



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**



---

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**

**“SALUD MENTAL Y SENTIDO DE VIDA EN MUJERES EN  
DIFERENTES SITUACIONES RESPECTO AL  
CICLO VITAL DE LA FAMILIA”**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**LARISSA LIRA OCHOA**

**No. DE CUENTA: 0710448**

**ASESOR**

**DRA en C.S. BRENDA RODRÍGUEZ AGUILAR**

**TOLUCA, MÉX., OCTUBRE, 2015**

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>8</b>
<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPITULO I: Salud mental .....</b>	<b>18</b>
1.1.-Salud-enfermedad.....	19
1.2- Definición deSalud mental .....	20
1.2.3.- Tostarnos mentales .....	22
CAPITULO II.- Rol de la mujer en la sociedad .....	27
2.1.- Mujer y sociedad.....	28
2.2.- Matriarcado .....	30
2.3.- La mujer y el ámbito laboral .....	32
CAPITULO III.- Etapas del ciclo vital de la mujer .....	35
3.1.- Adolescencia.....	36
3.2.- Familia y Ciclo vital de la familia .....	39
3.2.1.- Matrimonio sin hijos .....	42
3.2.2- Matrimonio con hijos en edad preescolar .....	43
3.2.3.- Matrimonio con hijos escolares.....	43
3.2.4.- Matrimonio con hijos adolescentes .....	44
3.2.5.- Plataforma de lanzamiento .....	46
3.2.6- Nido vacío .....	47
CAPITULO IV.- Sentido de Vida-Vacío Existencial .....	49
4.1.- Fundamentos Filosóficos de la Logoterapia.....	50
4.1.1.- La Logoterapia.....	57
4.2.- Sentido de Vida.....	63

4.3.- Vacío Existencial.....	67
4.3.1.- Causas y Consecuencias .....	71
<b>CAPITULO V.- Metodo de Investigacion .....</b>	<b>74</b>
5.1 Objetivo:.....	74
5.1.1.- Objetivos Específicos.....	74
5.2 Planteamiento del problema.....	74
5.3.- Tipo de estudio.....	77
5.4.-Hipótesis de Investigación .....	78
5.5 - Definición de variables .....	79
5.6 -Población .....	80
5.7 Muestra .....	80
5.7.1. Criterios de Inclusión.....	86
5.7.2 Criterios de Eliminación .....	86
5.8.- Instrumentos .....	86
Instrumento de salud mental .....	86
instrumento de sentido de vida .....	86
5.9 -Diseño de Investigación .....	88
5.10 -Etapas de la Investigación .....	89
5.11.- Análisis Estadístico .....	89
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>90</b>
<b>ANALISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>90</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>101</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>111</b>
<b>SUGERENCIAS .....</b>	<b>112</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>114</b>

## RESUMEN

Las mujeres son las que presentan mayor incidencia de padecer alguna enfermedad o trastorno mental (Guevara, 2005). Respecto a esto, Ryff y Keyes (1995) sugieren que un componente crítico de la salud mental incluye la convicción y el sentimiento personal de que la vida tiene sentido debido a esto, el objetivo de esta investigación fue analizar el sentido de vida y la salud mental en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia.

Se trabajó con 100 mujeres que radican en el estado de México, con una edad entre 30 y 50 años y de nivel Licenciatura o más. Los instrumentos utilizados fueron la Escala del Cuestionario de Salud General-28 para medir la salud mental y, para medir sentido de vida el Test de PIL (Propósito de Vida Test).

Se realizó un estudio de tipo descriptivo para conocer las características de la muestra. Así mismo se llevó a cabo el estadístico de correlación de Pearson para conocer la relación entre las variables y el análisis de varianza (ANOVA) para comparar edad, estado civil, escolaridad y ocupación con los factores de salud mental y de sentido de vida.

De la población total analizada, se encontró que las edades oscilan en un promedio de 35 años. El 86% con escolaridad a nivel licenciatura. En cuanto al estado civil se observó que la media de la población es casada. El factor con mayor asociación es la dialéctica destino-libertad mostrando así que la libertad de elegir sobre su vida y, estar preparadas y sin miedo a morir. Respecto a las comparaciones entre edad, ocupación, puesto y escolaridad se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre escolaridad y metas observando que, a medida que las mujeres tienen mayor nivel de escolaridad sus metas también aumentan. También se encontraron diferencias significativas entre el puesto y la ansiedad indicando que, la ansiedad aumenta en aquellas mujeres que tienen un puesto más alto.

## **PRESENTACIÓN**

La salud mental tiene una importante dimensión social, tanto es así que los factores como la cultura, la religión, el poder adquisitivo, los mitos o tabúes, los acontecimientos familiares o sociales, el estatus social o las modas, son determinantes. A esta dimensión social, se debe añadir la implicación de valores y actitudes de cada persona, familia o sociedad.

Una definición de salud mental es la que propone el doctor Ahmed Okasha (2005), Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, quien considera a la salud mental como un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades (Estrada y Ruvalcaba, 2013).

Así, la salud mental está íntimamente relacionada con las actividades que realizan las personas en su vida diaria y las habilidades psicosociales que han adquirido a través de su historia de vida para enfrentarse a los problemas de su vida cotidiana y cuando no han adquirido dichas habilidades por ende, no podrán desempeñarse satisfactoriamente.

En este sentido, la vida puede ser significativa en la medida en que se afronta a situaciones adversas en las cuales se pierde seguridad y estabilidad. Estas crisis ofrecen posibilidades para aprender y crecer como personas. Para Clavijo (2011) estas situaciones las componen la triada mágica: muerte sufrimiento y culpa las cuales constituyen momentos de crisis y de ruptura de lo cotidiano pero que propician cuestionamientos sobre la vida generando inestabilidad en el individuo y su entorno pero siempre que sean superadas van a permitir un desarrollo personal.

Vinculado a esto, la realización existencial ocurre cuando cada persona trasciende su propia situación y su condición hacia un objetivo externo a uno mismo (el trabajo, la pareja, Dios, el estudio, un pasatiempo, etcétera), de manera general experiencias y acciones en la vida, que permitan salir de uno mismo para lograr un objetivo (Martínez, 1999).

Con base en lo anterior, la presente investigación está enfocada en analizar el sentido de vida y salud mental en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia. El marco teórico está compuesto por cuatro capítulos que abordan los temas importantes para la realización de esta investigación.

CAPITULO I. Salud mental que se desarrolla a partir del concepto de salud mental y los términos que giran en torno a él (salud, enfermedad y trastornos mentales).

CAPITULO II. El rol de la mujer en la sociedad, partiendo de la visión que la sociedad tiene de ella en el área laboral y familiar.

CAPITULO III. Etapas del ciclo vital de la mujer abordada desde la adolescencia y como miembro de un sistema familiar donde funge el papel de madre.

CAPITULO IV. Sentido de vida y vacío existencial desarrollados desde la Logoterapia.

Para esta investigación, se tomaron 100 mujeres que radican en el estado de México con una edad de 30 a 50 años. Después de analizar los resultados se encontró que en las mujeres de la muestra carecen de síntomas que indiquen una ausencia de salud mental, manifiestan gozar de una vida plena y libertad de elegir sobre su vida e incluso, estar preparadas para la muerte.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, y como consecuencia de múltiples causas se ha originado una nueva tipología familiar, que recibe el nombre de familia monoparental, y a cual se constituye por: madre soltera; viuda; separada o divorciada; fallecimiento de un progenitor; adopción por personas solteras y ausencia prolongada de un progenitor; factores que traen consigo el desarrollo y dinámica de la familia en el aspecto afectivo, educativo y económico. Así, la familia monoparental no sólo se refiere a la persona que ha sido abandonada por su pareja; hace alusión también a aquella persona que sola ha tomado la decisión de asumir la opción de cuidado y educación de sus hijos e hijas. El concepto de “hogar con jefatura femenina” se utiliza cada vez con más frecuencia para nombrar a aquellos hogares ausentes de un varón, así como los encabezados por madres jóvenes y sin pareja, que tienen hijos e hijas fuera del matrimonio o son abandonadas por su compañero (Uribe, 2007).

Respecto a esto y según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010), en México, el total de la población es de 112 millones 336 mil 538 personas, de las cuales 57 millones 481 mil 307 son mujeres. De estas 57 millones 481 mil 301 mujeres, 7 millones 778 mil 876 pertenecen al estado de México. Para este mismo año, en el estado de México habían 17 millones 353 mil 462 mujeres casadas, 14 millones 392 mil 540 mujeres solteras, 6 millones 185 mil 310 mujeres unidas, 2 millones 914 mil 338 viudas, 2 millones 211 mil 430 separadas y tan solo 813 mil 202 mujeres divorciadas.

Estas mujeres, viven dificultades comunes, como por ejemplo, insertarse en un mercado laboral segmentado por el sexo, intentando compatibilizar sus responsabilidades familiares y domésticas con las del mundo laboral e integrarse y hacer uso de derechos en igualdad de condiciones. Además, para aquellas mujeres que deben cumplir el rol de madre y jefa de hogar las dificultades muchas veces se intensifican, puesto que cuando el hombre es Jefe de hogar, generalmente asume las

responsabilidades del cuidado de una familia en pareja, tanto en el caso de la familia nuclear como extensa, esto significa que existe el apoyo de una mujer, dueña de casa y madre con quien el hombre comparte la vida familiar. En cambio, la mujer que asume el rol de jefa de hogar, en su mayoría es aquella mujer que es madre soltera o viuda y por tanto, se hace cargo de las responsabilidades familiares sin ayuda ni apoyo de su pareja y de padre de familia (Escamilla, Parra, Sepúlveda y Vásquez, 2013).

Así mismo, las múltiples normas sociales refuerzan las responsabilidades no igualitarias y en roles sociales hacen que muchas mujeres estén sometidas a una importante sobrecarga de labores, especialmente aquellas que armonizan su trabajo con tareas domésticas y la crianza de los hijos. (Montero, s/f).

Conocer de cerca las emociones que presenta la enfermedad, da lugar a entender emocionalmente al sujeto, sus estados de ánimo, cambios repentinos de conducta ya que se presentan con una nueva adaptación de circunstancias para el sujeto donde su pareja y su familia ocupan un lugar indispensable. (Nava, 2003).

Dentro de los múltiples mecanismos de enfermedad que sufre una persona, todos tienen en común el hecho de constituir para ella un conflicto, como dice Maldonado: "Todo hombre enfermo es, por definición, un hombre conflictuado, un hombre que sufre por esa causa y cuya vida se modifica transitoria o definitivamente a causa de tal enfermedad" (Maldonado, 1986, p.45)

Si bien las alteraciones de la salud no son la única fuente de conflicto de un individuo, se constituyen en demandas particularmente exigentes sobre las capacidades de afrontamiento emocional, ya que generan niveles graves de amenaza y requieren de fuentes externas de ayuda (Lotman, 1991). Por tanto, es indispensable la salud mental ya que ayuda a manejar el estrés, a relacionarse positivamente con otras personas y tomar decisiones asertivas para que el tratamiento tenga mejores resultados.



En relación, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) menciona que la presión ejercida debido a las variadas funciones que deben desempeñar, la discriminación de género y los factores asociados con la pobreza, el hambre, la malnutrición, el exceso de trabajo, la violencia doméstica y los abusos sexuales explican la deficiente salud mental de las mujeres. Existe una relación positiva entre la frecuencia y la severidad de tales factores con los problemas de salud mental en las mujeres. En relación a esto, dentro de los factores de riesgo propios del género que influyen en los trastornos mentales comunes y que afectan de manera desproporcionada a las mujeres están la violencia, las carencias socioeconómicas, el salario bajo y no equitativo para el género femenino, la condición y rango social subordinado y la continua responsabilidad del cuidado de otros.

Dentro de este marco, una de cada cuatro personas adultas sufre, a lo largo del último año, un trastorno mental identificable. De ellas entre un 3 y un 5% son lo suficientemente graves como para precisar tratamiento especializado y la mayoría de ellas son mujeres. De igual manera, las mujeres están relativamente protegidas de algunos de los trastornos más graves asociados al neurodesarrollo que se manifiesta en la infancia y en la época de la preadolescencia. Pero en la adolescencia este patrón cambia, y la mujer desarrolla más problemas psiquiátricos que el hombre (Uribe, 2007).

Para tal efecto y según la OMS (2005) mencionada por Ordorika (2009) el género es determinante fundamental la salud mental y las enfermedades mentales. Establece el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de su vida y de su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.

Respecto a esto, la OMS referido por Montero (s/f) habla de dos tipos de formulaciones teóricas. La primera postula que son los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos los que condicionan las diferencias en morbilidad entre

hombres y mujeres. Sin embargo, los estudios realizados en esta línea son insuficientes para explicar el distinto comportamiento frente a esta problemática.

Por otra parte, Goodnow (1987) referido por Triana (1991) hablan del enfoque sociologista el cual asume que la cultura y la sociedad en la que se desenvuelve el hombre son los determinantes de sus nociones. Según esta perspectiva esta teoría se concibe como mensajes culturales o conocimiento recibido. Lo que admite la existencia de diferentes ideas que lleven a una gran homogeneidad dentro de un mismo ámbito cultural. Esta teoría, también llamada ambientalista defiende que son las variables socioculturales, las que actúan a través de roles y patrones de conducta antes socialmente impuestos, los que definen y condicionan la manera en que tanto hombres como mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico y las estrategias que eligen para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica (Montero, s/f).

Siguiendo esta misma línea, son los factores sociales y culturales los que tienen un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de la enfermedad mental cuya influencia se manifiesta de manera diferente tanto en hombres como en mujeres en función de los diferentes roles que cada uno se ve obligado a aprender y a asumir en las distintas sociedades.

En consecuencia el aumento de la morbilidad psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, con hijos menores, en comparación con las solteras, es un fenómeno que se observa a menudo. Dicha asociación es una característica propia de las mujeres pues para los hombres el estado civil de casado se comporta como un factor de protección frente al desarrollo de la enfermedad mental. El papel que el trabajo desempeña en el bienestar psicológico de las mujeres es diverso y depende de una amplia serie de factores que van unidos a la naturaleza de este, su valor social y las posibilidades que ofrece en su proceso de desarrollo personal. Por consiguiente, al analizar el papel que el trabajo puede ejercer sobre la salud mental de la mujer es de vital importancia tener en cuenta los aspectos que son inherentes al significado y el

sentido personal y social del mismo, al igual que la clase social y la situación familiar (Montero, s/f).

En conclusión, los factores sociológicos afectan tanto a hombres como a mujeres, pero la incidencia es mayor en las mujeres tal. Según Moreno (2006), además de lo biológico, la salud varía dependiendo la clase social en hombres y mujeres, el grupo étnico y la edad, por consiguiente, las poblaciones más afectadas son las más pobres, las pertenecientes a grupos minoritarios y con menor poder, tales como, grupos étnicos minoritarios, homosexuales, mujeres y menores de edad.

Desde esta perspectiva, se puede entender la salud mental como un constructo el cual es multidimensional donde sus ejes y dimensiones abarcan formas que son individuales y sociales en relación al sujeto, la manera de estar en el mundo, la valoración que hace y significado que otorga a su realidad. A partir, en primer plano de la colocación de su personalidad, edad, género, cultura y ambiente en el cual se ubique; la cual dotará y será mediadora de desafíos y retos nuevos, en función de la autonomía y dominio del entorno que tenga (Carrasco, García y Brustad, 2007).

Si bien, las alteraciones de la salud mental impacta en el sistema donde se presenta, hasta la función de los integrantes que tienen con respecto a la persona que presenta la enfermedad, incluso el propio panorama de las personas que lo padecen en un punto medio entre este binomio salud-enfermedad encontramos el concepto de resiliencia.

De esta manera, la persona enfrenta sus experiencias y éstas son modeladas a través de las emociones y de las estrategias de afrontamiento con las que cuenta cada individuo, con las cuales teniendo un buen soporte a nivel de apoyo social, le permitirán un grado de bienestar psicológico sumado de un funcionamiento pleno a

nivel físico y social, otorgando al sujeto una visión de crecimiento, desarrollo y aceptación hacia sí mismo (Carrasco, García y Brustad, 2007).

Vinculado a esto la realización existencial ocurre cuando cada persona trasciende su propia situación y su condición hacia un objetivo externo a uno mismo (el trabajo, la pareja, Dios, el estudio, un pasatiempo, etcétera), de manera general experiencias y acciones en la vida, que permitan salir de uno mismo para lograr un objetivo (Frank, 1999).

En consecuencia, la construcción del sentido surge por la necesidad de dar solución a los problemas que tenga una colectividad o un individuo. Es la respuesta que la sociedad o el mismo individuo ofrece a las preguntas y problemas que se van presentando y que la vida misma implica.

Sin embargo, cuando esta voluntad de sentido no se satisface, ocurre una frustración existencial. En este sentido, Frankl (1994) menciona que dicha frustración puede ser causa de enfermedades mentales, es decir patógena. En el momento en que aparece esta frustración en el individuo es cuando se puede hablar de un vacío existencial donde hay una pérdida del sentimiento de que la vida es significativa. En general, la frustración que experimenta hoy el hombre ya no es sexual sino existencial, y ya no adolece tanto de un sentimiento de inferioridad como de un sentimiento de falta de sentido (Castro, 2000).

De acuerdo a esto y para explicar lo que ha producido y causado el vacío existencial Frankl (1994), señala que al contrario de un animal, el hombre no tiene ningún instinto o impulso que le digan lo que debe hacer y, al contrario que en épocas pasadas, hoy ya no quedan tradiciones que guíen sus actos. Ni sabe lo que debe hacer, ni tiene nada que lo guíe, y desconoce completamente lo que de verdad desea. Las consecuencias de ello son: conformismo, totalitarismo y neuroticismo que produce desajuste en las personas, donde una pobreza espiritual conduce a una profunda sensación de falta de sentido. Es decir, a la duda que surge sobre el sentido de la vida.

Después de analizar la base teórica de diversos autores y expertos en el tema, así como el análisis estadístico se observó que el factor con mayor asociación es la dialéctica destino-libertad mostrando así que la libertad de elegir sobre su vida, tenerla en sus manos, bajo su control, y estar preparadas y sin miedo a morir es fundamental en la salud mental y el sentido de vida.

La muestra estudiada indica que las mujeres tienen una percepción de la vida propia y la vida cotidiana como plena de cosas buenas así como objetivos ligados a acciones concretas en la vida y a la responsabilidad personal. No manifiestan tener síntomas que indiquen ausencia de salud mental.

Respecto a las comparaciones entre edad, ocupación, puesto y escolaridad se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre escolaridad y metas observando que, a medida que las mujeres tienen mayor nivel de escolaridad sus metas también aumentan. También se encontraron diferencias significativas entre el puesto y la ansiedad indicando que, la ansiedad aumenta en aquellas mujeres que tienen un puesto más alto.

## **MARCO TEORICO**

### **CAPITULO I.- Salud mental**

Al hablar de salud mental se habla de un término que implica tanto el binomio salud-enfermedad como el término trastornos mentales los cuales están presentes sin importar la diversidad de caracteres así que, por ser un fenómeno multicausal el contexto social en que se vive y las circunstancias vitales de cada individuo son factores esenciales e incluso determinantes para detonar y determinar un estado de salud mental.

Así, es importante mencionar que la salud mental depende de la educación que se ha recibido, de la interiorización de valores y de normas sociales, se cómo se han vivido e integrado las experiencia, al igual que de los roles que se desempeñan y de los obstáculos y presiones que existen sobre las mujeres, más que las características biológicas (Instituto de la Mujer, 2011).

Por tanto, es fundamental conocer como los factores multiculturales son determinantes esenciales para definir el estado de salud mental de las mujeres dependiendo, el grado de satisfacción que han adquirido gracias a su estilo de vida aprendido a través del tiempo como heredado por su contexto y asumido por ellas para esto, es importante antes aclarar y delimitar el concepto de trastornos mentales, salud mental y el termino salud-enfermedad.

## **1.1.-Salud-enfermedad**

El presente capítulo tiene por objetivo analizar el concepto de salud mental y para ello es importante también definir el concepto de salud y de enfermedad ya que ambos tienen un impacto en la dinámica social.

La salud es un término de gran interés para todas las personas al igual que el de enfermedad. La razón de lo anterior es que la salud es un factor imprescindible para preservar la vida.

Como concepto universal, está la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su carta fundacional de 2005: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia.” (p.20) donde también se estableció que la salud es un derecho inalienable de todo individuo, independientemente de su raza, religión, ideología y condición sociocultural.

Por su parte la enfermedad es concebida como una triple situación etiológica física, social y cultural, dando mayor importancia al factor físico, biológico, al no considerar al individuo como sujeto y objeto de procesos socioculturales (Lugo y Ernesto, 2009).

Desde la óptica de las ciencias sociales San Martín (1990) citado por Lugo y Ernesto (2009) menciona que el binomio salud-enfermedad constituye el resultado global, dinámico, colectivo y al mismo tiempo individual, de todas las influencias y determinantes sociales que se originan en las estructuras y el funcionamiento de las formaciones en que se ha vivido. Por lo tanto, los estados de salud y enfermedad están condicionados por la dinámica de las interacciones de tipo ecológico, económico, histórico, demográfico, político, social, cultural y religioso que se materializan en cada uno de los contextos sociales.

