

**PROCESO PSICOTERAPEUTICO DE UNA PACIENTE SOBREVIVIENTE DE
VIOLENCIA SEXUAL EN SU INFANCIA BASADO EN LA LOGOTERAPIA.**

Autor:

Ps. Paola Andrea Rueda Rodríguez

Director:

Ps. Dr. Gustavo Villamizar Acevedo

BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD DEL NORTE

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA-PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA

2017

Agradecimientos

Expreso mis agradecimientos:

A mis padres: Ruth Rodríguez y Pascual Rueda, por haberme apoyado y motivado a continuar cualificándome en mi ejercicio profesional, y brindarme su soporte cuando existían momentos de dificultad.

A mi compañero de trabajo y amigo Pbro. Freddy Ramírez, quien a través de un libro: el hombre en busca de sentido de Viktor Frankl, me permitió conocer otro enfoque de la psicología con la cual me siento plenamente identificada, y además me ha motivado a que día a día logre manifestar la mejor versión de mí misma en pro de los que más sufren.

A mi tutor de la Universidad del Norte de Barranquilla, Doctor Gustavo Villamizar, quien con su apoyo, recomendación y palabras de motivación me permitió obtener este producto tan significativo para mi vida profesional y para el ámbito psicológico.

Y por supuesto, a mi consultante, quien me permitió compartir un espacio en donde no sólo compartió su vida, su experiencia sino también un espacio en donde a través de la relación, logramos sanarnos.

Tabla de contenido

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Justificación	9
Área Problemática	12
Objetivos	20
Objetivo General	20
Objetivos específicos	20
Historia Clínica	21
Identificación del paciente	21
Motivo de consulta	21
Descripción sintomática	22
Historia personal	23
Historia Familiar	27
Proceso de evaluación	29
Conceptualización Diagnóstica	35
Descripción detallada de las sesiones	45
Marco referencial	62
Violencia Sexual	62
Abuso sexual	64
La logoterapia	66
Voluntad de sentido	69
Frustración existencial	70
Suicidio existencial	71
Sentido del sufrimiento	72
Recursos noológicos	73
Análisis del caso. Descripción desde el proceso terapéutico	77
Paso 1: Salir	79
Paso 2: Servicio	81
Paso 3: Sentido	83
Paso 4: Sabiduría	85
Conclusiones y discusión	87
Referencias	90
Anexos	94

Tablas

Tabla 1: Constitución familiar	29
--------------------------------------	----

RESUMEN

El presente estudio de caso único está sustentado desde el enfoque fenomenológico-existencial, el cual pone su énfasis en la lucha por el sentido de la existencia y por ende en el apoyo a la búsqueda del mismo. A través de un proceso dialéctico, se buscó en primera medida comprender la forma como la consultante de 19 años había estructurado su mundo y estaba dando significado a sus experiencias actuales después de una situación límite de abuso sexual durante su infancia. Luego se prosiguió con el proceso psicológico que brindara alivio a un vacío existencial desencadenante de un diagnóstico de depresión mayor recidivante; para ello se seleccionó la logoterapia, dado a la importancia que otorga a los fenómenos antropológicos del ser humano, como son: el autodistanciamiento y la autotranscendencia; además, la mirada de la logoterapia permite ir más allá del plano de la neurosis, brindando importancia a la dimensión noética o espiritual, y con ella apostarle siempre a una vida llena de sentido a pesar de cualquier situación de sufrimiento. El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo bajo el lineamiento de cuatro pasos principales: salir, servir, sentido y sabiduría. A través de estos lineamientos, se logró que la consultante encontrara sentido no solo a su sufrimiento sino a su vida en general.

Palabras Claves: Autodistanciamiento, autotranscendencia, vacío existencial, logoterapia.

ABSTRACT

The present study of unique case, is based on the phenomenological-existential approach, which emphasizes the struggle for the meaning of existence and, therefore, support for the search for it. Through a dialectical process, the first step was to understand how the 19-year-old consultant had structured her world and was giving meaning to her current experiences after a limiting situation of sexual abuse during her childhood. Then he continued with the psychological process that provided relief to an existential vacuum triggering a diagnosis of major relapsing depression; Logotherapy was selected because of the importance it attaches to the anthropological phenomena of the human being, such as: self-estrangement and self-transcendence; In addition, the look of logotherapy allows to go beyond the plane of neurosis, giving importance to the noetic or spiritual dimension, and with it always bet on a life full of meaning despite any situation of suffering. The psychotherapeutic process was carried out under the guideline of four main steps: going out, serving, meaning and wisdom. Through these guidelines, the consultant could find meaning not only to her suffering but to her life in general.

Key Words: Self-estrangement, self-transcendence, existential emptiness, logotherapy.

Introducción

«Deseé ser médico y lo logré; busqué ser un buen médico y espero no haber defraudado a nadie; pero, finalmente, decidí permanecer hombre»;... y «No soy psiquiatra para atender lo enfermo del hombre. Soy psiquiatra para atender lo humano del enfermo y lo espiritual del hombre».

Viktor Frankl

Antes de introducir al lector en el presente estudio, se quiere mencionar el motivo que llevó a la autora a elegir este caso. La razón de la elección fue que el participante presentaba una serie de elementos que se vinculaban con aspectos teóricos de la logoterapia, como el vacío existencial. Desde la logoterapia el vacío existencial no es patológico, a menos que se prolongue en el tiempo, y desencadene la patología denominada depresión noógena (Lukas, 2005) que es el caso del presente estudio. Otro de los motivos para la elección del caso, fue la posibilidad de aplicar tanto la logoterapia específica (centrada en el abordaje del sentido de vida) y la logoterapia inespecífica (centrada al desbloqueo de los procesos que restringen la dimensión noética) ya que los diferentes síntomas fenopsíquicos y fenosomáticos se encontraban mutuamente implicados en la depresión y la frustración existencial.

Teniendo en cuenta los motivos expresados, el presente estudio de caso está dirigido a la comprensión de la realidad del sufrimiento vivido por un ser humano víctima de abuso sexual durante su infancia por un familiar, llevándola a estructurar un mundo en donde prima una vida carente de sentido (vacío existencial) y una visión pesimista de su futuro, pero a su vez, con una necesidad de encontrar sentido a su propia existencia y crear un proyecto de vida con sentido y significado.

Además de la comprensión del sufrimiento, el presente estudio de caso tiene como finalidad describir el proceso psicoterapéutico llevado con la paciente sobreviviente de abuso sexual infantil desde la logoterapia propuesta por Viktor Frankl

Justificación

Dentro del campo de la psicología clínica, el estudio de caso único tiene una importancia respecto a sus aportes, no sólo para el desarrollo teórico sino también para la elaboración de prácticas clínicas (Wainer, 2012) además, permite realizar un acercamiento profundo de un momento específico con una persona en particular (Stake, 1999).

Para el presente estudio, se tuvo en cuenta el modelo logoterapéutico de Viktor Frankl para evitar el error epistemológico de intentar acomodar el caso a la teoría, dado que es el modelo que más se acerca al abordaje del vacío existencial, como desencadenante de una depresión mayor recidivante, teniendo en cuenta aspectos de la dimensión noética o espiritual: la autotranscendencia, la intencionalidad y el sentido de la vida.

Según Frankl (2003) el vacío existencial es la neurosis de la época, en donde las personas ya no sufren por una frustración de tipo sexual, o por un complejo de inferioridad sino por un complejo de falta de sentido acompañado de un vacío existencial, por lo tanto, la persona no encuentra un propósito a su presente y carece de proyectos que le apasionen.

Jung (como se citó en Contreras, 2014, Párr. 1) entre los años de 1875 y 1961, dejó escrito lo siguiente: "La carencia de un sentido vital desempeña un papel crucial en el desarrollo de las neurosis. En última instancia, hay que entender la neurosis como un sufrimiento del alma que no ha descubierto su significado. Aproximadamente una tercera parte de mis casos no padecen de ninguna neurosis clínicamente definible, sino de la falta de sentido y de propósito en sus vidas"

Frankl (2003) estudio a profundidad el vacío existencial otorgándole el término de Depresión Noógena, para referirse a esa sensación de falta de sentido y desesperanza ante el futuro. La depresión noógena al estar centrada en la carencia o en la falta de un sentido de vida, tiene su origen en una insatisfacción de tipo espiritual y no psicológica. Desde esta perspectiva, el

tratamiento psicoterapéutico estaría centrado en el acompañamiento al paciente para que encuentre sentido a su vida, incluso cuando este está lleno de hechos trágicos como el abuso sexual en la infancia.

Este estudio de caso aporta a la psicología un acercamiento teórico, en el que se le brinda al lector, la posibilidad de ver reflejada una interpretación y forma de tratamiento desde la perspectiva del análisis existencial, a una problemática que tiene un origen de tipo existencial-noógeno (falta de sentido al sufrimiento otorgado por una situación límite como el abuso sexual en la infancia) pero que presenta manifestaciones tanto psicológicas o fenopsíquicas como físicas o fenosomáticas (Martinez, 2011)

El fenómeno del abuso sexual infantil genera numerosos efectos negativos en la dignidad de la persona; los sobrevivientes adultos puede llegar a generar severas implicaciones en el ámbito moral, familiar, social y emocional; de acuerdo con un protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual en el ámbito de la salud, realizado por la Comunidad de Derechos Humanos (2008), la violencia sexual ocasiona problemas muy graves en la dimensión psicofísica del ser humano, produciendo altas tasas de estrés postraumático, que genera en la víctima la re-experimentación repetitiva del suceso, a través de diferentes formas como: los pensamientos intrusivos, pesadillas y sueños terroríficos, todos presentes en la paciente del presente estudio de caso. Adicionalmente el protocolo mencionado, explicitó que las víctimas de este delito tienen una probabilidad nueve veces mayor, en comparación con las personas que no lo han padecido, de intentar suicidarse o de sufrir de un trastorno de depresión mayor.

Cómo se verá en el desarrollo del presente estudio, sufrir sin encontrar un sentido o significado a los síntomas, lleva a las personas a la desesperación, desencadenando una depresión, que el presente caso se le denominará “depresión noógena”. Es por ello, que el sentido

de vida, aun en el caso de un sufrimiento inevitable, es un factor de salud supremamente importante (Martinez, 2013) necesitando por ello contar con unas herramientas de evaluación e intervención para asumir de la mejor manera el tema de abuso sexual.

Finalmente, el presenta caso único, aporta a la autora una experiencia única en donde pasa de la mera comprensión de elementos teóricos asociados a la psicoterapia, a la vinculación de los mismos en la aplicación y efectividad en los casos clínicos.

Área problemática

El fenómeno de violencia sexual ha existido en todas las épocas, en todos los rincones del mundo, y ha afectado a personas en todos los estratos socioeconómicos y en cualquier momento de su desarrollo vital.

Cuando se habla de violencia sexual, las personas suelen relacionarlo únicamente con el acto de acceso carnal violento, sin embargo, este fenómeno abarca las problemáticas incluidas en el título IV del Código Penal Colombiano que están relacionadas con los delitos contra la libertad, la integridad y la formación sexual, los cuales incluyen el exhibicionismo, explotación sexual, el acoso sexual, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) en el informe mundial sobre la violencia y la salud, afirma que casi una de cada cuatro mujeres puede ser víctimas de violencia sexual; igualmente, El Informe de Medicina Legal y Ciencias Forenses a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVELCE, 2015), entidad encargada de compilar los datos relacionados con el ejercicio médico legal, reportó que durante el año 2015 se realizaron en Colombia 22.155 exámenes médico legales por presunto delito sexual con una tasa de 46 casos por cada cien mil habitantes y un incremento de 1.040 casos con respecto al año anterior siendo las mujeres las más afectadas, en un 85,2%.

De acuerdo a lo planteado anteriormente y siguiendo los planteamientos de Echeburúa y Redondo (2010), las mujeres son las más perjudicadas, dado que dentro del contexto cultural son vistas como las más vulnerables, no solo por la violencia que durante varios años consecutivos se ha ejercido contra ellas, sino también porque a través de los tiempos se les ha querido imponer el poder, y en este punto, se considera que la violencia sexual no se ejerce únicamente con la finalidad de satisfacer necesidades sexuales, sino también como una forma de dominar, controlar

y humillar al otro. Razón que hace comprensible el hecho que, en varias ocasiones, se presenten sentimientos de culpabilidad y/o vergüenza, ocasionado por las circunstancias en las que se da el abuso, las condiciones personales, o la carencia de reacción; motivos por los que muchas víctimas toman la decisión de no revelar esta experiencia.

Estas condiciones permiten dar cuenta como la violencia sexual, a temprana edad, puede llevar a la víctima a tergiversar toda la estructura de la percepción del mundo. Influyendo de esta manera, en la capacidad para tomar decisiones debido a la vulnerabilidad, a la dificultad para establecer buenas relaciones interpersonales ocasionadas por la transgresión y el daño al vínculo, especialmente cuando el agresor es una figura cercana con la que se ha establecido una relación de afecto, y también la percepción de los valores y cercanía con el sentido de vida (Alvarez et al., 2015)

La violencia sexual no es una problemática exclusiva de mujeres y niños, también los hombres pueden ser víctimas de este delito, según el informe de la OMS (2002, p. 21), se cree que las denuncias de los hombres son mucho menores que los hechos. Las razones por las cuales los hombres no denuncian son variadas, entre ellos se encuentran, “la vergüenza, la culpa o el miedo a no ser creído o a ser denunciado por lo ocurrido. Los mitos y la existencia de prejuicios muy arraigados sobre la sexualidad masculina también son un obstáculo para que los hombres presenten una denuncia”

Ahora bien, es importante resaltar que la gran mayoría de estudios sobre el tema, están enfocados en los efectos del abuso sexual en la población infantil, favoreciendo de esta manera a la sistematización de los procesos de intervención en esta población, esto se puede ver reflejado en la gran cantidad de entidades destinadas a la atención de menores de edad víctimas de este delito.

Sin embargo, los estudios en la población adulta sobrevivientes de abuso sexual infantil, que han recibido o no tratamiento psicoterapéutico son escasos, pero se ven favorecidos de manera indirecta por los estudios mencionados anteriormente; a pesar de ello, se hace necesario obtener marcos de referencia que permitan comprender el fenómeno desde la vivencia subjetiva de quien hoy es adulto víctima de abuso sexual en su infancia, y así mejorar la atención ofrecida.

Dentro de la literatura especializada, se ha encontrado algunos estudios sobre los efectos a largo plazo de este delito en las víctimas; los eventos traumáticos en la infancia pueden afectar de manera negativa la calidad de vida de una persona en su edad adulta, los efectos tienden a ser aún más negativos para el funcionamiento psicológico y emocional de la víctima cuando el agresor es familiar y cuando el abuso sexual se da con penetración (Sarasua, Zubizarreta, Paz de Corral & Echeburúa, 2013) .

La aparición de alteraciones emocionales y trastornos mentales en la juventud y en la adultez, están estrechamente relacionados con abuso sexual infantil. Los trastornos mentales que se encuentran más relacionados con este hecho, según Sarasua, Zubizarreta, Paz de Corral y Echeburúa (2013, p.1) son: “trastorno de estrés postraumático crónico, una sintomatología ansioso-depresiva, un comportamiento sexual insatisfactorio, trastornos de personalidad (especialmente el trastorno antisocial y el trastorno límite), alteraciones de la conducta alimentaria, abuso de alcohol o drogas o una adaptación inadecuada a la vida cotidiana, así como algunos trastornos psicosomáticos como problemas respiratorios, gastrointestinales y sobrepeso”.

Moreno, (2016) hace referencia a la importancia de tener en cuenta tres variables principales que están relacionadas con el impacto que tienen los sucesos traumáticos en la víctima. Por una parte, estaría la psicobiología propia de la persona, que puede o no predisponerla hacia una vulnerabilidad. Así mismo, se debe tener muy presente la naturaleza de los sucesos. Y, por

último, la disponibilidad y estabilidad de la red de apoyo social de la víctima es de crucial importancia, para ayudarla a asumir y digerir el episodio traumático. Estas variables mencionadas se interrelacionan entre sí, e irán a determinar el estado de desorganización psicológica de la persona.

Según esta referencia, existen algunos daños a largo plazo en las personas adultas víctimas de abuso sexual en su infancia que vale la pena mencionar, sin embargo, es clave enunciar que cuando se habla de víctimas de violencia sexual, se debe tener en cuenta que no todas las personas que sufrieron este delito van a quedar con un trauma de por vida. Gracias a los diferentes tipos de ayuda (apoyo social, psicoterapia, apoyo familiar.), muchas personas reelaboran el trauma y llevan una vida normal con ausencia de cualquier sintomatología.

