

# **Cáncer: Consciencia de Muerte, Sentido Existencial de Vida**

**Trabajo final para optar al título de  
Consejero en Análisis Existencial**

**Eugenia Jedlicki Corbeaux**

**Directora: Michèle Croquevielle**

**Septiembre 2017**

*Los talleres de acompañamiento grupal que dan origen a este trabajo me han conmovido y enriquecido en lo más profundo. Mi reconocimiento por ello va dirigido a todos los que, directa o indirectamente, hicieron posible mi participación en ellos.*

*Agradezco en forma muy especial la invitación a formar parte del equipo de terapeutas; la confianza, el estímulo y cariño de sus integrantes hacia mí han sido de gran relevancia en el comienzo de éste, mi nuevo camino.*

*Y a los pacientes, que, con su coraje y humildad para enfrentar el sufrimiento, nos hacen recordar el valor de la vida ... y de la muerte.*

# Índice

<b>Resumen – Abstract</b> .....	5
<b>1. Introducción</b> .....	6
<b>2. Cáncer y Psicooncología</b> .....	7
<b>3. Fundamento Teórico de la Intervención Terapéutica desde la     Mirada del Análisis Existencial</b> .....	11
Logoterapia y Análisis Existencial .....	11
Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia .....	13
Primera Motivación Fundamental de la Existencia. Poder ser-estar aquí en el mundo .....	13
Segunda Motivación Fundamental de la Existencia. El valor de la vida- Gustar vivir .....	14
Tercera Motivación Fundamental de la Existencia. Ser Persona.....	16
Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia. El Sentido – Relacionarse con el llegar a ser .....	17
Giro Existencial .....	19
Fenomenología.....	19
Reacciones de Coping y Análisis Existencial Personal.....	20
<b>4. Intervención Psicológica</b> .....	21
Fundamentos .....	21
Trabajo terapéutico de acompañamiento a pacientes oncológicos de la Unidad de Hematología Oncológica del Hospital San Borja- Arriarán. Intervención grupal .....	22

Fundamentos para una intervención grupal .....	22
Metodología .....	24
Objetivos del taller.....	25
Contenido de las sesiones .....	26
Práctica de Respiración Consciente y Consciencia Corporal.....	30
<b>5. Seguimiento del proceso de elaboración personal .....</b>	<b>32</b>
Preliminares .....	32
Relato vivencial del caso de Helena .....	34
Seguimiento del proceso de elaboración personal usando como parámetro las condiciones básicas de las MMFF.....	36
Efectos del cáncer en la 1ªMF.....	37
Evolución de las condiciones fundamentales asociadas a la 1ªMF.....	40
Efectos del cáncer en la 2ªMF.....	42
Evolución de las condiciones fundamentales asociadas a la 2ªMF.....	44
Efectos del cáncer en la 3ªMF.....	47
Evolución de las condiciones fundamentales asociadas a la 3ªMF.....	49
Efectos del cáncer en la 4ªMF.....	51
Evolución de las condiciones fundamentales asociadas a la 4ªMF.....	52
Internalización del Giro Existencial .....	54
Sentimientos de Gratitud .....	56
Palabras adicionales al trabajo terapéutico realizado y sus resultados.....	58
<b>6. Reflexiones.....</b>	<b>59</b>
<b>7. Bibliografía .....</b>	<b>63</b>

## **Resumen**

El trabajo presentado a continuación tiene por objetivo relatar la experiencia de acompañamiento grupal por parte de un equipo de cuatro terapeutas a pacientes de la unidad de Hematología Oncológica del Hospital San Borja Arriarán, que se encontraban en diferentes etapas de su tratamiento contra el cáncer.

A través de testimonios textuales de los pacientes que se fueron recogiendo durante las sesiones, se muestra la evolución de las Condiciones y Motivaciones Fundamentales de la Existencia durante el proceso de elaboración de la crisis existencial surgida por la aparición del cáncer. Como resultado de esta elaboración, comienza a germinar la aceptación de la enfermedad y de las pérdidas implicadas, emerge una nueva relación con la vida y una revaloración de sí mismo, lo que finalmente conduce al encuentro del sentido existencial de la vida que resta por vivir.

**Palabras claves:** Cáncer, Análisis Existencial, Acompañamiento grupal, Motivaciones Fundamentales Existenciales

## **Abstract**

The objective of this thesis is to report the experience of a team of four therapists who counseled a group of patients of the Oncology Hematology Unit of the Hospital San Borja Arriarán who were in different stages of their treatment for cancer. The evolution of the Fundamental Conditions and Motivations for Existence during the process of elaboration of the existential crisis arising from the onset of cancer was noted via textual testimonies that were collected during the sessions. As a result of this elaboration, the acceptance of illness and its implied losses in various aspects of life begin to appear, a new relationship with life and a self-reevaluation arise. All this lead to the encounter of the existential sense of the life that remains for living.

**Key words:** Cancer, Existential Analysis, Group Accompaniment, Fundamental Motivations of Existence.

# 1. Introducción

Hace varias décadas que se están dedicando enormes esfuerzos en el estudio del origen del cáncer, de los mecanismos genético-moleculares implicados en él y de potenciales terapias. Los avances en los campos de la Genética y la Biología Molecular permiten comprender actualmente importantes mecanismos moleculares del proceso que lleva a la transformación de células normales a células malignas, sin embargo, aún no se ha llegado a encontrar una cura efectiva para la mayoría de los diferentes tipos de cáncer.