Al analizar ambos conceptos, Freitez (2000) mencionado por Alcántara (2008), considera que la salud mental y la enfermedad no son procesos detenidos. Detrás de toda condición de salud o enfermedad existe el riesgo de su alteración constante. Estas condiciones son procesos continuos; y existe una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio aun contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud por tanto, al hablar de salud-enfermedad se habla de un fenómeno tanto multidimensional como multicausal.

## **1.2- Definición de Salud mental**

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida. Es aquel estado en el que una persona es funcional en todas o en la mayoría de sus esferas tanto privadas como públicas.

La OMS (2001), propone un concepto: “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (Escandón, 2000, p. 17).

Conocer de cerca las emociones que presenta la enfermedad, da lugar a entender emocionalmente al sujeto, sus estados de ánimo, cambios repentinos de conducta ya que se presenta con una nueva adaptación de circunstancias, para el sujeto donde su pareja y familia ocupan un lugar indispensable (Vieta, Colom y Martínez, 2003).

Dentro de los variados mecanismos de enfermedad que sufre una persona, todos tienen en común el hecho de que la enfermedad termina por constituir para ellos un conflicto, como dice Maldonado: Todo hombre enfermo es, un hombre conflictuado, que



sufre por esa causa y cuya vida se modifica transitoria o definitivamente a causa de tal enfermedad (Maldonado, 1986).

En este sentido, las alteraciones de la salud no son la única fuente de conflicto de un individuo, se transforman en demandas severas que actúan sobre las capacidades de afrontamiento emocional, ya que generan niveles grandes de amenaza y que requieren de fuentes externas de ayuda (Lotman, 1991). Por lo tanto la salud mental es indispensable para un buen manejo del estrés, favorece a las relaciones positivas y ayuda a tomar decisiones asertivas (Galindo, 2011).

Así, la relación entre enfermedad mental y enfermedad física es muy estrecha ya que son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales o viceversa. La familia tiene un papel primordial en el soporte y apoyo para el paciente.

La pérdida de la salud, hace referencia hacia el aspecto biológico. La pérdida del estatus, remite al aspecto social. La pérdida de la autonomía y la libertad, encaja en el aspecto psicológico debido a los factores por los que el paciente pierde esas facultades.

De esta manera, es importante tomar en cuenta tanto la parte biológica como la parte psicológica que tiene repercusiones en la salud del enfermo y en la manera de interactuar con las demás personas provocando una serie de sentimientos que repercuten en su entorno.

Especificar los problemas de salud mental es complicado ya que éstos tienen que ver con dificultades que se pueden convertir en conflictos de distinta magnitud. De esta forma, la salud mental se puede entender como un proceso dinámico que, generalmente, ocurre en un continuo salud-enfermedad mental, aunque en la mayoría de los casos no se llega necesariamente a la enfermedad debido a que estas personas pueden mantener su salud mental con variaciones dependientes de diversas circunstancias.

Las personas que no padecen trastornos mentales pueden presentar otro tipo de problemas de salud mental que pueden afectar su bienestar emocional, así como:

Problemas psicosociales que afectan su funcionamiento y por ende su vida cotidiana.

Una definición de salud mental es la que propone el doctor Ahmed Okasha (2005), Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, quien considera a la salud mental como un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades (Valencia, 2007).

Así, La salud mental está íntimamente relacionada con las actividades que realizan las personas en su vida diaria y las habilidades psicológicas que han adquirido a través de su historia de vida para enfrentarse a los problemas de su vida cotidiana y cuando no han adquirido dichas habilidades por ende, no podrán desempeñarse satisfactoriamente

### **1.2.3.- Trastornos mentales**

Como se mencionó en el apartado anterior el binomio salud-enfermedad tiene innumerables repercusiones a nivel individual y social. En este mismo sentido, los trastornos mentales representan una parte significativa de las enfermedades en todo tipo de sociedad.

De acuerdo con la OMS (2003) citado por Fernández (2005), el impacto que tiene los trastornos mentales no afecta por igual a todos los sectores de la sociedad. Los grupos con menos recursos y en situaciones adversas son los más vulnerables, también es mayor en adultos jóvenes los cuales siendo la parte de la población más

productiva se enfrentan a la discriminación y a la estigmatización por la demás parte de la sociedad.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales “DSM IV” un trastorno mental identificado en la sección II del manual un trastorno mental es un: “síndrome caracterizado por una alteración significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (Valdés, 2001, p, 62).

Los trastornos mentales son multicausales, tanto biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales. El modelo de que actualmente se utiliza es el biopsicosocial donde se incluyen factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal (Valencia, 2007). Este tipo de enfermedad al igual que en sus causas, las repercusiones que tiene abarcan más de una dimensión y es ahí donde radica la relación entre el trastorno físico y mental que además se presenta de forma transversal pudiendo presentarse solo el físico, el mental o ambos variando en espacio y tiempo.

De acuerdo con la OMS (2003, 2005) y Saraceno (2004) referidos por Valencia (2007) actualmente se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, la cual les genera sufrimiento e incapacidad. De estas, aproximadamente de 121 a 150 millones sufren depresión; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse. Según estadísticas de la OMS, publicadas en 2001 se calcula que una de cada 4 familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental y una de cada 4 personas se verá afectada por algún trastorno mental en su vida.

De acuerdo a la información disponible presenta algunos datos que permiten conocer de manera muy resumida la situación en México. Alrededor de 15 millones de personas padecen algún trastorno mental. Los resultados de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003) indican que el 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) alguna vez en su vida y que solamente uno de cada 10 pacientes recibe atención especializada (Valencia, 2007)

En otro estudio se encontró que 2% de niños y adolescentes de hasta 18 años, lo que equivale a dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor con un promedio de siete episodios a lo largo de su vida

Cabe mencionar que de acuerdo al Instituto Nacional de la Mujer (Inmujeres, 2006) los trastornos mentales no se presentan de igual manera ni en la misma magnitud entre mujeres y hombres, y se espera que la prevalencia aumente debido al incremento de factores de riesgo.

La violencia de género es un factor de riesgo para sufrir trastornos mentales. Las mujeres son las principales víctimas de violencia y quienes la han sufrido presentan mayor incidencia de padecer alguna enfermedad o trastorno mental como depresión, toxicomanía, actos autodestructivos e intentos de suicidio. Es importante mencionar que estos síntomas se agravan cuando las mujeres se ven impedidas de revelar su situación, se pone en duda su credibilidad, no se les brinda la seguridad requerida, deben enfrentar solas al agresor y no existe un sistema que les ayude a reparar el daño (Guevara, 2005).

Otros factores en la vida cotidiana de las mujeres y que pueden producir alteraciones emocionales en las mujeres son: las responsabilidades domésticas; tener una posición subordinada en la sociedad dentro y fuera del hogar; asumir la responsabilidad de armonizar las emociones, conflictos y tensiones de la vida familiar;

pocos espacios propios; tener una relación de pareja no satisfactoria; no tener en quién apoyarse emocionalmente y no tener metas personales (Inmujeres, 2006).

El impacto que se produce en la sociedad debido a los trastornos mentales no afecta uniformemente a todos los sectores. Los grupos con circunstancias adversas y con menos recursos tienden a ser más vulnerables ante los trastornos mentales. Lo anterior es un factor importante para que para la búsqueda de atención especializada para los trastornos mentales la cual puede tardar de 8 a 15 años y el 15% de las personas prefieren automedicarse (Fernández, 2005).

Otro factor determinante para la búsqueda de atención a los trastornos mentales es que actualmente no se pueden explicar si se consideran únicamente los síntomas y signos de los pacientes (OMS, 2003). Los cuales generan costos económicos, sociales, familiares, individuales y emocionales para quienes los padecen por ser multidimensional como cualquier otra enfermedad.

De todas las personas que se ven afectadas por un trastorno la mayoría no recibe atención por causa de las limitaciones a nivel familiar y de infraestructura en cada país, a falta de centros de atención especializada.

La realidad es que los costos sociales, familiares e individuales también son significativos pese a que no son cuantificables en términos de estigmatización social, discriminación, rechazo, frustración, tiempo invertido, problemas emocionales y demás factores que aquejan no solo a la persona afectada por el trastorno, también a los familiares y personas cercanas de aquel que padece la enfermedad.

La exclusividad del tratamiento farmacológico se modificó debido a la aparición de otras alternativas terapéuticas, que existen desde hace 60 años (Valencia, 2007), Este cambio de la conceptualización de los trastornos mentales no solo como enfermedades médicas y unifactoriales y ahora entendidas como multifactoriales que

incluyen el aspecto biológico y psicosocial han demostrado su efectividad como tratamientos integrales.

El abordaje de los trastornos mentales no es la única forma de entender la salud mental, sobre todo porque la mayoría de la población no tiene un diagnóstico y por ende no tiene algún tipo de trastorno mental pero puede llegar a tener problemas de salud mental que afecten su salud emocional y alguna de las muchas dimensiones en las que se desempeña en su vida diaria.

## **CAPITULO II.- Rol de la mujer en la sociedad**

La mujer al igual que el hombre siempre ha aportado en la economía, la estructura familiar, la cultura y la ciencia pero a diferencia del hombre sus aportaciones se han visto limitadas y poco reconocidas por la misma sociedad. La realidad es que ciertos factores de índole jerárquico, ideológico y pisco-social la han afirmado como un ente con pocos derechos, exigiéndole e incluso exigiéndose al mismo tiempo un alto grado de productividad adoptando un papel dependiente de mujer sumisa y abnegada.

Es desde el proceso educativo que se marcan patrones que se desean fijar para garantizar que se lleven a cabo ciertas conductas. Alejandre (s/f) menciona que los familiares están a cargo del proceso de aprendizaje en los niños después de esta instancia, esta la escuela como segundo término, educando así a la mujer de acuerdo a sus características biológicas y subrayando todo aquello que favorece a su rol de reproductor.

Así, la importancia de analizar la situación de la mujer en diferentes contextos y el papel que ha desempeñado dentro de la sociedad es de vital importancia para comprender su proceso de socialización.

## 2.1.- Mujer y sociedad

La familia es la institución más importante. En ella la socialización tiene sus inicios, también ocupa un lugar muy importante en la división del trabajo, clase social y condición económica cuyas figuras primordiales son el padre y la madre donde alrededor del padre gira la actividad económica y social y la madre representa la parte afectiva y la seguridad emocional de los miembros de la casa. Esta diferenciación entre los sexos se denomina como rol de género, considerándose el género aquella categoría en la que se concentran todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la femineidad (Alejandre, s/f). El sexo implica el factor biológico y anatómico en cambio, el género va más allá al implicar e integrar además de las características sexuales las económicas, culturales, políticas y sociales.

Este proceso de tipificación sexual se manifiesta en las familias, durante la transmisión de valores a las nuevas generaciones, y como parte intrínseca, de las normas relacionales que se establecen entre sus miembros (Herrera, 2000). Actualmente no se podría afirmar que la mujer asume un solo rol, además de labores de madre y esposa, como es el caso de miles de mujeres en todo el mundo, se desempeñan como jefas del hogar y sustentadoras de una familia, es la administradora del hogar en lo económico, en lo social y además en la socialización de los hijos.

Ser mujer no significa lo mismo para todos, hace algunos años significaba solamente dedicarse al cuidado de la familia. No había muchas posibilidades de elegir y decidir sobre su propia vida. La internalización tanto de las normas como de la cultura que muestra como ser, sentir y comportarse a veces se transforma en barreras psicológicas (Inmujeres, 2006).

Solo de manera esporádica y como lo señala Arias (1974) citado por Alejandre (s/f) ha desempeñado cargos importantes en el gobierno, en la ciencia y en las artes. En la vida social y familiar la mujer tiene un poco de mas libertad, donde su vida



básicamente se limita en saber cocinar, limpiar y hacer trabajos domésticos. La anatomía de la mujer, difiere a la del hombre, y ha condicionado su existencia, basándose en la facultad de ser madre, de acuerdo a razones sociales o culturales ya que poseen los órganos necesarios para la función de la maternidad.

En el aspecto económico es ama de casa asalariada que es producto de una subordinación de la mujer al hombre donde por ser quien aporta la mayor parte del recurso económico adquiere una mayor autoridad. Lo anterior es ocasionado por una red ideológica, muchas veces institucionalizada que justifica, acepta y reproduce su inferioridad por las propias mujeres gracias a su fuerte internalización. La ideología, como manera de concebir el mundo, se va formando desde la infancia, y se constituye en un elemento que funge como estructurante de la personalidad. En esta etapa el niño incorpora a su repertorio un conjunto de funciones y potencialidades. En los niños el proceso de aprendizaje está a cargo de familiares o en la escuela como institución sustituta donde se marcan tres etapas (Alejandre, s/f).

-Hogar: los niños modelaran sus imágenes y los tipos familiares

-Literatura infantil: mediante esta, confirman, a nivel de fantasía lo que la niña ya va imaginando

-Aprendizaje formal: La maestra como la extensión de la madre.

El papel de la mujer va ligado al papel de la maternidad, tal y como es concebida en la estructura patriarcal, demanda de las mujeres, entrega total y una negación de su ser como persona, entorpeciendo su autonomía e independencia, lo cual constituye un factor patógeno del funcionamiento y la salud familiar (Herrera, 2000).

En este sentido y según Arce, (1995), citado por Herrera (2000) las posibilidades de autoafirmación y autonomía en las mujeres son impedidas al centrar la identidad femenina en una seno relacional, donde se le exige actitud puramente de servicio y atención de manera incondicional a las demandas y necesidades de los otros. En las

dos últimas décadas se ha venido produciendo una ruptura progresiva con la familia típica tradicional que era caracterizada por una jerarquía rígida entre el hombre y la mujer esta tendencia provocando que se dé un aumento de los conflictos entre lo asignado y lo asumido en los roles sexuales y parentales, ya que años antes lo asignado a cada rol, padre y madre se asumía, en cambio en la actualidad se vivencia de manera conflictiva.

Otro cambio muy importante viene dado en los conceptos de autoridad y obediencia, lo cual posibilita jerarquías más laxas y una disolución de los vínculos dependientes, lográndose así, cada vez más uniones sostenidas en motivos afectivos, y no por necesidades económicas, así como un mayor nivel de realización personal de la mujer.

Las mujeres han realizado significativos cambios personales y colectivos, han accedido a la educación, están modificando la forma de vivir la maternidad, la relación en pareja, sexualidad, modificando valores, es decir están modificando su vida cotidiana. Sin embargo, estos cambios pueden concebir tensión psicológica al no cumplir los modelos ideales establecidos provocando críticas por parte de la sociedad y haciéndolas sentir inseguras (Inmujeres, 2006).

Pese a las inmensas barreras, en todo ámbito ya sea político, social, laboral, cultural, e incluso las mujeres han demostrado la igualdad de condición y operación, que no tiene nada que ver el ser varón, del ser mujer (Céspedes, 2012).

## **2.2.- Matriarcado**

El concepto de matriarcado y los debates surgidos en torno a él tienen sus orígenes en la segunda mitad del siglo XIX anteriormente, se veían únicamente como madres o como objetos de intercambio entre grupos de poder. La teoría del matriarcado de Bachofen tiene sus bases en la *Teoría de la Promiscuidad*, que

defendía que en los grupos de menor rango socio-económico, la paternidad es desconocida, lo que coloca a las mujeres en una visión de poder, como creadoras de vida (Rodríguez y Serrano, 2005).

El matriarcado es la forma de organización social y de gobierno en la cual la mujer, en cuanto madre, ejercía una gran influencia. Se llamó *matriarcado* al gobierno de las mujeres. Se usa también el neologismo *matriarquía* (del latín *mater*, que significa “madre”, y del griego *arkhein*, “gobernar” o “ejercer poder”) para denotar el mando o la autoridad política de las mujeres sobre la sociedad (Borja, s/f). El parentesco se estableció a partir de la mujer ya que ella era la que educaba a los hijos y tomaba las decisiones a nivel familiar.

Parece, que las beneficiadas de esta transformación son las mujeres, con este estilo de vida ganan libertad y autonomía, tienen más posibilidades de realización, mayor capacidad de decisión. Pese a esto, se encuentran con diversas disyuntivas: Si se conforman con el rol subalterno tradicional de esposa y madre se ven compitiendo con los varones y si optan por el desarrollo de una profesión y la maternidad están decidiendo por roles difíciles de combinar que dan como resultado insatisfacciones y conflictos personales (Inmujeres, 2006).

En el pasado, la integración de las mujeres al mercado de trabajo era solo una etapa. Esto consecuencia de que para la mujer dentro del matrimonio el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos eran tareas primordiales; ya que cuando no tenían hijos, ya habían crecido debido a una situación económica familiar crítica, factor por el cual la mujer se incorporaba en el ámbito laboral.

Las trabajadoras fueron sinónimo de presión social y familiar por considerarse que "descuidaban" su papel social de esposa–madre. Actualmente, la mujer que asume el rol de jefa de hogar, en su mayoría es madre soltera o viuda y por tanto, se hace cargo de las responsabilidades familiares sin necesidad de sostén varonil que funja el

rol de pareja y padre de familia, convirtiéndose en una familia monoparental. Es en este ámbito donde se presentan los mayores niveles de discriminación, tienen un limitado acceso al campo laboral (Castellanos, Martelo y Corona, 2007).

### **2.3.- La mujer y el ámbito laboral**

La mujer a lo largo de la historia ha trabajado tan intensamente como el hombre, sin embargo, su esfuerzo no ha sido tan valorado como el del hombre porque ha tenido, un carácter subordinado que no le ha permitido igualdad de oportunidades.

En este sentido Maurizio (2010) menciona que la tasa de participación femenina tiene una tendencia creciente en los últimos años pese a esto sigue siendo más baja que la de los varones. Esta situación asociada tanto a las limitaciones que las responsabilidades familiares y reproductivas le imponen como a las condiciones de mercado menos favorables al empleo femenino. Esto al mismo tiempo asociado a que hay un elevado porcentaje de mujeres que solo realizan actividades domésticas y para los hombres el ciclo de vida sigue siendo educación-empleo-jubilación.

Estos roles contienen así mismo rasgos de conducta y de personalidad específicos para cada sexo. Eagly (1987) a partir de la teoría del rol social sostiene que las presiones sociales en cuanto a la persona impulsan a esta a determinados comportamientos así, la diferente posición social de sexos y la distribución de roles crean expectativas de rol de género.

De acuerdo con Lewis (1998) citado por Paterna y Martínez (2003) se ha confirmado que el desarrollo femenino puede llegar a ser más pleno con los dos tipos de roles es decir, a través de la maternidad y la dedicación de tiempo completo en un trabajo remunerado.

Sanger y Kelly (1988) afirma que la satisfacción en el rol tiene que ver con el grado de felicidad o infelicidad que siente por ser una madre que trabaja. El motivo de

su insatisfacción es que aún no han aprendido a organizar las tres esferas de la vida que permiten a una mujer combinar su parte maternal y su parte laboral en un único rol más amplio.

- 1) conseguir un sistema de apoyo firme
- 2) reconsiderar los objetivos
- 3) aprender a estructurar el tiempo con mayor eficacia

La mayor parte de las veces esa falla es producida por el marido el cual es considerado el miembro clave del sistema. Y aún más insatisfacción es provocada por el hecho de fijarse objetivos poco realistas respecto de las funciones maternas.

Breakwell (1986), Oakley, (1974) y Locksley, (1980) mencionados por Paterna y Martínez (2003) hablan de la importancia de la autoestima para la formación de la identidad, y considerada ésta como un producto social a través del cual el individuo se define a sí mismo como único y distinto de los demás. La maternidad, como parte de la identidad de la mujer, brinda a ésta de recursos importantes para alcanzar un buen nivel de autoestima. Sin embargo, aquellas mujeres identificadas totalmente con su rol doméstico, sin un trabajo remunerado, aisladas de lo social y sin autonomía propia, tienden a perder parte de su autoestima. La cantidad de mujeres casadas que trabajan ha aumentado considerablemente, hecho que parece estar vinculado, al grado de insatisfacción y de frustración que la mujer experimenta en su relación de pareja.

Con frecuencia, se observa que los hombres no comparten el trabajo doméstico y la educación de los hijos por lo que las mujeres están obligadas a realizar una jornada doble, trabajar y dedicarse al hogar lo cual es sumamente complicado pues genera en ellas culpa por no atender suficientemente bien a su familia. Actualmente tienen que destacar en los estudios y en la vida laboral, ser buenas esposas, estar atractivas y ser perfectas madres amas de casa.

Si centran su vida y sus expectativas de realización personal en el cuidado de la familia o en su desarrollo profesional, se pierden otros aspectos importantes de su vida. En cambio, relacionarse con otras personas y compartir metas, proyectos y placeres de la vida, las ayuda a mantener su salud mental (Inmujeres, 2006).