La primera consecuencia negativa a largo plazo de este delito está relacionado con el daño al vínculo afectivo, especialmente cuando el abusador fue un miembro cercano de la familia de la víctima, con el que mantenía una relación de afecto. De esta manera, quedará afectada la capacidad para establecer buenas relaciones interpersonales, a causa del doble vínculo amor-odio que se estableció con él abusador, dado que a pesar de la relación de afecto que existía, llegó a causar daño físico, psíquico y moral. Estas situaciones tienen un mal pronóstico, dado el deterioro temprano en el ámbito afectivo de la víctima, llevándola en la mayoría de las ocasiones a establecer relaciones con dificultades para reconocer sus propios derechos.

En segundo lugar, estaría el daño al autoconcepto. La persona víctima de violencia sexual atraviesa constantemente por un mundo de sentimientos ambivalentes. Casi la gran mayoría se autodestruyen, se sienten engañados y utilizados, muchas veces hasta culpables por no haberse defendido o denunciado. “Muchos pueden quedarse atrapados en ese rol pasivo que adquirieron con el abusador, dadas sus características infantiles, presentándose en un futuro como personas

de corte depresivo, pasivas y en busca de relaciones futuras donde asumir ese rol, con el consiguiente efecto de sus propios derechos como personas.” (Alvarez et al., 2015)

Y como tercer lugar, el daño moral. Los efectos más drásticos se encuentran en aquellas personas que no han aceptado la situación de abuso, llegándose a sentir incluso responsables de la situación que sufrieron. Esto ocasionaría que la persona no sepa cómo asumir su dolor y en muchas ocasiones repite situaciones que le han causado daño para poder sentirse fuertes o superiores. Por tal razón, estas personas se caracterizan por una evidente falta de empatía.

Hasta aquí, se han mencionado estudios relevantes sobre abuso sexual donde se resalta una perspectiva objetiva, dado que se detallan de manera clara y evidente todos los hechos o situaciones de las víctimas, en otras palabras, todos estos estudios buscaron entender el fenómeno del abuso sexual, a partir de la sintomatología, la dinámica del trauma y los mecanismos de defensa que la persona víctima usó para sobrevivir.

Ahora, según De Castro y García (2011) el punto de vista objetivo es de suma importancia en el estudio de los fenómenos, sin embargo, desde un punto de vista analítico-existencial también resulta de suma importancia entender las enfermedades desde la existencia misma de cada individuo, es decir, esa persona que sufrió en carne propia el delito del abuso sexual ha estructurado o diseñado su existencia, en la cual su sintomatología, sus mecanismos y dinámicas cobran un sentido específico.

Teniendo en cuenta lo anterior, la importancia del estudio analítico-existencial no radica en negar la validez de una técnica y la objetividad de distintas teorías acerca del estudio del ser humano, sino en demostrar que, desde esta perspectiva se le otorga un papel protagónico como aquel ser que estructura su mundo, y solo así la teoría, los mecanismos y la lucha por la objetividad cobrarían algún sentido (De Castro & García, 2011).

Desde este punto de vista, se puede afirmar que una experiencia tan catastrófica como el abuso sexual, amerita una mirada más profunda y compleja que solo el estudio de las consecuencias a nivel físico, psíquico y social (Lorca, 2012). Por esta razón, una mirada desde el enfoque analítico existencial tiene importancia en la medida que implica un encuentro situado en la existencia misma de la víctima, y en este punto tomaría mucho sentido las palabras de May (como se citó en De Castro & García, 2011, p.110) cuando afirma que: “La cuestión de por qué uno es lo que es, no tiene sentido hasta saber qué es uno”. En otras palabras, antes de dar un diagnóstico, desarrollar una teoría o una técnica para abordar el tema del abuso sexual, se debe comprender el significado que tiene para la persona víctima de este delito todos los comportamientos, ideas, impulsos y sentimientos que ha creado y experimentado (De Castro & García, 2011).

Sentada esta mirada, cabe resaltar a tres autores que basan sus teorías en el enfoque analítico existencial y que abordan un tema que tiene gran importancia en el trabajo con víctimas de abuso sexual infantil; es lo referente al sentido de la vida. Muchas de las víctimas sobrevivientes a este delito, se cuestionan por el sentido que tiene sus vidas después de haber vivenciado un hecho tan catastrófico como la violencia sexual, generando lo que Viktor Frankl denomina como Vacío existencial, que no es más que la sensación de estar viviendo una vida carente de sentido; este vacío existencial se puede manifestar en diversas sintomatologías neuróticas como por ejemplo: la ansiedad, la depresión acompañada con intentos de suicidio, comportamientos agresivos, trastornos sexuales (Frankl, 2003), sensaciones crónicas de insignificancia, impotencia, vacío, frustración, insatisfacción, apatía, desesperación, incapacidad, saciedad, desesperanza, culpa, vulnerabilidad, o sentirse indefenso (De Castro & García, 2011).

Los autores que se mencionan en este estudio, se escogieron por sus diferentes puntos de vista que tienen frente al tema del sentido de vida. En primer lugar se encuentra Emmy Van Deurzen, perteneciente a la escuela inglesa de psicoterapia existencial, quien tiene una postura intermedia entre Viktor Frankl e Irvin Yalom; Para esta autora, la pregunta por el sentido de vida no puede responderse, dado que permanece siempre como un misterio para los seres humanos, por esta razón la tarea del terapeuta consistirá en indagar la respuesta específica que la persona otorga a la pregunta por el sentido, y desde ese punto analizar si la respuesta es útil o le permite a la persona vivir plenamente por lo menos en un momento o en una circunstancia específica. En segundo lugar, se menciona al psicoterapeuta estadounidense Irvin Yalom, quien sostiene que la vida carece de sentido, y por esta razón la tarea del terapeuta consistirá en enseñarle al paciente a aprender a relacionarse con el conflicto de tener que vivir en una constante necesidad de sentido en un mundo que carece de él. Y por último se menciona a Viktor Frankl quien mantiene que la vida siempre y ante cualquier circunstancia tiene sentido y parte de la tarea del terapeuta es abrirle todas las posibilidades al paciente para que este encuentre el sentido. (Martínez, Martínez & Romero, 2011)

Teniendo en cuenta las posturas anteriores, resulta mucho más apreciable una mirada desde una teoría existencial como la logoterapia, en donde Viktor Frankl, proporciona la posibilidad de encontrar sentido ante cualquier situación precaria del ser humano encontrando una razón por la cual vivir, donde se rescata aquello único, individual y no determinado en el ser humano, precisamente aquello que permanece ileso al abuso: la dimensión noética o espiritual, donde se presentan movimientos que normalmente se ignoran pero que pueden ayudar a las víctimas sobrevivientes del delito de abuso sexual a encontrar un sentido a su sufrimiento.

La teoría sobre el sentido de vida propuesta por la logoterapia no es solo una hipótesis, pues ha sido ratificada por diversos estudios y proyectos de investigación. Y se ha comprobado que, “en la vida, se puede encontrar sentido básicamente y en forma totalmente independiente del sexo, edad, cociente intelectual, grado de cultura, estructura de carácter y ambiente de una persona y se ha podido comprobar que el hombre puede encontrar sentido independientemente de que sea religioso o no y, en caso de que lo sea, también independientemente de la confesión religiosa a la cual pertenezca” (Frankl, 2002, p. 230)

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior cabe realizar la siguiente pregunta:

¿Cuál es el proceso psicoterapéutico basado en la logoterapia para una paciente adulta víctima del delito de violencia sexual intrafamiliar durante su infancia?

Objetivos

Objetivo General

Describir el proceso psicoterapéutico realizado a una paciente adulta víctima de violencia sexual durante su infancia, realizado con herramientas proporcionadas por la logoterapia, con el fin de curar sus síntomas psicopatológicos.

Objetivos específicos

Realizar el diagnóstico clínico bajo los lineamientos de la logoterapia propuesta por Viktor Frankl para realizar un proceso psicoterapéutico en una paciente víctima de violencia sexual durante su infancia.

Proporcionar herramientas logo-terapéuticas en el proceso de psicoterapéutico para curar el vacío existencial de una paciente víctima del delito de violencia sexual intrafamiliar en su infancia.

Describir las estrategias de intervención llevadas a cabo con una paciente adulta víctima de violencia sexual intrafamiliar durante su infancia.

Historia clínica

Identificación del paciente

Nombres y apellidos: AM

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 20 de noviembre de 1994

Edad: 22 años

Grado de escolaridad: Bachiller

Ocupación: Estudiante universitaria

Estado civil: Soltera

Fecha de inicio proceso terapéutico: 15 de septiembre del 2014

Motivo de consulta

La joven llega a consulta psicológica aconsejada por el capellán de la universidad, expresando lo siguiente:

“No sé qué me pasa, lloro todo el tiempo, siento que no valgo nada, nada me motiva a seguir, si no me mato es por no lastimar a mi mamá, ella no lo soportaría (llora), estoy yendo a la psicóloga de bienestar, pero ella solo trabaja conmigo lo académico y aprender a controlarme, pero ya no puedo seguir así, siento que necesito hablar”.

Descripción sintomática

Síntomas emocionales: tristeza, llanto constante algunas veces sin razón aparente.

Desgano o desmotivación académica reflejado en las notas, (repitió por cuarta vez una asignatura poniendo en riesgo su permanencia en la universidad)

Mal genio e irritabilidad constante.

Disminución acusada del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi diarios (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

Síntomas físicos. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

Disminución del apetito.

Pérdida de peso, sin estar realizando un régimen de dieta específico

síntomas de insomnio,

Terrores nocturnos,

Síntomas de ansiedad,

Hiperhidrosis palmar (sudoración excesiva en la palma de las manos),

Síndrome de colon irritable,

Hemorragias del tracto digestivo

Igualmente, comenta que hace dos años está presentando desmayos constantes sin razón fisiológica que los justifique, por esta razón el seguro estudiantil, quien en el momento es el cubre sus gastos médicos, le exigió entrar en proceso psicológico con bienestar universitario.

Síntomas noéticos. Experiencias vacías, caracterizadas por sensación de insignificancia, frustración, apatía, desesperación, culpa, vulnerabilidad, desesperanza y desesperación.

Pérdida de sentido de vida manifestada por ideas de suicidio, con un plan específico de ejecución.

Intentos de suicidio llevados a cabo por la sensación de vacío existencial ante la vivencia de una vida carente de sentido.

A pesar de estar en proceso psicológico durante un año aproximadamente siente que no ha avanzado como lo esperaba, a pesar de que ha mejorado su rendimiento académico, sus relaciones interpersonales y su control de la ira, los demás síntomas siguen intactos; y aunque siente confianza con su terapeuta, debido al contexto en que se dan las consultas (académico) y el tiempo que dispone la psicóloga para atenderla, no ha podido expresar una experiencia que considera es su motivo real de consulta. Por esta razón, decide acudir al sacerdote quien le recomienda iniciar un proceso psicológico con otra terapeuta.

Historia personal.

AM recuerda siempre haber sido caracterizada por su irritabilidad y poco control de impulsos, expresa que lo único que recuerda de su infancia son experiencias traumáticas. Desde muy corta edad ha experimentado en su familia tragedias (muerte de hermanos, separación de sus padres y abusos sexuales)

Dos años después de la separación de sus padres, su madre, por cuestiones laborales, tuvo que dejarla al cuidado de una tía.

Durante ese año AM convivió con su tía MoG, su esposo BM y sus dos hijos AnG y YM. En un comienzo, tenía buena relación con todos los miembros de esta familia, excepto con su tía quien la regañaba constantemente y la castigaba físicamente.

Desde que AM llegó a esta familia dormía en la misma habitación con sus primos; según expresa AM, la relación era muy agradable y se sentía bien, sin embargo, una noche el esposo de su tía, llegó cuando estaban durmiendo y se acostó en la cama de AM y comenzó a tocarla, este hecho la asustó, pero antes de que ella dijera algo BM le obliga a guardar silencio; según refiere la paciente, ella mira hacia la cama de sus primos y nota que su primo AnM observó todo, sin embargo guardó silencio. Al día siguiente, según lo expresa AM su tía la sorprendió con la novedad que iba a empezar a dormir en otra habitación, pues ya estaba mayor y no podía seguir en la misma habitación con sus primos, se supone que este consejo se lo dio BM a su esposa.

A partir de este momento, cada noche BM llegaba a la habitación de AM y abusaba sexualmente de ella; según AM esta situación duró aproximadamente un año. Un día estando AM en vacaciones, su tía sale al mercado y no quiso llevarla a pesar de su suplica, obligándola a quedarse con BM a solas.

Recuerda AM que en ese momento BM aprovechó y abuso nuevamente de ella, sin contar, que MoG su esposa, tendría que devolverse, llegando a descubrir el abuso.

No obstante, MoG culpabiliza a AM, por no haber denunciado lo que estaba ocurriendo.

AM relata este hecho con bastante dificultad y con lágrimas en sus ojos, puesto que fue en ese momento en donde se sintió culpable de todo lo ocurrido, no solo por no haber contado, sino también porque en alguna ocasión durante el abuso llegó a sentir placer.

Después de este hecho, la señora MG envía a AM a la finca de su abuela materna, en donde le ocurren dos abusos más por parte de dos empleados.

Después de realizados todos los exámenes médicos a AM, la señora MG decide renunciar a su trabajo e irse a Cimitarra junto con sus hijos.

En sus años de adolescencia, AM recuerda ser una persona que aparentemente se mostraba alegre, activa y muy sociable, sin embargo, interiormente sentía demasiada ira y por esta razón por cualquier situación que le causara frustración reaccionada de manera agresiva.

En una ocasión AM intenta abusar a un menor, según la paciente, quería que todos los niños sintieran y vivieran lo que ella había vivido, sin embargo, cuando le baja los pantalones al menor, AM decide parar y le pide al niño que se vaya, mientras ella se queda llorando al ser consciente de lo que estuvo a punto de realizar

Después de este hecho, incrementan los síntomas depresivos en AM y sus pensamientos suicidas.

Una vez graduada de bachiller, quiere darse una oportunidad de cambiar su realidad, por esta razón, decide inscribirse en la universidad de Antioquia al programa de psicología, sin embargo, no alcanza a pasar y esto le genera una gran decepción.

Cuando regresa a Cimitarra- Santander, Una profesora le motiva y aconseja inscribirse en Bucaramanga, a la universidad Industrial de Santander en donde fue admitida.

AM empieza tratamiento psicológico con Bienestar Universitario en el año 2013, la psicóloga encargada del caso, junto con ella decide, comenzar a trabajar la adaptación al ambiente universitario, la ira y el control de impulsos, debido a que estaba perjudicando sus relaciones interpersonales con sus compañeros e incrementando sus sentimientos de frustración y los síntomas depresivos. No obstante, AM refiere que nunca pudo ahondar en la experiencia del abuso sexual, dado que el tiempo que se destinaba para la sesión era muy corto (30 minutos), adicionalmente la psicóloga por ética profesional decidió no intervenir en temas que no podía abordar por el contexto en el que se encontraba.

En septiembre del 2014, después de su primer intento de suicidio, AM decide acercarse a capellanía universitaria a buscar ayuda espiritual, momento en el que el sacerdote le aconseja para iniciar un nuevo proceso psicológico.

El 15 de septiembre empieza el proceso, el cual fue llevando su propia velocidad, al comienzo AM le costaba expresar, no mantenía contacto visual. En cada consulta su problema de hiperhidrosis palmar aumentaba, se mostraba muy ansiosa y solo comentaba problemas relacionados con sus relaciones familiares, interpersonales y problemas académicos, a medida que la relación terapéutica iba tomando más fuerza fue ahondando en experiencias familiares de su infancia, después de aproximadamente tres meses de terapia logró expresar la experiencia traumática del abuso sexual, con bastante dificultad. Al año de terapia, estableció una relación amorosa con un compañero, pero, cuando intentaron tener relaciones sexuales, AM lo agrede físicamente, situación que la lleva a terminar la relación de pareja, llevándola a experimentar una nueva crisis, que trajo como consecuencia su segundo intento de suicidio. La emergencia se atendió haciendo remisión al hospital Psiquiátrico San Camilo, quedando internada por aproximadamente 15 días; una vez dada de alta, retoma el proceso psicoterapéutico y se comienza a trabajar sus sentimientos de culpa y a encontrar un para que de su sufrimiento, llevándola a asumir responsabilidades en el aquí y ahora de su experiencia, hecho que la ha llevado a encontrar un resignificado de su sentido de vida.

Hoy en día, aunque aún le cuesta expresar algunos hechos de su historia personal, asume de manera diferente sus problemas. Los síntomas han desaparecido en su gran mayoría.

Su valor y dignidad como mujer está resignificándose, lo que le ha permitido construir un nuevo proyecto de vida, centrado en el sentido, hecho que le ha ayudado a cumplir sus sueños y a recuperar la experiencia de bienestar.

Historia Familiar.

