

SENTIDO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA

Yaritza Ramos Córdova
Yanisbel de Bowen Balon
Leidys Laura Bermúdez Fernández
María Elena Rodríguez la Fuente
Susana Martínez Suárez
Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba.

Resumen

El objetivo de la presente investigación es evaluar el sentido de vida en pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Para ello se realizó una revisión de las historias clínicas, y basándonos en los criterios de inclusión y exclusión, quedó conformada una muestra de 97 pacientes a los cuáles se les aplicó el test de propósito en la vida (PIL) y una entrevista semiestructurada. Como resultados obtuvimos que, en 64 pacientes de la muestra seleccionada, que representan un 65.97% se encuentra presente un sentido de la vida, con presencia de metas definidas; 21 de los pacientes, representando el 21.64%, poseen cierta indefinición respecto al sentido de la vida, y 12 pacientes, que representan el 12.37%, un vacío existencial, que como nos describe la logoterapia, estos sujetos no han podido encontrar un sentido concreto a su existencia personal.

Palabras claves: sentido de vida, esquizofrenia, existencia personal

Abstract

The objective of this research is to evaluate the meaning of life in patients with schizophrenia at the Psychiatric Hospital of Havana. For this purpose, a review of the Medical Records was carried out, and based on the inclusion and exclusion criteria, a purpose in life test (PIL) and a semi-structured interview were applied to a sample of 97 patients. As a result, 64 patients, meaning 65.97% of the selected sample, has a structured sense of life with the presence of defined goals, 21 patients, representing the 21.64%, have a little uncertainty regarding the meaning of life, and 12 patients, the remaining 12.37%, has an existential void. As logotherapy describes, these subjects have not been able to find a concrete meaning to their personal existence.

Keywords: meaning of life, schizophrenia, personal existence

Introducción

El tema del sentido de la vida es uno de los temas clásicos de la ética y de otras ramas de la filosofía, la psicología y otras disciplinas sociales y humanas. Se origina en las preocupaciones acerca del llamado “problema del hombre” y de su existencia como individuo humano, en la reflexión acerca de: ¿Quién soy? ¿Hacia dónde voy? ¿Por qué estamos aquí? ¿Qué utilidad tiene mi vida? ¿Cuál es el sentido de toda mi existencia? Tema vinculado a la búsqueda de la felicidad, al origen de la vida y su fin, la muerte, etc. (D’Angelo Hernández, 2002)

El sentido de la vida revela aquellas características de la subjetividad individual que marcan una significación especial de los aspectos existenciales de la vida humana. Esta temática en

la psicología, ha sido abordada a nivel histórico desde el enfoque humanista-existencial, específicamente dado por la visión de Viktor Frankl a partir de su experiencia en los campos de concentración nazi.

De acuerdo con su teoría de la logoterapia, Viktor Frankl, expresa que la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida. Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno mismo es quien tiene que encontrarlo; solo así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido.

La logoterapia considera que la esencia íntima de la existencia humana está en la capacidad del hombre de ser responsable, por lo que intenta hacer al paciente plenamente consciente de sus propias responsabilidades; razón por la cual ha de dejarle la opción de decidir por qué, ante qué o ante quién se considera responsable (Frankl, 1991). La logoterapia ha permitido esclarecer el concepto de sentido de la vida, cuya importancia puede vislumbrarse en la frase de Nietzsche: “quien tiene un por qué para vivir, encontrará casi siempre cualquier cómo”, que motivó la reflexión de Viktor Frankl acerca del sentido, la intencionalidad y la finalidad de vivir, indispensable para el adecuado funcionamiento de los seres humanos.

De acuerdo con Frankl, el sentido de vida debe descubrirse, no puede inventarse, es decir, no se trata de objetivos auto-impuestos sino de una búsqueda, un auto-descubrimiento. Para Rodríguez, dicha búsqueda de sentido se convierte en una fuente de motivación para seguir viviendo, asumir obligaciones y sobrellevar situaciones difíciles o adversas. Rodríguez, M. (2005).

Para Frankl la motivación básica del ser humano es su orientación fundamental hacia el sentido, es decir, el encontrar y descubrir un porqué y para qué vivir. El descubrimiento del sentido de la vida tiene como base lo que Frankl denominó como “voluntad de sentido”, una fuerza interior de la dimensión espiritual, que en la mayoría de los hombres, por distintos motivos, está inactiva. A esta dinámica espiritual le llamó *noodinámica* (noûs = espíritu), y la situó dentro de un campo de tensión bipolar, en el cual, un polo viene representado por el significado (sentido) que debe cumplirse y el otro polo por el hombre que debe cumplirlo (Gottfried, 2016).

El hombre tiene la capacidad de realizar el sentido de su vida, pero esto no implica que siempre se realice la “voluntad de sentido”; justamente Frankl afirma que se encuentra en la actualidad, más a menudo, la “voluntad de sentido” en la forma de *frustración* (Frankl, 1991), donde el hombre experimenta el sentimiento de una falta de sentido de la propia existencia.

Quien no ha buscado o no ha alcanzado a descubrir el sentido que cada situación concreta conlleva, quien no ha descubierto un significado, una razón, un motivo, un porqué, un para qué vivir o ha hecho de algunos medios (como el placer, poder, prestigio, honor, recogimiento, dinero, etc.) los fines de su búsqueda experimenta un vacío en su existencia. El hombre que no vive para buscar y descubrir el sentido en la realización de los valores, incrementa la probabilidad de caer en una patología psicológica denominada *frustración existencial* (Frankl, 1991).