Barnett y Baruch (1985) en un estudio referido por Paterna y Martínez (2003) comprobaron que es el rol maternal el mayor determinante del estrés, independientemente de que la mujer trabaje, incluso que son las madres sin empleo las que perciben más la sobrecarga de roles y un mayor número de conflictos.

Por otro lado, está la teoría del modelo igualitario, y que supone que tanto el hombre como la mujer trabajen fuera de casa y que ambos contribuyan por igual al trabajo doméstico y al cuidado familiar. En esta transición, las mujeres siguen enfrentándose a trabas en el mercado laboral ocasionando a menudo frustración de sus expectativas y sacrificios personales (Alberdi, 2004). Las responsabilidades familiares siguen siendo la principal barrera para las mujeres.

Para ello es necesario, en primer lugar, cambiar la visión que se tiene de las mujeres como encargadas básicamente de cuidados en el hogar negando su capacidad para insertarse plena y establemente en el mercado de trabajo como sugiere Yannoulas (2005) citada por Maurizio (2010).

### **CAPITULO III.- Etapas del ciclo vital de la mujer**

Todas y cada una de las personas está marcada por su historia de vida la cual comienza en el ciclo vital de la familia y funciona como determinante para el actuar en cada momento y etapa de su vida. Cada parte tiene tareas de crecimiento, cambios y responsabilidades que le son inherentes.

Cuando alguna de ellas se ve interrumpida antes de su culminación, las etapas pierden su armonía y el ciclo de crecimientos se distorsiona. Para ser más plenamente humanos se tienen que realizar ciertos aprendizajes universales partiendo de la primera etapa de la infancia (Satir, 2002) en lo cual intervienen variedad de factores como son el género, número de hermanos, religión, entre otros y que son determinantes esenciales para marcar la dirección de su estilo, forma y calidad de vida.

### **3.1.- Adolescencia**

La adolescencia es una etapa motivada por la energía liberada durante la pubertad, la necesidad psicológica de independencia y las expectativas sociales de alcanzar el éxito, también es una etapa donde el adolescente se encuentra sometido a una enorme presión social.

La familia es uno de los contextos educativos, socializadores y de transmisión de valores más importantes que tiene el niño y el adolescente. De ahí la necesidad de mantener la conexión padres-adolescente (Montañés, Bartolomé, y Parra, 2007).

El contexto psicológico de un adolescente debe acomodarse a los cambios de humor, las ideas irracionales, al nuevo vocabulario y las situaciones embarazosas poniendo en juego su poder, autonomía, dependencia e independencia estructurando o lastimando al individuo como resultado de esta etapa. La diferencia entre lastimar y estructurar radica en que estructurar conlleva la acumulación de conocimientos mediante el aprendizaje con el fin de resolver los conflictos y frustraciones adquiriendo responsabilidades en cambio las heridas provocan grave deterioro psicológico y social (Satir, 2002).

Gambara y González (2005), mencionan que la adolescencia implica un proceso que impulsa al adolescente a tomar sus propias decisiones sobre cómo pensar, sentir y actuar. Las decisiones más importantes y difíciles en esta etapa son en primer lugar las referidas a temas familiares, seguidas de las que tienen que ver con sus amistades, estudios y sentimientos (Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra, 2007).

Para (Satir, 2002) la adolescencia es la etapa que marca el proceso de transformación de niña mujer adulta. En términos generales, el periodo de la adolescencia se extiende desde los diez a los diecinueve años según la OMS y su comienzo está marcado por el inicio del desarrollo de las características sexuales



secundarias (aquellas características que distinguen entre los dos sexos de una especie, pero no son directamente parte del sistema reproductor). Durante los años anteriores a la adolescencia, el inicio de la producción de hormonas sexuales provoca cambios en el aspecto físico. Por otro lado, las mismas hormonas responsables de estos cambios físicos provocan un profundo cambio emocional: se adquieren nuevas responsabilidades, se forja la autoestima (aceptación de uno mismo tal y como es) y se viven muchas experiencias nuevas. Los sentimientos se intensifican en esta etapa y es importante aprender a exteriorizarlos. El grupo de amigos juega un papel importante.

Las relaciones de los padres con los adolescentes y la presencia o no de conflictos, están fijadas, pero no determinadas en gran parte por los estilos educativos empleados dentro de su contexto familiar. Utilizando el modelo de Baumrind (1991), existen tres estilos educativos diferentes de los padres en el ámbito familiar (Montañés, Bartolomé y Parra, 2007).

- ↑ *Estilo autoritario*: No utiliza el afecto y el apoyo. Se basa en el control firme, la exigencia de normas y el uso de castigos. Se limita a exigirle al adolescente sumisión ante la norma impuesta, de forma que no hay un proceso de integración de la misma como propia. Sus efectos son poco duraderos.
- ↑ *Estilo democrático*: Su principio básico es el respeto, la exigencia apropiada, el castigo sensato, el control firme, la negociación y explicación de normas, y el refuerzo de los comportamientos deseados más que el castigo de los no deseados.
- ↑ *Estilo permisivo*: Hay una falta de control y de límites, la tolerancia y la renuncia a influir en los hijos. Se divide en dos:

1. *Estilo indulgente*: Tiene un comportamiento apacible y pasivo, probablemente sin normas y sin expectativas elevadas para sus hijos, Aquí, el castigo no es importante.
2. *Estilo negligente*: No hay control sobre sus hijos. Se desentiende de su responsabilidad educativa y desconoce lo que hacen los hijos.

Tesouro, Palomares, Bonachera y Martínez (2013) hablan de cuatro estatus de identidad por los que pasa el adolescente.

- Identidad difusa. El adolescente no ha hecho un proceso de exploración que le ayude a encontrar una identidad.
- Identidad hipotecada: No ha experimentado una crisis de Identidad, permanece adaptado y comprometido a los valores aprendidos en su infancia.
- Identidad moratoria. Busca su identidad, pero aún no ha podido establecer compromisos claros. Necesita encontrar una identidad y roles aceptables socialmente.
- Identidad alcanzada. El adolescente ha cumplido el período de exploración y adopta compromisos limitadamente estables y firmes.

Así, se puede concluir que el rol que desempeñan los padres y como los hijos los perciben es un factor determinante para la estructuración de la identidad del adolescente.

### **3.2.- Familia y Ciclo vital de la familia**

Según Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) la familia es un sistema de interrelación biopsicosocial y entre el individuo y la sociedad la cual se encuentra compuesta por un número variable de personas, unidas por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción. Para Flaquer (1998) la familia es un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos.

Blood (1972), Adams (1975) y Cano (2005) referido por Vn Bemeveld, Morales y Zarza (2008) explican que la familia es el sistema principal en donde tienen lugar las experiencias del niño, y las definen como una unidad articulada de seres humanos de diferentes edades, interrelacionados biológica y psicológicamente, que tienen entre todos, un conjunto de recursos y que utilizan para adaptarse a las situaciones psicológicas, sociales y físicas por las que pasan. En ella se construyen patrones de conducta, comportamiento, oportunidades, expectativas e incentivos de todos sus miembros.

Las estructuras familiares en las diferentes sociedades están ligadas a factores de orden cultural. La definición de lazo de parentesco no tiene que ver con criterios estrictamente biológicos, a veces no existe ninguna diferencia entre los hijos legítimos y los adoptivos. El grupo de parentesco implica a personas formalmente organizadas que pertenecen a una colectividad consanguínea.

El grupo familiar, en cambio, implica una relación de afinidad, es decir, de vinculación o matrimonio (Guadarrama, 2006). EL Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2004) refiere que la familia ha evolucionado y con ella se han creado nuevas formas de vida familiar y por ende actualmente existen varios tipos de familia como los son:

1.- una pareja que no tiene hijos porque no lo desean, o porque de momento así lo prefieren.

2.- Por la pareja y los hijos que son la mayoría

3.- Uno de los padres y los hijos. Generalmente esta situación se debe a que las parejas se divorcian o se separan.

3.- Hijos y abuelos u otros parientes o amigos se hicieron cargo de los niños.

A lo largo de la vida, las familias atraviesan crisis las cuales son distintas, según las características se pueden clasificar en crisis evolutivas o inesperadas como lo señala Estremero y García (2003).

- Crisis evolutivas: Son los cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de las personas. Dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos retos, que forman parte del desarrollo de la vida normal
- Crisis inesperadas: Aquellas crisis que ocurren bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual.

El ciclo vital familiar está inmerso en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que no podemos decir que haya formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas. Huerta (2005) refiere que el ciclo vital de una familia permite analizar la historia de la familia desde su formación hasta la disolución. Cada etapa de la familia tiene, a su vez, facetas que permiten distinguir los eventos de cada uno, es importante tomar en cuenta que debe haber un proceso de crecimiento y maduración, ya que la familia no es una organización estática, pasiva o inmutable, es más bien un organismo vivo integrado por cada uno de sus miembros ya que interactúan constantemente.

Para Minuchin (1986) la familia se desenvuelve en cuatro etapas durante las cuales el sistema familiar sufre variaciones, y donde se pueden provocar modificaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las cuatro etapas son:

- a) Formación de la pareja
- b) La pareja con hijos pequeños
- c) La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes
- d) La familia con hijos adultos

Los niños se convierten en adolescentes y luego adultos que se unen a una nueva familia, ya que así se le requiere a la familia, que se adapte y se reestructure donde a pesar de las diferencias que existen a nivel de cultura, las familias se evolucionan, jamás permaneces estáticas.

Dentro de los acontecimientos familiares que forman parte del ciclo vital de la familia están el nacimiento y crianza de los hijos, la partida de estos del hogar y la muerte de algún miembro. Todos ellos ocasionan cambios que modifican roles y límites.

En otras, se distinguen unos de otros bajo la influencia de motivos intrafamiliares centrifugas como es la emancipación de los hijos. Existen ciclos vitales diferentes llamados alternativos como sucede en la separación o divorcio, la muerte anticipada y la ocurrencia de alguna enfermedad crónica en el sistema familiar. En estas situaciones el ciclo normal se ve seccionado y los miembros de la familia deben adaptarse a la nueva situación para seguir viviendo (Minuchin, 1984).

### **3.2.1.- Matrimonio sin hijos**

Minuchin, (1984) señala que es necesario que cada una de las etapas cuente con nuevas reglas de interacción familiar, tanto dentro como fuera del sistema. Sin embargo, esto, no descarta que haya familias que puedan permanecer en una misma etapa a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación. Este retraso en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar. Al comienzo del matrimonio, una joven pareja debe enfrentarse a un cierto número de tareas. Deben adaptarse mutuamente en un gran número de rutinas. Por ejemplo, deben desarrollar rutinas para acostarse y levantarse aproximadamente a la misma hora, debe existir una rutina para comer juntos y para salir a lugares que son del gusto de ambos.

En este proceso de mutua acomodación, la pareja desenvuelve una serie de transacciones, formas en que cada pareja estimula y controla la conducta del otro y, a su vez, es influido por la conducta intrínseca.

Estas pautas transaccionales anteriormente mencionadas constituyen una trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia las cuales ya no solo implican a la pareja como tal si no también la manera en la que van a educar a sus hijos si es que deciden tenerlos. La pareja también se ve inmersa en enfrentarse a la tarea de separarse de su familia de origen y de tener ahora una relación diferente con los padres, hermanos y parientes políticos, las prioridades deben cambiar, ya que los deberes fundamentales de los nuevos esposos pertenecen a su matrimonio. La familia de origen de aceptar y apoyar esa ruptura para un buen funcionamiento. Cada esposo debe conocer a los amigos del otro y seleccionar a aquellos que serán los amigos de la pareja.

### **3.2.2- Matrimonio con hijos en edad preescolar**

El nacimiento de un niño marca un cambio radical en la organización de la familia. Para enfrentar a las exigencias del niño, las funciones de los conyugues deben diferenciarse para poder dotar de atención, alimento y para enfrentar las restricciones de tiempo de los padres. El compromiso físico y emocional con el niño requiere un cambio en los modelos transaccionales de los conyugues. En la organización de la familia aparece un nuevo grupo de subsistemas en el que los niños y los padres tienen diferentes funciones. Este periodo también necesita reestructuración de los límites con la familia.

Comienza con la adaptación de los padres al niño. A sus demandas, intereses y necesidades del niño pre-escolar. Durante esta etapa, los padres pueden percibir sus energías y privacidad reducidas debido al nacimiento de otro hijo y experimentan un acrecentamiento de las responsabilidades en la crianza de sus hijos y la necesidad de mayor espacio en el hogar, así como la necesidad de tener más tiempo para poder mantener la intimidad y la comunicación como pareja (Florenzano, 1986). Los abuelos, tías y tíos pueden incorporarse para apoyar, orientar u organizar las nuevas funciones familiares o la frontera alrededor de la familia nuclear puede fortalecerse.

### **3.2.3.- Matrimonio con hijos escolares**

Etapa decisiva en la evolución familiar. Es el primer desprendimiento del niño del seno familiar. En esta etapa, se pone a prueba de la eficiencia de los procesos tanto de crianza como de socialización.

Comienza cuando los niños inician la escuela. Las tareas de la familia giran alrededor del ajuste de actividades diarias del niño y el mantenimiento y satisfacción de las relaciones materiales. Las tareas esenciales son aquellas que incluyen un balance del tiempo y energía para satisfacer las demandas de trabajo, las necesidades y

actividades de sus hijos, el interés social del adulto y los requerimientos de la comunicación y unión en las relaciones maternas y con parientes políticos (Florenzano, 1986).

Esta es una etapa decisiva en la evolución del sistema familiar. Es el primer desprendimiento del niño del seno familiar. Se verá obligado a entrar en una institución y realizará nuevas actividades más allá del hogar. Y tendrá que poner en practia todo lo que le inculcaron en casa. También, tendrá relación con otros adultos que serán significativos para el niño. Todas estas y nuevas experiencias pueden ser transmitidas al niño como algo bueno, y tendrá una connotación positiva pero también, pueden ser vividas como una pérdida o un abandono, haciendo que el niño se ubique en una situación conflictiva donde tendrá que elegir entre la familia y afuera y esto tal vez se vuelva un factor importante que dificulte su adaptación. Por otro lado los padres tendrán por primera vez una imagen externa de su hijo, la imagen que le transmitirán los maestros (Estremero y García, 2003).

### **3.2.4.- Matrimonio con hijos adolescentes**

Etapa llena de crisis para la mayoría de las personas ya que se producen grandes cambios en todos los integrantes del núcleo familiar y en la relación de éstos con el exterior.

Esta etapa tiene su inicio cuando el niño se transforma en adolescente, en este momento se inicia una gran emancipación, con el desarrollo van incrementando la independecia y autonomía. Las tareas fundamentales de este proceso son: el mantenimiento de una comunicación abierta entre padres y adolescente, continúa las relaciones con los adres, el establecimiento de intereses externos a medida que el adolescente se separa del hogar (Florenzano, 1986).



Sus padres le recuerdan constantemente que está creciendo. Debería estar en condiciones de asumir mayores responsabilidades, deberían pensar más por sí mismos y depender menos de ellos. Por otra parte cuando trata de ser más independiente, ellos le recuerdan que siguen siendo sus padres y que es demasiado joven para saber lo que le conviene. Lo que en realidad quieren decir con “independencia” es que su hijo debería tener más iniciativa en cuanto hacer lo que ellos quieren que haga. Esperan que su hijo crezca, que posea todas las virtudes que ellos valoran como padres y que carezca de los vicios tolerados por los adultos. Pocos padres llegan alcanzar una paz interior suficiente como para probar realmente que el adolescente haga lo que ellos le han dicho (Josselyne, 1969).

Para el adolescente es importante la presencia de límites firmes pero con posibilidad de renegociarlos de acuerdo al crecimiento, con espacio para que ellos experimenten y se equivoquen, contando con la oportunidad de poder acudir a sus padres si así los requieren. Esto lo hace sentir seguro. En cambio, la ausencia de límites hace que el adolescente se sienta solo, desamparado y da lugar a que aparezcan conductas de riesgo como la violencia, embarazos no deseados, o drogas con el propósito de atraer la atención de sus padres (Estremero y García, 2003). Regularmente los padres de un adolescente son personas atemorizadas, consideran a su hijo como una extensión de sí mismos, un adulto mucho más idóneo que ellos. Este deseo surge no solo del orgullo que sienten hacia su hijo sino también de un deseo de que su hijo tenga una vida adulta más feliz que la que ellos han tenido.

También perciben el impacto de urgencias biológicas. Admiten que el adolescente aún no posee las armas para enfrentar los impulsos interiores. Miran a su propia adolescencia y recuerdan que estaban en grave peligro de arruinar sus vidas. Quieren que su hijo se convierta en un adulto heterosexual, desean que se independiente y también temen que no pueda regular su independencia sin la guía de sus padres. Es igualmente cierto que muchos padres, pese a conscientemente quieren que su hijo crezca en realidad se resisten a este proceso. El padre puede temer

inconscientemente competir con su hijo maduro ya que su hijo puede obtener mayor éxito que él y de esta manera poner de relieve la incapacidad del padre o puede temer que su hijo sea tan incapaz como él es decir, el fracaso del hijo sería su propio fracaso (Josselyne, 1969).

En ningún campo es tan evidente la dicotomía del adolescente como en la relación con sus padres. Tanto los padres como los adolescentes se encuentran confusos y la confusión de cada uno se suma a la confusión del otro.

### **3.2.5.- Plataforma de lanzamiento**

Comienza cuando el primer hijo abandona el hogar y termina cuando el último hijo se ha ido. Ambos padres deben preparar a sus hijos para el proceso de vivir independientemente y al mismo tiempo, que ellos mismos acepten la idea de la salida del hogar. Después de que los hijos se hayan ido, los padres deben reorganizar y restablecer la unidad familiar. Los roles de esposo y esposa se modifican durante este período, con el nacimiento de los nietos el rol de padres y su propia imagen requieren algunos acondicionamientos familiares (Florenzano, 1986).

Esta nueva etapa está marcada por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos y de esa adaptabilidad para poder incorporar a otras personas. De esta misma manera, sus hijos deberán integrar su propia familia. Desde el punto de vista de los padres, y como lo menciona Estremero y García (2003) se enfrentan con la salida definitiva de los hijos del hogar. Hasta ahora se había agrandado el círculo social y afectivo en que se movía pero seguía siendo la familia de origen la única y la de pertenencia. A partir de este momento los padres deberán reconocer a la nueva familia como diferente y con características propias, aceptando la incorporación de otros en la vida familiar.

### 3.2.6- Nido vacío

Cuando los hijos ya están en una edad en la que deciden emanciparse, tanto madres como padres pueden sufrir el síndrome del nido vacío (Martinez, 2010). Se le denomina nido vacío al vuelo de los hijos del hogar familiar, marcado por la nostalgia y la desmotivación de su separación.

Mc Iver (1973) referido por Estrada (1982) llamo a esta fase el síndrome del nido vacío refiriéndose al aislamiento y la depresión de la pareja como consecuencia de que sus actividades durante el proceso de crianza ya han culminado. Esta etapa ha aumentado considerablemente a causa del aumento en la supervivencia; por lo cual en el momento de que los hijos se van los padres aún están una edad bastante productiva y aptos para continuar o reiniciar su desarrollo.

Además de que el aspecto biológico del hombre va declinando en esta etapa, Estrada (1982) mención que hay cambios sociales y familiares importantes en esta etapa.

- la necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros en a familia
- La muerte de la generación anterior
- La jubilación
- El conflicto con las nuevas generaciones
- .El problema económico de los hijos que inician una nueva familia
- La necesidad de explorar nuevos caminos
- La necesidad de independizarse de los hijos y nietos

Las parejas deben estar preparadas desde un inicio para enfrentar las los conflictos de su matrimonio, sin embargo, muchas de ellas lo encuentran sin sentido una vez que la paternidad ha concluido. Esto debido a que la vida ya no está estructurada de acuerdo a las necesidades y demandas de otras personas: los hijos.

En este sentido, las mujeres pueden experimentar una crisis de sentido cuando sus días de maternidad activos y su rol principal se pierden. La depresión es común y es más prevalente entre mujeres que han hecho su compromiso con la maternidad y las labores domésticas más profundo (Lara, 2001). Sin embargo, puede ser una etapa de conflicto en la familia a pesar de que era algo esperado. Es un nuevo inicio para la pareja o un final. Para muchas parejas que ya no cuentan con el ímpetu de la juventud dar de nuevo vida a su relación de pareja constituye una tarea sumamente difícil sobre todo para quienes han dejado de mirarse y se han descuidado por haberse dedicado a atender y cuidar a los hijos. Muchas mujeres que estuvieron dedicadas al cuidado de la familia sienten miedo de tener de tiempo completo al marido en la casa. Y para los maridos que han trabajado durante toda su vida también resulta asfixiante estar todo el día en casa. No saben disfrutar el tiempo libre, no han desarrollado aficiones, ni tienen amigos con quienes compartir intereses (Eguiluz, 2003).