AM nace en una familia nuclear y desestructurada, es la menor de cuatro hijos entre señor RM y la señora MG. En el año 2001 RM y MG se separan por problemas de violencia intrafamiliar, debido al consumo de marihuana del señor RM.

En 1997 cuando AM tenía tres años, uno de sus hermanos muere a causa de un accidente ocasionado por un soldado quien estaba en el terminal de transporte enseñándole a manejar el arma a un civil, y le dispara a EM. Después de este hecho la familia de AM cambió; su madre entró en una profunda depresión, y su hermano menor, comienza a consumir alcohol y a presentar comportamientos agresivos.

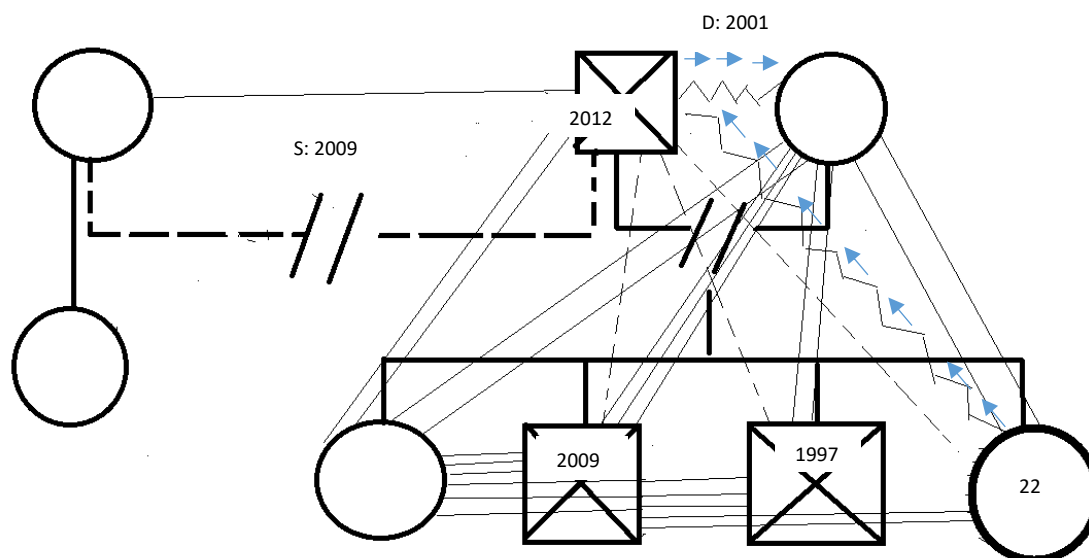
En el año 2001 RM y MG deciden separarse pues incrementaron los problemas de violencia intrafamiliar, debido al consumo de marihuana de RM y su comportamiento agresivo en periodos de abstinencia. Este hecho ocasionó otro trauma en AM, pues, nunca pudo perdonar el abandono de su padre y la decisión de divorciarse de su madre.

En el año del 2009, su hermano MM, muere a causa de un accidente laboral ocasionado mientras atendía una emergencia ambiental, intentando rescatar a dos niños que se encontraban en peligro, un árbol le cayó encima.

En septiembre del 2012 su papá es detenido por presunto delito de abuso sexual a menor de edad (su hijastra) y muere en diciembre del mismo año a causa de un paro cardiaco en la cárcel antes del juicio.

A partir de este hecho empiezan a manifestarse todos los síntomas mencionados en la descripción sintomatológica.

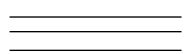
Genograma



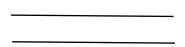
Ruptura de la relación



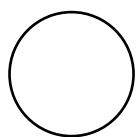
Relación distante



Relación fusionada, interdependiente



Relación funcional



Mujer



Hombre



Fallecido

Tabla 1.

Constitución familiar

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Rol	E. Civil
RM	63	Analfabeta	Agricultor	Padre	Fallecido
MG	53	Primaria	Oficios varios	Madre	Divorciada/viuda
AM	16	Secundaria	Estudiante	Hermano	Fallecido
MM	28	Técnico ambiental	Técnico	Hermano	Fallecido
DM	36	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	Hermana	Casada
AM		Estudiante universitaria	Estudiante	Paciente	Soltera

Proceso de evaluación.

Rapport: AM se acerca al encuentro terapéutico el día 15 de septiembre del año 2014, accede ir al encuentro por recomendación del capellán de la universidad donde estudia, aunque manifiesta ser consciente que necesita ayuda, no se encuentra muy segura que un proceso psicoterapéutico nuevo sea útil o sea lo que realmente necesite, pues ya ha estado en procesos anteriores y todo para ella “ha seguido igual”.

AM llega a su primera consulta manifestando síntomas tales como: rigidez muscular, angustia de expectación, síntomas de ansiedad como sudoración en sus manos, taquicardia, opresión en el pecho, malestares digestivos sensación de insignificancia, frustración, apatía, desesperación, culpa, vulnerabilidad, desesperanza y desesperación.

Dentro del establecimiento del rapport, haciendo uso de ejemplos y metáforas se le muestra a AM que es posible cambiar y ser de otra manera, sin importar la realidad que se esté experimentando.

Debido a esto, durante la sesión AM decide darse una nueva oportunidad y empezar un nuevo proceso psicoterapéutico.

Encuadre: dentro del encuadre terapéutico se le planteó a AM el abordaje analítico y terapéutico de su historia de vida, a través de un método fenomenológico existencial, haciendo uso de las herramientas que aporta la logoterapia.

Igualmente, se le comentó a AM que se realizarían durante el proceso algunos ejercicios logoterapéuticos que le posibilitaría un mayor conocimiento de sí misma y de esta manera acercarse a la cura que espera dentro del encuentro.

A la vez que AM conseguía una mayor comprensión y conocimiento de sus síntomas y la relación con los mismos, se llevaría a cabo, cuatro pasos propuestos por Bretones (2007, p. 26)

Los cuales son:

Salir: “solo saliendo de la inmanencia se da el primer paso para la autotrascendencia”

Servicio: “es saliendo que se puede descubrir al otro. El mundo, el otro me brinda la oportunidad de sentirme útil mediante el servicio”.

Sentido: Salir, servicio y sentido conforman una manera de sentir y de pensar, un estilo de vida, cuya resultante es la sabiduría.”

Sabiduría: “Sabiduría siempre es autoconocimiento.”

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantearon para su abordaje las siguientes temáticas: Logoterapia, voluntad de sentido, frustración existencial, suicidio existencial, sentido del sufrimiento, recursos noológicos, autotrascendencia y autodistanciamiento.

Por otra parte, también se le mencionó que la metodología dentro del encuentro psicoterapéutico sería la de acción participativa, la cual consiste que, desde el vínculo terapéutico, paciente y terapeuta, se involucran en el proceso para el mejoramiento del síntoma o síntomas revelados en el motivo de consulta.

Noción de intencionalidad.

Desde el enfoque fenomenológico existencial se le “recuerda” al terapeuta, que él no es el dueño, ni el protagonista de las experiencias del consultante, por tanto, no debe permitir que se lo idealice, como aquel que salvará su existencia; teniendo en cuenta esto, es importante que el terapeuta ubique al consultante en el lugar de protagonista y dueño de su experiencia y de esta manera centrarlo en todo momento, y le haga ver que el rol del terapeuta es acompañante e interprete a la luz de la existencia de quien vive la situación problema (Llano, 2013)

Al momento en el que se realiza esta observación, se le da a conocer a la consultante que lo que se aborda en el encuentro, no son las subjetividades de la existencia del yo, de quien dirige el proceso psicoterapéutico, sino del yo de quien vive, sufre, y siente la experiencia, en este caso, del yo del consultante, haciéndole ver que el centro de la experiencia del encuentro terapéutico deriva de los deseos y la intención del consultante de hallar respuestas a sus por qué (Giraldo, 2013).

La intencionalidad de la consultante deja ver la claridad que esta posee de la necesidad de desarrollar un proyecto vital coherente, que le permita sentirse como alguien con valor, importante, capaz de desear y ser tenida en cuenta por los demás, por tanto, sentirse como un ser-en-el-mundo-con-otros, constructor y capaz de construir su propio mundo y el sentido del mismo.

Intención terapéutica. Desde el punto de vista de un proceso psicoterapéutico con enfoque existencial, es importante resaltar que el encuentro inicia con la comprensión del consultante, como aquel que desde la dinámica de su libertad, ha estructurado su experiencia en relación con el mundo concreto en el que se encuentra, por tal razón, la intervención del terapeuta estará en primera medida centrada en “la captación de la estructura experiencial de la persona, desde la

cual desarrolla una disposición afectiva ante una situación dada (intencionalidad) como aquello que vivencialmente es significativo para la persona (sentido)” (De Castro & García, 2011, p.153)

El encuentro busca comprender por medio del proceso dialéctico la forma como el consultante ha estructurado su mundo y ha otorgado significados a sus experiencias. Esto implica, por un lado, describir las vivencias inmediatas en el espacio y tiempo actual, y, por otro lado, vislumbrar a la luz de la intencionalidad del consultante, las interpretaciones que emerjan por parte tanto del terapeuta como del consultante, debido al vínculo terapéutico que se ha establecido mediante la metodología de acción participativa.

Desde la intencionalidad del terapeuta, se tienen en cuenta tres aspectos básicos presentes en todas las experiencias de los seres humanos: el qué, el cómo y el para qué de dichas experiencias, que sería lo que May (como se citó en De Castro & García, 2011) ha denominado como valores centrados que orientan la experiencia, es decir, aquello que el consultante está dispuesto a afirmar o a defender en sus vivencias cotidianas.

Teniendo en cuenta lo anterior, la intencionalidad terapéutica específica, para este estudio de caso, está centrada en la comprensión de la experiencia de abuso sexual de AM, y los significados que ella ha construido a partir de esta, para así lograr entre ambas co-construir una historia con sentido.

AM muestra desde sus experiencias existenciales, la necesidad encontrar un sentido de vida a su existencia, de responder todos los por qué que surgen en el aquí y en el ahora de su experiencia, y por esta razón, toma la decisión de firmar el consentimiento informado, como una forma de expresar su deseo y voluntad de ser lo que realmente le gustaría ser.

El rol de terapeuta en este caso fue el de orientador y guía del proceso, en el cuál, todo el tiempo se encaminó sus esfuerzos hacia la búsqueda de una existencia con sentido, es decir, de

orientar a AM a encontrar el para que, de su existencia, y la reelaboración de su sufrimiento a través de las herramientas que aporta la logoterapia, y, de esta manera, eliminar la crisis caracterizada por un vacío existencial o depresión noógena presente en ella.

Técnicas e instrumentos.

Teniendo en cuenta las características del estudio de caso, las técnicas que se citan a continuación se encuentran bajo los parámetros de la investigación cualitativa.

Técnicas. Se refiere al procedimiento o forma particular de obtener datos e informaciones.

Análisis de contenido. Es la técnica utilizada en investigación, cuya finalidad es la de indagar sobre los significados informativo y conceptual (datos, conceptos manejados, criterios interpretativos, etc) de la fuente que está siendo objeto de indagación con el propósito de dar un soporte teórico al estudio de caso que se realiza. El análisis de contenido puede operacionalizarse a través de las unidades de análisis (escrito de la paciente) y las categorías de análisis (voluntad de sentido, vacío existencial, suicidio existencial, intencionalidad)

Instrumentos. Se le denomina instrumento de investigación al medio que se va a utilizar para conseguir los datos (López, 2013)

Registro anecdótico. Es un instrumento no estructurado que permite recopilar de forma escrita los hechos o situaciones de significación para el paciente. Estos registros se identifican como una herramienta bastante útil para el terapeuta, debido a que le permiten comprender con mayor facilidad, las experiencias individuales del paciente tan necesarias para el estudio de caso único.

Entrevista a profundidad. Es una técnica de recolección de datos centrada en el intercambio de opiniones, ideas o puntos de vistas, a través de la conversación, entre la terapeuta y la paciente, con propósitos de obtener información suministrada por este último.

Dentro del presente estudio único de caso se llevó a cabo una entrevista a profundidad, la cual está definida como reiterados encuentros cara a cara (terapéuticos) entre el investigador (terapeuta) y los informantes (la paciente), dichos encuentros están dirigidos a la comprensión de las perspectivas de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras (Taylor & Bodgan, 2002).

Las entrevistas para este caso único no fueron grabadas, pues la paciente no dio su respectiva autorización, no se sentía cómoda siendo grabada, y para no perder la autenticidad de la misma se decidió realizarlas sin grabación.

Pruebas aplicadas. La paciente AM antes de acudir al proceso psicoterapéutico, ya había trabajado con profesionales de psicología por medio de bienestar universitario; en dicho proceso se le había realizado la respectiva evaluación psicológica teniendo como resultado un diagnóstico de depresión mayor con tratamiento psicológico y psiquiátrico. El tratamiento psicológico se había centrado en aquellas experiencias o hechos que estaban de alguna manera afectando su rendimiento académico en la universidad y si bien habían trabajado aquellas situaciones o experiencias que estaban relacionadas con su rendimiento académico; aquellas experiencias relacionadas de manera más directa con el trauma ocasionado por el abuso sexual no fueron abordadas. Al momento de indicarle la posibilidad de aplicarle una prueba psicológica, la paciente se niega, argumentando que ya estaba cansada de lo mismo (se alcanzó a percibir cierto

grado de iatrogenia), por esta razón, el proceso terapéutico comienza con base a la evaluación psicológica realizada en su proceso anterior.

Técnicas logoterapéuticas.

Ejercicios de Derreflexión.

Ejercicios de relajación sistemática.

Encuentros aplicando métodos como el diálogo Socrático.

La autobiografía siguiendo las etapas de desarrollo.

Conceptualización diagnóstica.

Desde un marco conceptual del diagnóstico de la paciente y teniendo en cuenta la información aportada por la misma y las técnicas utilizadas en cada encuentro terapéutico, es posible que la paciente estuviera adoleciendo de:

Depresión mayor. Según (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 35)

la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Diagnóstico según el DSM IV – TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

Criterios para el episodio depresivo mayor.

A. Cuando se presentan cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes)

casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Diagnóstico según el CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión)

F33 Trastorno depresivo recurrente

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Incluye:

(F33.0 o F33.1) Episodios recurrentes de:

Reacción depresiva.

Depresión psicógena.

Depresión reactiva.

Trastorno afectivo estacional.

(F33.2 o F33.3) Episodios recurrentes de:

Depresión endógena.

Depresión mayor.

Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo).

Depresión psicótica psicógena o reactiva.

Depresión psicótica.

Depresión vital.

Excluye:

Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

De acuerdo al DSM IV, es posible que AM estuviera adoleciendo de una depresión mayor recidivante caracterizada por los siguientes rasgos:

Se siente triste o vacío, llora constantemente

Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades,

Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso

Insomnio

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes

Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente con un plan específico para suicidarse.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica

Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Existía al menos un intervalo de 2 meses seguidos en los que no se cumplían los criterios para un episodio depresivo

Los episodios depresivos mayores no se explicaban mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Por otra parte, AM presentaba un trastorno por conversión según el DSM IV, caracterizado por los siguientes criterios:

F44 Trastorno de conversión (300.11)

A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Código basado en el tipo de síntoma o déficit:

.4 Con síntoma o déficit motor

.5 Con crisis y convulsiones

.6 Con síntoma o déficit sensorial

.7 De presentación mixta

Diagnóstico multiaxial según el DSM IV

Eje 1: F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x) y F44 Trastorno de conversión (300.11)

Eje 2: No aplica

Eje 3: Hiperhidrosis palmar (sudoración excesiva en la palma de las manos), síndrome de colon irritable, hemorragias del tracto digestivo.

Eje 4: dificultades académicas, interpersonales y económicos

Eje 5: EEAG 50: Existe peligro de causar lesiones a sí misma. Por ejemplo, intentos de suicidio. Alteraciones graves de la actividad escolar y social, por su constante irritabilidad pierde amigos y está cerca de perder el cupo en la universidad.

Aspectos relevantes para el diagnóstico.

Esquemas cognitivos. “a veces pienso que no tienen ningún sentido vivir una vida como la de ella, le gustaría dejar de sentir ese dolor tan grande y piensa que sólo se irá el día que muera” (Necesidad afectiva).

“me siento tan mal conmigo misma, no entiendo porque no soy capaz de salir de este dolor, no sirvo para nada, cuando doy un paso en mi bienestar me atraso tres” (Baja tolerancia a la frustración).

“toda mi vida es una desgracia, solo pasan cosas malas, mis hermanos mueren, mi papá muere en la cárcel, yo soy abusada, estoy a punto de perder mi semestre...” (catastrofismo).

ABC cognitivo en AM.

A= Acontecimientos:

Cuando tenía 3 años muere su hermano consecutivo por un accidente con un soldado.

A la edad de los 7 años sus padres se separan.

Cuando AM tenía 9 años, BM empieza abusar sexualmente de ella.

