivos, se aleja del conductismo radical y centra la atención sobre la relación influyente que los pensamientos mantienen con la afectividad.

A partir de tales paradigmas, el enfoque terapéutico cognitivo-conductual se ha ido configurando y enriqueciendo gracias a su apertura a las distintas líneas de investigación que se suceden, e incorporando elementos y desarrollando técnicas procedentes y orientadas por

los resultados de las mismas, en la medida en que resultan compatibles con sus planteamiento básicos y suponen un valor añadido en relación con la eficacia. En consecuencia, cabe afirmar que el enfoque cognitivo-conductual es, principalmente, un marco metodológico desde el cual derivan líneas terapéuticas que pueden incluir hipótesis procedentes de otros orígenes siempre y cuando hayan sido suficientemente avaladas científicamente.

De todo lo anterior se deduce que el modelo terapéutico cognitivo-conductual genérico se desarrolla y proyecta para enfrentar los trastornos psíquicos reparando, fundamentalmente, los comportamientos perturbados y las cogniciones distorsionadas para restaurar la normalidad mediante técnicas de reestructuración cognitiva, afectiva y conductual capaces de rectificar los aprendizajes desadaptativos sustituyéndolos por los correctos, al tiempo que se favorece el desarrollo de habilidades generales de adaptación para, por último, ayudarle a modificar comportamientos, normalizar sus respuestas emocionales y sus relaciones sociales.

Una de las críticas que recibe este enfoque señala la frecuente aparición de retrocesos y aún de recaídas, durante y después de finalizado el tratamiento; lo cual sería consecuencia del escaso énfasis en la averiguación exacta de la naturaleza y origen causal del síntoma, es decir: la terapia cognitivo-conductual repararía en el trastorno, sólo lateralmente en la causa e, implícitamente, se movería al margen de la dimensión espiritual.

LA LOGOTERAPIA

Como es sabido, la logoterapia es un método de tratamiento psicoterapéutico cuyo fundamento intelectual radica en el análisis existencial en tanto que “intento de una antropología psicoterapéutica”: una antropología que contempla al hombre desde el paradigma que integra las tres dimensiones de su existencia: somática, psíquica y No ética o espiritual; una antropología, pues, que concibe a la persona en toda la integridad de su ser biológico, psicológico y espiritual, y que, interpelada por su circunstancia vital, ha de ir dando respuestas que implican acciones: sucesión de actos específicamente humanos, es decir: actos voluntarios con sentido del fin que van conformando su propia realidad existencial, su propia vida: una vida, pues, construida, realizada, a golpe de obras dotadas de sentido, de un sentido que constituye, para el hombre, una necesidad urgente y primordial, a cuya satisfacción está avocado. Estas son, en definitiva, las claves del análisis existencial.

Pero el análisis existencial es también una realidad dinámica, un proceso a través del cual la persona llega a tomar conciencia de su existencialidad, de la cualidad o modo específico del ser del hombre: un ser libre porque es capaz de aprehender su realidad y la realidad también del otro y de cuanto le circunda (libertad ontológica); de elegir entre lo conocido (libertad psicológica) y de hacerlo con sentido, orientado por valores cuya realización implica su propia realización personal, libertad moral. Por todo ello, porque es libre, el hombre es responsable: capaz de dar cuenta de su ser y de su obrar, ante sí mismo y ante los demás, y obligado a hacerlo. Un ser, en suma, convocado a la coherencia y, por tanto, urgido –por la necesidad de encuentro con el sentido de su propia vida: con su voluntad de sentido, esa fuerza motivadora cuya ausencia o pérdida le conduciría a la frustración, al vacío existencial, fuertemente neurotizante, que abre el portón del extravío, del miedo, de la angustia, de la soledad profunda de quien llega a pensar que el vivir no tiene objeto, que nada vale nada – ni siquiera él- que, por otra parte, a nadie importa.

Desde esta concepción antropológica, la logoterapia contempla la situación del hombre doliente de todo tiempo que debe reconocer la búsqueda de la voluntad de sentido como la más profunda tarea existencial a la que debe entregarse. Ya que ve en el hombre una naturaleza abierta al mundo, al mundo de las cosas y al mundo de las personas “a un mundo de sentidos y de valores, que son los que mueven a los hombres a actuar de un modo u otro”. Un ser, por tanto, cuyo significado estriba “en estar preparado y ordenado hacia algo o alguien,” a lo que quiere entregarse, hacia lo que su libre voluntad se determina y de lo que, en la medida que fuere, depende su realización personal. Así, pues, a través de la entrega, el hombre se trasciende a sí mismo, ejerce su capacidad de Auto trascendencia, se liga, se hace dependiente, actualizar su libertad porque, ser libre es ser capaz de depender de lo que se ama.

Pero la apertura del hombre también lo es hacia sí mismo, su libertad también le hace capaz de distanciarse de tomar distancia de sí, de auto distanciarse: de contemplarse en su circunstancia concreta, física y psicológica y de adoptar, libremente, una actitud ante ella.