Para Frankl, la carencia de significado es un indicador de desajuste emocional. Frankl entendió al hombre como un ser que se traza una vida llena de sentido y que puede enfermar si su voluntad de sentido se ve frustrada.

Otros autores como Jung, Frankl, Maddi, Colman, Hobbs, Kretschmer, dan reporte que un porcentaje importante de sus pacientes (las cifras varían de uno a otro) que padecen de neurosis noógenas (Yalom, 1984). Posteriormente, psicólogos pertenecientes a la corriente existencialista han tratado de probar que la enfermedad mental tiene que ver con el vacío existencial. Dentro de esta línea podemos encontrar el estudio realizado por Moomal en 1999 en el cual encontró que existe una correlación positiva entre sentido en la vida y el bienestar mental (Moomal, 1999).

Respecto a esto Frankl expresó: *“Durante mucho tiempo, de hecho, durante medio siglo, la psiquiatría ha tratado de interpretar la mente humana como un simple mecanismo y, en consecuencia, la terapia de la enfermedad mental como una simple técnica. Me parece a mí que ese sueño ha tocado a su fin. Lo que ahora empezamos a vislumbrar en el horizonte no son los cuadros de una medicina psicologizada, sino de una psiquiatría humanizada. El médico que todavía quiera desempeñar su papel principal como técnico, se verá obligado a confesar que él no ve en su paciente otra cosa que una máquina, y no al ser humano que hay detrás de la enfermedad”*.

“Un individuo psicótico incurable puede perder la utilidad del ser humano y conservar, sin embargo, su dignidad. Tal es mi credo psiquiátrico. Yo pienso que sin él no vale la pena ser un psiquiatra. ¿A santo de qué? ¿Solo por consideración a una máquina cerebral dañada que no puede repararse? Si el paciente no fuera algo más, la eutanasia estaría plenamente justificada” (Frankl, 1991) por lo que se puede apreciar que a través de estas palabras Frankl resalta el valor del paciente como ser humano, preocupándose de esta manera por temas vitales como son el bienestar, felicidad, etcétera.

1.1 Sentido de vida según la psicología positiva

La psicología positiva estudia científicamente el funcionamiento óptimo de las personas. El iniciador del movimiento de la psicología positiva, Martin Seligman, desarrolló una teoría acerca del bienestar, y planteó 5 factores que contribuyen a lograr una felicidad auténtica (Seligman, 2018), los cuales son resumidos en el acrónimo de PERMA encontrándose entre estos:

- *Positive Emotion* (Emociones positivas): Refiere a las emociones que podemos sentir, tales como la calidez, el embelesamiento, el placer, el éxtasis, entre otros.
- *Engagement* (Compromiso): Alude a la capacidad de las personas para estar involucradas en las acciones que realizan en la cotidianidad. Este involucramiento produce la pérdida de la conciencia de sí mismo mientras se realiza la acción y puede generar emociones opuestas a la emoción positiva.
- *Relationships* (Relaciones positivas): El ser humano como ser social establece relaciones con los demás, por lo que el mantener relaciones positivas le permitirá obtener gratificaciones, tanto a nivel social como personal.
- *Meaning* (Sentido de vida): Refiere a la capacidad para sentir la vida de sí mismo como una oportunidad para pertenecer y servir a algo que uno cree como superior al propio yo.

- *Accomplishments* (Logros): Refiere a la capacidad para observar las consecuencias de los actos que las personas realizan, generando un elemento que permite creer en sí mismas, favoreciendo una disposición psicológica positiva para realizar las cosas.

Paralelamente al modelo PERMA (o PRIMSA en español), la psicología positiva ha generado evidencia con respecto a cada una de las dimensiones que lo componen, destacando el aspecto del sentido de vida como uno de los que permite generar un mayor bienestar en la persona.

Por otra parte, Steger, plantea al sentido como un término que abarca dos dimensiones principales, siendo estas “la comprensión”, entendida como la capacidad para entender la vida, incluyendo el mundo exterior y la forma en cómo uno se relaciona en su cotidianidad; y la segunda dimensión está dada por “el propósito”, lo cual habla acerca de los proyectos de vida a largo plazo, las actividades relevantes en la vida del individuo y los objetivos o metas establecidos (Steger, Oishi, Kashdan, 2009).

En esta misma línea, en la actualidad, Martela & Steger, plantean una tercera dimensión, la cual está dada por la importancia “significance”, la cual trata del valor inherente de la vida y del tener una vida digna de ser vivida (Mortela, Steger, 2016).

Todos estos elementos vinculados al concepto de sentido, llevan a observar que en la vida del ser humano existen aspectos que le proporcionan un significado a su existencia, los cuales permitirán satisfacer su propia voluntad de sentido ante la vida (Frankl, 1991), lo cual generará un mayor bienestar a nivel de salud mental.

El sentido de la vida es un predictor de la salud mental, evitando trastornos tan frecuentes como la ansiedad y la depresión desde el punto de vista clínico. Por este motivo es necesario evaluar el sentido de vida en pacientes con trastornos mentales, para posteriormente ayudarles a mejorar con el establecimiento de metas, aumento de la esperanza y desarrollo de valores, así como optimizar la conciencia moral, el bienestar y la resiliencia ante las dificultades de la vida.

2. Esquizofrenia, Un poco de Historia...

Siglos atrás, el origen de la enfermedad se atribuía a un desbalance de los fluidos corporales (basado en la visión Hipocrática que clasificaba a las enfermedades mentales en manía, melancolía, histeria y frenitis) o a manifestaciones diabólicas o de hechicería (Calvo de la Paz, 2016).