## **CAPITULO IV.- Sentido de Vida-Vacío Existencial**

Resulta difícil para el ser humano enfocarse; definir lo que pretende ser y lo que espera de la vida. Actualmente la sociedad en la que convivimos, arrastra a las personas hacia muchas salidas falsas y generalmente se buscan las más fáciles, sus anhelos y metas más próximas se enfocan hacia el dinero, el éxito profesional y la diversión; pero sin tener que esforzarse demasiado. Encontrar el valor y dar sentido a la vida, resulta en muchos de los casos frustrante siendo la minoría quienes realmente encuentran la razón a su existir.

Fizzotti (2005) afirma que la búsqueda de un sentido tiene una orientación, ésta dirigida hacia aquella posibilidad de valor reservada o asignada a cada persona humana singular y que debe ser realizada; está dirigida hacia aquellos valores que cada hombre singular debe realizar en la unicidad de la propia existencia y en la singularidad del propio espacio vital. Frankl deja en claro que mediante la pérdida de los instintos que le digan al hombre lo que ha de hacer, y la pérdida de las tradiciones que lo orienten a un sentido, el hombre se ve sumergido en una falta de sentido, a este sentimiento de carencia de sentido Frankl lo denomina vacío existencial.

#### **4.1.- Fundamentos Filosóficos de la Logoterapia**

La logoterapia así pensada, lleva a una potenciación de la existencia humana; ser hombre es, ser-consciente y ser-responsable, el análisis de la existencia trabaja con la conciencia del ser-responsable, procurando que cobre conciencia de la responsabilidad esencial, que sienta más su responsabilidad consciente. Así pues, si la logoterapia es la psicoterapia”, que parte de lo espiritual” el análisis de la existencia podrá definirse como la psicoterapia “que arranca del espíritu de la conciencia de responsabilidad” (Frankl, 2008).

Para Frankl (2003), la logoterapia es una técnica psicoterapéutica, que excede y va más allá del análisis existencial, del análisis del ser, e implica más que un análisis de su sujeto. A la logoterapia concierne no sólo el ser, sino también el sentido. La logoterapia se basa en una filosofía explícita de la vida y se basa también en tres supuestos fundamentales que constituyen una cadena de eslabones interconectados:

1. La libertad de la voluntad.
2. La voluntad de sentido.
3. El sentido de la vida.

##### *La libertad de la voluntad*

Frankl (2008) reconoce que la libertad del hombre es una “libertad a pesar de la dependencia”, esto se debe a que también la libertad espiritual se rige sobre las leyes de la naturaleza, de tal modo que el hombre, pese a lo que la Providencia se proponga hacer de él, pueda ser considerado como un ser libre en cuanto a su voluntad. La libertad de la voluntad del hombre pertenece a los datos inmediatos de su experiencia. El hombre entra en la dimensión de lo noético, en contraposición a lo somático y lo psíquico. Se vuelve capaz de adoptar una actitud no sólo con relación al mundo, sino también en relación consigo mismo. El hombre es capaz de distanciarse de sí mismo y hasta de rechazarse. Puede ser su propio juez, el juez de sus propios actos.

Los fenómenos específicamente humanos vinculados entre sí -la conciencia y la autoconciencia- no serían comprensibles a menos de entender al hombre como un ser capaz de distanciarse de sí mismo, abandonando el “plano” de lo biológico y lo psicológico para pasar al “espacio” de lo noológico. Esta dimensión específicamente humana, denominada noológica, no es accesible al puro animal afirma Frankl (2003) y ejemplifica: un perro tras haber mojado la alfombra, puede ocultarse a hurtadillas en el sofá, pero esto no sería todavía un signo de mala conciencia; es un cierto tipo de angustia de expectación, esto es, temerosa anticipación al castigo.

### *La voluntad de sentido*

Frankl en su libro (1991) “El hombre en busca del sentido” afirma que a primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrar un sentido a su propia vida pero cuando no se satisface ocurre una frustración existencial la cual es patógena y puede ser causa de enfermedades psíquicas.

Frankl (2003) señala que la voluntad de sentido se contrapone, tanto al principio del placer del psicoanálisis como a la voluntad de poder, el concepto que desempeña un papel decisivo en la psicología Adleriana. Sostiene que la voluntad de placer es realmente un principio contraproducente, en la medida en que, cuanto más se esfuerza de verdad por conseguir placer menos lo consigue. El placer es un subproducto o un efecto secundario, del esfuerzo realizado, pero que se destruye y vacía en la medida que se convierte en una meta o en un objetivo.

En definitiva, tanto la voluntad de placer como la voluntad de poder son derivados de la voluntad original de sentido. El placer, es un efecto de la realización de sentido; el poder es un medio para un fin. Una cierta cantidad de poder es, como el poder económico o financiero, es por lo general un requisito del cumplimiento del sentido. Así se puede decir que, mientras la voluntad del placer confunde el efecto con el fin, la voluntad de poder confunde el medio para un fin con el fin en sí mismo.

Frankl (2008) se llama voluntad de sentido simplemente a aquello que se frustra en la persona cada vez que se sume en un sentimiento de falta de sentido o en una sensación de vacío. La vida se puede llenar de sentido, ante todo; fijando una acción o creando una obra; es decir de forma productiva, pero también mediante una experiencia, puede ser, experimentando a algo o a alguien, y experimentar a alguien en toda su singularidad y unicidad significa amarlo.

El sentido no ha de coincidir con el ser, para Frankl (2003) el sentido va por delante del ser y marca la pauta al ser. La existencia se rompe a menos que sea vivida en términos de trascendencia hacia algo más allá de sí misma. Luego que la orientación al sentido de vuelve hacia la confrontación con el sentido, se alcanza un estadio de madurez y desarrollo donde la libertad se vuelve responsabilidad. El hombre es responsable de la realización del sentido específico de su vida personal. Pero es también responsable ante algo, o para algo, sea la sociedad, el género, la humanidad o su propia conciencia. Sin embargo hay un importante número de personas que interpretan su propia existencia, no solo en ser responsables para algo, sino también para alguien, a saber, Dios.

Así pues, Frankl (1999) menciona que la educación es educación a la responsabilidad. Se vive en una sociedad de abundancia, pero no de bienes materiales, también es una abundancia de información, una explosión informativa. Acosan estímulos y e incentivos de todas clases. Si el hombre en medio de todo este torbellino de estímulos quiere sobrevivir y resistir a los medios de comunicación de masas, debe saber qué es o no lo importante, qué es o no lo fundamental; en una palabra qué es lo que tiene sentido y qué es lo que no lo tiene.

Para Frankl (2003) la logoterapia, debe dejar al paciente la decisión sobre el modo de entender su propia manera de ser responsable: de acuerdo con las directrices de una creencia religiosa o de acuerdo con convicciones agnósticas (concepción



filosófica que niega la posibilidad de un conocimiento que trasciende los límites de la experiencia sensible). Debe también ser accesible a todo el mundo, es aplicada a pacientes ateos y puede ser aplicada por médicos ateos. La logoterapia ve en la responsabilidad la auténtica esencia de la existencia humana y agrega que un logoterapeuta no tiene derecho alguno a influir en la decisión del paciente acerca de cómo interpretar su propia responsabilidad, o acerca de qué es lo que debe considerar como sentido personal.

### *El sentido de la vida*

Frankl (2008) destaca que dentro de la responsabilidad siempre va implícita implica la responsabilidad ante un deber. Estos deberes del hombre sólo pueden ser interpretados partiendo de un “sentido”, del sentido concreto de una vida humana.

En otras palabras Frankl (2004) la vida cuestiona al hombre y éste responde con su propia vida. Únicamente desde la responsabilidad personal se puede contestar a la vida. Por esta razón, la logoterapia piensa que la esencia de la existencia reside en la capacidad del ser humano para responder responsablemente a las demandas que la vida le plantea en cada situación particular.

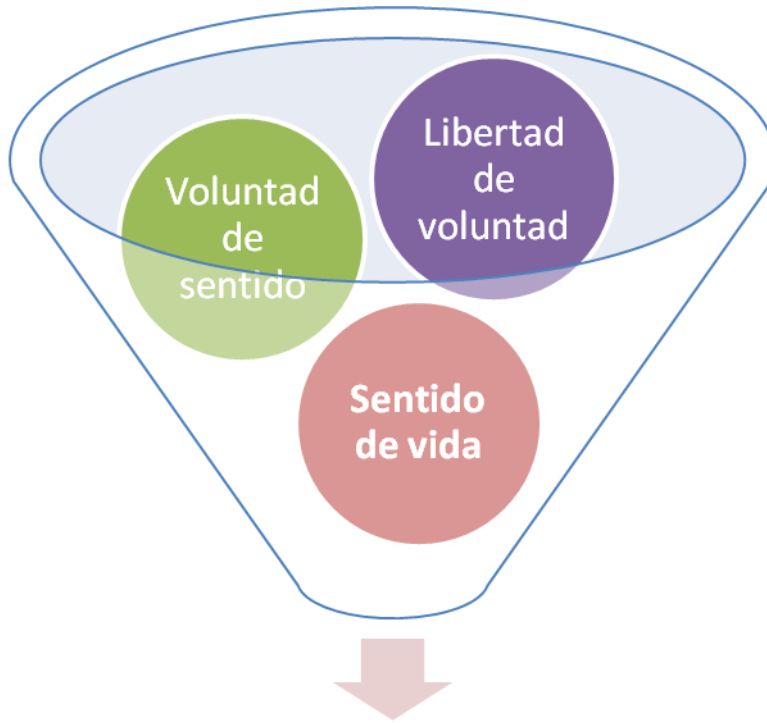
El logoterapeuta puede ampliar y ensanchar el campo visual del paciente respecto a sentidos y valores, haciendo que cobren importancia, menciona Frankl (2003). Es decir, si se es cada vez más consciente, finalmente la vida no deja ya de mantener y retener un sentido hasta el último momento. Esto se debe al hecho de que el hombre no sólo encuentra significativa su vida por lo que hace, sus obras, su creatividad, sino también por sus experiencias, sus encuentros con lo verdadero, bueno y bello del mundo y, por último, por sus encuentros con los demás, con los seres humanos y sus cualidades únicas.

El problema del sentido de la vida, planteado de un modo radical, puede llegar a avasallar totalmente al individuo; sobre todo en el período de la pubertad. Pero este

problema del sentido de la vida también es el propio destino quien lo plantea, por ejemplo con motivo de una vivencia cualquiera que sacuda y haga estremecerse al hombre (Frankl, 2008).

Resumiendo Frankl (2003) sostiene que, la vida puede cobrar sentido de tres maneras: primero, por lo que se da a la vida (obras creativas); segundo, por lo que se toma del mundo (experiencia de valores); y tercero, por el planteamiento que cada uno hace ante el destino que ya no se puede cambiar (enfermedad incurable). Sin embargo el hombre no puede evitar encarar su condición humana, lo que incluye la tríada trágica de la existencia humana: dolor, muerte y culpa.

Todo ser humano sufre alguna vez, se siente culpable de alguna manera y muere una vez. Con ello según Lukas (2003) las tres columnas de la logoterapia culminan en el máximo inquisidor de la vida: la muerte. Y lo esquematiza de la siguiente manera:



Vacío existencial



Lukas (2003) afirma que existen cuatro puntos de partida citados en la cura de almas médica de Frankl, respecto al procedimiento práctico en la aplicación del método de la modulación de la actitud: mostrar el valor, mostrar el sentido, mostrar el resto y mostrar perspectivas.

### **1. *Mostrar el valor***

Manifestar que una actitud positiva y recta frente a un destino negativo es una actitud humana sublime. Consideración honesta y verdadera hacia las capacidades de un espíritu humano que es capaz de transformar el suplicio en triunfo.

## **2. *Mostrar el sentido***

Tiene que ver con indicar algo bueno o lleno de sentido que, a pesar de todo, todavía se halla en el sufrimiento de la persona.

## **3. *Mostrar el resto***

Manifestar las oportunidades positivas de la vida existentes en cada momento y que no estén afectadas por el sufrimiento. Se trata de salvar el resto, sin querer sustituir lo perdido

## **4. *Mostrar perspectivas***

Junto con la persona se pueden aprobar perspectivas que hagan ver la situación con otra luz, más suave. Éstas son algunas reflexiones que la “logofilosofía” propone al respecto.

- Todo sufrimiento es un estímulo para el proceso de maduración.
  
- La culpa se puede entender como una provocación al cambio interior y a la reparación.
  
- La reparación actualiza el perdón, que es el acto humano más elevado de todos.
  
- La muerte también se puede contemplar desde distintas perspectivas. La muerte es el estímulo para la vida, porque si se tuviera un tiempo infinito para realizar los proyectos, faltaría el motivo para actuar en el presente.

#### 4.1.1.- La Logoterapia

Viktor Frankl nació el 26 de marzo de 1905. Fue catedrático de neurología y psiquiatría en la Universidad de Viena y de Logoterapia en la United States International University de California. Fue el fundador de la logoterapia, denominada por algunos autores como “la tercera orientación vienesa de la psicoterapia”, después del psicoanálisis y la psicología individual (Díaz, 2008).

Pattakos (2005) refiere que Frankl, fue un psiquiatra a quién recluyeron en un campo de concentración nazi durante la segunda guerra mundial, sin embargo le encontró sentido al sufrimiento que había a su alrededor. Después de su experiencia, creó una escuela de psicoterapia llamada logoterapia a la que dedicó toda su vida profesional. La logoterapia ha llevado a muchos a creer que el sentido de la vida es el fundamento de la existencia. Según él, sea cual sea la intensidad del sufrimiento, todos tenemos la capacidad de encontrarle sentido a cualquier situación.

Frankl (2008) considera que: ni todos los métodos son aplicables a todos los casos con las mismas posibilidades de éxito, ni todos los terapeutas pueden utilizar el mismo método con la misma eficacia. Refiere que *el psicoanálisis*, ve la neurosis como resultado de procesos psicodinámicos y, en consecuencia, intenta tratar la neurosis para que ponga en juego procesos psicodinámicos nuevos, tales como la transferencia.

Lukas (2004), señala que la logoterapia es la capacidad humana de “autodistanciamiento” cuya movilización es propósito de la “intención paradójica” y de la capacidad humana de “autotrascendencia”, la cual es condición necesaria para la posibilidad de la “desreflexión”.

La logoterapia asciende a la dimensión humana, y acoge en su instrumental los fenómenos específicamente humanos que encuentra en esa dimensión. Se trata según

Frankl (2001), de las dos características antropológicas fundamentales de la existencia humana, que se dan en esa dimensión: su autotranscendencia y la capacidad para distanciarse de sí mismo.

***Autotranscendencia:*** el existir humano siempre hace referencia a algo que no es ese mismo existir, a algo o a alguien, a un sentido que hay que cumplir o a la existencia de un ser solidario con el que se efectúa un encuentro. El hombre no llega a ser realmente hombre y no llega a ser plenamente él mismo sino cuando se entrega a una tarea, cuando no hace caso de sí mismo o se olvida de sí mismo al ponerse al servicio de una causa o al entregarse al amor de otra persona.

Frankl (1999) Refiere que el sentido debe descubrirse y hallarse de manera independiente y por sí mismo. Y para ser encontrado el hombre es guiado por la conciencia moral. En este sentido la conciencia moral es “el órgano de sentido”. Podría definirse como la facultad de descubrir y localizar ese único sentido que se esconde detrás de cada situación. Pero el sentido no se relaciona únicamente con una situación determinada, sino también con una persona determinada envuelta en una situación. En otros términos, el sentido no sólo se transforma de día en día y de hora en hora, sino que varía también de hombre a hombre.

A lo que Frankl (2001) señala: para entender la frustración de una persona hay que entender primero su motivación.

***Distanciarse de sí mismo:*** la logoterapia para diagnosticar la frustración existencial y la neurosis noógena necesita ver en el hombre un ser que, en virtud de su propia trascendencia, se halla constantemente en la búsqueda de su propio sentido. Se debe recurrir a la capacidad no menos distintiva del hombre, de distanciarse con respecto de sí mismo. Y esta capacidad se encuentra en forma de la capacidad humana para afrontar las cosas con humor (Frankl, 2008).

Para Frankl (2001) la intención paradójica es una técnica logoterapéutica que consiste en movilizar la capacidad para el autodistanciamiento en el marco del tratamiento de la neurosis psicógena. Mientras que la técnica logoterapéutica de la desreflexión, es otro hecho antropológico fundamental de la autotrascendencia En la logoterapia se distinguen tres tipos patógenos de reacción.

El primero es característico de los casos de **neurosis de angustia**, donde el paciente reacciona ante un síntoma dado, con el temor de que ese síntoma pueda volver a aparecer, es decir con angustia de expectativa, y esa angustia de expectativa puede originar que vuelva luego a aparecer realmente: suceso que hace que el paciente se consolide en su temor original. Las personas reaccionan ante la angustia con la huida.

Las fobias y las neurosis obsesivo compulsivas se deben en parte al esfuerzo por evitar la situación en que surge la angustia, quien padece de neurosis de angustia tiene miedo de algo que pudiera sucederle.

El segundo patrón de reacción patógena menciona Frankl (2008), se observa en los casos de **neurosis obsesiva**. El paciente se halla bajo la presión de las ideas obsesivas que se precipitan sobre él, y reacciona sobre ellas tratando de reprimirlas.

Trata de ejercer una presión contraria, esto intensifica más la presión original. Lo que caracteriza a la neurosis obsesiva es, la lucha, el combatir contra las imágenes obsesivas. El paciente con neurosis obsesiva no tiene angustia de la angustia misma, sino que tiene angustia de sí mismo. Quien padece neurosis obsesiva tiene miedo también de algo que él pudiera hacer.

En los dos mecanismos anteriores entra en juego la intención paradójica para romperlos.



**Intención paradójica:** método por el cual se instruye al paciente a que desee para sí precisamente aquello de lo que siempre había tenido tanto miedo (neurosis de angustia) o que lo emprendía (neurosis obsesiva). Este procedimiento consiste en invertir la actitud del paciente. Su temor se ve reemplazado por un deseo paradójico:

Por medio de este tratamiento, el viento se aleja de las velas de ansiedad Frankl (1999). Lukas (2004) menciona que la intención paradójica tiene una característica singular, porque moviliza las fuerzas de autodistanciamiento que tiene la persona, tales como el humor, la osadía, la fantasía y el consentimiento lúdico de jugar la “carta de la angustia” más alta, instruyendo al paciente para que, de forma exagerada, desee con fervor precisamente aquello que más temor le produce.

En el tercer patrón de reacción patógena se halla el mecanismo de la **neurosis sexual**, en casos en que hay trastorno en la potencia y en el orgasmo. En las neurosis sexuales el neurótico lucha por algo: por el placer sexual, cuanto más se trata de conseguir un placer, menos se consigue. El placer no es ni el verdadero objetivo de la conducta y la acción, ni una meta posible; porque en realidad es un efecto secundario y se produce espontáneamente, siempre que se vive la autotrascendencia; ya sea al entregarse con amor a otra persona, o al entregarse al servicio de una causa. Cuando la mente no está puesta en la pareja sino únicamente en el placer, entonces este se ve obstaculizado ya por la voluntad del placer. El camino para el logro del placer y la autorrealización, se conduce a través de la entrega de sí mismo y del olvido de sí mismo.

Entonces para Frankl (2001) el paciente se encuentra atrapado en un círculo vicioso. La lucha por el placer, la lucha por la potencia y el orgasmo, la voluntad de placer, el placer forzado, una hiperintención (intención excesiva) del placer, no sólo priva a la persona de placer, sino que, además, trae consigo una hiperreflexión (atención excesiva) también forzada: la persona comienza, durante el acto, a observarse a sí misma y a espiar también a la pareja, y se acaba la espontaneidad.

Frankl (2008) en la **hiperintención** el acto sexual tiene para el paciente el carácter de una exigencia, el paciente se siente obligado. La compulsión puede venir también de la pareja femenina (una mujer de mucho temperamento y exigente sexualmente).

Existen otros factores como la dependencia en que el individuo vive de quienes son semejantes a él, y de lo que los otros, el grupo al que él pertenece, considera que está de moda, lo que conduce a que la potencia y el orgasmo se busquen forzadamente. En la **hiperreflexión** el resto de espontaneidad que le queda al paciente todavía inviolada, se la quitan al hombre de hoy los grupos de presión como, la industria de la diversión sexual y la industria de la iniciación. El individuo se deja llevar fácilmente sin darse cuenta que está siendo manipulado por los medios de difusión.

Frankl (2001), señala que la **desreflexión** es el simple hecho de desprender la atención de sí mismo, y de la propia capacidad o incapacidad para el orgasmo.

La intención paradójica también se aplica en los casos de trastorno del sueño. El temor al insomnio produce una hiperintención por quedarse dormido que, a su vez, incapacita al paciente para lograrlo. Por lo que se recomienda al paciente resistirse a dormir e intentar permanecer despierto. La hiperintención de quedarse dormido, nacida de la ansiedad anticipatoria de no conseguirlo, debe reemplazarse por la intención paradójica de no quedarse dormido, a la que seguramente seguirá en breve el sueño (Frankl, 2004).