Cuando tenía 18 años, muere su otro hermano a causa de un accidente laboral

A los 18 años de AM, su padre es acusado de presunto abuso sexual a su hijastra.

A los 18 años de AM, su padre muere en la cárcel.

Intento de suicidio 2015

B= Creencias. Las más relacionadas y que alteran su estado de ánimo son:

“si yo hubiera contado desde el comienzo lo que me hacía BM no hubiera pasado todo esto.”

“si todos me miran como si yo fuera la culpable, quizás tienen razón y yo soy culpable de lo que me paso.”

“soy sucia, nadie me va a querer, no valgo nada”

“nunca voy a poder ser feliz, sólo conozco el sufrimiento, y parece que ese va ser mi mundo”

“nunca voy a poder dormir tranquila, siempre voy a tener pesadillas”

“yo no puedo hacer feliz a nadie, nunca voy a poder tener una pareja”

Se considera una mala persona, al tener sentimientos de odio y por haber deseado hacerles daño a otros.

C= Consecuencias.

Tendencia a un estado de ánimo depresivo.

Poca confianza en sí misma y en sus potencialidades

Sentimientos de minusvalía

Vacío existencial y como consecuencias deseos de morir

Bajo rendimiento académico

Dificultades en sus relaciones interpersonales y de pareja.

Tendencia a querer complacer a todo el mundo.

Estados recurrentes de desesperanza

Falta de voluntad de sentido

Miedo a defraudar a los que le demuestran afecto

Temor constante a la desaprobación, llevándola muchas veces a sacrificar su estabilidad interior.

Sensación de vacío, de una vida sin sentido

Desde el marco fenomenológico existencial, se presenta el análisis desde este caso único como un diagnóstico de depresión mayor, expresada como depresión noógena, generada por las diferentes situaciones límites ocurridas durante el transcurso de su vida.

Descripción detallada de las sesiones

Sesión N°1. Primer encuentro psicoterapéutico

AM en esta primera sesión acude por sugerencia del capellán universitario, quien inicialmente la atendió; la paciente comenta que lleva aproximadamente un año en proceso psicoterapéutico con una psicóloga de Bienestar Universitario, pero la mayoría de las cosas siguen igual, siente que nada va a cambiar, que había acudido con el sacerdote porque consideraba que necesita trabajar en su parte espiritual, pero que aunque le ayudo hablar con él, una de la penitencia que le colocó fue darse la oportunidad de comenzar un nuevo proceso terapéutico.

Comenta que está en cuarto semestre de la universidad, pero que no ha sido nada fácil, primero quería estudiar otra carrera, pero en la universidad donde se presentó no fue admitida; el primer año en la universidad fue muy difícil. Vivía en un ambiente estudiantil, donde había mucho alcohol, drogas y conflictos. Igualmente comentó que desde que entro a la universidad, ha estado presentando mucha ansiedad, y desmayos, pero que el médico no le encuentra nada fisiológico que explique los síntomas, por tal razón, el profesional sugirió tratamiento psicológico.

La paciente durante la consulta se mostró bastante ansiosa, presentó hiperhidrosis palmar (sudoración en las manos), y aunque respondió a cada pregunta que se le hizo mostró bastante resistencia.

La paciente, además tenía tratamiento psiquiátrico con sertralina y trazodona.

Como terapeuta esta primera sesión se abordó desde la escucha y la comprensión de las experiencias narradas por la paciente, igualmente se le realizó el respectivo encuadre, para engancharla al proceso, pues como se mencionó, no quería abrir otro proceso, porque no tenía expectativas de cambio.

Sesión N°2. Décimo encuentro psicoterapéutico

Durante las sesiones anteriores, la paciente se centró en hablar sobre su proceso académico, reconoció su progreso controlaba mejor sus impulsos, y se concentraba mejor en sus estudios, igualmente los desmayos habían desaparecido, pero cada día sus pesadillas eran más frecuentes. Aún con medicamento psiquiátrico, le era muy difícil conciliar el sueño.

Durante esta sesión se quiso conocer sobre el contenido de las pesadillas, pero la paciente, cambia de tema de manera abrupta sobre un episodio en la universidad, y se nota ansiosa, se frota las manos y ella misma refiere estar sudando más de lo normal.

Se le solicita relatar con más profundidad sobre las relaciones familiares, a lo que pregunta si lo quería detallado o superficial, a lo que el terapeuta le preguntó: *¿que crees que se necesite para el proceso?*, a lo que comienza a relatar su vida desde los tres años.

Comenta que siempre ha sido o se ha caracterizado por ser una persona irritable, casi desde que tiene memoria, recuerda que le daba rabia con su padre, pues invitaba niños a la casa y les prestaba sus juguetes, no recuerda que los niños fueran todos amigos suyos. Comenta que sus padres se separan cuando ella tenía siete años, porque su papá fumaba marihuana y esto ocasionaba conflictos con su mamá, aunque nunca existió violencia física entre ellos.

Comenta que a la edad de los nueve años su mamá tuvo que dejarla en la casa de su tía, en este momento se pone ansiosa nuevamente y dice lo siguiente: *“aún no estoy preparada para contar esto, brinquémonos a los 15”*.

Sigue relatando aspectos importantes y relevantes de su historia familiar, que quedaron descritos en la historia clínica.

Como terapeuta se le sugiere a la paciente buscar la manera de contar lo sucedido a la edad de los nueve años, pues muy probablemente puede ser en este momento donde necesita comprender la experiencia para entender muchas de las cosas que le están sucediendo en el aquí y el ahora.

Sesión N°3. Onceavo encuentro psicoterapéutico

En esta sesión la paciente llega bastante ansiosa y cuando se le pregunta el motivo, comenta que no ha podido dormir en toda la semana porque ha tenido muchas pesadillas, que llora todo el tiempo, y todo lo que come le cae muy mal, que fue al médico y le dijeron que tenía una hemorragia intestinal, y que le habían enviado tratamiento, pero que aún no sentía mejoría. Comenta que ha pensado mucho en matarse, que es increíble como la mente crea cada detalle de cómo hacerlo, cuando se le pregunta la razón por la cual no lo ha hecho, comenta que es por su mamá, pues ella ha sufrido mucho con la muerte de sus hermanos para ella llegar a hacer eso, pero que se siente realmente cansada.

Se le pregunta si existe alguna razón que hubiera identificado de porque esa semana fue tan difícil, y responde que fue por lo que se había hablado la sesión anterior, pues ella sabe que debe contar lo que paso a los nueve años, pero nunca ha podido contárselo a nadie.

Como la paciente estaba demasiado ansiosa, se le realiza una relajación progresiva, cuando termina, con bastante dificultad, en medio de suspiros dice: *“ok, voy a intentar contarte, pero puedo pedirte un favor? ¿Me dejas darte la espalda?”*

Una vez le dio la espalda al terapeuta, relato lo siguiente:

“mi mamá tenía que trabajar, entonces me dejo donde mi tía, al comienzo dormía con mis dos primos, y todo era muy bien, mi tía me regañaba mucho pero su esposo era muy bueno conmigo, el me defendía, una noche mientras estaba durmiendo, él llegó al cuarto y se acostó al

lado mío, cuando me desperté, él me tapó la boca, mi corazón comenzó a latir muy fuerte, él empezó a tocarme y me di cuenta que mi primo mayor nos estaba mirando, pero él no dijo nada, (calla y llora muy profundamente) al día siguiente mi tía llegó a decirme que me iba a cambiar de habitación porque ya estaba muy grande y no podría seguir durmiendo con mis primos, y desde ese momento empezó mi infierno, cada noche, ese señor llegaba y se montaba encima mío, al comienzo solo me tocaba pero después empezó a meterme cosas hasta que después me empezó a penetrar (llora y grita).”

Como terapeuta me levanté de la silla y me hice al lado tocando sus hombros, después de un tiempo, me pide que la deje continuar,

duro así casi cada noche, por casi un año, cuando salí a vacaciones, mi tía fue a la tienda, le suplique que me dejara ir con ella pero ella no me dejó, entonces él que para ese entonces estaba sin trabajo, puso música y me encerró en el cuarto y me pidió que le hiciera sexo oral, le dije que no y me obligó y como había música él no se dio cuenta que mi tía se había devuelto y ella nos descubrió (vuelve a llorar), eso fue terrible, para mi tía yo fui culpable, por no decir, porque yo lo tuve que haber provocado, llamaron a mi mamá y fue horrible, desde entonces no se lo había contado a nadie (continúa llorando)

La paciente se pone de frente y abraza a la terapeuta, luego da las gracias por haberle permitido contar, pues según ella “*le estaba ahogando*”.

Como terapeuta, fue una de las sesiones más difíciles, pero se tomó una postura de escucha y mucha empatía frente a la experiencia, a partir de esta sesión se le planteó un proceso psicoterapéutico desde la logoterapia

El proceso se realiza en cuatro pasos:

Salir: “solo saliendo de la inmanencia se da el primer paso para la autotrascendencia”

Servicio: “es saliendo que se puede descubrir al otro. El mundo, el otro me brindan la oportunidad de sentirme útil mediante el servicio”.

Sentido: Salir, servicio y sentido conforman una manera de sentir y de pensar, un estilo de vida, cuya resultante es la sabiduría.”

Sabiduría: “Sabiduría siempre es autoconocimiento.”

La paciente comenta sentirse un poco más esperanzada, pues comienza a sentir que el proceso va a ser diferente.

Sesión N°4. Doceavo encuentro psicoterapéutico

En la sesión anterior se le hablo a la paciente sobre un proceso terapéutico basado en la logoterapia y llevado en pasos principales. El primer paso consistía en lograr que la paciente saliera de sí misma, ya que al seguir ensimismada sólo le iba a traer conflicto y más sufrimiento

Para esta sesión se buscó explicar este primer paso, para ello se usó la técnica logo-terapéutica de la derreflexión, ya que está propone tomar distancia de nosotros mismos. Para aplicar la derreflexión fue necesario que la paciente encontrara un sentido circunstancial que conformara su aquí y su ahora.

Por medio del dialogo se llegó a descubrir que la paciente no lograba salir de sí misma, porque se había identificado con esa niña de nueve años incapaz de defenderse, que de cierta manera le había tocado aprender a sufrir en silencio, esta identificación la hizo perderse de la noción de lo que ella era o podría llegar a ser. Esa identificación causaba malestar no solo en la dimensión física o psíquica sino en su dimensión espiritual, denominado en la logoterapia como vacío existencial.

Por eso, el objetivo de esta sesión fue ayudar a la paciente a encontrar un motivo en su experiencia del aquí y del ahora (no de cuando era niña) capaz de hacerla movilizar.

Lo primero y más importante fue hacerla consciente de su libertad y con ello la responsabilidad, sólo ella podía elegir salir de sí misma.

Salir del sufrimiento no significaba que lo superara. Ese sufrimiento, en este caso de haber sido abusada por el esposo de su tía, y haberla hecho sentir responsable de ello a sus nueve años, no puede ser visto como algo que debe ser superado, sino como algo que debe ser transformado, debido a que todo sufrimiento, convertido en valor, es una forma de salida que por sí misma traerá nuevas situaciones de apertura.

La paciente reconoció que lleva casi 12 años viviendo demasiado encerrada en sí misma, y que eso le ha impedido ver lo que ha ganado en su aquí y su ahora, reconoce que la carrera que está estudiando le gusta y apasiona bastante, pero que por estar encerrada en su sufrimiento, se ha impedido disfrutarlo a plenitud, situación que ahora entiende fue su elección y tiene que hacerse responsable de ello, pero que también ahora es consciente que puede elegir salir de sí misma.

Sesión N°5 veinteavo encuentro psicoterapéutico

La paciente llega a consulta con un escrito que quería compartir con su terapeuta sobre algunas reflexiones que ha realizado. (no se corrigió ortografía ni signos de puntuación del escrito)

“No hay manera de saber porque pasan las cosas, o que es lo que te lleva a un lado o a otro, que destruye algo, que hace que florezca o que se muera o que tome otro rumbo, eh estado pensando, y si me olvide de mí misma.

Pero si pudiera retroceder el tiempo no haría nada de manera distinta, ni siquiera el hecho de que me hubiese v... que tal si eso me enseñó algo más que aún no eh descubierto o si las cosas que hecho son las que me trajeron hasta aquí, jamás me redimieron, pero que tal si yo misma lo hiciera, me ha tomado tiempo crecer y aun lo estoy haciendo, ser la mujer en la que quiero convertirme y la cual la vida me ha enseñado.

Después de perderme entre la selva de mi ser y los enredaderas de mi dolor, estoy encontrando mi salida del bosque, pareciera que todo este tiempo hubiera caminado pero sin saber a dónde iba, pienso en todo lo que la vida me ha enseñado y todo lo que hoy aun no puedo saber, mi vida como la vida de todos es misteriosa y secreta, tan cerca, tan presente, tan mía, ¡que salvaje es!, pero no me quedare así, seguiré domando y encontrando mi alma salvaje, como la de todos única y misteriosa.

Cuando hablo de domar esta alma que es tan mía, hablo de un proceso, un reto con migo misma, cada vez que me derrumbo ante el dolor, caigo de rodillas con las manos en los ojos llenos de lágrimas esas que brota la misma selva en la que eh convertido mi alama, es que cuando me duele soy como una niña indefensa, cuando te sumes en el dolor y en tu garganta solo se hace un nudo, que a veces te deja sin poder respirar, ese aliento que ha tenido tu cuerpo para caminar se va, estas ahí solo tú y tu existencia, es como si no existiesen palabras para hablar solo las lágrimas de alguien “triste con vocación de alegre, o alguien alegre con vocación de triste” Mario Benedetti.

Dijeron que crecer no era fácil y siempre escucho a los adultos hablar de madurar, como hacer eso, creo que todos se lo han preguntado, como es eso de los golpes de la vida pues no los sabes hasta que los sufres y sí que duelen, cuantas veces nos preguntamos porque a nosotros nos pasa todo? Y porque esto y aquello, jamás podrán en tu espalda más de lo que puedas soportar, pero

eso no lo entiendes hasta que has cruzado el dolor para poder dar forma una imagen a tu sufrimiento.

De que se trata sufrir? - no lo sé, aun me lo pregunto, en mis días más oscuros donde no encuentro luz, cuando me siento indefensa y débil es cuando más fuerte soy, leí una vez por ahí, hoy, en este día donde el dolor en mi espalda es causado por un avalancha de lágrimas que estaba soportando, siento como si en este cuarto no hubiera nada más que mi alma ahí descubierta, tan frágil, recuerdo en este momento una frase que salió del desespero de ver a alguien sufrir, si, a veces el saber que se siente te ayuda a comprender el dolor, más nunca sabré que se siente el “tuyo” -la vida es un acto de fe-. Aquí en este instante donde solo salen mis mayores sentimientos descubro una y otra vez que sí que es un acto de fe, recuerdo cuantas veces pedí que me dijeran que es vivir, cuantas veces desee que me quitaran este dolor, que es solo mío, pero siempre busque erróneamente, lo tuve que descubrir, cuantas veces pregunte si vivir es igual que morir o si la vida duele como la muerte, pero hablo de esa muerte en vida que duele más que morir físicamente porque muere tu ser, cuantas veces la viví? - no lo sé, cuantas la seguiré viviendo tampoco lo sé, solo sé que es desgarradora y cruel, ahora me paro en el espejo no me reconozco, pero sigo ahí parada porque veo algo de mí, mi esencia, es como buscar una manzana verde después de varios días tal vez no la halles porque ha cambiado pero sigue siendo la misma solo que con un tono más amarillo, y tal vez un poco más blanda, a que saben las lágrimas a salado normalmente, pero en este momento las mías saben a esa amargura, dolor todo eso que nunca puedes explicar pero que sientes, llego el momento para mí de soltar todo lo necesario menos a mí misma, es un proceso porque atravesaras las dos clases de soledad la “1, me hace triste hasta la muerte y me hace tener la impresión de estar perdida y sin dirección la otra por el contrario me hace fuerte y feliz,” (Etty Hillesum pag 56) la primera proviene de la impresión de no estar en contacto con mis semejantes,

mientras que en la segunda “me siento en comunión con cada uno, con todo y con Dios”, es a esta última donde quiero llegar para poder encontrar paz, esa tan añorada paz interior que necesito, mientras tanto seguiré viviendo, aprendiendo siempre a ponerle luz al sufrimiento, tratando de seguir, haciendo como el sol que nace cada día, sin pensar la noche que paso.

Tal vez no pueda quitarme este dolor, pero por medio del sufrimiento eh aprendido y eh descubierto cosas que si no supiera a que sabe este jamás las hubiera encontrado.”

En esta sesión el foco de atención estuvo en mirar el escrito, y reforzar los elementos abordados anteriormente sobre el salir existencial.”