Durante el siglo XIX, se abandonó la teoría acerca de lo sobrenatural y entonces el énfasis se puso en la observación empírica, por lo que se resaltaron las Ciencias Médicas como disciplinas científicas.

La esquizofrenia fue descrita por primera vez como síndrome afectando a adolescentes y adultos jóvenes por Bénédicte Morel en 1853, denominado *Demence précoce*, (demencia precoz) (Calvo de la Paz, 2016).

En 1887 Emil Kraepelin escribió una serie de textos sobre el concepto de “Demencia precoz”. Entre sus pacientes identificó un grupo que enfermaban en la juventud y que presentaban síntomas tales como alucinaciones y empobrecimiento emocional y que tendían a volverse completamente incapaces de atenderse a sí mismos (Calvo de la Paz, 2016).

Kraepelin no eligió un síntoma como característico o patognomónico pero sus descripciones clínicas enfatizaban la mezcla de delirios, alucinaciones, movimientos anormales, embrutecimiento emocional, pérdida de la voluntad y aislamiento social (Calvo de la Paz, 2016).

En 1908 que Eugen Bleuler, publicó *Demencia precoz o el grupo de esquizofrenias* en el cuál desarrolló el concepto de un grupo de enfermedades caracterizadas por disturbios del pensamiento, sentimientos y relaciones con el mundo externo, con el esencial y patognomónico síntoma del disturbo del pensamiento (Calvo de la Paz, 2016).

.Se considera que el creador del término esquizofrenia fue el psiquiatra Eugen Bleuler en el siglo XX, significando: de “esquizo”: fragmentado o escindido y “frenio”: mente. Además, Bleuler describió los síntomas más frecuentes de esta enfermedad: la disociación ideo-afectiva-conativa, el autismo, la disgregación del pensamiento y la ambivalencia (Calvo de la Paz, 2016).

2.1 Síntomas de la esquizofrenia

Hay dos grandes problemas en relación con los síntomas de la esquizofrenia porque los síntomas, en su mayor parte, son subjetivos, es decir, solo el paciente los experimenta, con lo cual no pueden ser comprobados. El segundo, es que la esquizofrenia es una enfermedad que presenta muchos y variados síntomas, pero ninguno es específico de ella, sino que también pueden estar presentes en otros trastornos mentales (Calvo de la Paz, 2016). Actualmente se dividen los síntomas en dos grandes grupos:

- Los positivos consisten en aquellas manifestaciones anormales que experimentan o hacen los pacientes, como ver y oír cosas que no existen (alucinaciones) o pensar que ocurren cosas que no son verdad (delirios).
- Los negativos consisten en aquellas manifestaciones que hacen pensar que el sujeto está perdiendo capacidades para pensar, sentir o hacer cosas con normalidad. Por ejemplo, dejar de hablar con fluidez, perder interés por las cosas o las personas, perder interés por levantarse cada día a trabajar, etc. Es habitual que, con el paso del tiempo, muchos de los síntomas se alivien. Sin embargo, suelen quedar algunas secuelas como abandono del cuidado de sí mismo, frialdad hacia los demás, indiferencia o desinterés por todo.

Los casos en los que predominan los síntomas negativos, suponen una peor evolución (Calvo de la Paz, 2016).

En sus diversas manifestaciones clínicas: síntomas psicóticos, negativos, cognoscitivos y síntomas afectivos como la disforia, las ideas y conductas suicidas, la desesperanza y la depresión, son síntomas que alteran la función social y ocupacional de los pacientes, dificultando sus relaciones interpersonales y disminuyendo su calidad de vida (Calvo de la Paz, 2016).

2.3 Evolución, tratamiento y pronóstico de la esquizofrenia

Hace veinte años, se consideraba que cuando aparecía un episodio esquizofrénico en la vida de una persona, significaba que debía tomar medicamentos por el resto de su vida y que se iba a ir deteriorando progresivamente. Estos criterios han cambiado en la actualidad debido al

auge que ha tenido la teoría del exceso de acción dopaminérgica a nivel del sistema nervioso central como causante del cuadro psicótico y que implica que esta excesiva actividad es fluctuante (episódica) regresando a su nivel de funcionamiento habitual, una vez que pasa la crisis. Todavía se desconoce cuáles son los factores que inician este cambio bioquímico, pero se conocen factores que lo agravan o los disminuyen (Calvo de la Paz, 2016).

Desde el punto de vista de los subtipos de esquizofrenia, se considera que el hebefrénico y el simple, son los que tienen peor pronóstico. En cambio, los paranoides, los catatónicos y el episodio esquizofrénico agudo tienen un buen pronóstico (González Menéndez, 2009).

En cuanto al inicio de la enfermedad, se considera que los pacientes que tienen un debut con un inicio súbito, tienen mejor pronóstico que aquellos que presentan un inicio lento y progresivo, aunque mientras más temprano en la vida se presenten síntomas psicóticos peor es el pronóstico (González Menéndez, 2009).

La presencia de factores desencadenantes o precipitantes hablan de mejor pronóstico que cuando no existen. Una historia de buen ajuste previo a la enfermedad, en áreas importantes como el funcionamiento social, sexual, laboral y familiar hablan a favor de buena evolución. El pertenecer a una familia con buenos patrones de comunicación y ayuda mutua que le brinden apoyo al paciente favorece un buen futuro.² La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios con remisión completa o incompleta (González Menéndez, 2009).