## 4.2.- Sentido de Vida

El tema del sentido de vida tiene su origen en las preocupaciones acerca del llamado problema del hombre, así mismo de su existencia como individuo e indica aquellas características de la subjetividad individual que marcan una significación en los aspectos existenciales de la vida humana (Hernández, 2002). Como suceso de realización y trascendencia el ser humano es considerado como proyecto, es decir, la existencia como posibilidad es trascendencia hacia el mundo y como tal es proyección (Heidegger, 1962).

El sentido de vida personal carece de contenido real si se limita al ámbito existencial exclusivamente individual. El individuo no está encapsulado en su propia subjetividad. O mejor, su subjetividad es, inevitablemente una construcción tanto social como personal que funcionan en un contexto socio-cultural específico de normas, valores y un sistema de instituciones y esferas de actividad social, en los que asumen responsabilidades y compromisos ciudadanos, manifiestan roles ejecutados desde suposición social, construyen sus *proyectos de vida* y mantienen estilos de vida específicos en las diversas relaciones sociales (D'Angelo, O., ,1997). Así, el individuo construye su identidad a partir de este contexto cultural, el cual es un factor primordial para direccionar su sentido de vida. Para Hernández (2002) el sentido de vida individual es la otra cara de la construcción del sentido de vida colectivo, los distintos factores socioeconómicos, socioculturales e ideológicos en la vida cotidiana enmarcan el espacio de construcción de la subjetividad en el que se forman los valores y estilos de vida tanto individuales como sociales en los que se revelan determinados modos tanto de comprensión como de realización del sentido de vida.

En este sentido Heidegger (1962) expresa que el ser humano es un animal social y simbólico por tanto no nace miembro de una sociedad, nace con una predisposición hacia la sociedad y posteriormente se constituye como miembro de una

sociedad. Por tanto una socialización deficiente trae como resultado una carencia en el sentido de vida.

En la teoría de Frankl, se plantea el concepto de sentido de vida así como aquello que le es más significativo al hombre en cuanto a motivación existencial; es decir, cuáles son sus principales motivos en la vida y cuál es el papel de la voluntad en estos temas de importancia en la vida humana. La voluntad de sentido del hombre puede también frustrarse, en este sentido, la logoterapia habla de la frustración existencial. El término existencial se puede utilizar de tres maneras: para referirse a la propia existencia; es decir, el modo de ser específicamente humano; el sentido de la existencia; y el afán de encontrar un sentido concreto a la existencia personal, o lo que es lo mismo, la voluntad de sentido (Frankl,1991).

No deberíamos buscar un sentido abstracto a la vida, pues cada uno tiene en ella su propia misión que cumplir; cada uno debe llevar a cabo un cometido concreto. Por tanto ni su vida puede repetirse; su tarea es única como única es su oportunidad para instrumentarla.

Toda situación vital representa un reto para el hombre y le plantea un problema que sólo él debe resolver, la cuestión del significado de la vida puede en realidad invertirse. Por tanto, el hombre no debería inquirir cuál es el sentido de la vida, sino comprender que es a él a quien se inquiere. Cuando a cada hombre se le pregunta por la vida y únicamente puede responder a la vida respondiendo por su propia vida; sólo siendo responsable puede contestar a la vida. De este modo que la logoterapia considera que la esencia íntima de la existencia humana está en su capacidad de ser responsable y eso incluye su responsabilidad para buscar un sentido de vida en todos los aspectos Frankl (1991) citado por Benavent (2013).

En la medida en que el niño participa en la dinámica social aprende el sentido de sus acciones y la de los demás. La capacidad de trascender y realizarse como personas se toma de la mano con la pertenencia del hombre a su medio social y que se traduce en las actividades que realice en su vida diaria, las cuales posibilitan o no un anclaje a la vida misma. Esta trascendencia en las actividades se encuentra en aquellas cosas que llenen existencialmente a la persona. Las categorías o áreas propuestas por Luckas pueden ser agrupadas en dos: sociales e individuales. Dentro de los sociales se encuentran las relaciones familiares, la realización de una ocupación y la relación dentro de una sociedad. En los individuales está el bienestar propio como las posesiones, también está la autorrealización, la satisfacción de los intereses, y el servicio o ideales (religión, política) (Vera, 2000).

La vida puede ser significativa en la medida en que se afronta a situaciones adversas en las cuales se pierde seguridad y estabilidad. Estas crisis ofrecen posibilidades para aprender y crecer como personas. Para Fabry (1977) estas situaciones las componen la triada mágica: muerte sufrimiento y culpa las cuales constituyen momentos de crisis y de ruptura de lo cotidiano pero que propician cuestionamientos sobre la vida generando inestabilidad en el individuo y su entorno pero siempre que sean superadas van a permitir un desarrollo personal.

En tal sentido, la vida puede ser significativa en la medida en que la persona desarrolle los siguientes valores Fabry (1977)

- Valores de creación: Son aquellas que el ser humano realiza. Sus ocupaciones darías
- Valores de experiencia: Tienen que ver con la belleza, el amor el arte, entre otros.
- Valores de actitud: Las personas los pueden realizar cuando se encuentran frente a situaciones que son dolorosas e inevitables: la muerte, el sufrimiento, la enfermedad.

El propósito de estos valores es dar un fundamento sobre el cual se establezca y alcance el sentido de la vida. Sin embargo, Cuando no se alcanza el logro existencial la frustración que se asociaría a la desesperanza caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida; por un vacío existencial se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas como consecuencia, entre el vacío existencial y la desesperanza, existiría una relación estrecha; las cuales remiten a un estado de ánimo, motivación, de sentimientos y de expectativas sobre el futuro determinados por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad de la vida, el fatalismo y la desorientación existencial (García, Gallego y Pérez, 2008).

Sin dicho soporte interno es más probable que la psique se vuelva más frágil y, por consiguiente, tenga más probabilidades de enfermar. Para Yalom (1984) el sentido de la vida debe contemplarse desde una perspectiva que permita apreciar su desarrollo en el tiempo, pues los tipos de significado cambian a lo largo de la vida, se produce un cambio de prioridades y de valores a pues no aspira a conseguir lo mismo un niño, un adolescente, un adulto o un anciano la existencia del deseo de significado es un criterio fiable de salud mental (Frankl, 1999).

En relación con ello, Yalom (1980) halló que el vacío existencial se asociaba con la psicopatología, mientras que el logro de sentido de la vida se relacionaba con la dedicación personal a una causa, a valores y a metas vitales personales claras y definidas. En esta misma línea, Ryff y Keyes (1995) sugirieron que un componente crítico de la salud mental incluye la convicción y el sentimiento personales de que la vida tiene sentido. Para Frankl (1999) la carencia de significado es un indicador de desajuste emocional. Cabe mencionar que la necesidad de sentido hoy en día no se satisface plenamente, pues son muchas las personas que sufren lo que Frankl llamó “vacío existencial”, que consiste en vivir sin encontrar un sentido a la propia vida. Este “vacío existencial” es la principal característica de lo que Frankl denominó “neurosis noógena” (que serían un 20% de las neurosis).

El deseo de significado se está frustrando a nivel mundial, pues va en aumento el número de personas que experimentan un sentimiento de falta de sentido que puede adoptar cualquier forma clínica neurótica con diferentes cuadros sintomáticos (alcoholismo, depresión, obsesión, etc.). Los síntomas, en estas neurosis, serían una manifestación de desviaciones en la voluntad de significado (Frankl, 1998).

#### **4.3.- Vacío Existencial**

Para Frankl (2001) lo que amenaza al hombre contemporáneo es la supuesta falta de sentido de su vida o, como él lo llama, el vacío existencial en su interior, cada vez hay más pacientes que viven un vacío existencial.

El vacío existencial se describe como una forma privada y personal de nihilismo, y el nihilismo se define por la radical afirmación de la carencia de sentido del hombre. Es un fenómeno que aunque no se habla de él como tal, está presente en diferentes etapas de vida de todas las personas. Ello es comprensible y puede deberse a la doble pérdida que el hombre tiene que soportar desde que se convirtió en un verdadero ser humano. Al principio de la historia de la humanidad, el hombre perdió algunos de los instintos animales básicos que conforman la conducta del animal y le confieren seguridad; seguridad también, a sufrido la pérdida de las tradiciones que habían servido de guía a su conducta, en ocasiones no sabe ni siquiera lo que le gustaría hacer. En su lugar, desea hacer lo que otras personas hacen (conformismo) o hace lo que otras personas quieren que haga (totalitarismo) (Frankl, 1991).

Cuando un individuo se encuentra existencialmente frustrado, la vida pierde sentido. Su dinámica de vida corresponde a la rutina y cumple con sus deberes sin ningún ánimo e interés. Desde el punto de vista de la logoterapia alguien con vacío puede tener tristeza, melancolía, angustia, soledad, depresión, entre otros síntomas (Vera, 2000).

Por otro lado, la Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia (2005) refiere que, para Frankl el hombre existencialmente frustrado no conoce nada con lo que podría llenar su vacío existencial. El envejecimiento de la población confronta al hombre en su trabajo profesional y con su vacío existencial. Tanto la vejez como la juventud, se hacen la pregunta acerca de la voluntad de sentido. En este fenómeno aparece la llamada “frustración espiritual” como un elemento decisivo. La frustración existencial apenas se puede soportar y empuja a una descompensación y a un aturdimiento.

Afirmar que el hombre es el resultado de las condiciones biológicas, psicológicas y sociológicas o que es el producto de la herencia y del ambiente, lo convierte en un robot, no en un ser humano (Frankl, 2004).

El vacío existencial no siempre se pone de manifiesto. En ocasiones es latente, larvado, enmascarado... Existen unas mascararas detrás de las cuales se esconde este vacío: la voluntad de poder, la voluntad del dinero... Se vive una depresión que se puede manejar con un exceso de trabajo, pero el vacío interior existe con o sin trabajo, ya que el vacío existencial se ha convertido en neurosis de masas a nivel mundial. Frankl (1994) Este sentimiento de carencia de sentido o sentimiento de vacío, se exterioriza con el aburrimiento y la indiferencia.

1. **El aburrimiento:** es la falta de intereses, al hombre de hoy le falta el verdadero interés por el mundo.

2. **La indiferencia:** es la falta de iniciativa, el hombre de hoy ya no tiene interés por el mundo e incluso ya no toma iniciativa de cambiar algo en el mundo.

La voluntad de sentido es realmente una necesidad específica no reductible a otras necesidades, y está presente en todos los seres humanos en mayor o menor grado.



Frankl (2008) señala que la vida no tiene más sentido si no que el placer, pero entre mas se busca, mas se disuelve. Cuanto más persigue la felicidad, esta se va de su lado. Para comprender esto se debe superar el prejuicio de que el hombre busca fundamentalmente la felicidad; lo que quiere, en realidad es encontrar una razón paradicha felicidad. Y cuando encuentra esa razón, el sentimiento de felicidad se presenta por sí solo. La dicha debe ser una consecuencia y no se puede lograr a voluntad.

Por otro lado el vacío existencial tiene un origen parcial en la pérdida de la tradición, la pérdida de las tradiciones no afecta al sentido sino sólo a los valores. El sentido siempre es algo único e inigualable, algo que siempre habría que descubrir, mientras que los valores son universales del sentido, ya que no pertenecen a situaciones únicas e inigualables, sino a situaciones típicas que se repiten, es decir, que corresponden a la condición humana, el sentido es algo objetivo, real y posible.

Lukas (2004) señala que en la búsqueda de sentido el hombre es guiado por su conciencia. En una palabra: la conciencia es un órgano del sentido. Se podría definir como la capacidad de percibir totalidades llenas de sentido en situaciones concretas de la vida. El sentido no se puede dar sino que se debe encontrar y en el marco de la logoterapia es el paciente quien debe encontrar el sentido de la vida.

Pero la condición humana podrá recuperarse sólo en la medida en la que se la entienda como responsabilidad frente a un deber, frente al cumplimiento del sentido. Si se promueve este sentido de responsabilidad por un sentido en el hombre, por su sentido, entonces se habrá dado un paso decisivo hacia la superación del vacío existencial.

La vida, como responsabilidad, siempre y en toda circunstancia, bajo cualquier condición, significa para las personas un deber, la existencia siempre tiene sentido, un sentido distinto, siempre cambiante.

Para Fizzotti (2005), la responsabilidad es un aspecto fundamental del ser humano, agrega que cada persona es única y no existe en el universo otro ejemplar, y el modo en que logrará arreglárselas con la vida, lo que hará y lo que no, es único, irrepetible y exclusivo. Las personas tienen un destino propio, que nadie les puede quitar, y la tarea de llevarlo a término es única y exclusiva.

Frankl (2004) vivir implica cumplir con las obligaciones que la vida va asignando, significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a las cuestiones que la existencia plantea. Así, cuando un hombre que sufrir es su destino, debe aceptarlo ya que esa es su única tarea. En relación a esto, hay que considerar que la actitud con que se enfrenta el dolor, permite transformar el sufrimiento en logro, existen personas que sólo ante una catástrofe toman impulso para elevarse al máximo.

Nada necesita el hombre menciona Lukas (2004), especialmente el neurótico, más urgentemente que la más alta conciencia de su propia responsabilidad, sin embargo el neurótico presenta una tendencia específica a eludir su responsabilidad y su libertad, refugiándose en pretendidas circunstancias fatales. Y ese fatalismo se manifiesta ante todo bajo la forma de un conformismo demostrado por el neurótico en todas sus tendencias internas, su estado anímico, “su ser así”.

Para explicar el sentido de la existencia la autora destaca las etapas más importantes:

1. El análisis existencial da un giro dialéctico al problema de la existencia; explica que no es el hombre quién debería buscar la respuesta, sino que paradójicamente es la vida que presenta los interrogantes al hombre.
2. El interrogante que la vida presenta puede ser contestado únicamente, si se asume la vida con responsabilidad.

3. El asumir la responsabilidad es el sentido de la existencia humana.

#### **4.3.1.- Causas y Consecuencias**

En general, la frustración que experimenta hoy el hombre ya no es sexual sino existencial, y ya no adolece tanto de un sentimiento de inferioridad como de un sentimiento de falta de sentido. Esta sensación de falta de sentido viene acompañada habitualmente de una sensación de vacío, de un “vacío existencial” (Frank, 2000).

Para explicar lo que ha producido y causado el vacío existencial Frankl (2009), señala que al contrario de un animal, el hombre no tiene ningún instinto o impulso que le digan lo que debe hacer y, al contrario que en épocas pasadas, hoy ya no quedan tradiciones que guíen sus actos. Ni sabe lo que debe hacer, ni tiene nada que lo guíe, y desconoce completamente lo que de verdad desea. Las consecuencias de ello son:

Conformismo: La persona hace lo que otros hacen.

Totalitarismo: La persona hace lo que otros quieren que haga.

Neuroticismo: Aquí se encuentran las neurosis noógenas, que producen desajuste en las personas, donde una pobreza espiritual conduce a una profunda sensación de falta de sentido. Es decir, a la duda que surge sobre el sentido de la vida.

El origen del vacío existencial se enfoca primordialmente en los ámbitos psicológicos, filosóficos, sociales, y culturales.

*Causas Psicológicas:*

Frankl (1999) señala que se puede considerar el vacío existencial en la medida que el individuo se encuentra limitado en su “voluntad de sentido” o en su búsqueda

natural de un sentido, propósito, significado o razón de ser en su vida y en las cosas que ocurren en ella.

La apatía, el aburrimiento, el desinterés, la irresponsabilidad, asumen un puesto central sobre el vacío interior en que se hunde el hombre que de pronto ve su existencia desposeída de un significado que la haga digna de ser vivida (Fizzotti, 2005). La realización existencial ocurre cuando cada persona trasciende su propia situación y su condición hacia un objetivo externo a uno mismo de manera general experiencias y acciones en la vida, que permitan salir de uno mismo para lograr un objetivo cualquiera que este sea.

#### *Causas Filosóficas:*

El autor menciona que el vacío existencial ocurre, en la medida que el individuo no construye su día a día trascendiendo su realidad y vida cotidiana, desechando de esa forma la ideación de su proyecto de vida y en la medida en que en su conciencia, la finitud o la muerte está ajena a su realidad, ocasionando de esa forma la inexistencia de una muerte dotada sin sentido.

#### *Causas Culturales:*

Para Frankl (1999), “son los periodos de transición los que engendran el vacío existencial”, agrega que la dinámica cultural de la sociedad occidental contemporánea posibilita la falta de sentido de la vida por ser una cultura profana, carente de valores y caracterizada por el “aquí y el ahora” y por la búsqueda de la satisfacción de los intereses particulares a un corto plazo.

### *Causas sociales:*

Desde el punto social la conformación de un sentido de vida pleno, va de la mano con un sentido de pertenencia del individuo hacia las actividades que realiza en su día a día y con los grupos sociales a los que pertenece. Sin embargo en la realidad existe una desvinculación entre individuos, debido al predominio de las diferentes posturas ante la vida: particulares e individualistas, más que posturas de consenso y de origen común.

De esa forma la dinámica social se vuelve impersonal y “cosificante” porque se pierde el vínculo cara a cara que nutre y da significado a la vida cotidiana de cada persona. Una vida con sentido implica una vida con arraigo social.

Frankl (2009) afirma que existen también formas encubiertas de frustración existencial, como es el caso del suicidio, la drogadicción, el alcoholismo y criminalidad. Agrega que, la frustración de una persona sólo se puede entender si se entiende su motivación. Y la presencia constante del sentimiento de falta de sentido debe servir de indicador para encontrar la motivación primera, que es lo que el hombre finalmente desea.

Según Frankl (1999) vivimos en una época que tiene como característica la falta de sentido. Por este motivo, la educación ha de poner el máximo empeño en además de proporcionar la ciencia, en afinar la conciencia de tal forma que el hombre tenga la capacidad de interpretar la exigencia inherente a cada situación particular.

## **CAPÍTULO V.- Método de Investigación**

### **5.1 Objetivo:**

Analizar el sentido de vida y salud mental en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia.

#### **5.1.1.- Objetivos Específicos**

- Identificar el sentido de vida en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia
- Identificar la salud mental en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia.
- Comparar el sentido de vida en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia.
- Comparar la salud mental en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia.

### **5.2 Planteamiento del problema**

La atención de la salud mental es una de las áreas con mayor rezago en el Sector Salud del país.

En cuanto a esto, la Organización Mundial de la Salud (2012) referido por Sandoval (s/f) menciona que de las 10 enfermedades más frecuentes y de alto costo entre la población mundial, al menos cuatro son de tipo mental, siendo éstas: la epilepsia, la depresión, el alcoholismo y el trastorno bipolar. La depresión, es la cuarta enfermedad discapacitante en la población mundial y se calcula que para el año 2020 será la segunda.

Además, el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Estos trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe. De lo anterior, cabe mencionar que entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros (OMS, 2012).

Por otro lado y de acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría (2003), Ramón de la Fuente, en la población mexicana existen: 7% de personas con depresión; 1.6% con Trastorno Bipolar; 1% de personas con esquizofrenia; más del 1% con Trastorno Obsesivo Compulsivo; 7% con trastorno de angustia y pánico.

Así pues, una de cada cuatro personas ha presentado al menos un trastorno mental y 1 de cada 3 personas habrá tenido una enfermedad mental al momento de cumplir 65 años.

Otras estadísticas, como las cifras de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010), entre los años 2002 y 2011, han registrado en el país: 43 mil 700 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento. El 70 % de los decesos por trastornos mentales, se han catalogado como muertes por consumo de sustancias psicoactivas, lo cual establece una alta asociación entre el consumo de drogas y la mortalidad asociada directamente con las alteraciones de la salud mental.

Referente a esto, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003), afirma que los hombres (30.4 %) presentan porcentajes más altos de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (27.1 %); no obstante, en el corto plazo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas y severas de trastornos psiquiátricos que los hombres. Teorías biológicas y psicosociales explican la

vulnerabilidad de género en etapa adolescente por la intensificación del rol del género, la exposición a adversidades y la reacción química ante el estrés.

Como se mencionó anteriormente las mujeres padecen trastornos más severos que los hombres y estos varían dependiendo la situación de cada mujer en las diferentes etapas del ciclo vital de la familia.

Según varios autores, hay una estrecha relación entre encontrar sentido a la vida y gozar de una mejor salud mental pues, parece ser que la creencia de que la vida tiene un sentido y propósito da significado y ayuda a encontrar un soporte interno a la existencia (Frankl, 1991). La percepción de una persona sobre sí misma, la función que cumple en el mundo, y el futuro como algo positivo, son pensamientos muy vinculados al sentido que le da a su vida y al equilibrio mental.

Se ha relacionado también, el hallar sentido a la vida con menores alteraciones psicopatológicas (ansiedad y depresión, estrés, malestar psicológico, neuroticismo, y abuso de drogas y alcohol). Aunado a esto, la resiliencia, es decir la capacidad de un individuo para afrontar y recuperarse ante las adversidades, apoyan la idea de que el Sentido de la vida actúa como un elemento protector de la psique, moderando los efectos negativos y favoreciendo la adaptación a la realidad (Rodríguez y Moreno, 2010).