Igualmente, se le menciona la posibilidad de pertenecer a un grupo de pastoral (encuentro de dos mundos) donde podría aplicar lo visto en su carrera, con jóvenes de escasos recursos, a lo que la paciente le pareció una excelente idea.

Sesión N°6 Veintitresavo encuentro psicoterapéutico.

La paciente llega ansiosa dentro del trabajo pastoral, precisamente una joven de 14 años se acercó a contarle que había intentado quitarse la vida porque estaba cansada de vivir, cuando quiso indagar la razón por la cual estaba cansada de la vida descubrió que la joven había sido abusada sexualmente por un familiar, aunque relato que simplemente la escucho e intercambio algunas palabras con ella, la joven le agradeció el gesto y eso la hizo sentir útil, sin embargo a partir de ese momento volvieron a aparecer las pesadillas, además dentro de su carrera tuvo clases donde hablaron de violencia sexual y ha sido terrible.

Igualmente, comenta que discutió con el capellán y eso le había afectado bastante, sin contar con la noticia de que iba a quedar encuartada pues había perdido el parcial de inglés, llora y siente que ha vuelto a retroceder en el proceso después de que iba tan bien.

Durante esta sesión la terapeuta utilizó el encuadre para abrir diferentes formas de ver estas realidades. La paciente sale tranquila y con el compromiso de sacar cita por psiquiatría pues los fármacos para el insomnio se le habían agotado.

Sesión N°7 veinticuatroavo encuentro psicoterapéutico

La paciente después de la última consulta tuvo una recaída lo que se vio la necesidad de ser internada en el hospital psiquiátrico, estuvo 15 días aproximadamente en el hospital.

En esta sesión la paciente contó su experiencia, ella misma reconoció que a pesar de lo ocurrido había hecho consciente el progreso que ha tenido, comenta que reconoce que aún le falta mucho para transformar su sufrimiento, pero no quiere abandonar el proceso.

En esta sesión se buscó volver a retomar el proceso, y recordar los pasos, se vuelve a realizar el ejercicio de derreflexión, lo que motiva la paciente.

Sesión N°8 treintavo encuentro psicoterapéutico

La paciente llega bastante contenta pues se ha sentido muy bien, está durmiendo, bien, no ha vuelto a tener pesadillas aunque sigue durmiendo con la luz encendida, ha estado comiendo mejor, y su malestar digestivo también ha estado más controlado, además ha seguido trabajando con el grupo de pastoral de encuentro de dos mundos, lo que la ha hecho sentir muy bien pues compartir con los niños de esa comunidad la hace sentir útil cosa que la hace sentir muy bien pero aparte logra hacer algo bueno por ellos.

A partir de esta experiencia relatada por la paciente se habla sobre el segundo paso, del proceso que era el servicio, en lo cual se llega a la conclusión en medio del dialogo de que Frankl

tenía razón cuando decía: “el primordial hecho antropológico es estar siempre dirigido o apuntado hacia algo o hacia alguien distinto de uno mismo”

También se concluyó que, si antes no se hubiera salido de sí mismo, no se hubiera podido descubrir a ese alguien o a ese algo.

Sesión N°9. Treintaicincoavo encuentro psicoterapéutico

Durante esta sesión se abordó el tercer paso que es el del sentido, se le explico a la paciente que para que ella pudiera contemplar o ver su realidad y sufrimiento desde otra postura, primero tenía que haber salido de sí misma, para poder descubrir al otro y poder sentirse útil mediante el servicio para ahora poder sentir y pensar en un nuevo estilo de vida, que la llevaría a la sabiduría que no es más que el autoconocimiento.

La paciente sonríe y dice: *“precisamente antes de venir a consulta estaba pensando en lo mucho que he avanzado, cuando llegue parecía que venía aquella niña de nueve años a la que me había apegado e identificado, hoy siento que ya no soy más esa niña sino la joven de 21 años, ahora puedo ver el mundo desde otra postura, no puedo borrar el hecho de que me hubieran abusado, si ya puedo decirlo! Pero ahora eso me ha ayudado a ver de otra manera. Oye te escribí algo que quiero que tengas: Las cosas no siempre pueden ir bien, la vida nadie dijo que sería fácil, nadie dijo que no iba a sentir miedo y nadie dijo que crecer y no solo eso vivir era fácil, las cosas de la vida siempre tienen algo trascendental si miramos nuestro sufrimiento de otra manera, levántate yo estoy aquí, toma mi mano si no tienes fuerzas, permíteme ser tu apoyo tus ojos tu luz mientras puedes encontrar la esperanza, estas frases y muchas más las escucho cada día cada momento de mi vida y no se trata de lo que dicen las frases, se trata de donde provienen de quien provienen.”*

Sesión 10. Cincuentavo encuentro psicoterapéutico (CIERRE)

Después de un largo proceso, llegó el momento de caminar sola, he ganado una beca para estudiar un semestre en España, estoy muy contenta aunque ansiosa, mira como me sudan las manos, pero ya no me desborda como antes, si lo recuerdas? Ya crecí, ahora soy esa joven capaz de soñar y de seguir sus proyectos, capaz de verse a si misma de forma más benevolente, quiero agradecerte por toda la paciencia, y forma de ser para conmigo, gracias por ayudarme a crecer y gracias por tener fe en el ser humano. Como es costumbre te escribí algo, espero que después del intercambio nos volvamos a ver pero no dentro del consultorio (rie).

“Al inicio del proceso todo era muy difícil, diferente y hasta imposible para mí , no solo el hablar de cómo me sentía, sino también de todo lo que pasaba y había pasado en mi vida, que me hacía sentirme así, deprimida, sin ganas de vivir.

En un principio, me sentía triste todo el tiempo, estaba enojada con la vida, con migo, con todos, me sentía culpable, realmente era un cumulo de sentimientos que ya no podía controlar y me di cuenta que necesitaba ayuda que sola no podía, en los inicios de la terapia no sabía decir que me pasaba y tampoco era capaz de expresar frente a frente lo que sentía, estaba huyendo, me daba pánico enfrentar todo lo que tenía mi inconsciente guardado pero que además yo sabía lo que estaba pasando, estudio trabajo social.

Las primeras consultas fueron muy difíciles, porque no solo era ir y contar o hablar de todo, era recordar y volver a casa con lo que había dicho y en la noche tener pesadillas o tener flashbacks de lo que había traído de la memoria, eso sí que me era difícil de controlar además de los insomnios y las ganas de llorar repentinamente, los ataques de ansiedad que tenía en la noche que además hacían que tuviese que dormir con la luz encendida porque no podía con la oscuridad, esa que me traía recuerdos.

Era bastante difícil para mí ver que con la terapia iba a generar un cambio, yo no veía resultados no había dejado de llorar, de sentirme para la mierda, de dejar desear morirme, pasaba días incluso más difíciles y eso me llenaba más de rabia e impotencia. Poco a poco me fui dando cuenta que hablar me ayudaba, que expresar lo que sentía aliviaba el alma, pero claro llegaban otros momentos y otra vez volvía a retroceder a no querer salir, siguiendo con la terapia, los ejercicios, los consejos que obtenía y que también generaba yo cuando me ayudaban a pensar de otra manera, a darme cuenta que tenía que salir de mí y buscar una salida propia no impuesta, porque al principio yo creía que en las terapias me iban a dar la solución pero no fue así, no me dieron el pez, me enseñaron poco a poco a pescar, a generar mis propias soluciones, visiones, críticas, habilidades al final de cuentas.

Pero claro la depresión es como un círculo vicioso, tiene etapas y es muy difícil salir de eso, más aun cuando uno ya está acostumbrado a vivir de esa manera, como no conocemos otro estado de estar siempre uno intenta volver al inicio, a dejarse arrastrar y cuesta cuesta mucho querer tomar impulso y empezar de nuevo, pero es ahí donde el profesional que te trata entra a jugar un papel importante porque no se trata de ponerse a llorar contigo, o darte la razón, es ayudarte a mirar con otros ojos, desde fuera y no más desde dentro, desde el encierro de que esto solo me pasa a mí, porque uno siente que nadie más siente lo que uno vive, que nadie lo puede entender y además porque uno no sabe expresar lo que siente dentro y eso sí que es difícil de sentir, es como un taco en la garganta que no deja pasar el agua, pero si el terapeuta lo guía a uno bien como en mi caso uno logra ver una luz, así me sentí la primera vez que logre salir de mí, que logre entregarme a otros y ver otras realidades, esa interacción es indispensable para poder avanzar, para darte cuenta que no eres el único y que aunque esta feo puedes salir.

Ahí empezó la gran batalla de mí contra mí, era la chica de 19 años contra la niña de 9 que aún vivía dentro y no quería crecer se negaba a darle paso a la vida misma que avanzaba, empecé como dice pao a aprender a caminar de nuevo, por tanto lo primero que hice fue gatear, salía con amigos, trataba de distraerme, de compartir la vida, me inscribí en un programa para trabajar con niños de un asentamiento humano y esa fue una buena decisión ya no tenía tanto tiempo libre ni para pensar, ni para ponerme a llorar, además de los deberes de la universidad ya tenía una responsabilidad con esos niños y sobre todo no podía llegar triste a compartir con ellos, también hacia parte del grupo de pastoral universitaria donde me sentí acogida, entendida y poco cuestionada por cómo era, me sentí parte de algo, segura, lo que me ayudaba a tener confianza y tener una fuerza de apoyo para continuar el proceso. Luego empecé a querer caminar bueno todo esto gracias a la terapia, que me ayudaba a ver claro, pero bueno como todo niño aprendiendo a caminar a veces sentía temor y me devolvía, sin embargo ahí ya intentaba de nuevo aunque me doliera, aunque sentí en momentos que no podía más.

Antes de pasar a el momento de dar por fin los primeros pasos sola, tuve muchas recaídas en las que sentí que no era capaz de levantarme, en las que retrocedí y sentí que no daba para continuar, en ese momento mis ganas de suicidarme que siempre había tenido empezaron a hacerse fuerte cada vez más, tenía pensamientos suicidas, como ir atravesando una calle y querer tirarme a un carro, querer tirarme de los pisos altos, pensaba si eran efectivos o no estas formas de morir, era realmente una locura como puedes a llegar a planear tanto y tan milimétricamente tu muerte había días que me daba cuenta de esto y aunque no quería pensarlo en el fondo las ganas y todo seguía ahí carcomiéndome, tuve entonces otras etapas difíciles, deje de ir a terapia, quería alejarme de todo, sin embargo también había algo que me hacía seguir adelante dando la batalla.

Luego de estas crisis, empecé a reflexionar cuando me di cuenta durante la terapia que lo que tenía era miedo a lo distinto, a sentirme distinta, a no sentirme mal, o que las pesadillas estuviesen disminuyendo, a dormir mejor, a tener relaciones diferentes, en realidad me pensaba en cuanto te puedes acostumbrar a vivir en el dolor y no es que uno quiera estar así, es que uno no siente que allá otra cosa, otra forma de hacerlo, entonces decidí levantarme de nuevo ayudándome de este bastón llamado terapia, eso es canasta básica, leche , huevos terapia, muchos huevos para volver a terapia pero necesaria, uno tiene herramientas pero necesita que le ayuden a ver las demás que tiene, porque eso es lo que hace una terapia te ayuda a descubrir la manera de caminar, te ayuda a liberar, a dejar ir, a perdonar, a perdonarte, a entender otras tantas cosas que antes no podías explicar, sin embargo es difícil llegar a descubrir eso en poco tiempo , se necesita un proceso de muchos huevos de quien lo inicia.

En ese momento de la historia o del proceso yo me empecé a sentir muy bien, muy fuerte, disminuyeron los efectos psicopáticos del trauma y se empezó a notar no solo en mi manera de relacionarme con otros sino también a nivel académico, en mi sueño, en muchas cosas que parecen tontas pero que eran grandes pasos, como dormir con la luz apagada, disminución de pesadillas, poder tener un sueño más reparador, tenía más energía, en fin un sinnúmero de avances que yo sentía que ya estaba caminando claro está sin ganas soltar el bastón ósea la terapia, porque sentía que si lo hacía me iba a ir de narices, ahí había generado un apego emocional fuerte que ponía a pensar que sin eso no era capaz de seguir dando pasos, que sola no podía, y como cuando aún niño le dicen que va solo en la bicicleta y se cae, así mismo me paso a mí, cuando en la terapia pude descubrir que había cosas que debía enfrentar sola y que solo yo las podía hacer y dar permiso de transformación me dio miedo, pero esta vez fue muy fuerte me hizo tocar fondo.

Llevaba una semana sin dormir estaba en época de parciales y entregas finales de la universidad y tenía los nervios muy alterados, realmente esa no era una buena semana, al final de la semana, recuerdo tener un disgusto con alguien importante, parte del proceso y esa fue la copa que relleno el vaso, intente lo que tanto se me había pasado por la cabeza antes, intente suicidarme, hoy doy gracias que solo fuese intentarlo , al final termine en el hospital psiquiátrico eso ha sido una de las cosas más difíciles que he tenido que vivir, pero una de las experiencias que me tienen hoy aquí, caminado hacia delante, en ese lugar experimente una tranquilidad , me retire del mundo un tiempo, me desconecte de todo y viví ese momento , que sin el apoyo de quienes amo no hubiese podido superar sola, esa fue la última vez que dije que no podía, empecé a ver distinto, ese fue el fondo de todo y el principio de muchas cosas.

Ahora quiero hablar de ahora como un nuevo comienzo después del fondo porque uno solo tiene una opción después de eso subir, porque no hay otra salida, así fue como continúe el proceso de crecer, ya antes había logrado obtener unas herramientas ahora tenía que empezar a darles verdaderos usos , y eso fue lo que inicie, porque después de esta experiencia me cambio la vida y la manera de mirar, de verme también y sentirme en el mundo, me ayudo también a darme cuenta que la depresión no puede convertirse en una manera de vivir pero sobre todo me ayudo a darme cuenta que uno puede darle sentido al sufrimiento, por supuesto a esta conclusión no llegue sola fue fruto de un proceso desde la terapia hasta la manera de ir avanzando porque aunque todo ese tiempo antes había caminado o hubiese andado la bicicleta sola no me había dado cuenta el camino que ya venía recorriendo, me aferre entonces a todo lo que podía ver ahora, a todo lo que tenía y las oportunidades que la vida me estaba regalando, me aferre a mis sueños, a mis metas, a quienes amo, a lo que soy como mujer, como ser humano y empecé a transformar y darle vida a

mi sufrimiento, de la mano de una parte muy importante de mi vida lo espiritual, porque cuando más cansado se siente posiblemente más acompañado esta.

Ahora en este momento veo atrás , recuerdo y puedo expresar con palabras lo que antes solo podía salir a través de las lágrimas, soy distinta, estoy nueva, me siento reparada, me siento yo pero sintiendo distinto, actuando distinto y mirando distinto, calmada, pausada, en resumen viviendo, pero no viviendo como si nada hubiese pasado como uno siempre quiere hacer, no como pensaba antes queriendo borrar todo el tiempo la carga que pesaba, viviendo con todo y lo que ha hecho que hoy este aquí, que hoy pueda definirme, sentirme grande, fuerte y valiente, es que ahora puedo apagar la luz de mi cuarto antes de ir a dormir, aunque a veces recuerdo todo lo que he vivido ya no duele, es distinto y es que no sé cómo expresarles eso que uno siente cuando logra perdonarse, perdonar a otros y a la vida misma, porque después de eso sí que es vivir, se empieza a oler distinto, a caminar distinto como dicen por ahí hay cosas que le cambian a uno el caminado y es que eso ha sido este proceso un cambio y la vida se trata de procesos, de acompañar, dejarse acompañar, perdonar y volver a la vida.

Y si me preguntan que si aún duele, que si aún quema? mi respuesta es que tal vez duela y tal vez quemame aun, me seguro que ya no hace daño, es algo que hace parte de ti, pero que te hace grande. Ahora camino sola a veces me da un poco de miedo otra vez, pero recuerdo que tengo herramientas, que tengo sueños y que tengo seres a quien amar.

A veces tenemos que sentir que morimos para regresar a la vida, para ver esperanza que al final es lo que nos permite seguir caminando aunque tengamos por momentos que volver a gatear.”

Marco referencial

Un trastorno de depresión mayor recidivante en personas víctimas de violencia sexual durante el desarrollo de su infancia es abordado por diferentes enfoques de la psicología, encontrándose diversos estudios donde se proponen protocolos de diagnóstico e intervención como se alcanzó a mencionar en la descripción del problema, sin embargo, el interés del presente trabajo de grado no se encuentra focalizado en el trastorno de depresión mayor, sino en el vacío existencial que está presente en la paciente como precipitador de la depresión. La logoterapia ofrece una mirada y una comprensión clara a este fenómeno, por tal razón se ha escogido como modelo de referencia para el presente estudio de caso.