.Referido a este tema también debemos señalar las posibles causas que pueden motivar la recaída de un trastorno esquizofrénico (Calvo de la Paz, 2016):

- Abandono del tratamiento con antipsicóticos (buscar efectos adversos de los fármacos y dinámica familiar disfuncional, pobre supervisión del tratamiento por parte del responsable el paciente, entre otras).
- No seguimiento del paciente en las consultas que tiene programadas por su psiquiatra.
- Presentar inadecuación en la dosis del neuroléptico que esté tomando o que necesite un cambio de tratamiento.
- Que exista algún factor perpetuante o desencadenante (drogas, estrés, conflictos, entre otros) que motive la descompensación.
- Que exista otra enfermedad en el organismo (sistémica) que sea la que exacerbe la sintomatología del trastorno esquizofrénico.

El método más común de tratar la esquizofrenia es la medicación neuroléptica. Los neurolépticos no curan la esquizofrenia, pero tienen un efecto antipsicótico y de mejoría de los síntomas evidente en alrededor de dos tercios de los pacientes esquizofrénicos. Especialmente en estados agudos, con frecuencia permiten eliminar los síntomas por completo.

Los neurolépticos actúan más eficazmente sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia (desórdenes del pensamiento, alucinaciones, delirios) y también ayudan a controlar tales síntomas a largo plazo. Su efecto sobre los síntomas negativos (aislamiento, pasividad, embotamiento afectivo) es menos obvio (Calvo de la Paz, 2016).

Estos diversos tratamientos (psicofarmacológicos) que se han introducido en las últimas cinco décadas, han resultado eficaces sobre algunos de los síntomas más relevantes de estos trastornos, pero no han sido suficiente. Para lograr resultados favorables se requiere que el tratamiento farmacológico se acompañe de una atención psicológica y del apoyo familiar.

La aplicación de tratamientos psicológicos a la esquizofrenia, ha llegado a un momento actual de florecimiento y desarrollo de múltiples modalidades de intervención, que han significado un cambio en la atención, propiciando los procesos de rehabilitación o mejoría de las incapacidades secundarias a los síntomas.

Los principales avances en las estrategias de tratamiento para la esquizofrenia se han desarrollado y refinado basándose en el modelo de vulnerabilidad-estrés; un marco que muestra cómo interactúan los estresores ambientales con la vulnerabilidad biológica para producir la psicopatología y las incapacidades psicosociales secundarias propias de la esquizofrenia. Este modelo ha suscitado el surgimiento de la gama de formatos terapéuticos que hoy conocemos y que se orientan hacia un doble objetivo; por un lado, el desarrollo y fortalecimiento de aquellos factores que permiten una óptima protección de la persona (y que básicamente incluyen el tratamiento farmacológico, las habilidades personales de afrontamiento y de autoeficacia, la capacidad cognitiva de procesamiento y el apoyo familiar y social) y, por otro, la disminución o eliminación de los estresores ambientales y de la vulnerabilidad biológica subyacente (Calvo de la Paz, 2016).

La formulación de la esquizofrenia como una enfermedad que requiere un tratamiento multi-componente e individualizado ha permitido el desarrollo de una serie de terapias psicológicas, adaptadas a las distintas necesidades y fases de la enfermedad, y el desarrollo de una serie de pruebas experimentales que han validado su eficacia para estos fines en combinación con el tratamiento psico-farmacológico. Los tratamientos psicológicos se han centrado en los efectos de la adaptación a las experiencias psicóticas, en la reducción de los síntomas psicóticos residuales, la prevención de recaídas, el cumplimiento del tratamiento, las relaciones interpersonales, la adquisición de habilidades necesarias para una vida independiente, y la reducción del estrés y de la carga familiar (Villana y Lemos, 2001).

Por tanto, el factor más importante para mejorar el pronóstico es el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado con seguimiento dispensariado (González Menéndez, 2009). En este sentido, se reconocen algunos factores asociados a un mejor pronóstico, como son: el comienzo tardío de la enfermedad, el género femenino, la presencia de noxas precipitantes identificables, el brote agudo y la duración breve de los síntomas, el buen funcionamiento entre crisis con buena adaptación premórbida socio-laboral, la ausencia de anormalidades cerebrales estructurales, la existencia de buenos sistemas de apoyo social, el predominio de síntomas positivos y la ausencia de Antecedentes Patológicos Familiares (APF) de esquizofrenia (Calvo de la Paz, 2016).

2.4 Reinserción social del paciente esquizofrénico

Resulta vital destacar la trascendental importancia que posee este tema en el tratamiento del paciente enfermo mental. Es bien sabido que la mayoría de las enfermedades mentales endógenas, después del brote floreciente de síntomas y signos tratados con éxito por la terapéutica psicofarmacológica, dejan un residuo o trastorno defectual más o menos

importante, que hace particularmente difícil la continuidad del paciente en el medio laboral y social en el que se desenvolvía con anterioridad a la caída psicótica (Bellomo, 2011).

Se suman a esta situación en específico las dificultades psíquicas que se deben enfrentar en la tarea laboral. Porque no debemos olvidar que el hecho de haber obtenido el trabajo trae aparejado un importante estrés de adaptación a dicha tarea, ya que cognitivamente estuvo “fuera de la realidad” durante un tiempo, como es el caso de los pacientes psicóticos (Bellomo, 2011).

A eso podría agregarse que, muchas veces, la propia familia no soporta la habitualidad de sus quejas demandantes, plenas de contrariedades, y es frecuente que lo expulsen o lo marginen del núcleo familiar. Son muy pocos los casos en que el medio familiar conviviente se dispone a encargarse de él; por lo que es más probable que lo hagan los hogares sustitutos (hospitales psiquiátricos, centros comunitarios), que sus parientes directos (Bellomo, 2011).