Así, el sentido de vida da como consecuencia un estado de bienestar psicológico que surge del balance entre los logros que ha tendido la persona y que frecuentemente se le llama satisfacción que son eventos del presente y las expectativas que se tienen que son proyecciones hacia el futuro (Álvarez, 1998).

También, la salud mental suele ser la resultante de afrontar adecuadamente las situaciones de la vida cotidiana, la ayudara a estar mejor preparada y a afrontar mejor las demandas y los desafíos del ambiente (Rodríguez, 2014).



Con todo lo anterior y en conclusión se puede decir que el grado de salud mental de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo vital de la familia dependerá en gran parte de su sentido de vida y de la dirección que este tome.

Por lo anterior se desprenden las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué relación tiene el sentido de vida con la salud mental en las mujeres respecto al ciclo vital de la familia?

### **5.3.- Tipo de estudio**

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables.

El principal objetivo de los estudios transversales es estudiar el fenómeno en un momento determinado (Pick y López, 2007).

La investigación descriptiva es el tipo de investigación que describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. Aquí los investigadores recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento (Ávila, 2006).

Por lo tanto, la presente investigación es cuantitativa ya que se llevó a cabo la aplicación de un cuestionario, transversal porque se estudió el fenómeno en un momento determinado y de tipo descriptivo porque permite describir y analizar los resultados.

#### **5.4.-Hipótesis de Investigación**

H1. Si existe diferencia estadísticamente significativa entre el sentido de vida y las mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia

Ho. No existe diferencia estadísticamente significativa entre el sentido de vida y las mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia.

H1. Si existe diferencia estadísticamente significativa entre la salud mental y las mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia.

Ho. No existe diferencia estadísticamente significativa entre la salud mental y las mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia.

## 5.5 - Definición de variables

Una variable se puede definir como una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible medirse (Hernández, et al; 2000)

<b>Variabes</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo De Variable</b>	<b>Nivel de medición</b>
<b>Sentido de vida</b>	Es lo que le da significado y ayuda a encontrar un soporte interno a la existencia. Sin dicho soporte interno es más probable que la psique se vuelva más frágil y, tenga más probabilidades de enfermar (Rodríguez, 2014).	-Sentido de vida  -Vacío existencial	-Cuantitativa  -Cuantitativa	-Intervalar  -Intervalar
<b>Salud Mental</b>	La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013)	- Síntomas somáticos -Ansiedad e insomnio -Disfunción social -Depresión grave	-Cuantitativa  -Cuantitativa  -Cuantitativa  -Cuantitativa	-Intervalar  -Intervalar  -Intervalar  -Intervalar

## **5.6 -Población**

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, podemos decir que la población es la totalidad del fenómeno a estudiar, en donde las unidades de población poseen una característica común la cual estudia y da origen a los datos (Hernández, et al; 2000)

La población fueron las mujeres que viven en el estado México.

## **5.7 Muestra**

Se trabajó con un muestreo no probabilístico de tipo intencional, ya que la muestra no probabilística, de acuerdo a (Hernández, et al; 2000) la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de causas relacionadas con las características del investigador.

Se tomaron 100 mujeres que radican en el estado de México y que tienen una edad entre 30 y 50 años.

De la población total analizada, las edades oscilan en un promedio de 35 años. El 86% con escolaridad a nivel licenciatura y el 14% con posgrado. Respecto a su estado civil se observó que el 5% divorciada, un 6% vive en unión libre, el 44% es soltera y el 45% de la población es casada.

En cuanto al puesto se encontró que el 21% de la población son enfermeras, un 7% servidoras públicas, otro 7% docentes, el 2% despachadoras de farmacia, 11% médicos generales, 3% se dedican a la educación especial, 12% son psicólogas, 9% trabajadoras sociales, 6% administradoras, 4% químicas, 2% abogadas, 2% contadores, 3% comunicólogas, 1% empresarias, 1% asesoras, 1% secretarias, 2%

bibliotecarias, 1% se dedican a la terapia física, 2% son asistentes y un 3% son estudiantes.

Las características sociodemográficas que se obtuvieron fueron las siguientes:

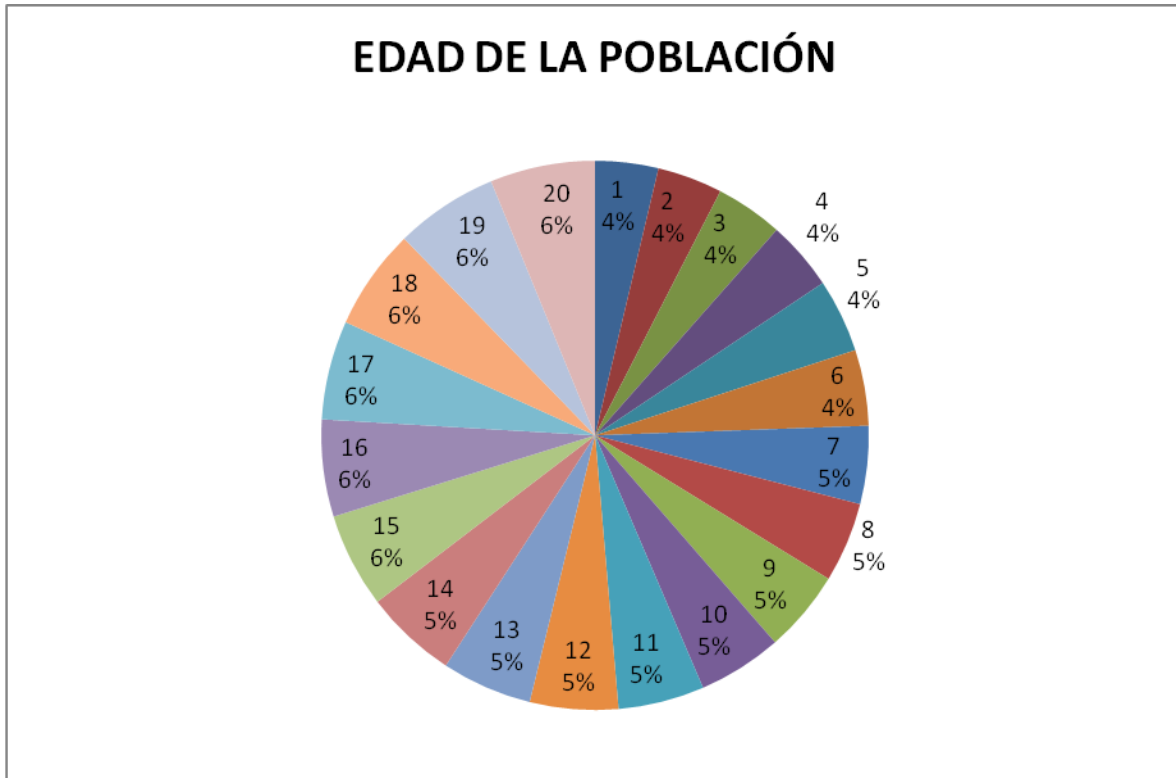
**TABLA 1.- Población**



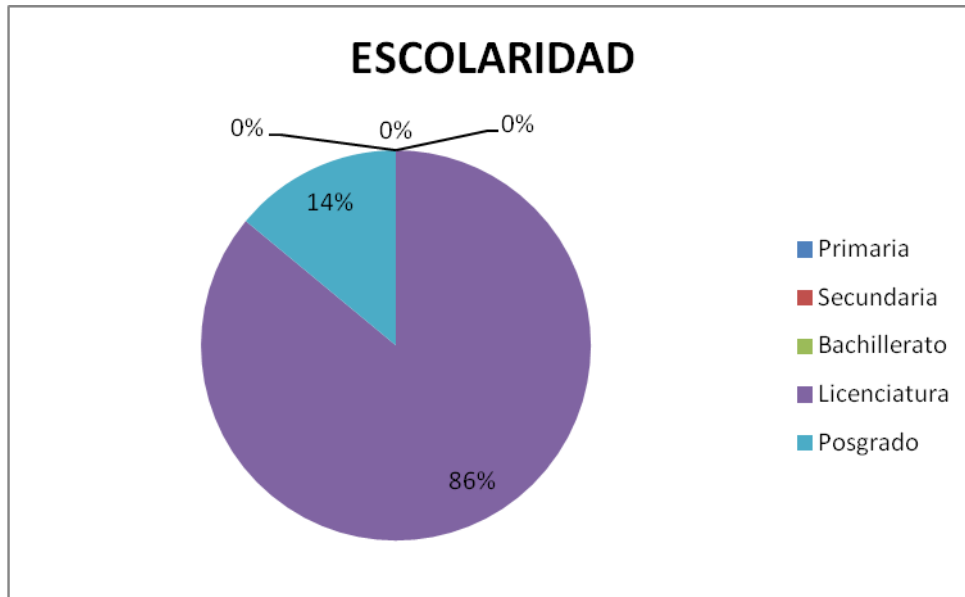
De la población total analizada, el 100% fueron mujeres.

## Tabla 2.- Edad

Las edades oscilan entre 30 y 50 años con un promedio de Edad de 35 años.

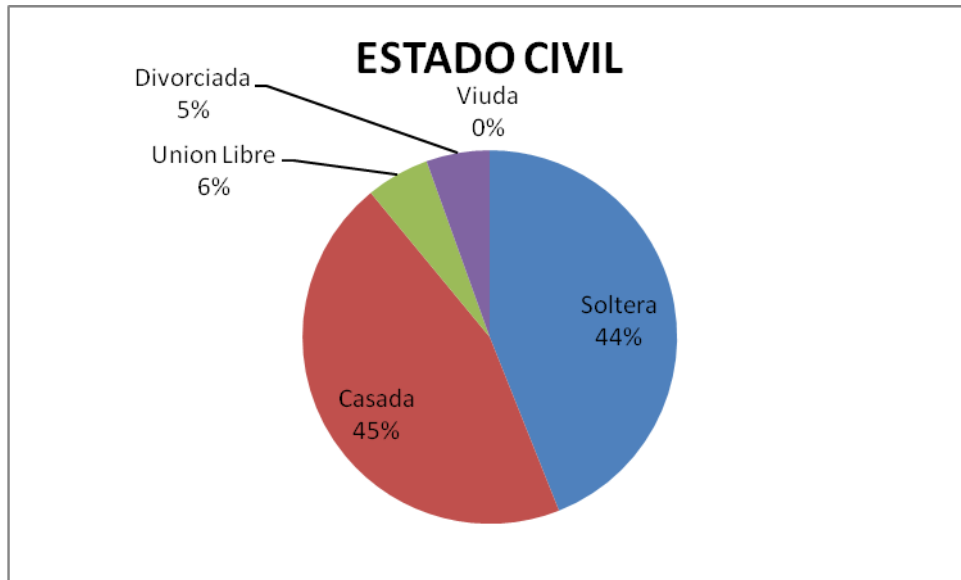


**Tabla 3.- Escolaridad**



Respecto al nivel de escolaridad se encontraron los siguientes datos: 0% primaria, 0% secundaria, 0% bachillerato, 86% licenciatura y 14%posgrado.

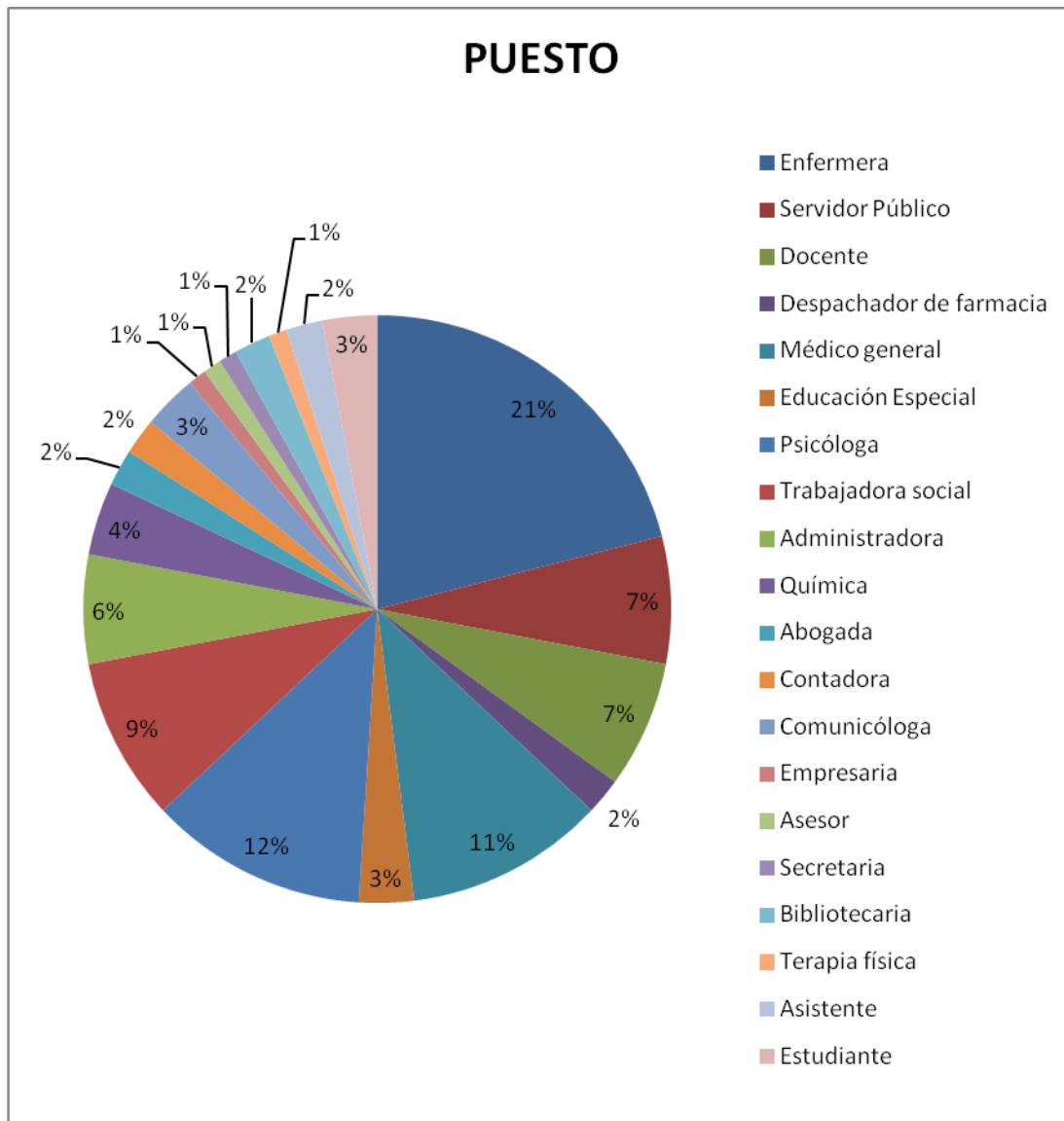
**Tabla 4.- Estado civil.**



Respecto a su estado civil se observó que el 0% de la población es viuda, el 5% divorciada, un 6% vive en unión libre, el 44% es soltera y el 45% de la población es casada.



**Tabla 5.-Ocupación**



En cuanto al puesto se encontró que el 21% de la población son enfermeras, un 7% servidoras públicas, otro 7% docentes, el 2% despachadoras de farmacia, 11% médicos generales, 3% se dedican a la educación especial, 12% son psicólogas, 9% trabajadoras sociales, 6% administradoras, 4% químicas, 2% abogadas, 2%

contadores, 3% comunicólogas, 1% empresarias, 1% asesoras, 1% secretarias, 2% bibliotecarias, 1% se dedican a la terapia física, 2% son asistentes y un 3% son estudiantes.

### **5.7.1. Criterios de Inclusión**

- 1.- Sexo femenino
- 2.- Escolaridad de Licenciatura o más.
- 3.- Edad entre 30 y 50 años.

### **5.7.2 Criterios de Eliminación**

- 1.- Edad fuera del rango
- 2.- Cuestionarios incompletos

## **5.8.- Instrumentos**

La investigación se llevó a cabo utilizando los instrumentos que se mencionan a continuación.

### **INSTRUMENTO DE SALUD MENTAL**

La evaluación de la salud mental se llevó a cabo mediante la versión en Escalas del Cuestionario de Salud General-28 de Goldberg la cual fue elaborada por David Goldberg en 1979. Hay cuatro versiones distintas GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 y GHQ.12.

Evalúa el estado de salud general de la persona en dos tipos de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales y la

aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. Su objetivo no es realizar un diagnóstico pero si detectar trastornos psicológicos en ambientes no psiquiátricos.

Los ítems que lo componen se refieren fundamentalmente a trastornos de tipo afectivo-emocional y consta de cuatro subescalas, formadas por siete ítems cada una, denominadas síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave, que representan dimensiones de sintomatología y no son totalmente independientes entre sí.

La versión ha sido validada y traducida al español por estos autores y se ha utilizado la puntuación tipo Likert, que asigna puntuaciones desde 0 hasta 3 para la mayor gravedad de cada síntoma.

La fiabilidad test-retest de GHQ -28 es 0.90. Respecto a la validez de criterio: sensibilidad oscila entre 84.6% y la especificidad entre 82%.

El rango de puntuación en cada una de las cuatro escalas oscila entre 0 y 21 indicando mayor puntuación donde la mayor puntuación indica más sintomatología. En el caso de la escala de disfunción social, mayor puntuación indica menor actividad, menor insatisfacción y menor capacidad de tomar decisiones.

Esta escala es aplicable a partir de los 11 años, es autoadministrable, no se requiere ningún entrenamiento especial para su aplicación y el tiempo de aplicación y de puntuación es menor a 15 minutos.

Sólo un estudio ha evaluado la validez de constructo del GHQ-28 entre SCI poblaciones (Lobo, 1986).

## **INSTRUMENTO DE SENTIDO DE VIDA**

Para medir sentido de vida se utilizara el Test de PIL (Propósito de Vida Test), el cual es una escala de actitud construida por James Crumbaugh y Leonard Mahalick en 1974 en su versión española.

Su finalidad es detectar el nivel de vacío existencial que tiene una persona, o bien, el grado con el cual una persona ha encontrado sentido en la vida.

La edad de aplicación es a partir de los 16 años ya sea de manera individual o colectiva con una duración de 10 a 15 minutos. Las instrucciones de la prueba están impresas, como cualquier prueba de lápiz y papel.

Esta escala consta de 20 ítems que la persona debe calificar y puntuar con una escala de 7 puntos. En cada uno de los ítems la posición 4 se considera neutral y se emplean distintos términos descriptivos para las posiciones 1 y 7.

Respecto a los datos de confiabilidad y Valdez: Crumbaugh (1977), indica que la validez del constructo de esta prueba es estadísticamente significativa por tanto en los grupos normales, como en grupos con alguna patología correspondiéndole un índice de 0.70 y respecto al coeficiente de confiabilidad es de 0.83. La prueba maneja un nivel de medición intervalar (Gurrola, 1993).

### **5.9 -Diseño de Investigación**

El tipo de diseño que se empleó para alcanzar los objetivos de esta investigación corresponde a la no experimental, bajo este enfoque, el diseño que se utilizo fue transversal, ya que los datos son recolectados en un solo momento o tiempo único, buscando describir las variables del estudio y analizar su incidencia (Hernández, et. al.; 2000)

## **5.10 -Etapas de la Investigación**

Etapa 1: Elaboración del marco teórico

Etapa 2: Aplicación de los instrumentos

Etapa 3: Captura y procesamiento de la información

Etapa 4: Análisis de los resultados

Etapa 5: Elaboración de la discusión

Etapa 6: Elaboración de las conclusiones y sugerencias

## **5.11.- Análisis Estadístico**

Se realizaron los análisis descriptivos para conocer las características de la muestra. Posteriormente se utilizó el estadístico de correlación de Pearson para conocer la relación entre las variables Y el análisis de varianza (ANOVA) para la comparación entre factores.

## RESULTADOS

Al analizar los estadísticos descriptivos de las variables sociodemograficas para el grupo experimental se encontró respecto a la edad una media de 36.50, una desviación estándar de 6.1637, y una edad mínima de 30 años y máxima de 50.

En el civil se observo que la media es de 1.4224, la desviación estándar de .3937, el valor mínimo de 1, que corresponde a que no cuentan con una pareja y el máximo es de 2, es decir si cuenta con una pareja.

Por último respecto a la escolaridad se halló una media de 4.1897, una desviación estándar de .3937, un valor mínimo de 4 que indica nivel licenciatura y como valor máximo 5 indicando posgrado.

**Tabla 1.- Estadísticos descriptivos de las variables.**

	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Valor Mínimo</b>	<b>Valor Máximo</b>
<b>Edad</b>	36.5000	6.1637	30	50
<b>Estado civil</b>	1.4224	.5461	1	2
<b>Escolaridad</b>	4.1897	.3937	4	5
<b>Puesto</b>	8.7672	6.0481	1	21

Se aplicaron dos instrumentos. Para medir sentido de vida se utilizó el Test de PIL (Propósito de Vida Test), el cual es una escala de actitud construida por James Crumbaugh y Leonard Mahalick.

Esta escala consta de 20 ítems que la persona debe calificar y puntuar con una escala de 7 puntos. En cada uno de los ítems la posición 4 se considera neutral y se

emplean distintos términos descriptivos para las posiciones 1 “sin miedo ni propósito” y 7 “llena de sentido”.