No obstante, antes de abordar el modelo de referencia escogido se realiza una breve descripción del abuso sexual.

Violencia sexual.

La expresión Violencia Sexual cubre una amplia clase de abusos como: manipulación, violación, amenazas sexuales, tortura, incesto, humillación, prostitución involuntaria, introducción de objetos en genitales, exhibicionismo.

A nivel mundial, la Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, (UNICEF, 2002) considera que en el caso de explotación sexual hay más de diez millones de niñas y niños en el mundo en esta condición y la tendencia es creciente con los años y decreciente en la edad, menos de nueve años.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (como se citó en Asociación de mujeres para la salud 2005, p. 4) definió la violencia sexual así: “La forma de realizar el contacto sexual sin el

consentimiento de la otra persona, cuando la resistencia de la víctima es dominada por la fuerza, el miedo o cualquier otra forma de coerción”.

Hoy en día el concepto de violencia sexual se ha ampliado más allá del contacto físico y de igual manera se considera a la presión psicológica, que la víctima soporta bajo el uso de elementos tecnológicos como teléfono, mensajes de voz, correos electrónicos, videos o seguimientos a su privacidad.

La Organización Mundial de la Salud (2013, p. 2) definió la violencia sexual como:

“todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en hogar, y el lugar de trabajo”

La violencia sexual en la edad temprana del ser humano generalmente es un indicador invisible a la sociedad, pero sus efectos marcan a la víctima quien con el paso de los años puede repetir o sacar a flote su necesidad de venganza (Save the children, 2001).

Los efectos de la violencia sexual en quien la sufre físicamente generan consecuencias de diferente índole, entre las más visibles están: deterioro de la autoestima de la víctima, riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual, embarazos y abortos forzados. Si la persona violentada no hace visible su condición o no recibe el tratamiento inmediato, se puede convertir en candidata a engrosar la prostitución, caer en redes de tráfico de personas, establecer relaciones incestuosas o matrimonios precoces (Sarasua, Zubizarreta, Paz de Corral & Echeburúa, 2013).

En el caso de los niños y niñas, están expuestos a la violencia sexual tanto o más que a la que se exponen los adolescentes o mujeres adultas. En muchos casos esta agresión resulta invisible

para la sociedad y cuando ella la detecta, se puede transformar en sentimiento de resignación o indignación (Save the children, 2001).

El abuso sexual

Dentro los tipos de violencia sexual, el más crítico y extendido a lo largo de la historia es el abuso sexual, Save The Children (2001, p. 15)

El abuso Sexual son los contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto agresor, usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también lo comete una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño víctima o cuando el agresor está en una posición de poder o de control sobre el otro.

Por su parte la Baita y Moreno (2015, p. 22) define de manera amplia el abuso sexual, como parte del Maltrato Infantil:

los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, los maltratos físicos o psicológico, abuso sexual y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar daño a la salud, al desarrollo o a la dignidad del niño, poner en peligro su supervivencia, bajo el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Las consecuencias del abuso sexual van más allá de los efectos sobre la víctima, también los padece la sociedad, pues en el largo plazo retrasan desarrollo económico y social, porque para su rehabilitación se requieren recursos que podrían invertirse en otros frentes.

Otra definición del abuso sexual es:

Todo contacto sexual que se consigue por la fuerza o por amenaza de uso de fuerza- independientemente de la edad de los participantes- y todos los contactos sexuales entre un adulto

y un niño o niña- independientemente de si el niño o niña ha sido engañado o de si entiende la naturaleza sexual de la actividad” (Berliner y Elliott citado por Baita & Moreno, 2015, p. 25).

Respecto al abuso de poder, se califica así, cuando una persona obliga a otra a ejecutar acciones que ésta no deseaba, usando medios como: la fuerza física, la amenaza o el chantaje. Quien “ejerce el poder” está en condiciones de superioridad sobre la víctima para impedirle el uso de su libertad y no necesariamente está involucrado diferencia de edad entre “dominador” y víctima. Pueden existir otros factores, como la seducción material (Save the children, 2001, págs. 14-16).

Dadas las diversas circunstancias en que se puede presentar el abuso sexual, se han establecido las siguientes sub categorías:

Agresión sexual. Todo tipo de contacto físico realizado sin consentimiento de manera violenta o intimidatoria, que involucra acceso carnal o no, con penetración, caricias o propuestas verbales.

Exhibicionismo. Categoría de abuso donde no hay contacto físico, pero si intimidación por parte del agresor exhibiendo sus partes genitales.

Explotación sexual infantil. En esta categoría el abusador busca un beneficio económico promoviendo el comercio o explotación sexual de su víctima infantil. Se da en la modalidad de prostitución infantil o pornografía infantil.

Una vez contextualizado el concepto de violencia y abuso sexual se referencia al modelo teórico que sustenta el presente estudio de caso único.

La logoterapia

La logoterapia es una corriente de la psicología que tiene sus raíces en la mirada existencial; comúnmente es reconocida como la tercera escuela vienesa, luego del psicoanálisis de Freud y la psicología individual de Alfred Adler; el creador de la logoterapia es el médico psiquiatra austriaco Viktor Frankl quien la propuso no como una psicoterapia en sí, sino como un complemento de la misma, debido a que está, nació en un momento histórico de la psicología donde predominaba el psicologismo extremo de los planteamientos del psicoanálisis y del conductismo. (Martinez, 2013)

Sin embargo, dado la gran variedad de publicaciones, los desarrollos y el plan de funcionamiento de la misma, hoy en día la logoterapia está ubicada como una “psicoterapia a la altura de las diferentes propuestas contemporáneas”, pues está posee una estructura teórica, un modelo de funcionamiento y unos procedimientos técnicos como cualquier propuesta psicoterapéutica (Martinez, 2013, p. 24)

Según la biografía de Viktor Frankl (2016), se conoce que este, siempre estuvo interesado en el psicoanálisis de Freud, con quien mantenían contacto por medio de correspondencia, sin embargo, con el tiempo, comienza a alejarse de sus teorías, dado que para Frankl, Freud le daba mucho peso a la teoría de la libido y descuidaba temas existencialistas, por tal razón, se acerca a la psicología individual de Adler, de quien toma los problemas de sentido y el significado de la vida, la muerte y el dolor. No obstante, también se aleja de esta escuela, ya que consideraba como peligro el psicologismo que invadía la psicología individual; como complemento a lo dicho hasta aquí, se puede decir que, para Frankl, era más importante en la psicoterapia, la voluntad de sentido, que la voluntad de placer de Freud o la voluntad de poder de Adler. Por tal razón, para Frankl, un logoterapeuta

terapeuta, es una persona que acompaña al consultante a despertar esta voluntad de sentido, de significado.

Para Viktor Frankl el logos se refiere al “sentido” al “significado”, siendo esto algo que el ser humano busca siempre frente a las circunstancias de la vida, la muerte, el dolor (Luna, 2011). Por tanto, Frankl considera que el “logos” tiene que ver con la parte espiritual del ser humano que debe distinguirse de lo psíquico.

De acuerdo con Martínez (2005, párr. 3) la logoterapia, es la terapia psicológica que “privilegia la dimensión espiritual del ser humano”. Sin embargo, aclara que tampoco desconoce las demás dimensiones, ni sobrevalora lo psicológico.

Ahora bien, según lo expuesto por Frankl (1992, p. 191) “no existe psicoterapia sin una concepción del hombre y sin una interpretación del mundo”, por tanto, una persona interesada en la logoterapia debe tener claro, que esta pertenece a un enfoque humanista existencial, siendo el análisis existencial una orientación antropológica de investigación. Según Frankl (2011, p. 61), “la logoterapia y el análisis existencial son las dos caras de una misma teoría”. En cierta parte, la aplicación del análisis existencial en la logoterapia se puede contemplar, en cuando esta, percibe la persona en su totalidad, incluyendo no solo la dimensión psicofísica del ser humano sino también su dimensión espiritual.

Partiendo de lo dicho en el párrafo anterior, se debe tener en cuenta tres principios básicos de la logoterapia: (1) la vida tiene sentido en todas las circunstancias, (2) El hombre es dueño de una voluntad de sentido y (3) La persona es libre dentro de sus obvias limitaciones, para consumir el sentido de su existencia.

En este último principio, se hace importante señalar que, Para Frankl (como se citó en Luna, 2011), la libertad del ser humano produce en él, angustia y alegría; la angustia se da, porque

siempre frente a una posibilidad de elegir, el ser humano va a ganar, pero también a perder, mientras que la alegría se produce, porque esta libertad da un amplio margen para la acción y aventura del ser humano.

Igualmente, la libertad se relaciona con el “ser y el deber ser”, por tanto, va unida a un comportamiento responsable; yo puedo ser, pero también debo ser. La responsabilidad también hace referencia a la capacidad que tiene el ser humano para responder ante cualquier pregunta que le haga el destino, la vida o las circunstancias. De esta forma el ser humano es libre cuando asume o responde con un comportamiento, actitud o significado a los hechos o circunstancias que se presenten en la vida.

El ser humano, según Frankl (2002), encuentra significados existenciales, en la tensión que produce la búsqueda de valores. Existen tres valores fundamentales dentro de la teoría de la logoterapia, los valores de creación, los cuales hacen referencia a las actividades que el ser humano realiza, dado que según Frankl son cosas que el hombre le da al mundo; los valores de experiencia, los cuales tienen que ver con la belleza, el amor, la verdad, la religión, el arte, entre otros; y los valores de actitud, los cuales son los que la persona puede realizar cuando se encuentra ante situaciones dolorosas y absurdas inevitables.

Por otra parte, el hombre siempre está en constante direccionamiento hacia algo que está más allá de sí mismo, puede ser una cosa o alguien; pero solo en la medida en que el hombre trasciende de esta manera, se realiza a sí mismo en el servir. Por ende, se puede decir, que el hombre tiende más hacia el otro que hacia el individualismo.

Frankl (1979) afirma que el pensamiento sobre la muerte debe hacer al ser humano más activo, optimista y menos pesimista, debido a que el conocer y tener presente que un día morirá, debe

impulsarlo y ayudarlo a encontrar sentido y significado a las actividades y vivencias, y a construir algo que permanezca después de la muerte.

Finalmente, y para mayor precisión en lo que concierne al desarrollo del presente estudio de caso, se hace referencia al significado de los síntomas, que según palabras de Martínez (2013, p. 26)

“una cosa es el sufrimiento con la consciencia de su significado y otro el sufrimiento percibido sin su sentido. Sufrir sin un significado aumenta el malestar hasta alcanzar la desesperación. Sufrir sin un sentido puede llevar al suicidio, mientras que sufrir con un sentido, un objetivo, un significado o un valor puede llevar al heroísmo”

Voluntad de sentido

Frankl tuvo acercamiento a los planteamientos del psicoanálisis y la psicología individual, pero se fue alejando debido a que ambas corrientes dejaban de lado la parte espiritual del hombre. En el estudio de las enfermedades neuróticas o como lo llamo Frankl, a dimensión psicológica las neurosis se enraízan en un conflicto de conciencia o en una crisis existencial, más que en una frustración del impulso de placer o de poder, debido al esfuerzo que hace el ser humano por realizar el mejor cumplimiento posible del sentido de su existencia (Frankl, 2002)

Siguiendo esta línea de pensamiento, se puede decir que, para Frankl (2012) los impulsos de placer o poder aparecen cuando ya pre-existe un vacío existencial. Es decir que, en favor de la voluntad de sentido presente en el ser humano. Este se encuentra orientado siempre a la búsqueda de sentido y a su respectivo cumplimiento, que a su vez está orientado al encuentro con otro ser humano, al que amar. Pero en los neuróticos esta tendencia primaria de cumplimiento y encuentro se desvía hacia una tendencia más directa de la felicidad, es decir hiperintenciona la

búsqueda directa de placer cayendo el ser humano en un vacío existencial. Así mismo quien persigue directamente el poder, como un fin y no como un medio para alcanzar el cumplimiento y el encuentro cae un círculo vicioso en el que nunca se sentirá satisfecho y terminará esclavizándolo, llevándolo a largo plazo al mismo vacío existencial de quien persigue el placer de forma directa. (Frankl, 2002)

Ahora bien, cuando un ser humano no puede realizar la voluntad de sentido, cuando no encuentra significado a sus síntomas, cuando sufre sin un sentido, cae atrapado en una experiencia de vacío existencial, ante la cual intenta escapar de diferentes formas según las motivaciones que lo constituyen. Es decir, si la persona al ver frustrada su voluntad de sentido, la voluntad de placer pasa a ser su primera motivación, esta persona escapa a una vida de drogas, de sexo compulsivo, etc. Pero cuando su primera motivación es el poder, el individuo escapa compulsivamente hacia la consecución de dinero o poder. (Martinez, 2013, pág. 98)

Frustración existencial

Bien decía Frankl que hoy en día las neurosis no son de tipo sexual o de sentimientos de inferioridad, sino, que son de tipo existencial; por ello no es sorprendente ver que cada vez, son más los individuos que acuden al psicólogo aquejándose de un sentimiento de vacío interior que Frankl lo denominaba “vacío existencial”, estos individuos tienen una abismal falta de sentido en sus vidas; y esto ha conllevado a considerar la frustración existencial como patógena debido a que puede estar directamente relacionada con la generación de patologías psíquicas que incluso pueden terminar con un suicidio (Frankl, 2002)

Partiendo del párrafo anterior y siguiendo la propuesta teórica de Frankl (2003), se dice que en los tiempos de hoy el complejo de vacuidad alcanza un puesto superior al del complejo de

inferioridad propuesto en su tiempo por Alfred Adler, pues debido a diferentes investigaciones y publicaciones se sabe que el hombre actual no sufre porque siente que posee un valor menor que otros, sino porque no le encuentra un sentido a su existencia.

Es importante mencionar que, la frustración existencial no siempre es manifiesta, a veces suele ser latente; quedando el vacío existencial oculto o permanecer de cierta forma enmascarado. Según Frankl (2003), el vacío existencial genera angustia en el ser humano, y para contrarrestarlo y de cierta manera silenciar su voz, el ritmo acelerado de vida en cierta forma es un intento de “curar” por sus propios medios (aunque inútil), la frustración existencial. Por eso, cuanto más oculto está el sentido de vida para la persona, más vive una vida acelerada.

Suicidio existencial

Desde la teoría de la logoterapia se habla de una triada trágica, la cual hace referencia a tres formas diferentes de vivir de manera conflictiva la existencia. Esta triada trágica está compuesta por: la muerte, el dolor y la culpa.

Para Bretones (2007, p. 58) existe otra triada trágica conformada por:

1. *Vivir la vida en la inmanencia.*
2. *Ver la vida bidimensionalmente, es decir, solo desde la dimensión orgánica y psicológica, se deja de lado la dimensión espiritual. En esta visión, no se va más allá de la animalidad. Simplemente, es cuestión de grados.*
3. *El suicidio existencial. Vivir sin haber encontrado un por qué vivir. Vivir desde el vacío existencial. Definir al hombre como “un no es más qué”*

La paciente del presente estudio único de caso llega a consulta con la sensación de que ya no hay ninguna motivación para seguir viviendo, lo único q la mantiene viva es no hacer sufrir a su

madre, pero si ella muriera ya no habría nada más que la mantenga viva. Desde esta mirada se hace comprensible su desesperación y desorientación para seguir viviendo. Al parecer la vida de esta mujer, ha sido reducida a un simple ir y venir, aun cuando su entorno actual está lleno de amigos, placer, incluso poder, su frustración existencial es tanta que la lleva a sentirse vacía.

Para un suicida existencial, constantemente da vueltas en su cabeza la misma pregunta ¿Qué soy yo?. Pregunta que siempre viene contestada con reduccionismos sobre su concepto de ser; para contextualizar al lector, se le denomina reduccionismo el definir al hombre como el simple resultado de sus instintos, sus emociones o como un producto de la sociedad. En pocas palabras, un suicida existencial viene siendo, según Bretones (2007, p. 59) “un cadáver ambulante”.

En los tiempos de hoy, la tasa de suicidios sigue en aumento, según la OMS (2014), el suicidio se encuentra entre las 20 causas de muerte más importantes en todas las edades a nivel mundial, siendo la segunda causa de muerte entre las edades de los 14 a los 29 años. (Prevención del suicidio. Un imperativo global, 2014)

Cuando se habla de suicidio, los medios de comunicación solo hacen mención a un tipo de suicidio, el físico o biológico, pero, poco se habla del suicidio existencial; no teniéndose en cuenta que para que una persona llegue al punto de quitarse la vida, antes ha tenido que privarse por su propia elección, de vivir una vida con sentido y con valores.