Por tanto, nosotros como psicólogos, conjuntamente con todo el equipo de salud, debemos propiciarles a los pacientes y sus familiares una adecuada atención, centrada en el bienestar, tanto del paciente como de las personas que le rodean, donde se resalte el valor de este paciente como ser humano, y no como una máquina defectual, como había sido considerado, años atrás.

Toda persona que sufra de una enfermedad mental, desde su nacimiento o sobrevenida, con independencia de las funciones psicológicas que tenga afectadas y la gravedad de su afección, es una persona que conserva todos sus derechos como ser humano, y por tanto, posee un potencial que deben desarrollar en aras de alcanzar un pleno disfrute y satisfacción en su vida cotidiana.

En este sentido el estudio del sentido de vida, constituye un tema escasamente abordado, de ahí estriba uno de los aspectos que hace de esta investigación un estudio novedoso y de gran utilidad en nuestro país, pues se centra en un tema poco explorado. Con el mismo queremos contribuir a la generación de nuevas propuestas para la creación de futuros programas interventivos dirigidos a estas personas, en aras de potenciar su bienestar psicológico y la satisfacción con la vida, temas muy importantes para la rehabilitación de dichos pacientes. Por todo lo anteriormente planteado se formula el siguiente objetivo:

Objetivo general:

- Evaluar el sentido de vida en pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Objetivos específicos:

- Evaluar la percepción del sentido en los pacientes con esquizofrenia
- Evaluar la experiencia de sentido en los pacientes con esquizofrenia
- Evaluar metas y tareas en los pacientes con esquizofrenia
- Evaluar destino/libertad en los pacientes con esquizofrenia

Universo y muestra:

El *universo* quedó constituido por los pacientes de las 7 salas de larga estadía del Hospital Psiquiátrico de La Habana, quedando conformada una *muestra* de 97 pacientes que poseen diagnóstico médico de esquizofrenia, según el *Manual de Clasificación Internacional de*

Enfermedades CIE-10; basándonos para su selección en los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que posean diagnóstico médico de esquizofrenia y se encuentran recibiendo tratamiento en el Hospital Psiquiátrico de La Habana.
- Pacientes que estén de acuerdo en participar en la investigación.
- Pacientes con edades comprendidas entre 30 y 55 años.
- Pacientes con al menos 8 años ingresados en la institución.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que poseen otra patología psiquiátrica.
- Pacientes que se encuentren descompensados en el período de estudio.
- Pacientes con problemas cognitivos severos que limiten la comprensión de la tarea.

Metodología

Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, por ser su propósito el estudiar un fenómeno en un momento determinado del tiempo.

Instrumentos y Técnicas

Test Propósito en la Vida (PIL)

Se utilizó la parte A del Purpose- In- Life Test (PIL) de Crumbaugh y Maholick 1964, en su versión castellana, validado recientemente en Cuba por la licenciada Yanelis Martínez Ochoa, quien adaptó la lingüística de alguno de sus ítems al contexto cubano. (73, 75, 76, 77, 78, 79)

El PIL fue diseñado para evaluar el sentido de la vida, sobre la base de las ideas de análisis existencial y la logoterapia de Viktor Frankl. Este cuestionario valora el grado de propósito o sentido de la vida, traducido en la presencia de metas y/o como polo contrario del mismo constructo, el vacío existencial.

Se trata de una escala tipo Likert (1-7) de 20 ítems, cuya puntuación se obtiene sumando los valores de las opciones de respuesta que el sujeto selecciona, permitiendo obtener una medida del logro de sentido de la vida desde planteamientos logoterapéuticos. Mientras más altas sean sus puntuaciones, mayor será el sentido de la vida.

La interpretación de la parte A del PIL, es la siguiente:

- Puntuación ≤ 90 : vacío existencial.
- Puntuación entre 90 y 105: indefinición con respecto al sentido de la vida.
- Puntuación >105 : presencia de metas y sentido de la vida.

Se tuvo en cuenta para la interpretación cualitativa del test el análisis factorial de la versión castellana que distingue cuatro factores:

- Percepción de sentido: captación de motivos y razones para vivir la vida y la valoración que esta, en general merece. Está compuesto por los ítems 4, 6, 9, 10, 11, 12, 16, 17, y 20 pudiendo oscilar la puntuación entre 9 y 63.

- Experiencia de sentido: Percepción de la vida propia y de la vida cotidiana como plenas de cosas buenas. Incluye los ítems 1, 2, 5, 9, 17, 19 y 20 pudiendo oscilar la puntuación entre 7 y 49.
- Metas y tareas: Objetivos ligados a acciones concretas en la vida y a la responsabilidad personal percibida hacia estos. Está integrado por los ítems 3, 7, 8, 13, 17, 19 y 20, pudiendo oscilar la puntuación entre 7 y 49.
- Dialéctica destino/libertad: tensión destino vs. libertad y afrontamiento de la muerte como acontecimiento incontrolable, impredecible e inevitable. Incluye los ítems 14, 15 y 18 del PIL, pudiendo oscilar la puntuación entre 3 y 21.

- *Entrevista Semiestructurada*

La entrevista semiestructurada se ha considerado como un importante método de investigación psicológica, sobre todo aquella cualitativamente orientada; la cual permite establecer una mayor flexibilidad ya que las preguntas pueden ir variando en función de cómo sea su evolución, y se vayan obteniendo los datos necesarios para cumplimentar los objetivos.