En este rubro el género femenino se encuentra en una media de 6.11 respecto a percepción de sentido lo que indica que ellas tienen motivos y razones para vivir la vida y la valoración de ésta, así mismo no se reporta en experiencia de sentido (media 5.8571) que no tengan una percepción de la vida propia y la vida cotidiana como plena de cosas buenas ni que en el factor metas y tareas (media 6.00) no tengan objetivos ligados a acciones concretas en la vida y a la responsabilidad personal percibida. En cuanto a la dialéctica destino-libertad la muestra dice que es libre de elegir sobre su vida, tener su vida en sus manos y bajo su control, dicen estar preparados y sin miedo a morir (media 5.2867).

**Tabla 2.- Media y desviación estándar de los factores sentido de vida.**

	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>
<b>Percepción</b>	6.1111	.6638
<b>Experiencia</b>	5.8571	.6454
<b>Metas</b>	6.0000	.6335
<b>Destino-libertad</b>	5.2867	.8179

### Salud Mental

Para la evaluación de la salud mental se aplicó la versión en Escalas del Cuestionario de Salud General-28 de Goldberg la cual fue elaborada por David Goldberg.

Los ítems que lo componen se refieren fundamentalmente a trastornos de tipo afectivo-emocional y consta de cuatro subescalas, formadas por siete ítems cada una:

- Síntomas somáticos
- Ansiedad e insomnio
- Disfunción social
- Depresión grave

El instrumento GHQ28 posee una escala tipo Likert que abarca las respuestas:

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

En dicho instrumento se pudo observar que las mujeres en absoluto han percibido síntomas que afecten su salud mental de manera significativa tales como somáticos (1.4286), ansiedad e insomnio (1.2857), disfunción social (1.5714) y depresión grave (1.0000).

En lo que se refiere a la mediana y desviación típica que son medidas de centralización y de dispersión se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a los factores. Los resultados obtenidos nos indican que cuando los datos están más concentrados desviación típica es menor, y si los datos están más dispersos la desviación típica es mayor.

**Tabla 3.- Media y desviación estándar de los factores salud mental.**

	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>
<b>Somáticos</b>	1.4286	.4226
<b>Ansiedad</b>	1.2857	.3474
<b>Disfunción</b>	1.5714	.4492
<b>Depresión</b>	1.0000	.3689



Respecto a la correlación entre los factores se encontraron los siguientes resultados:

- Existe una relación estadísticamente significativa entre percepción y experiencias, lo cual está indicado por una correlación de Pearson de .887 y una significancia de .000 por lo tanto, a mayores percepciones, mayores experiencias.
- Existe relación estadísticamente significativa entre disfunción y depresión lo cual está indicado por una correlación de Pearson de .497 y una significancia de .000 por lo tanto, a mayor disfunción, mayor depresión.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre percepción y metas, lo cual está indicado por una correlación de Pearson de .877 y una significancia de .000 por lo tanto, a mayores percepciones, mayores metas.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre experiencias y metas, lo cual está indicado por una correlación de Pearson de .899 y una significancia de .000 por lo tanto, a mayores experiencias, mayores metas.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre síntomas somáticos y ansiedad, lo cual está indicado por una correlación de Pearson de .404 y una significancia de .000 por lo tanto, a mayores síntomas somáticos, mayor ansiedad.
- Existe una relación estadísticamente significativa síntomas somáticos y disfunción, lo cual está indicado por una correlación de Pearson de .032 y una

significancia de .214 por lo tanto, a mayores síntomas somáticos, mayor disfunción.

- Existe una relación estadísticamente significativa entre destino-libertad y disfunción, lo cual está indicado por una correlación de Pearson de .560 y una significancia de .000 por lo tanto, a mayores percepciones, mayor destino-libertad.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre destino-libertad y disfunción, lo cual está indicado por una correlación de Pearson de -.249 y una significancia de .012 por lo tanto, a mayor destino-libertad menor disfunción social y viceversa.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre experiencias y destino-libertad, lo cual está indicado por una correlación de Pearson de .629 y una significancia de .000 por lo tanto, a mayores experiencias, mayor destino-libertad.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre destino-libertad y metas y tareas, lo cual está indicado por una correlación de Pearson de .550 y una significancia de .000 por lo tanto, a mayor destino-libertad mayores metas y tareas.

**Tabla 4. Relación entre salud mental y sentido de vida en mujeres**

		Salud Mental															
		Percepción		Experiencia		Metas		Síntomas somáticos		Ansiedad		Disfunción		Depresión		Destino-libertad	
		R	p	r	p	R	P	r	p	R	P	R	p	r	P	r	P
<b>Propósito de vida</b>	Percepción	1		<b>.000</b>	<b>.887</b>	<b>.000</b>	<b>.877</b>	.204	-.128	.578	-	.508	-	.377	-	<b>.000</b>	<b>.560</b>
	Experiencia	<b>.000</b>	<b>.887</b>		1	<b>.000</b>	<b>.898</b>	.150	-.145	.569	-	.112	-	.766	-.030	<b>.000</b>	<b>.629</b>
	Metas	<b>.000</b>	<b>.877</b>	<b>.000</b>	<b>.898</b>		1	.618	-.050	.472	.073	.084	-.173	.534	-	<b>.000</b>	<b>.550</b>
	Somáticos	.204	-	.150	-	.618	-		1	<b>.000</b>	<b>.404</b>	<b>.032</b>	<b>.214</b>	.246	-	.118	-.157
	Ansiedad	.578	-	.569	-	.472	.073	<b>.0000</b>	<b>.404</b>		1	.179	.136	.860	.018	.459	-.075
	Disfunción	.508	-	.112	-	.084	-	<b>.032</b>	<b>.214</b>	.179	.136		1	<b>.000</b>	<b>.497</b>	<b>.012</b>	<b>-.249</b>
	Depresión	.377	-	.766	-	.534	-	.246	-.117	.860	.018	<b>.000</b>	<b>.497</b>		1	.388	-.087
	Destino-libertad	<b>.000</b>	<b>.560</b>	<b>.000</b>	<b>.629</b>	<b>.000</b>	<b>.550</b>	.118	-.157	.459	-	<b>.012</b>	<b>-.249</b>	.388	-		1

Al comparar la media de la variable escolaridad y el factor metas y tareas se encontró que las mujeres con posgrado tienen mayor metas y tareas que las de nivel licenciatura lo cual está indicado por una media igual de 6.2041 y una desviación estándar de .49396 con una frecuencia de 14 mujeres.

**Tabla 5.- Resultado de la comparación de medias entre la variable escolaridad y el factor metas y tareas**

<b>ESCOLARIDAD</b>		<b>METAS Y TAREAS</b>
<b>Licenciatura</b>	Media	<b>5.8522</b>
	N	<b>86</b>
	Desv. Estándar	<b>.642</b>
<b>Posgrado</b>	Media	<b>6.2041</b>
	N	<b>14</b>
	Desv. Estándar	<b>.49396</b>

Al comparar las medias de la variable puesto y el factor ansiedad se observó que las secretarias son las que manifiestan tener más ansiedad (media=2.7143, desviación estándar=.0000), le siguen las mujeres empresarias (media=2.1429, desviación estándar=.0000) y por último las asistentes (media=1.6429, desviación estándar=.6389).

**Tabla 6.- Resultado de las tres medias más altas al comparar las medias de la variable puesto y el factor ansiedad**

<b>PUESTO</b>		<b>ANSIEDAD</b>
<b>Secretaria</b>	<b>Media</b>	<b>2.7143</b>
	<b>N</b>	<b>9</b>
	<b>Desv. Estándar</b>	<b>.0000</b>
<b>Empresaria</b>	Media	2.1429
	N	6
	Desv. Estándar	.0000
<b>Asistente</b>	Media	1.6429
	N	5
	Desv. Estándar	.6389

En cuanto a esta misma comparación, se encontró que los puestos con menor ansiedad son en primer lugar las químicas, (media= 1.2143, desviación estándar=.14286) después de ellas están las psicólogas (media=1.1548, desviación estándar=.2316) y, en tercer lugar las servidoras públicas (media=1.1633, desviación estándar=.27883).

**Tabla 7.- Resultado de las tres medias más bajas al comparar las medias de la variable puesto y el factor ansiedad.**

<b>PUESTO</b>		<b>ANSIEDAD</b>
<b>Químicas</b>	<b>Media</b>	<b>1.2143</b>
	<b>N</b>	<b>4</b>
	<b>Desv. Estándar</b>	<b>.14286</b>
<b>Psicólogas</b>	Media	1.1548
	N	12
	Desv. Estándar	.2316
<b>Servidoras publicas</b>	Media	1.1633
	N	7
	Desv. Estándar	.27883

Para comparar escolaridad y los factores de sentido de vida y salud mental se utilizó el estadístico ANOVA dando como resultado una relación estadísticamente significativa entre escolaridad y metas con un  $F=3.82$ ,  $P= .05$  y  $gl= 1$  teniendo la media cuadrática de 1,49 observando así que, a medida que las mujeres tienen mayor nivel de escolaridad sus metas también aumentan.

**Tabla 8.- Comparación entre escolaridad y factores de salud mental y sentido de vida. (ANOVA)**

	<b>Media cuadrática</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
Destino-libertad	.009	1	.013	.911
Percepción	1.284	1	2.970	.088
Experiencia	.853	1	2.067	.154
<b>Metas</b>	<b>1.491</b>	<b>1</b>	<b>3.820</b>	<b>.053</b>
Somáticos	.016	1	.088	.767
Ansiedad	.046	1	.380	.539
Disfunción	.004	1	.021	.886
Depresión	2.275	1	2.043	.156

Se utilizó el estadístico ANOVA para comparar el puesto con los factores de salud mental y sentido de vida observando así, entre la ansiedad y el puesto con una  $F=3.82$ ,  $P=.05$ ,  $gl= 19$  y una media cuadrática de 1.49 indicando que la ansiedad aumenta en aquellas mujeres que tienen un puesto más alto.

**Tabla 9.- Comparación entre puesto y factores de salud mental y sentido de vida**

	<b>Media cuadrática</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
Destino-libertad	.782	19	1.218	.265
Percepción	.388	19	.857	.635
Experiencia	.294	19	.659	.848
Metas	.325	19	.775	.728
Somáticos	.195	19	1.118	.350
<b>Ansiedad</b>	<b>.233</b>	<b>19</b>	<b>2.478</b>	<b>.003</b>
Disfunción	.148	19	.636	.868
Depresión	.068	19	.444	.976



## DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo general analizar el sentido de vida y salud mental en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia.

Se tomaron 100 mujeres que radican en el estado de México y que tienen una edad entre 30 y 50 años.

De la población total analizada, las edades oscilan en un promedio de 35 años. El 86% con escolaridad a nivel licenciatura y respecto a su estado civil se observó el 51% de la población cuenta con una pareja los cuales, están casados o viven en unión libre.

En cuanto al puesto se encontró que la media es del 21% de la población la cual está constituida por enfermeras.

Asimismo, la información obtenida pone de manifiesto que las medias obtenidas en el Test de PIL se encuentran orientadas a que la población de la muestra tiene una vida con sentido es decir, la media respecto a percepción de sentido se encuentra en 6.11, en cuanto a experiencia de sentido la media se encuentra en 5.85 y por consecuente la media en el factor metas y tareas es de 6.00.

Además, en cuanto al instrumento GHQ28 aplicado las medias son las siguientes: síntomas somáticos 1.4286, ansiedad e insomnio 1.2857, disfunción social 1.5714 y depresión grave 1.0000 es decir en absoluto han percibido síntomas que puedan afectar su salud mental.

Considerando lo anterior, se puede observar general la población estudiada no presenta graves trastornos en su salud mental. Carrasco, García y Brustad (2008), señalan que la salud mental abarca formas tanto individuales como sociales respecto al sujeto, la manera de estar en el mundo, la valoración que hace y significado que otorga a su realidad. A partir, en primera instancia de la conformación de su personalidad, edad, género, cultura y ambiente en el cual se ubique; la cual otorgará y será mediadora de desafíos y nuevos retos, en función de la autonomía, dominio del entorno que tenga y metas personales.

Sin embargo, esta voluntad de sentido no se satisface, ocurre una frustración existencial. En este sentido, Frankl (1994) menciona que dicha frustración puede ser causa de enfermedades mentales, es decir patógena (Castro, 2000).

Para Frankl (1999) la carencia de significado es un indicador de desajuste emocional.

Respecto a la correlación de los factores de percepción de sentido y experiencias de sentido existe una correlación estadísticamente significativa. Es decir a mayor percepción del sentido, mayores experiencias de sentido. Lo anterior coincide con Schultz citado por Fizzotti (2005) quien menciona que la neurosis es un caso de vida sin sentido, mientras que Jung la define como el sufrimiento del alma que no ha encontrado el propio sentido. Para Frankl, sea cual sea la intensidad de nuestro sufrimiento, todos tenemos la capacidad de encontrarle sentido a cualquier situación. Es decir, si se es cada vez más consciente, finalmente la vida no deja ya de mantener y retener un sentido hasta el último momento. Esto se debe al hecho de que el hombre no sólo encuentra significativa su vida por lo que hace, también por sus experiencias, sus encuentros

con lo verdadero, bueno y bello del mundo y, por último, por sus encuentros con los demás, con los seres humanos y sus cualidades únicas (Pattakos, 2005).

En relación a la disfunción social y la depresión existe una relación estadísticamente significativa entre ambas. La existencia del deseo de significado es un criterio fiable de salud mental (Frankl, 1999). Dicho deseo suele perderse en muchas situaciones de depresión en las que ya no se ve salida ni sentido a nada y ni siquiera hay ya deseo de encontrarlo. En cuanto a la disfunción social y de acuerdo con el órgano informativo del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, “las enfermedades mentales son desórdenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros” (UNAM, 2004).

Con relación a la percepción del sentido y a las metas y tareas se obtuvo una relación alta positiva lo cual indica que a mayor percepción del sentido mayores metas y tareas y viceversa. En la medida en que el niño participa en la dinámica social aprende el sentido de sus acciones y la de los demás. La capacidad de trascender y realizarse como personas se toma de la mano con la pertenencia del hombre a su medio social y que se traduce en las actividades que realice en su vida diaria, las cuales posibilitan o no un anclaje a la vida misma. Esta trascendencia en las actividades se encuentra en aquellas cosas que llenen existencialmente a la persona. Las categorías o áreas propuestas por Luckas pueden ser agrupadas en dos: sociales e individuales. Dentro de los sociales se encuentran las relaciones familiares, la realización de una ocupación y la relación dentro de una sociedad. En los individuales está el bienestar propio como las posesiones, también está la autorrealización, la satisfacción de los intereses, y el servicio o ideales (religión, política) (Vera, 2000).

También se observó que hay una relación entre experiencia y metas. En este sentido. La realización existencial ocurre cuando cada persona trasciende su propia situación y su condición hacia un objetivo externo a uno mismo (el trabajo, la pareja, Dios, el estudio, un pasatiempo, etcétera), de manera general experiencias y acciones en la vida, que permitan salir de uno mismo para lograr un objetivo.

Frankl (1999) señala que se puede considerar el vacío existencial en la medida que el individuo se encuentra limitado en su “voluntad de sentido” o en su búsqueda por naturaleza de un sentido, propósito, significado o razón de ser en su vida y en las cosas que ocurren en ella. Cuando no se alcanza el logro existencial la frustración por un vacío existencial asociada a la desesperanza por la duda sobre el sentido de la vida; se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas. Entre el vacío existencial y la desesperanza, existiría una relación estrecha; ambas remiten a un estado de ánimo y motivación, y de sentimientos y de expectativas sobre el futuro (García, Gallego y Pérez, 2008).

Con respecto al factor de síntomas somáticos y ansiedad se obtuvo que exista una relación estadísticamente significativa entre síntomas somáticos y ansiedad. González, Landero y García (2009) demuestran en una de sus investigaciones la relación que existe entre los síntomas psicósomáticos, y la ansiedad, en personas con diferentes enfermedades y señalan que los síntomas somáticos más frecuentes encontrados en este grupo, en particular más frecuentes son sentirse cansado o con poca energía, tener dificultades para dormir y padecer dolores de cabeza, menstruales y de espalda.

Sin embargo, este aspecto apunta indudablemente al carácter individual y subjetivo del proceso, puesto que cada hombre experimentará su nivel propio de

ansiedad, dependiendo de la fuerza con que interactúa con el estímulo ansiógeno, tanto en aspectos referidos a la evaluación que la persona hace del estímulo, en términos de cuán amenazante lo aprecia, como también en relación a la evaluación que hace de los recursos que conserva para enfrentar dicha situación. De este modo, si el estímulo es percibido como altamente amenazante y, al mismo tiempo, la persona se considera sin recursos para enfrentar el conflicto, su nivel de ansiedad se incrementará enormemente pudiendo llegar a tener situaciones de bloqueo personal, que son sentidas como inhabilitantes para enfrentar el problema (Bertoglia, 2005).

También, hay una estrecha relación entre síntomas somáticos y disfunción social. La somatización es la tendencia de algunos individuos a experimentar y manifestar el malestar psicológico en la forma de síntomas somáticos y buscar ayuda médica por ellos (Lipowski, 1987). Conforme a esto la clasificación de enfermedades mentales CIE- 10 establece las siguientes pautas de diagnóstico:

Con lo anterior se puede afirmar que a mayores síntomas somáticos mayor disfunción social es decir, en todas las esferas que giran en torno al individuo.

En este orden de ideas se observa que hay una relación entre libertad y experiencia donde a mayor libertad mayor experiencia. En este sentido, para Sartre (1982), el hombre sin libertad vive pero no existe. El ser en sí sin conciencia no es libre, Nietzsche afirmó que "Quién tiene un por qué para vivir puede soportar casi cualquier como".

Frankl (2004), menciona que la muerte puede enriquecer el sentido de la vida y afirma que el sentido de la existencia humana, se basa en su carácter inalterable. No es la duración de una vida lo que determina la plenitud de su sentido. Al tomar conciencia de que su tiempo puede terminar es más posible que

reaccione para aprovechar su tiempo y hacer más plena y libre su vida. La transitoriedad de la vida sería por ello un incentivo para emprender una acción responsable sobre su vida.

Este estudio también arrojó datos sobre la relación entre destino-libertad y percepción que explica que a mayor destino-libertad mayor percepción de sentido. Frankl (2004) el vacío existencial ocurre, en la medida que el individuo no construye su día a día trascendiendo su realidad y vida cotidiana, rechazando de esa forma la ideación de su proyecto de vida y en la medida en que en su conciencia, la finitud o la muerte está ajena a su realidad, ocasionando de esa forma la inexistencia de una muerte concedida sin sentido. Vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a las cuestiones que la existencia plantea, cumplir con las obligaciones que la vida asigna a cada uno en cada instante particular.

Para Fizzotti (2005), la responsabilidad es un aspecto fundamental del ser humano, agrega que cada persona es única y no existe en el universo otro ejemplar, y el modo en que logrará arreglárselas con la vida, lo que hará y lo que no, es único, irrepetible y exclusivo. Las personas tienen un destino propio, que nadie les puede quitar, y la tarea de llevarlo a término es única y exclusiva.

En cuanto a la comparación de los factores destino-libertad y disfunción de sentido las mujeres mostraron que a mayor destino-libertad menor disfunción. Frankl (2004) menciona como ejemplo la neurosis dominical que es una especie de depresión donde después del trajín al llegar el fin de semana y encontrarse a solas con su intimidad, una intimidad quizá vacía de sentido o de dirección. El autor agrega que si se rastrearán bastantes casos de suicidio finalmente se toparía con ese vacío existencial. Si se considera el vacío existencial que les sirve de sustento se comprenda mejor el aumento del alcoholismo y de los fenómenos

de delincuencia juvenil. Este mecanismo psicológico explica también las crisis de los jubilados y de los ancianos. La única manera para que el paciente supere ese estado es dotando de sentido su vacío existencial.

Finalmente se obtuvo una relación positiva estadísticamente significativa que indica que a mayores metas y tareas mayor destino-libertad, esta situación la explica Sartre (1982) afirma que las personas se definen como seres libres. Están condenados a ser libres. Son lo que han querido ser y siempre podrán dejar de ser lo que son. La libertad es la forma que tienen de responder a las diversas situaciones que se plantean. Esto significa que son responsables y que su vida es un proyecto gracias a la cual el hombre siempre trasciende de su situación concreta, aspira al futuro sin estar determinado por su pasado, se traza metas y en este trazarse metas construye su ser; de ahí que el existencialismo sea también una doctrina de la acción y por consecuencia reconoce que todas las metas tienen obstáculos pero depende de cada uno creer que son trabas superables en el ejercicio de la libertad o impedimentos imposibles de salvar cuando elijo, estoy eligiendo la meta y también los obstáculos.