Según Bretones (2007, p. 60): “nadie se quita la vida, nadie comete suicidio, si antes mucho antes, no ha vivido como si toda la vida tuviera que depender del tener, del placer, del poder”

Sentido del sufrimiento

En este punto se retoma a Martínez (2013, p.26) cuando afirma que:

“una cosa es el sufrimiento con la consciencia de su significado y otro el sufrimiento percibido sin su sentido. Sufrir sin un significado aumenta el malestar hasta alcanzar la desesperación. Sufrir sin un sentido puede llevar al suicidio, mientras que sufrir con un sentido, un objetivo, un significado o un valor puede llevar al heroísmo”

Dentro del ejercicio del psicólogo clínico, de los médicos, psiquiatras, incluso sacerdotes, su oficio se consagra específicamente al servicio de todos aquellos seres humanos que sufren, y algunos de ellos sufren por situaciones o enfermedad inevitables o incurables que los llevan a perder o a no encontrarles un sentido a su existencia. Y desde este punto, se puede decir que este profesional se encuentra antes la tarea según Frankl (2003, p. 93), de “devolverle su capacidad de trabajo y su capacidad de bienestar. Pero a todo esto es preciso añadir una tercera tarea: debe darle también su capacidad de sufrimiento”

Que en otras palabras viene siendo lo que se mencionó anteriormente como la capacidad de realizar valores de actitud. En muchas circunstancias, el problema gira alrededor de la actitud con la que se asume o se enfrenta una enfermedad o para el caso del presente estudio una situación traumática. Cuando el ser humano no puede realizar nada para evitar o cambiar el “destino” lo que importa es la manera como este lo asume, es decir, como psicoterapeutas el objetivo será ayudarle al paciente a encontrar la actitud acertada para enfrentar este destino inevitable.

Recursos noológicos

La logoterapia como psicoterapia centrada en el sentido, aborda o toma en cuenta todas aquellas capacidades que son netamente humanas, dado que pone énfasis a la dimensión noética

o espiritual; en este punto vale la pena resaltar que como espiritual no se está haciendo alusión a una connotación religiosa, sino como el mismo Frankl (2012) afirma, es una dimensión mucho más antropológica que teológica, dado que hace referencia a “lo humano del ser humano”.

En palabras de Frankl (2012), el ser humano pasa a la dimensión noética, cada vez que toma conciencia de sí mismo, cada vez que toma distancia de los determinismos psicofísicos y cada vez que resiste y lucha aún bajo las peores circunstancias. A estas capacidades se les denomina en la logoterapia los recursos noéticos, los cuales están divididos en el autodistanciamiento y la autotrascendencia.

Autodistanciamiento

El primer recurso noético del cual se va a hacer referencia es el autodistanciamiento, puesto que gracias a este recurso el ser humano puede tomar distancia de su dimensión biológica y su dimensión psicológica.

Aunque el autodistanciamiento y la autotrascendencia son dos caras de una misma moneda, en primer lugar, según Bretones (2007 p. 32) se debe producir el autodistanciamiento, que se define como: “la capacidad de poner distancia con las situaciones externas, de ponernos firmes con relación a ellas; pero somos capaces no sólo de poner distancia con el mundo sino también con nosotros mismos”.

Por otra parte, el recurso del autodistanciamiento según Martínez (2013), conlleva a monitorear y controlar los propios procesos emocionales y cognitivos, en otras palabras, se puede definir como aquella capacidad puramente humana en la que según Frankl (como se citó en Martínez, 2013 p.112) “ siempre es capaz de distanciarse de la situación sin diluirse en ella; de guardar distancia, de tomar postura frente a la situación” por lo tanto, está herramienta

proporciona una gran ayuda terapéutica, ya que la persona toma conciencia de si misma y de sus procesos tanto emocionales como cognitivos pudiendo monitorearlos y controlarlos.

Según Mateos (como se citó en Martínez, 2001) en el autodistanciamiento se involucran las capacidades metacognitivas del ser humano, dado que, estas incorporan el conocimiento que el ser humano posee de si mismo, de sus procesos cognitivos y emocionales y además la capacidad de ejercer control sobre ellos con la finalidad de conseguir metas que conscientemente son interpretadas.

Autotrascendencia

El segundo recurso noético es la autotrascendencia, la cual, según Frankl (2012), es la capacidad que tienen los seres humanos de dirigirse tanto hacia otro ser humano, como hacia el sentido o significados de realización.

Martínez (2013), tomando como referencia a Frankl, afirma que el recurso de la autotrascendencia es una de las herramientas más importantes con las que cuenta la logoterapia, dado que, de ella se deriva la teoría de Frankl, es decir, la voluntad de sentido.

Ahora bien, desde el concepto de la autotrascendencia, se afirma que sólo en la medida en la que el ser humano trasciende puede llegar a autorealizarse, en otras palabras, el ser humano solo alcanza lo humano en su totalidad, cuando queda totalmente absorbido por alguien a quien amar o por una tarea que realizar. (Bretones, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, la autotrascendencia conlleva otro término que es la autorealización. Esto quiere decir, que al ser consciente que el ser humano es un ser que nace no terminado, este buscará realizarse, es decir, hacer aquello que debería ser: plenamente humano. Con esto, se está haciendo mención a la gran paradoja en la que se sustenta la logoterapia: para

poder encontrarse con lo humano del hombre, se debe alejar de su propia inmanencia, entregarse o dirigirse hacia otro ser humano o hacia algún sentido, solo así el ser humano logrará conocerse y encontrarse consigo mismo.

Análisis del caso. Descripción desde el proceso terapéutico

“crea que la vida merece la pena vivirse, y su convicción le ayudará a que así sea” William James

A continuación, se realizará la descripción y la interpretación de las intervenciones realizadas dentro de las sesiones a la luz de los objetivos planteados en el presente estudio de caso.

Como se mencionó al inicio del estudio, el proceso terapéutico estuvo basado cuatro pasos propuestos por Bretones (2007): salir, servicio, sentido y sabiduría.

Antes de la descripción de los pasos realizados en el proceso terapéutico es importante contextualizar al lector haciendo una breve síntesis del caso en mención.

AM llega a capellanía remitida por Bienestar Universitario, pues sus constantes síntomas de trastorno de depresivo mayor recidivante y trastorno por conversión estaban perjudicando su desempeño académico y la función de la psicóloga de Bienestar estaba limitada únicamente al campo educativo; es así, como una persona de Bienestar le recomienda buscar al sacerdote para que le ayudara, pues AM estaba teniendo pensamientos recurrentes de suicidio.

Las primeras sesiones con AM estuvieron focalizadas en establecer el vínculo terapéutico, AM fue muy enfática al referir que no deseaba y no iba a responder a ninguna otra prueba psicológica, pues ya le habían aplicado varias y no le habían servido para nada, deseaba encontrar alivio a su sufrimiento, pero había perdido la esperanza que un proceso psicológico le pudiera ayudar. Por esta razón, se decidió partir del diagnóstico realizado por la psicóloga anterior y desde ese punto iniciar el nuevo proceso psicoterapéutico.

Alrededor de la décima y undécima sesión la paciente logra relatar un evento traumático de abuso sexual por un familiar, ocurrido durante un año consecutivo a la edad de los nueve años, evento que no tuvo ningún tipo de tratamiento ni físico ni psicológico en su momento.

En este punto del proceso, se pudo evidenciar que AM había vivenciado a la edad de sus nueve años una situación límite, que la habían llenado de un profundo dolor y sufrimiento humano, llevándola a experimentar una vida carente de sentido, acompañada de un vacío existencial; por esta razón AM no lograba encontrarle un propósito a su presente y carecía de proyectos que realmente le apasionaran, presentando síntomas que podían ser clasificados con el diagnóstico de depresión mayor recidivante.

En este punto, se decide optar por el proceso psicoterapéutico propuesto por Bretones (2007), puesto que este modelo presenta unos pasos prácticos para abordar la logoterapia específica en personas que han sufrido situaciones límite, integrando aspectos de la dimensión noética: la autotranscendencia, la intencionalidad y el sentido de la vida.

A favor de la voluntad de sentido presente en la paciente, ella, a pesar de su depresión anhelaba encontrar un sentido a su vida, deseaba dejar de sufrir, de recordar y de vivir todo el dolor que sentía, sin embargo, estaba desviada hacia una tendencia más directa de la felicidad, es decir, AM, se encontraba hiperintencionando una búsqueda directa de placer: salía con amigos a consumir alcohol hasta embriagarse, probaba sustancias psicoativas como la marihuana todo con el fin de poder olvidar y así lograr ser realmente feliz; tendencia que llevó a AM a un vacío existencial, pues su método solo la llevaba a vivir constantemente en un círculo vicioso en el que nunca se sentía satisfecha y terminaba esclavizada.

Ahora bien, según Martínez (2013), que un ser humano no pueda realizar la voluntad de sentido, cuando no encuentra significado a sus síntomas; cuando sufre sin un sentido, cae atrapado en una experiencia de vacío existencial, ante la cual intenta escapar de diferentes formas según las motivaciones que lo constituyen y precisamente esto le acontecía a AM.

Igualmente cabe referir que, aunque AM había fallado en sus intentos de suicidio, si estaba presentando un suicidio de tipo existencial, pues se encontraba desesperada y desorientada para seguir viviendo, su vida estaba reducida a un simple *“Tengo que aguantar mientras pueda, pues no puedo hacer sufrir a mi mamá con mi muerte, pero una vez ella muera te lo juro que ahí si ya nada me detiene, ni mi hermana”*. Además, para un suicida existencial, su autoconcepto también se encuentra reducido y AM constantemente solía referirse a ella como: *“soy sucia, nadie podrá quererme jamás, nunca podré ser feliz”*.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realiza el proceso de intervención de la siguiente manera:

Paso 1: Salir. Sólo saliendo de la inmanencia se da el primer paso para la autotrascendencia.

El Evento traumático, sus vivencias familiares, como la muerte de sus hermanos, la acusación del delito de abuso sexual de su padre y la muerte del mismo, ha llevado a AM posiblemente, a un profundo dolor y sufrimiento. Sin embargo, la logoterapia aporta mucha importancia a estas situaciones límite, puesto que sólo en ellas, el ser humano descubre la oportunidad que tiene de llevar a cabo en la propia vida la más grande e importante de las liberaciones: Salir de la inmanencia; también, las situaciones límite son las experiencias que más ponen en evidencia la fuerza del sentido encontrado y convertido en vivencia.

AM sufría puesto que alrededor de 10 años había estado centrada en sí misma, había hiperreflexionado su experiencia traumática, llevándola a ignorar todo lo que la rodeaba, sus valores, sentidos e incluso personas que la habían amado, por tanto, se evidencia que el no querer salir de sí mismos siempre es conflictivo y doloroso.

Para ayudarle a AM a salir de su inmanencia, se usó la técnica de derreflexión, ya que esta técnica logoterapéutica es la que más ayuda a salir, a tomar distancia de sí mismos, por tanto, de

poder manifestar el autodistanciamiento. No obstante, para ello era importante que AM lograría encontrar un nuevo sentido circunstancial en las situaciones que conformaban su aquí y su ahora.

Este paso de salir de sí misma, no podía ir separado de los conceptos de libertad y responsabilidad, dado, que AM tenía que elegir salir, pero al mismo tiempo, tenía que responsabilizarse del porqué había tomado esa decisión.

Poco a poco me fui dando cuenta que hablar me ayudaba, que expresar lo que sentía aliviaba el alma, pero claro llegaban otros momentos y otra vez volvía a retroceder a no querer salir, siguiendo con la terapia, los ejercicios, los consejos que obtenía y que también generaba yo cuando me ayudaban a pensar de otra manera, a darme cuenta que tenía que salir de mí y buscar una salida propia no impuesta, porque al principio yo creía que en las terapias me iban a dar la solución pero no fue así, no me dieron el pez, me enseñaron poco a poco a pescar, a generar mis propias soluciones, visiones, críticas, habilidades al final de cuentas.

Pero claro la depresión es como un círculo vicioso, tiene etapas y es muy difícil salir de eso, más aun cuando uno ya está acostumbrado a vivir de esa manera, como no conocemos otro estado de estar siempre uno intenta volver al inicio, a dejarse arrastrar y cuesta cuesta mucho querer tomar impulso y empezar de nuevo, pero es ahí donde el profesional que te trata entra a jugar un papel importante porque no se trata de ponerse a llorar contigo, o darte la razón, es ayudarte a mirar con otros ojos, desde fuera y no más desde dentro, desde el encierro de que esto solo me pasa a mí, porque uno siente que nadie más siente lo que uno vive, que nadie lo puede entender y además porque uno no sabe expresar lo que siente dentro y eso sí que es difícil de sentir

Se puede observar en lo relatado por la paciente, que este paso del salir no fue fácil, sin embargo, cualquier profesional de psiquiatría o psicología que desee ayudar a sus clientes o pacientes a

sentirse mejor, lo primero que debe lograr es que este salga de su ensimismamiento, sin esto no es posible una mejoría.

Para lograr que la persona salga de sí mismo, se autodistancie debe elegir hacerlo, nadie puede elegir por ella. A AM se le había explicado que el ser humano estaba condenado a estar eligiendo, y fuera que ella eligiera salir de sí misma o quedarse ensimismada tenía que hacerse responsable de los altibajos que su elección conllevaba. En este proceso de salir, lo primero que se hizo, fue una ampliación de la visión que AM tenía del mundo, y de su manera de vivir.

Paso 2: Servicio. Es saliendo que se puede descubrir al otro. El mundo, el otro me brinda la oportunidad de sentirme útil mediante el servicio.

Una vez se logró que AM saliera de sí misma ampliándole su cosmovisión, se prosiguió con el segundo paso que fue el del servicio. El servicio es según Bretones (2007. P. 68), “la concientización de que, al nacer, ya tengo una tarea que cumplir. Mi vida tiene que servir para algo o para alguien”.

Teniendo en cuenta lo anterior, se podría afirmar que es en el servicio donde se manifiesta la posibilidad de la autotrascendencia, pues sirviendo al otro se produce la auténtica relación YO-TU, por ende, el servicio desde el punto de vista noético, es un diálogo mucho más existencial, aunque obviamente la dimensión orgánica y la psicológica, también se ven beneficiadas.

Igualmente, en el servicio se origina un compartir, un sentir con, es decir, la persona es capaz de sentir las penas y las alegrías del otro; y aunque no se produce una simbiosis en la relación YO-TU dado que, no desaparece la identidad de los que están compartiendo, si se da una unión entrañable.

Ahora bien, en este paso AM empieza a darse la oportunidad de pertenecer al grupo de pastoral, así como ser una voluntaria de un programa de pastoral universitaria que trabajaba con niños en situación vulnerable de un asentamiento de la ciudad:

Ahí empezó la gran batalla de mi contra mí, era la chica de 19 años contra la niña de 9 que aún vivía dentro y no quería crecer se negaba a darle paso a la vida misma que avanzaba, empecé como dice pao a aprender a caminar de nuevo, por tanto lo primero que hice fue gatear, salía con amigos, trataba de distraerme, de compartir la vida, me inscribí en un programa para trabajar con niños de un asentamiento humano y esa fue una buena decisión ya no tenía tanto tiempo libre ni para pensar, ni para ponerme a llorar, además de los deberes de la universidad ya tenía una responsabilidad con esos niños y sobre todo no podía llegar triste a compartir con ellos, también hacia parte del grupo de pastoral universitaria donde me sentí acogida, entendida y poco cuestionada por cómo era , me sentí parte de algo, segura, lo que me ayudaba a tener confianza y tener una fuerza de apoyo para continuar el proceso”

Se puede percibir del relato, que el ser humano además de ser espiritual, también es un ser relacional. Esta relacionalidad permite al hombre comprender, mucho más fácil que es un ser que trasciende en otros las cosas que vive en el mundo, “solo el otro me da la posibilidad de descubrirme como persona” (Bretones, 2007, p. 67), AM empieza a descubrirse como persona cuando se empieza a relacionar con los demás jóvenes de pastoral y con los niños para los cuales servía como voluntaria.

En el marco referencial se mencionó la autotrascendencia la cual según Frankl (2012) es la capacidad que tienen los seres humanos de dirigirse hacia un sentido que cumplir u otro ser humano que encontrar, una causa a la cual servir o una persona a la cual amar. Sólo en la medida

en la que la autotrascendencia se manifiesta en la existencia del ser humano, este logra ser auténticamente humano.

Desde el punto de vista logoterapéutico el servir no es visto como un mecanismo de defensa de sublimación, sino más bien como un compromiso y un compromiso en solidaridad que se produce en el aquí y en el ahora. Cuando una persona sirve a otro ser humano la autotrascendencia se convierte en un constante salir de sí mismo, no obstante, cada salir es siempre diferente. Es un ampliar la cosmovisión del mundo que le rodea y solo en la medida en que el ser humano sale de sí y sirve para algo o para alguien logra encontrar sentido.