En esta investigación, la entrevista semiestructurada fue la técnica inicial en el proceso de evaluación. Se basó en la búsqueda de información y se formularon preguntas dirigidas a indagar sobre algunos aspectos relacionados con el sentido de la vida de dichos pacientes.

En este tipo de entrevista fue de suma importancia estimular la participación libre y espontánea del sujeto teniendo en cuenta los objetivos de la investigación; dirigiéndose fundamentalmente a aquellos aspectos de mayor interés, de modo que pudo emerger información relevante que permitió después un análisis cualitativo.

Definición y operacionalización de las variables:

Sentido de la vida: Cuestión filosófica sobre el objetivo y el significado de la vida o la existencia en general.

Operacionalmente se consideraron tres dimensiones:

- Presencia de metas y sentido de la vida: Puntuación >105 en el Test Propósito en la vida (PIL).
- Indefinición con respecto al sentido de la vida: Puntuación entre 90 y 105 en el PIL.
- Vacío existencial: Puntuación ≤ 90 en el PIL

Además, se tuvieron en cuenta las siguientes subvariables:

- Percepción de sentido: captación de motivos y razones para vivir la vida y la valoración que esta, en general merece.

Operacionalmente se consideraron los ítems 4, 6, 9, 10, 11, 12, 16, 17, y 20 del PIL, (puntuación entre 9 y 56)

Experiencia de sentido: percepción de la vida propia y de la vida cotidiana como plenas de cosas buenas.

Operacionalmente se consideraron los ítems 1, 2, 5, 9, 17, 19 y 20 (puntuación entre 7 y 49).

- Metas y tareas: objetivos ligados a acciones concretas en la vida y a la responsabilidad personal percibida hacia estos.

Operacionalmente se consideraron los ítems 3, 7, 8, 13, 17, 19 y 20, (puntuación entre 7 y 49)

- Dialéctica destino/libertad: tensión destino vs libertad y afrontamiento de la muerte como acontecimiento incontrolable, impredecible e inevitable.

Operacionalmente se consideraron los ítems 14, 15 y 18 del PIL, (puntuación entre 3 y 21)

Sexo:

Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femeninas y masculinas. Operacionalmente, el sexo se tomó a partir de lo referido por los pacientes en las técnicas de evaluación como masculino y femenino.

Edad:

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Operacionalmente, se consideró el dato a partir de lo referido por el paciente. Los rangos de edades que se establecieron para el análisis fueron: De 30- 55 años.

Principios éticos

La investigación se realizó bajo los criterios éticos para la conservación de la integridad física y psíquica de los participantes. Se les explicó los detalles de la investigación, así como los instrumentos a utilizar, y se contó con la voluntariedad de los sujetos, los cuales firmaron un consentimiento informado respetándoseles la decisión de colaborar o no con la investigación.

Procesamiento y análisis de los datos:

Se analizaron los datos en las bases de datos Excel, y SPSS. Se utilizó la entrevista como modo de poder triangular la información obtenida en el test propósito en la vida PIL, y se analizó mediante la técnica de análisis de contenido. Los datos se presentaron en tablas estadísticas que facilitaron su análisis.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Caracterización de la muestra

Pacientes	Sexo femenino	Sexo masculino	Edades
97	50	47	rango entre 30 y 55 años

La muestra estuvo constituida por 97 pacientes con diagnóstico médico de esquizofrenia, específicamente del tipo paranoide. Se dividió en 50 pacientes (51.55%) pertenecientes al sexo femenino y 47 pacientes (48.45%) pertenecientes al sexo masculino. Estos pacientes se encuentran ingresados en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, con un período de evolución de más de 8 años, en las Salas de larga estadía de dicho centro. El rango de edades osciló entre 30 y 55 años, por lo que son considerados adultos medio.

Descripción del sentido de la vida de los pacientes con esquizofrenia a partir de la integración de todos los casos.

Tabla 2 Distribución de los pacientes según las dimensiones diagnósticas en el logro de sentido.

<i>Diagnóstico</i>	<i>Puntuación</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Presencia de metas y sentido de la vida	> 105	64	65.97%
Indefinición respecto al Sentido de la Vida	90-105	21	21.64%
Vacío existencial	< 90	12	12.37%

Se aprecia que en 64 pacientes que representan un 65.97% se encuentra presente un sentido de la vida, con presencia de metas definidas. Estos pacientes perciben un propósito en sus vidas, por lo que se observa que poseen una razón para vivir. Estas puntuaciones altas en el PIL en los pacientes estudiados, indican que en ellos el sentido de vida está más relacionado a los valores, experiencia y actitudes. En estos sujetos existen grandes deseos de vivir, y aunque la mayoría quisiera vivir una vida diferente, esta percepción habla de un grado de confianza alto para asumir diversas circunstancias vitales.

Se aprecia además que, en 21 de los pacientes, representando el 21.64%, poseen cierta indefinición respecto al sentido de la vida, o sea, que existe en ellos un rango no decisivo en cuanto al significado concreto de la vida, su objetivo existencial es poco claro. Ellos poseen un sentido de la vida básico, entendido como el deseo de vivir y tener un propósito, metas en la vida, pero carecen de claridad respecto a cómo lograrlo.

Se constató en 12 pacientes, que representan el 12.37%, un vacío existencial, que como nos describe la logoterapia, estos sujetos no han podido encontrar un sentido concreto a su existencia personal. Estos pacientes hacen lo que otras personas hacen (conformismo), o hacen lo que otras personas quiere que ellos hagan (totalitarismo). Estos sujetos han experimentado la pérdida del sentimiento de que la vida es significativa. Cuando existen conflictos no resueltos (existenciales, de valores) que llevan a estos pacientes a la pérdida o a la confusión de su sentido vital, esto repercute en su autoestima y proyectos vitales, lo que se refleja en su nivel de funcionamiento; dando lugar al vacío existencial. Para estos pacientes no existe un propósito vital claro y bien definido.