La movilización de esta capacidad de Auto distanciamiento es el objeto de la Intención paradójica, técnica logoterápica que se funda en la fuerte carga terapéutica del sentido del humor – que ya apreciara Allport - ante la ansiedad de espera, y en la medida que logra que la persona logra, así, distanciarse de ella; es decir: movilizand o la capacidad de Auto distanciamiento, se abriría la posibilidad de romper el círculo vicioso del pensamiento obsesivo realimentado por la auto observación ansiosa, mediante la derreflexión.

En definitiva, la Intención paradójica se dirige a aplicar y dinamizar recursos de la persona que solo cabe hallar en el ámbito de los fenómenos estrictamente humanos, es decir en el ámbito nooético.

Desde esta perspectiva, la logoterapia está indicada como terapia específica de las neurosis noógenas, (un 20% del total de las neurosis); mientras que, en relación con aquellas otras en las que el factor patógeno es de índole psíquica o somática, como terapia no específica de acreditado valor.

Considerando ambas aproximaciones en relación con el propósito enunciado, en nuestra opinión resulta manifiesto un alto grado de compatibilidad que permite diseñar una terapia combinada en la que el esfuerzo básico de reconstrucción recaería en el enfoque cognitivo-conductual, siendo reforzado este por logoterapia aplicada de forma combinada a lo largo del tratamiento.

TERAPIA PROPUESTA

La terapia por pasos que proponemos, se basa en una terapia por pasos cognitivo-conductual (en color negro) con las aportaciones realizadas por la logoterapia (en color naranja).

ENCUENTRO:

Se realiza el encuentro atendiendo a las exigencias propias de las dinámicas terapéuticas cognitivo-conductuales y logoterápicas; logrando establecer:

- ▶ Las expectativas del paciente.
- ▶ Su nivel motivacional ante el tratamiento.
- ▶ El grado de empatía necesario (conexión empática).
- ▶ El clima de confianza suficiente.

El paciente describe, por escrito, sus problemas en un documento, del que se elaboran:

- ▶ Resumen.
- ▶ Esquema.

Se pasan al paciente las siguientes pruebas específicas:

- ▶ ESCALA EXISTENCIAL, para evaluar sus capacidades de:
- ▶ Auto distanciamiento.
- ▶ Auto trascendencia.
- ▶ Las relacionadas con el binomio libertad - responsabilidad.

Para evaluar sus niveles:

- ▶ De voluntad de sentido.
- ▶ De frustración existencial.

El paciente lee, en voz alta, el documento descriptivo de sus problemas.

El psicoterapeuta toma notas al margen del documento para elaborar el mapa cognitivo y procesa los resultados obtenidos en los tests.

Elaboración del mapa cognitivo teniendo en cuenta que los esquemas recientes son los más importantes.

Análisis y valoración de los resultados obtenidos en los tests.

Se invita al paciente a recordar, con gran detalle, un acontecimiento reciente en el que se activó el esquema, haciendo gran énfasis en que el paciente relacione su conducta con las consecuencias.

Objetivo importante: Atención sostenida entre cognición y emoción.

Se orienta al paciente sobre el concepto de intención paradójica y se le ayuda a formular una en relación con su problema.

Se le sugiere:

Modular (con la imagen) su modo de pensar e intentar cambiar su conducta.

- Orientar al paciente hacia una actuación distinta.
- Observar nuevas consecuencias positivas.

Se le explica e instruye:

En la técnica de reflexión frente a la auto observación obsesiva, y se le orienta en la elaboración de estrategias adecuadas al caso.

En consulta:

Ensayo en cambio de roles.

Profundizar en el análisis existencial, orientando al paciente en relación con sus valores, haciendo hincapié en el binomio libertad-responsabilidad.

En domicilio, y de forma situacional, el paciente debe:

- Practicar lo especificado en los anteriores pasos.
- La intención paradójica y la de reflexión

El paciente cuenta experiencias y reestructuramos su cognición en la relación con los demás. Insistir, desde el análisis existencial, en el reforzamiento de la voluntad de sentido y en las habilidades de respuesta a través de la derreflexión y la intención paradójica.

Cambio de jerarquización de los problemas por importancia y dificultad.

Al cambiar el paciente, realizamos con él un nuevo mapa cognitivo.

Retests como control del cambio.

Al terminar con último ítem de presente-pasado, empezamos a trabajar con nuevos escenarios (futuro).

“Importante este paso en la prevención de recaídas”

CONCLUSION

Después de estudiar la compatibilidad y viabilidad de elaborar una terapia combinada a partir de ambas corrientes psicológicas, podemos afirmar, que la terapia resultante, ofrece ventajas ciertas en tanto que permite contemplar al paciente y a su trastorno desde una perspectiva más completa, al tiempo que proporcionar al psicoterapeuta un arsenal terapéutico que le permitirá intervenir de forma integral e intensa en el paciente y su dolencia, con el probable resultado de imprimir más rapidez al proceso de restablecimiento, evitar los retrocesos y, tras la superación de su trastorno, reducir la probabilidad de recidivas a medio y corto plazo.

Nunca se está menos solo, cuando en realidad así se está, Hay que tomar en cuenta que nunca se está solo, Dios está con nosotros.

MAESTRO; DR. ALEJANDRO BARBA CARRAZCO