Igualmente, desde la logoterapia según Bretones (2007) el ser humano es el verbo ser en gerundio, ya que constantemente está siendo; por tanto, cuando la persona sirve está siendo auténticamente humano, además cuando sirve, también está siendo ayudado.

Paso 3. Sentido: El salir y el servicio son facilitadores para encontrar sentido en la vida.

En el caso de AM se puede percibir que su proceso no fue fácil. En muchas ocasiones la propia paciente afirmaba ser muy difícil encontrarle un sentido a su vida después de la experiencia traumática. Pero, durante el proceso también se pudo descubrir que uno de los obstáculos más grandes para poder encontrar sentido a la vida es la falta de apertura de la misma. Sin una actitud interna de apertura, es muy difícil encontrar un sentido para la vida, por esta razón, se dice que el salir, el servicio y el sentido van relacionados en el mismo orden.

El hombre en busca de sentido, *Frankl (1979)* presenta una definición o una interpretación del hombre. Define al hombre como aquel ser que busca, un sentido, que está orientado hacia algo que no es él mismo; ya sea una persona a quien amar o algún sentido que ha de cumplir, esa trascendencia constituye la esencia de la existencia humana.

En este punto del proceso vale la pena retomar a Martínez (2013, p. 26) cuando afirma que “una cosa es el sufrimiento con la consciencia de su significado y otro el sufrimiento percibido sin su sentido. Sufrir sin un significado aumenta el malestar hasta alcanzar la desesperación. Sufrir sin un sentido puede llevar al suicidio, mientras que sufrir con un sentido, un objetivo, un significado o un valor puede llevar al heroísmo”

Una vez que AM, logra salir de su inmanencia y toma la decisión de servir a otros, el camino a encontrar un sentido tanto a su sufrimiento como a su vida se hizo más fácil.

Es importante resaltar que el sentido es hallado y realizado a través de los tres valores propuestos por Frankl (1992): valores de creación, de experiencia y de actitud; pero no todos presentan las mismas exigencias. En la realización de los valores están presentes las tres dimensiones del ser humano: la somática, la psicológica y la espiritual.

Cuando una persona vivencia una situación límite, en el caso de AM, el abuso sexual vivido en su infancia, las muertes de sus hermanos y la condena y muerte de su padre, surge en ella el no querer resignarse a vivir una vida donde solo ve sufrimiento, se resigna a aceptar que su vida tenga que ser lo que hasta ahora ha sido; por eso, el afrontar el sufrimiento es, desde la logoterapia, un enriquecer la vida mediante la realización de valores, sobre todo, valores de actitud, los cuales siempre son experiencia de fuerza y de poder, porque, por más mal que este la persona, siempre se puede elegir ser de otra manera.

Ahora quiero hablar de ahora como un nuevo comienzo después del fondo porque uno solo tiene una opción después de eso subir, porque no hay otra salida, así fue como continúe el proceso de crecer, ya antes había logrado obtener unas herramientas ahora tenía que empezar a darles verdaderos usos , y eso fue lo que inicié, porque después de esta experiencia me cambió la vida y la manera de mirar, de verme también y sentirme en el mundo, me ayudó también a darme cuenta

que la depresión no puede convertirse en una manera de vivir pero sobre todo me ayudo a darme cuenta que uno puede darle sentido al sufrimiento, por supuesto a esta conclusión no llegue sola fue fruto de un proceso desde la terapia hasta la manera de ir avanzando porque aunque todo ese tiempo antes había caminado o hubiese andado la bicicleta sola no me había dado cuenta el camino que ya venía recorriendo, me aferre entonces a todo lo que podía ver ahora, a todo lo que tenía y las oportunidades que la vida me estaba regalando, me aferre a mis sueños, a mis metas, a quienes amo, a lo que soy como mujer, como ser humano y empecé a transformar y darle vida a mi sufrimiento, de la mano de una parte muy importante de mi vida lo espiritual, porque cuando más cansado se siente posiblemente más acompañado esta.”

Según lo descrito por AM en el párrafo anterior, se puede afirmar que cuanto más autotranscendencia adquiere la persona en su vida, más logra descubrirse como persona con potencialidades.

Frankl (1979 p. 106) tomando una frase de Nietzsche “quien encuentra un para que vivir es capaz de soportar casi cualquier como”, concluye que cuando una persona encuentra un sentido en su vida, es capaz de darle un sí a la vida incondicionalmente y a pesar de todo.

Paso 4: Sabiduría: El salir, el servicio y el sentido conforman una manera de sentir y de pensar, un estilo de vida, cuya resultante es la sabiduría.

Por sabiduría se entiende aquella manera nueva y profunda de ver la realidad, es vivenciar una vida plena de sentido, es, además, confianza y conocimiento en sí mismo (Bretones, 2007). La sabiduría es aprendizaje, aprender a siempre ser de una manera diferente:

Ahora en este momento veo atrás , recuerdo y puedo expresar con palabras lo que antes solo podía salir a través de las lágrimas, soy distinta, estoy nueva, me siento reparada, me siento yo

pero sintiendo distinto, actuando distinto y mirando distinto, calmada, pausada, en resumen viviendo, pero no viviendo como si nada hubiese pasado como uno siempre quiere hacer, no como pensaba antes queriendo borrar todo el tiempo la carga que pesaba, viviendo con todo y lo que ha hecho que hoy este aquí, que hoy pueda definirme, sentirme grande, fuerte y valiente, es que ahora puedo apagar la luz de mi cuarto antes de ir a dormir, aunque a veces recuerdo todo lo que he vivido ya no duele, es distinto y es que no sé cómo expresarles eso que uno siente cuando logra perdonarse, perdonar a otros y a la vida misma, porque después de eso sí que es vivir, se empieza a oler distinto, a caminar distinto como dicen por ahí hay cosas que le cambian a uno el caminado y es que eso ha sido este proceso un cambio y la vida se trata de procesos, de acompañar, dejarse acompañar, perdonar y volver a la vida.

Y si me preguntan que si aún duele, que si aún quema? mi respuesta es que tal vez duela y tal vez quemame aun, me seguro que ya no hace daño, es algo que hace parte de ti, pero que te hace grande. Ahora camino sola a veces me da un poco de miedo otra vez, pero recuerdo que tengo herramientas, que tengo sueños y que tengo seres a quien amar.

A veces tenemos que sentir que morimos para regresar a la vida, para ver esperanza que al final es lo que nos permite seguir caminando aunque tengamos por momentos que volver a gatear.”

Con estas palabras de AM, se puede concluir que la joven al final logra ver su realidad de una manera diferente, no busca quitar el sufrimiento de su vida, pero si busca afrontarlo y vivir de otra manera.

Conclusiones y discusión

Durante todo el proceso de psicoterapia con AM, se tuvo siempre en cuenta lo aportado por el enfoque humanista existencial en donde el terapeuta jamás puede ser dueño, ni protagonista de las experiencias del consultante, por esta razón, siempre se buscó que la paciente no llegará a idealizar a la terapeuta como su salvadora, sino que siempre tuviera consciente que todo lo que ella necesitaba para aliviar y afrontar su sufrimiento y su vacío existencial se encontraba dentro de ella misma.

Por otra parte, también se pudo percibir la voluntad de sentido del que se sustenta la teoría Frankleana, pues, aunque la consultante se encontraba desesperada y con depresión noógena, siempre estuvo orientada hacia la necesidad de desarrollar un proyecto vital coherente, donde pudiera sentirse como persona y como ser-en-el-mundo-con-otros, siendo ella constructora de su propio mundo.

Otro aspecto importante que se llegó a afianzar durante todo el proceso fue la importancia de la comprensión del mundo del consultante, por eso, siempre se buscó “la captación de la estructura experiencial de la persona, desde la cual desarrolló una disposición afectiva ante una situación dada (intencionalidad) como aquello que vivencialmente es significativo para la persona (sentido).” (De Castro & García, 2011)

Lo relevante del trabajo terapéutico con una persona sobreviviente del abuso sexual en su infancia es la claridad de los tres aspectos básicos presentes en todas las experiencias de los seres humanos: el qué, el cómo y el para qué de dichas experiencias, que sería lo que May (como se citó en De Castro & García, 2011) denomino, valores centrados que orientan la experiencia, es

decir, aquello que el consultante está dispuesto a afirmar o a defender en sus vivencias cotidianas.

La comprensión de la experiencia traumática y el sufrimiento de AM desde el punto de vista del análisis existencial permitió concluir lo que Frankl (1987, p. 219) afirmó cuando escribió en su libro el hombre doliente lo siguiente

El análisis existencial, aborda la lucha del hombre en torno a un sentido y no sólo al sentido del sufrimiento, sino también de la vida en general, de la existencia. El análisis existencial no considera sólo la «lucha por la existencia y la ayuda mutua», como reza el título programático de un libro, sino que considera la lucha por el sentido de la existencia y el apoyo en la búsqueda del sentido. En suma: el análisis existencial coloca en primer plano la orientación en el sentido y la tendencia humana a los valores

En el libro de logoterapia y análisis existencial, Frankl (2011) escribió que el hombre no solo tiene hambre de pan sino también hambre de sentido, esta frase llama la atención para el análisis del presente estudio, puesto que, al inicio del proceso AM se encontraba con un diagnóstico de depresión mayor recidivante, causada por una carencia de sentido en su vida, ya que, vivía en un constante vacío existencial, sin embargo, siempre estuvo presente la intencionalidad de querer encontrar un sentido a todo lo que vivía, en otras palabras, estaba hambrienta por un sentido.

La mayoría de las investigaciones encontradas sobre el proceso psicoterapéutico en sobrevivientes del abuso sexual en su infancia, se quedan en el plano de la neurosis generada por el trauma, no obstante, con la realización de este estudio, se evidenció que la logoterapia, no se queda en ese plano, sino que va más allá, se dirige y penetra en la dimensión de los fenómenos netamente humanos. De este modo, se incorporan en el proceso psicoterapéutico, dos

características antropológicas fundamentales de la existencia humana: la autotranscendencia y el autodistanciamiento, que, llegaron a ser la piedra angular al alivio de los síntomas de la paciente.

Otro aspecto que resaltar, es que el sufrimiento en la logoterapia goza de gran importancia, ya que el hombre tiene que hacer lo posible y lo imposible por superarlo, sin embargo, existen experiencias o vivencias en que esto no se logra, y es aquí cuando la logoterapia, enseña a convertirlo en el mejor maestro para aumentar el autoconocimiento y así conseguir la sabiduría (Bretones, 2007). Por lo tanto, la logoterapia puesta en acción, ayuda al hombre común a hacer conciencia de lo que el hombre es en realidad, pero, sobre todo, lo que puede llegar a ser.

La teoría sobre el sentido de vida propuesta por la logoterapia no es una panacea, pues ha existido, como ya se mencionó en el planteamiento del problema, a pesar de que diversos estudios y metódicos proyectos de investigación han comprobado su validez. El presente estudio confirma y rectifica que “en la vida, se puede encontrar sentido independientemente de que sea religioso o no y, en caso de que lo sea, también independientemente de la confesión religiosa a la cual pertenezca” (Frankl, 2002. p. 14)

Para finalizar las conclusiones del presente estudio de caso, se quiere hacer alusión a la importancia de la relación terapéutica, dado que, cuando en el encuentro terapéutico se construye un espacio en el que no solo se sana el consultante sino también el terapeuta. El desarrollo del caso de AM, no fue nada sencillo para la terapeuta, hubo muchos momentos, en que se creyó que lo mejor era remitir, sin embargo la relación terapeuta-paciente también ayudo a la terapeuta a tener confianza en ella misma y en la técnica escogida para abordarla, y de esta manera llegar al alivio de los síntomas de la consultante.

Referencias

- Asociación de mujeres para la salud. (2005). La violencia sexual de Género. Recuperado de https://www.mujeresparalasalud.org/IMG/pdf/Boletina_24_Violencia_Sexual.pdf
- Baita, S. & Moreno, P. (2015). Abuso sexual infantil. Cuestiones Relevantes para su tratamiento en la justicia. Recuperado de https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf
- Bretones, F. (2007). *Logoterapia: Camino de autohumanización*. Buenos Aires: San Pablo.
- Contreras, D. (2014). Falta de sentido. Recuperado <http://www.tisoc.com/el-rincon-del-coach/falta-de-sentido.php>
- De Castro, A. & García, G. (2011). *Psicología Clínica. Fundamentos existenciales*. Barranquilla: Universidad del norte ediciones la U.
- Echeburúa, E. & Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? la violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1987). *El hombre doliente: fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1992). *Teoría y terapia de las neurosis: Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2002). *La voluntad de sentido: Conferencias escogidas sobre logoterapia*. Barcelona.
- Frankl, V. (2002). *La voluntad de sentido: Conferencias escogidas sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2003). *Ante el vacío existencial: Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

- Frankl, V. (2011). *Logoterapia y análisis existencial: textos de cinco décadas*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2012). *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2016). *Lo que no está escrito en mis libros: memoria*. Barcelona: Herder.
- Giraldo. (2013). Estudio de caso único en un adolescente a partir del enfoque fenomenológico existencial. Descubriéndose como ser-en-el-mundo, a pesar de las adversidades. Tesis de maestría. Universidad del Norte de Barranquilla.
- Llano. (2013). A partir del enfoque fenomenológico existencial. Tesis Maestría universidad del Norte Barranquilla. Barranquilla.
- López, W. (2013). Ocho pasos para el desarrollo de una investigación. San Juan: Universidad de Puerto Rico.
- Lorca. (2012). El abuso sexual en el adulto desde el análisis existencial: el impacto sobre las condiciones y motivaciones de la existencia. Tesis Universidad de Norte. Barranquilla.
- Lukas, E. (2005). *Logoterapia: la búsqueda del sentido*. Barcelona: Paidós.
- Luna, A. (2011). *Logoterapia. Un enfoque humanista existencial fenomenológico*. Bogotá: San Pablo.
- Martínez, E. (2005). La logoterapia como psicoterapia. Recuperado de <http://logoforo.com/la-logoterapia-como-psicoterapia/>
- Martínez, E. (2013). *Manual de psicoterapia con enfoque logoterapéutico*. Bogotá: Manual Moderno.
- Martínez, E. (2011). Las psicoterapias existenciales. En E. Martínez (Comps). *La psicoterapia centrada en el sentido* (pp. 41-89). Bogotá: Manual Moderno.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Recuperado de

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

Moreno, A. (2016). Consecuencias, a largo plazo de la violencia y el abuso sexual infantil ¿Cómo describirlas y abordarlas? En Varios Autores (Comps.). Los gritos de mi silencio "violencia y abuso sexual en la infancia. (48-58). Madrid: Biblioteca de salud mental.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.

Recuperado de

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). Maltrato Infantil, Nota descriptiva 150. Ginebra.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?ua=1Sarasua,

Sarasua, B., Zubizarreta, I., Paz de Corral, P. & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia. Resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29 (1), 29-37.

Save the Children. (2001). Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales.

Recuperado de

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf

Forensis. (2015). Informe de medicina legal y ciencias forenses. Recuperado de

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/6.+VIOLENCIA+SEXUAL.pdf/6c8bff03-1ec8-4c24-955a-393e28255398>

Stake, R. (1999). *Investigación con estudios de casos*. Madrid, España: Morata.

Taylor, S. & Bodgan, R. (2002). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

UNICEF. (2002). *Renacer: Una experiencia para volver a nacer*. Bogotá: Defensoría del pueblo.

Recuperado de <https://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>

Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16 (2), 214-222.

Anexos

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO DE UNA PACIENTE SOBREVIVIENTE DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN SU INFANCIA BASADO EN LA LOGOTERAPIA.

Nombre de la psicóloga(o): Paola Andrea Rueda Rodríguez

Señor(a) María Alejandra Moreno Gaviria le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más autentica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender el proceso terapéutico para una paciente víctima de violencia sexual en su infancia a través de las herramientas proporcionadas por la logoterapia

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre propuesta terapéutica para víctima de abuso sexual en su infancia a través de la logoterapia y de haber recibido del señor(a) Paola Andrea Rueda Rodríguez explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y

voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Paola Andrea Rueda Rodríguez para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia de la señora Paola Andrea Rueda Rodríguez y el testigo Freddy Ramírez, en la ciudad de Bucaramanga el día 5 del mes de Diciembre del año 2014.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Haris Alejandra Moreno Gaviria Firma: Haris Alejandra Moreno G.
Cédula de ciudadanía: 1005321888 de Flandabanca

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Paola Andrea Rueda Rodríguez Firma: Paola A. Rueda R.
Cédula de ciudadanía: 1090620463 de Bucaramanga
Teléfono: 3187054661 Correo electrónico: rueda52@gmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: Ostov Villamizar Acosta Firma: Ostov Villamizar
Cédula de ciudadanía: 19302021 de Bosque
Teléfono: 3053757990 Correo electrónico: ostovillamizar@jsho.com