Tabla 2.1 Puntuación por factores de cada paciente.

Pacientes	Percepción de	Experiencia	Metas y tare	Dialéctica de	32	51	31	45	12	66	42	25	46	15
1	52	35	48	12	33	54	49	49	18	67	42	22	43	12
2	57	49	46	12	34	39	31	46	18	68	45	25	40	12
3	57	49	49	15	35	63	49	49	15	69	45	25	40	12
4	51	28	46	12	36	51	49	49	21	70	45	25	43	12
5	45	40	46	21	37	51	49	49	12	71	45	31	46	12
6	45	49	49	21	38	44	36	48	18	72	51	43	46	18
7	63	49	49	12	39	52	29	44	9	73	51	43	46	21
8	51	40	49	18	40	56	35	35	5	74	48	34	43	21
9	45	43	43	18	41	44	36	37	9	75	63	46	43	21
10	42	25	43	18	42	27	17	27	9	76	51	28	46	21
11	57	49	49	15	43	51	49	49	18	77	63	46	43	15
12	45	43	49	12	44	51	31	46	12	78	60	46	46	15
13	57	49	49	12	45	33	34	43	9	79	57	46	43	15
14	58	37	46	21	46	54	37	46	21	80	57	49	49	15
15	57	42	40	15	47	57	46	46	12	81	51	28	43	15
16	54	31	43	14	48	51	31	37	12	82	51	28	46	15
17	36	29	31	12	49	57	49	49	15	83	51	28	46	18
18	48	25	44	15	50	60	46	49	18	84	45	28	46	18
19	52	42	44	12	51	57	49	49	21	85	51	43	46	18
20	48	39	42	17	52	45	43	46	9	86	54	46	49	18
21	54	49	49	17	53	39	46	46	21	87	54	46	49	18
22	56	43	46	15	54	51	49	49	18	88	57	49	49	15
23	57	49	49	9	55	51	31	37	15	89	45	28	43	12
24	63	43	49	12	56	63	49	49	15	90	42	25	43	12
25	54	46	46	18	57	57	49	49	15	91	57	46	46	15
26	59	39	48	12	58	48	49	46	21	92	57	46	46	12
27	42	27	39	9	59	51	28	43	15	93	54	43	46	12
28	57	49	49	21	60	45	46	46	18	94	51	28	46	12
29	57	49	49	18	61	51	46	46	15	95	57	49	46	12
30	57	49	49	12	62	51	46	49	21	96	39	34	46	9
31	48	38	48	18	63	60	49	46	15	97	42	34	43	9
					64	63	37	46	21					
					65	48	31	46	15					

Las puntuaciones de la Percepción de sentido oscilaron entre 27 y 63 puntos, para un promedio de (51.26), y se destacan dentro de ellos, 7 pacientes que obtuvieron la puntuación máxima (63 puntos). Esto nos indica que para estos sujetos existen motivos y razones para vivir; y que son diversos los criterios en cuanto a las razones para vivir la vida y la valoración de esta.

Las puntuaciones de la Experiencia de sentido estuvieron entre 17 y 49 puntos con un promedio de (39.37). Se destacan 25 sujetos que obtuvieron puntuación máxima (49 puntos). Se puede apreciar que estos sujetos perciben la vida propia y la vida cotidiana como plenas de elementos positivos.

Las puntuaciones de Metas y Tareas estuvieron entre 27 y 49 puntos con un promedio de (45.40). Con 29 sujetos que obtuvieron puntuación máxima (49 puntos). En general estos pacientes poseen objetivos ligados a acciones concretas en la vida. Es este factor en el que más sujetos obtuvieron la máxima puntuación, lo que denota que son pacientes con planes futuros y proyectos, y que asumen la responsabilidad en cuanto a las acciones concretas que realizan en su vida.

Las puntuaciones de la Dialéctica destino/libertad estuvieron entre 5 y 21 puntos con un promedio de (15.05), y se resaltan dentro de ellos 15 pacientes que obtuvieron puntuación máxima (21 puntos). La mayoría de estos sujetos refirieron que: “el hombre es libre para elegir”, pero para ellos, en su condición pacientes proyectaron que: “su vida está fuera de sus manos y de su control”, debido a que son pacientes institucionalizados, donde tienen que seguir

normas de comportamiento, etc. Referido al afrontamiento de la muerte como destino inevitable, plantearon que no se encuentran preparados para ello.

Se pudo conocer, además, cuáles eran los motivos y razones que impulsan a estos pacientes a vivir en esta etapa, los cuales se reflejan a continuación, haciendo alusión a algunos planeamientos expresados por ellos:

- *“Tengo que encontrar a mi hija/hijo”*
- *“Dios tiene un propósito para mí”*
- *“Tengo pareja aquí en el hospital”*
- *“Tengo que cuidar a mis padres”*
- *“Tengo que cuidar de mis hijos”*

Se puede apreciar la necesidad de amar y de ser amado, de disfrutar y vivir en compañía de algo o alguien, y se puede apreciar que en su mayoría se trata de personas que asumen una actitud positiva ante los momentos de sufrimiento, porque aun en estas condiciones, la vida les sigue pareciendo valiosa.