Es posible establecer como indicadores negativos de salud mental y sentido de vida el puesto y la escolaridad, ya que de acuerdo al estadístico ANOVA hay una diferencia entre metas y escolaridad con una  $F=3.82$ , una  $P=.05$  y una media cuadrática de  $.233$  es decir las mujeres con posgrado tienen más metas que las de la licenciatura y el puesto más alto trae como consecuente mayor ansiedad con  $F=2.47$ ,  $p=.003$  y una media cuadrática de  $.233$  tomando en cuenta que la tasa fue predominante en el puesto de enfermería.

La diferencia entre escolaridad y metas lleva a Rodríguez. Shadow (2008) a afirmar que el acceso a la educación es un factor estratégico para que las mujeres logren una mayor autonomía, capacidad y poder de decisión, así como para

impulsar el desarrollo del país. A través de esta, fomentan su afán de logro y de superación personal; al mismo tiempo, aumentan su productividad y los beneficios de ésta. Un mayor nivel educativo transforma los valores y actitudes de las personas, y contribuye a ampliar sus opciones y perspectivas de vida. Además, la inversión en la instrucción de las mujeres repercute no sólo en beneficio propio, también en el de la familia, pues aumenta las posibilidades de que sus hijos reciban mayor cuidado, educación, salud y bienestar general.

Cuando las mujeres acceden a mayores grados de educación se dan cambios socioculturales, económicos y demográficos fundamentales: se provoca un retraso en la edad de la primera unión y del inicio de la vida reproductiva; los periodos entre un hijo y otro son más dilatados; hay mayores índices de escolaridad para las siguientes generaciones; hay mejoras en la nutrición, más bienestar y salud; se obtienen más ingresos; se tiene una mayor participación en la toma de decisiones, tanto en el hogar como en el entorno social, y se obtiene más autonomía personal y sentido de logro profesional. En gran medida, la educación femenina ha contribuido a promover un cambio de valores que desde luego, han ayudado a que en el mercado de trabajo se reconozcan las habilidades y conocimientos femeninos, y a que, así, esta parte de la población obtenga empleos acordes con sus capacidades laborales (Giron, 2011)

Por otro lado en lo que se refiere a la diferencia entre puesto de trabajo y ansiedad Morales, Gallego y Rotger (2007) afirman que la gran competitividad así como las exigencias del medio, condicionan un ritmo acelerado, que genera ansiedad, agotamiento emocional, trastornos en los ritmos de alimentación, actividad física y descanso, con dolencias físicas, psíquicas y factores de riesgo en la salud. En esta misma línea también señalan que cuando el nivel jerárquico de un trabajador es mayor, mayores serán los requerimientos de formalización de



operaciones y procedimientos, mayor será la posibilidad de que se presenten síntomas como la ansiedad.

Tanto el estrés como el burnout suele obtener su respuesta en la ansiedad la cual tiene una alta relación con la ira o el miedo, pero suele ser la consecuencia que afecta a la salud física del estrés. Como consecuencia, La aparición de ansiedad deriva en diferentes trastornos, que imposibilitan el desarrollo de las jornadas laborales y que conllevan a un malestar general en el día a día. Potencia todo tipo de miedos, como la agorafobia, y perjudica la salud de la persona con náuseas, arritmias o taquicardias.

En este sentido Molina, García y Alonso (2003) en uno de sus estudios realizados (La Incidencia y Relaciones de la Ansiedad y el Burnout en los Profesionales de Intervención en Crisis y Servicios Sociales) observo que un 50% de los profesionales presentan niveles altos en por lo menos una dimensión del burnout; un 23% en dos dimensiones; y un 11.5% en las tres dimensiones (Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal), además de alto nivel de ansiedad señalan también que las personas de este último segmento sufren un alto riesgo y requerirían una intervención adecuada que les permitiera mejorar su desempeño y salud laboral. No obstante, alrededor de un 50% de los sujetos de la muestra considera que alcanza una alta realización personal con su trabajo y un 12.39% presenta un perfil laboral altamente saludable (bajos burnout y ansiedad).

Los investigadores Núñez, Almirón y Moreira (2006) observaron en su estudio *Indicadores de la salud mental en una muestra poblacional de un Servicio hospitalario de Emergencias* que tanto el estado civil, como el sexo y la edad son factores no determinantes para la perturbación de la salud mental. En cuanto al estado civil, los indicadores negativos de salud mental ghq-60 fueron del 11,11%

en casados y en solteros del 5,55% es decir, no se observó diferencia significativa. ( $\chi^2=2,32;gl=3;p<0,510$ ) sin embargo, algunos estudios muestran una tasa incrementada para las personas divorciadas y separadas, y tasas bastante bajas en personas con una muy buena relación con la pareja.

Asímismo, afirman que el personal de enfermería es el más comprometido debido a que ve su propia persona al estar tratando a pacientes que presentan riesgo de vida en distintos niveles y señalan la posibilidad de que estos indicadores negativos de salud mental sean parte de una respuesta adaptativa individual ante las presiones del medio cuando otras estrategias de afrontamiento personales no se encuentran disponibles o no son de utilidad.

## CONCLUSIONES

Después de analizar la base teórica de diversos autores y expertos en el tema, así como el análisis estadístico correspondiente a la investigación sobre salud mental y sentido de vida en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia de la muestra estudiada, se concluyo lo siguiente:

- El factor con mayor asociación es la dialéctica destino-libertad mostrando así que la libertad de elegir sobre su vida, tenerla en sus manos, bajo su control, y estar preparadas y sin miedo a morir es fundamental en la salud mental y el sentido de vida.
- A mayor destino-libertad mayor experiencia de vida, mayor percepción de sentido o metas pero también, menor disfunción social.
- La prevalencia total de la muestra estudiada indica que las mujeres tienen motivos y razones para vivir así como una percepción de la vida propia y la vida cotidiana como plena y llena de cosas buenas. También tienen objetivos ligados a acciones concretas en la vida y a la responsabilidad personal y no manifiestan tener síntomas que indiquen ausencia de salud mental.
- Finalmente respecto a las comparaciones entre edad, ocupación, puesto y escolaridad se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre escolaridad y metas observando que, a medida que las mujeres tienen mayor nivel de escolaridad sus metas también aumentan. También se encontraron diferencias significativas entre el puesto y la ansiedad indicando que, la ansiedad aumenta en aquellas mujeres que tienen un puesto más alto.

## **SUGERENCIAS**

Con base en los resultados anteriores se propone un plan de acción que se basa en la promoción de la salud mental y en la prevención de los trastornos psíquicos a través del sentido de vida.

Es primordial que se brinde información oportuna a profesionales de la salud, a las mujeres y a su familia para la prevención y tratamiento oportuno.

Hay que visibilizar los vínculos entre la salud mental y el sentido de vida de las personas así como los factores que intervienen en una falta de este sentido. En esta misma línea, es importante sensibilizar a las mujeres sobre las dimensiones de la problemática y promover programas sobre salud mental y sentido de vida. Esto con la finalidad de que comprendan y valoren su salud apoyándose de una percepción de su propia vida que les permita sentirse plenas más allá de lo que los factores biopsicosociales les establece por el hecho de ser mujeres es decir, sentirse plenas sin la necesidad de un otro.

Se debe posicionar a la salud mental como un derecho humano y como un aspecto indisoluble de la salud integral de las personas además de ampliar su noción de salud mental e integrar aspectos cotidianos que tienen impacto sobre el bienestar emocional.

También, se debe comprender que las relaciones de género condicionan la salud mental de las personas, y que son tan importantes como los determinantes sociales de la salud antes señalados. En ese sentido, es un importante reto promover la igualdad de género como parte de los estilos de vida saludables.

Por último, se sugiere la creación de talleres y cursos que giren en torno a intereses de las mujeres les hará saber que pueden realizar actividades y jugar roles contrarios a los que la sociedad le ha impuesto elevando e incluso encontrando por este medio un sentido de vida y una forma de vivir la vida plena.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alejandro, M. (s/f). El papel de la mujer en la sociedad capitalista y los derechos humanos. Tercer certamen de ensayos sobre los derechos humano. Barcelona: Gedisa.

Alberdi, I. (2004). Cambios en los roles familiares y domésticos. España: Arbor.

Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la organización mundial de la salud y la interdisciplinariedad. Universidad de los andes. *Revista universitaria de investigación*. V, (9).

Álvarez, M. (1988). El sentido de la vida como expresión de la motivación superior humana. Su estudio en un grupo de jóvenes cubanos. *Rev. Cubana de Psicología*, V, (1).

Valdés, M. (2001). Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.

Ávila, H. (2006). Introducción a la metodología de la investigación. México: Paidós.

Benavent, E. (2013). Espiritualidad y educación social. Barcelona: Editorial UOC.

Benjet, C., Borges, G., Medina, E., Fleiz, C., y Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5):417-424.

- Bertoglia, L. (2015). Ansiedad y rendimiento en adolescentes escolares, una alternativa de acción. *Revista de la escuela de Psicología volumen, 4*, 27-32.
- Borja, R. (s/f) Matriarcado. *Enciclopedia de la política*. Recuperado el 15 de Mayo de 2015 de, <http://www.encyclopediadelapolitica.org>
- Cánovas. G. (2023). Escala de Bienestar Psicológico. Madrid: Tea Ediciones.
- Carrasco, A., García, A. y Brustad, R. (2007). Estado del Arte y perspectiva actual del concepto del bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 41. N°. 2
- Castellanos, R. Martelo, E y Corona, B. (2007). *Jefas de hogar: cambios en el trabajo y en las relaciones de poder*. Colegio Postgraduados.
- Castro, C. (2000). *La vida no tiene sentido*. Universidad católica Andrés Bello. Facultad de ciencias económicas y sociales. Caracas
- Céspedes, A. (2012). *Rol de la mujer en la sociedad Actual*. Recuperado el 2 de Mazo de 2015 de, <http://dawncoffee.com/reflexiones/rol-de-la-mujer-en-la-sociedad-actual>
- Clavijo, (2011). Crisis, familia y psicoterapia. La Habana: Editorial ciencias medicas ECIMED.
- CONAPO (2000). Consejo Nacional de Poblacion. Recuperado el 4 de Mayo de 2014 de, [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx).

- D' Angelo, O. (1997). Esencia humana y desarrollo de la personalidad. *Revista Santiago*, 49, 50.
- Diaz, G. (2008). La importancia del sentido. Una reflexión. *Revista de investigacion y enseñanza. Universidad Mesoamericana*. Vol. 3 Oaxaca, Mexico.
- Eagly, (2000). La teoría del rol social de las diferencias sexuales y similitudes: Una tasación actual. *La psicología social del desarrollo de género*, 123- 174.
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia: Un enfoque psicológico sistémico*. México: Editorial Pax México
- INPRFM (2003). El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado el 2 de Abrid de, [http//http://inprf.gob.mx](http://http://inprf.gob.mx).
- ENEP. (Marzo de 2003). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, Recuperado el 7 de noviembre de 2014 de, <http://www.inprf.gob.mx>.
- Escamilla, D., Parra, Y., Sepúlveda, M., y Vásquez V. (2013). *Familias monoparentales, madres solteras, jefas del hogar. Investigación cualitativa I, 2, 15*. Universidad del Bío, Chillán. Recuperado el 25 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/>
- Escandon, J., Carrillo, P., y Roberto, M. (2000). Un panorama de la salud mental en México. *Universidad Autónoma del Estado de México*. México. 9. Pág. 17.
- Estrada, L. (1982). *El ciclo Vital de la Familia*. México: Xochitl Editores S.A de C.V.



Estrasa, J., y Ruvalcaba, N. (2013). *Experiencias laborales latinoamericanas: Brasil, Chile, México, Colombia y Paraguay*. SCIELO. Recuperado el 4 de Febrero de 2015 de, <http://www.scielo.org.ar>.

Estremero, J. y Garcia, X. (Agosto de 2003). *Ciclo vital Crisis Evolutivas*. Hospital Italiano de Buenos Aires. Recuperado el 22 de Abril de 2015 de, <http://www.foroaps.org>.

Fabry, J. (1977). *La búsqueda del significado*. México: F.C.E.

Fernández, C. (2005). *El contexto de la salud mental*. México: Editores México, s.a. EDIMSA.

Fizzotti, E. (2005). *Para ser libres. Logoterapia cotidiana*. Madrid, San Pablo: Ediciones LAG.

Flaquer, L. (1998). *El destino de la familia*. Barcelona: Ariel.

Florenzano, R. (1986). *Ciclo vital del individuo y de la familia*. Santiago de Chile: Corporación de Promoción Universitaria.

Frankl, V.E. (1994). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Editorial Hélder.

Frankl, V.E. (1998). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Hélder.

Frankl, V.E. (1999). *El hombre en busca de sentido último*. Barcelona: Paidós.

- Frankl (1999). *La presencia ignorada de Dios*. España: Hélder.
- Frankl (2001). *Teoría y terapia de la Neurosis*. Barcelona: Hélder.
- Frankl (2003). *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona: Hélder.
- Frankl (2008). *Psicoanálisis y existencialismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Galindo, A.L (2011). *Muni salud Diabetes y salud mental*. Disponible en: <http://munisalud.muniguate.com>
- García, J., Gallego, J. y Pérez, (2008). *Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico Colombia*. Universidad Católica de Valencia, España. (8)(2). PP.447-454.
- Giron, M. (2011). *Sentido de vida en mujeres víctimas de la infidelidad*. Tesis de Licenciatura. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- González, M., Landero, R. y García, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Salud Publica*, 25(2):141–5.
- Guadarrama. R, (Agosto, 2006). Familia y medios de de comunicación. *Pistas para pensar en la investigación*, 10-127-149.
- Guevara, E. (2005). *Construyendo la Equidad entre Mujeres y Hombres*, Casa de las Humanidades. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Gurrola, M. (1993). Análisis existencial del homo religiosus. *Revista de Psicología de la UAEM*. Vol. (1) 33-37.

Heidegger. (1962). *El ser y el tiempo*. México: FCE

Hernández (2000). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Herrera, P. (2000). *Rol de Género y funcionamiento Familiar*. La habana. 16(6).p.568-73 (570-571).

Huerta, J. (1999). Estudio de salud familiar en Programa de actualización continúa en medicina familiar. México: Intersistemas.

INEGI (2010) Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Recuperado el 7 de Octubre de 2014 de, <http://www.inegi.org.mx>.

INMUJER (2011) Instituto de la Mujer. La salud mental de las mujeres. Recuperado el 7 de octubre de 2014 de, <http://www.inmujeres.gob.mx/>.

INMUJERES. (2006). Instituto nacional de las mujeres. *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos*. Recuperado el 7 de octubre de 2014 de, <http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx>.

Josselyn, I. (1969). *El adolescente y su mundo*. Buenos Aires: Editorial Psique.

Lara, M. (2001). *Una guía sobre depresión*. Mexico: Pax.

Lipowski ZJ, (1987). *Somatización y depresión*. Psicosomaticos.

- Lotman, (1991) Las fronteras del dolor. Buenos Aires: Paidós.
- Lugo, P. y Ernesto, J. (2009). Consideraciones para el estudio del binomio salud enfermedad en la cultura popular. *Revista de Ciencias Sociales*, 15, 4.
- Lukas (2003). Logoterapia. La búsqueda de sentido. Barcelona: Paidós.
- Lukas (2004). Equilibrio y curación a través de la Logoterapia. México: Paidós.
- Maldonado, E. (1986). Sinopsis de psicología medica. Bolivia: Editorial lillial.
- Martínez, A. (2010). El síndrome del Nido Vacío. México: Culturas y sociedad.
- Martínez, E. (1999). Logoterapia. Una alternativa ante la frustración y las adicciones. Bogota: Colectivo Aquí y Ahora.
- Maurizio R. (2010). Enfoque de género en las instituciones laborales y las políticas del mercado del trabajo en América latina. Santiago de Chile. Cepal.
- Medina-Mora, M. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4):1-16.
- Minuchin, S. (1984), Calidoscopio familiar. Buenos Aires: Paidos.
- Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar. México: Gedisa.

- Molina, A. García, MA. Alonso, M. y Cecilia, P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*, 31, (9), 564-74.
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J. y Parra, R. (2007). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes, *Ensayos*, (17), 391-407.
- Montero, I. (s/f). Salud Mental. *Programa de Formación de formadores/as en Perspectiva de Género en Salud*. Universidad de Valencia.
- Morales, G., Gallego, L.M. y Rotger, D. (2007). Entre crisis y traumas, y burnout. *Cuadernos de crisis*, 8-19.
- Moreno, M.L (2006). *Periódico del departamento de salud pública*. Facultad de Medicina UNAM.
- Nava, J. (2003). Enfermedad y familia. Barcelona: Paidós.
- Nuñez, I., Almiron, L., y Moreira. V. (2006). *Indicadores de salud mental en una muestra poblacional de un Servicio Hospitalario de Emergencias*. Argentina: Universidad Nacional del Nordeste.
- Oakley, A. (1974). Ama de casa. Penguin.
- Okasha, A. (2005). Globalización y mente. *Mundo de Psiquiatría*, 4 (1).
- OMS (2001). Organización Mundial de la Salud. *Comunicado de Prensa/48*. Recuperado el 6 de Noviembre de, <http://www.ssa.gob.mx>.

- OMS (2001) Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Francia.
- OMS (2002). Organización Mundial de la Salud. *Programa Mundial de Acción en Salud Mental*. Madrid Ginebra. pp.45.
- OMS (2003). Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo*, recuperado en: <http://www.who.int/whr/2003/es/>.
- OMS (2005). Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra. pp.20.
- OMS (Diciembre 2012). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 5 de Febrero de 2015 de, <http://www.who.int>.
- Ordírika, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Rev. Mex. Social* vol.71 no.4 México oct./dic. 2009.
- Pattakos (2005). *En busca del sentido*. España: Paidós.
- Paterna, C., y Martínez, C. (2002). Tradicionalismo de los roles maternos y la relevancia del trabajo, *Intervención Psicosocial*, 2003, volumen 12 n°1 pp 83-93.
- Pick y López 2007 (1998). *Cómo investigar en ciencias sociales*. México: Trillas.
- Rodríguez, M. y Moreno, M (2010). *Sentido de la vida, Inteligencia emocional, y salud mental en estudiantes universitarios*. 11° congreso virtual de

psiquiatría. Interpsiquis, 2010. Recuperado el 15 de Abril de 2015 de, <http://www.academia.edu>.

Rodríguez, M. (2014). *Sentido de vida y salud mental*. Equipo Pedagógico Ágora.

Rodríguez-Shadow, M. (2008). Las mujeres, presencia y protagonismo. *La colmena*. Universidad Autónoma del Estado de México, V. 58.

Rodríguez y Serrano, (2005) *Revista sobre arqueología en internet*. México. Recuperado el 8 de Junio de, <http://www.ucm.es>.

Ryff, C. D. y Keyes, C. L. M. (1995). La estructura del bienestar psicológico está revisando. *Diario de Personal y Psicología Social*, 69, 719-727.

Sandoval, J. (S/F). *La salud en México. Servicio de investigación y análisis*. Recuperado el 20 de Mayo de 2015 de, <http://www.salud.gob.mx>.

Sanger, S. y Kelly, J. (1988). *La madre que trabaja*. Argentina: Padidós.

Saraceno, B. (2004). Salud: Los escasos recursos necesitan nueva paradigmas. *Mundial de Psiquiatría*, 3:1-5.

Satir, V. (2002) *Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*. México: Editorial Pax.

Sociedad Mexicana de Analisis y logoterapia, S. C (SMAEL). Vacio existencial en la adolescencia. Disponible en: <http://www.logoterapia.com.mx>.

- Tesouro, M., Palomares, M. L., Bonachera, F. y Martínez, L. (2013). Estudio sobre el desarrollo de la identidad en el adolescente. *Tendencias pedagógicas*, V. 21.
- Timio (1979). Clases sociales y enfermedad: Introducción a una epidemiología diferencial. México: Editorial Nueva Imagen.
- Torres, L., Ortega, P., Garrido, A. y Reyes, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 31-56. Universidad intercontinental, México.
- Triana, B. (Abril 1991). *Las concepciones de los padres sobre el desarrollo: Teorías personales o teorías culturales*: Universidad de la Laguna.
- UNAM. (2004). Universidad Nacional Autónoma de México. *Enfermedades mentales: cuando las voces imaginarias y los fantasmas se vuelven reales*. Gaceta Biomédicas, Instituto de Investigaciones Biomédicas,. México.
- Uribe, I. (2007). Familias monoparentales con jefatura femenina una de las expresiones de las familias contemporáneas. *Revista Tendencia y Retos*, 12 (81-90).
- Van Bemeveld, H., Morales, M., y Zarza, S. (2008). *Socialización y familia. Estudios sobre procesos psicológicos y sociales*. México: Fontamara.
- Valencia, M. (2007). *Trastornos Mentales y problemas de salud mental*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Vera, M. (2000). *La vida no tiene sentido*. Caracas: Escuela de ciencias sociales.



Veta, E., Colom, F., y Martinez, A. (2004) Las enfermedades de las emociones.  
Trastorno bipolar. Barcelona: Psiquiatria Editores.

Yalom, I. E. (1980). Psicoterapia existencial. New York: Basic Books.

Yalom, I.D. (1984), Psicoterapia Existencial. Barcelona: Hélder.