Además, la mayoría de los pacientes estudiados han sido capaces de reajustar sus vidas y sus planes en correspondencia a su condición de salud y a sus experiencias. Son sujetos que aún tienen ganas de soñar y alcanzar sus sueños, por lo que encontramos pacientes con metas a corto, mediano y a largo plazo, las cuales fueron trazadas en dependencia de las experiencias individuales y las posibilidades reales de estos pacientes. A continuación, se ofrecen algunas declaraciones de estos sujetos en relación a sus metas vitales:

- *“Quisiera salir del hospital”.*
- *“Estar en mi casa con mi familia”*
- *“Trabajar y mantenerme”*

Todos los pacientes coincidieron unánimemente respecto a estas proposiciones, resaltándolas como las metas primordiales a alcanzar, y destacando que es su principal sueño, y su principal aspiración en la vida. También se destacan algunos pacientes más jóvenes que entre sus principales aspiraciones se encuentra *“tener un hijo/hija”*.

Referido a la internalización expresaron:

- *“Hacemos actividades culturales, bailamos, cantamos”*
- *“Realizamos deporte”*
- *“Nos gusta ir al taller de corte y costura”*
- *“Nos sentimos bien en la actividad del barrido”*

Se observa que estas expresiones se encuentran fundamentadas por valores creativos, vivenciales y actitudinales, manifestando tener experiencias que les permiten vivir el día a día. Se puede ver la presencia de valores actitudinales vinculados con la producción o la realización de acciones hacia las demás personas. También emergen los valores creativos, debido a que los pacientes entrevistados señalan el hecho de generar algo desde ellos hacia el mundo, a través de productos que elaboran, como por ejemplo los hombres participan en la realización de canastas de guano y las mujeres hacen alfombras, y luego muchos de estos productos son vendidos, y otros llevados como donación a escuelas, centros de trabajo, etc. También aluden

a los valores vivenciales otorgados a partir de las actividades que reciben en la institución y los vínculos que poseen con otros pacientes en la realización de dichas actividades.

En este marco, se puede apreciar que estos talleres, actividades diarias, el ayudar a otros y conversar con otras personas, les genera cierto bienestar, al otorgar una valoración positiva a cada actividad, que les da sentido a sus vidas.

Conclusiones

1. En los pacientes con esquizofrenia el sentido de vida, no indica un pensar o fantasear cosas insensatas, al contrario, constituye una experiencia auténtica, absuelto de cualquier fundamento que no sea el acto de su propia fundación.
2. El propósito de la existencia de estos pacientes, surge de la respuesta que dan a la vida, a las situaciones y a las tareas con que la vida le enfrenta.
3. Para estos pacientes institucionalizados, el sentido de la vida, es el vivir su día a día de manera tranquila y autónoma, realizando las actividades que les generan satisfacción al interior de la institución.
4. Se evidencia cómo los valores actitudinales, vivenciales, experienciales que permiten el sentido de vida, se vinculan con el bienestar psicológico, dado que se busca una situación que genera una satisfacción vital con respecto a la experiencia vivida.
5. La gran mayoría de los pacientes de la muestra mantienen una satisfacción personal en su vida cotidiana, donde observan la vida con más alegrías que tristezas.
6. A pesar de que no pueden controlar siempre las condiciones con las cuales deben enfrentarse, sí puede controlar sus propias respuestas a estas, por tanto, se consideran sujetos responsables de sus respuestas, elecciones y acciones.
7. La voluntad de vivir y lograr objetivos mejora el estado afectivo de dichos pacientes.
8. El sentido de vida es indispensable para el hombre en tanto funciona como ese motor que le inyecta energía y evita que el hombre llegue a perecer, no en sentido orgánico sino espiritual.

Referencias bibliográficas

- Bellomo, LE. (2011). *La Rehabilitación psiquiátrica en la Argentina. Una crónica del tema a través de la historia hasta la actualidad*. Amazon. Akadia. Disponible en www.google.com
- Calvo de la Paz, D. (2016). *Esquizofrenia. El enigma continúa*. ONBC. ISBN 978-959-7234-61-6
- D'Angelo Hernández, O. (2002). Sentido de vida, sociedad y proyectos de vida. En libro: *Ética y Sociedad* vol. 2.- La Habana: Félix Varela.
- Frankl, V. E.: (1991). *El hombre en busca de sentido*. México: Paidós.
- González Menéndez, R. (2009). *Clínica psiquiátrica básica actual*. La Habana: Félix Varela. ISBN 959-258-482-6.

- Gottfried, A. E. (2016). Adaptación Argentina del PIL Test (Test de Sentido en la Vida) de Crumbaugh y Maholick. *Revista de Psicología*, vol. 12, no. 23, pp. 49-65 of Crumbaugh & Maholick. Disponible en www.google.com.
- Martela, F; Steger, M F. The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology* 11 (5), 531-545, 2016. Disponible en www.researchgate.net.
- Moomal. (1999). The relationship between Meaning in life and mental well-being. *South African Journal of Psychology*. Disponible en [www//doi.org/10.1177](http://www.doi.org/10.1177).
- Rodríguez, M. (2005). Sentido de la vida y salud mental. *Revista de pensamiento personalista y comunitario del instituto Emmanuel Mounier*. 74: 47-49. Disponible en www.google.com
- Seligman, M. (2018). Perma and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology* 13 (4), 333-335. Disponible en www.researchgate.net
- Steger, M F; Oishi, S; Kashdan, T B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology* 4 (1), 43-52. Disponible en www.researchgate.net
- Villana & Lemos. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Dialnet*. Disponible en www.dialnet.unirioja.com
- Yalom, Irvin D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder, Disponible en www.google.com