La amenaza de muerte implícita de esta enfermedad hace que el diagnóstico de cáncer impacte profundamente la emocionalidad del paciente. Por otra parte, la pérdida de la salud por efecto de la gravedad de la enfermedad junto a los efectos secundarios de los tratamientos aplicados, obliga a la persona afectada a realizar cambios profundos en su vida que se traducen en pérdidas importantes en diferentes planos de ella. De esta manera, un alto porcentaje de pacientes con cáncer desarrolla ansiedad, angustia y depresión por lo que el paciente oncológico no solo necesita de terapias dirigidas a paliar la enfermedad a nivel somático, sino que también a nivel psicológico.

Existe un gran número de estudios cuyos resultados demuestran que los pacientes oncológicos que reciben algún tipo de intervención psicológica presentan una mejoría de su calidad de vida, una disminución de los índices de angustia y depresión e incluso un aumento de su sobre-vida (Sheard, 1999) (Spiegel, 1989).

¿Cómo apoyar a estos pacientes a enfrentar la angustia, la depresión, la pérdida de autoestima, el sin-sentido de vida, sentimientos todos que surgen a partir de la amenaza de muerte tan presente en esta nueva realidad en que los ha dejado la enfermedad?

¿Es posible llegar a aceptar una enfermedad que en la mayor parte de los casos lleva a la muerte en el futuro cercano?, ¿es posible en estas condiciones dar un sí a la vida cuando lo que se desea es dejar de sentir, cuando lo que se desea es desvincularse de la vida para dejar de sufrir?, ¿se puede recuperar la valoración hacia sí mismo que se ha visto disminuida producto de las limitaciones personales a las que lleva el cáncer?, ¿es posible, en las condiciones emocionales descritas, encontrarle sentido a la vida?

El Análisis Existencial (AE) es una psicoterapia que ayuda a la persona a encontrar su lugar en la vida para poder desarrollarse, para que, a través de involucrarse, comprometerse, tomar posición y actuar, pueda entregarse a la vida (Croquevielle, 2009). Para cumplir con este objetivo, no es requisito tener una vida exenta de problemas y dificultades. Aún en estas condiciones, si la persona está sana psíquicamente, podrá vivir en resonancia con sus valores, y en sintonía y coherencia con su interioridad.

El tema central del AE es el decidir, a través de tomas de posición y de actitudes frente al diálogo permanente con el mundo interno y externo de cada persona. Para ello, el trabajo terapéutico debe, por una parte, centrarse en la persona, lo libre del ser humano, según Frankl, y a través del encuentro y el diálogo, lograr movilizar las fuerzas que estuvieren bloqueadas. Por otra parte, el trabajo terapéutico debe fomentar el establecimiento de una relación entre la persona y las cuatro estructuras fundamentales de la existencia planteadas por Längle, el mundo, la vida, el sí mismo y el llegar a ser o encuentro de sentido. A través de ello es posible conducir a la persona a alcanzar plenitud en su vida, a pesar de la existencia de circunstancias adversas (Längle, 2003)

El trabajo cuyas vivencias y resultados se muestran en este escrito surgió a partir de la inquietud de un grupo de cuatro terapeutas por brindar apoyo emocional a pacientes oncológicos de la Unidad de Hematología del Hospital San Borja Arriarán, mediante un trabajo terapéutico analítico-existencial, en una modalidad grupal. A través de una secuencia de doce sesiones impartidas semanalmente, se fomentó el Giro Existencial, la actitud de apertura de la persona hacia la vida y el mundo para permitir el dejarse preguntar fenomenológicamente por ellos, en lugar de ser la persona la que hace las preguntas, propiciando la toma de posición para pasar de la pasividad a la acción en los contenidos de las condiciones de las cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia (MMFF) (Gengler 2009).

Por medio de testimonios textuales de los pacientes que se fueron recopilando en cada sesión, en este trabajo se muestra el impacto producido por el cáncer en las condiciones que deben cumplirse en cada una de las MMFF para alcanzar una vida plena, así como también la evolución de ellas a través del proceso de elaboración personal vivenciado por los pacientes en el transcurso de las sesiones del taller y de su propia enfermedad.

## 2. Cáncer y Psicooncología

El cáncer es un término utilizado para nombrar un conjunto de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan en forma descontrolada en cualquier parte del cuerpo. Si el cáncer no es pesquisado y tratado oportunamente, existen altas probabilidades que cause la muerte de la persona.

Las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado. Sin embargo, la célula cancerosa o tumoral se divide ilimitadamente como consecuencia de la pérdida de los mecanismos moleculares originales encargados de la regulación de la división celular. Esta descontrolada multiplicación del número de células provoca la formación de masas, denominadas tumores o neoplasias, que en su expansión pueden destruir y sustituir los tejidos normales (tumor primario). Debido a la pérdida del control normal de la división celular, la célula cancerosa comienza a invadir progresivamente los tejidos u órganos cercanos, fenómeno conocido como metástasis, para posteriormente diseminarse por el organismo a través del sistema sanguíneo y linfático (tumor secundario).

El cáncer generalmente es provocado por un conjunto de factores de riesgo, la gran mayoría de ellos ambientales, como por ejemplo la radiación ultravioleta, el tabaco o agentes químicos, pero también existe un porcentaje de cánceres que se adquieren hereditariamente. El daño producido por estos diferentes factores es a nivel genético, es decir que en última instancia es el material genético, el DNA, el que es modificado anómalamente.

Existe más de un centenar de tipos de cáncer dependiendo del tejido u órgano en el que se ha originado, cada tipo se caracteriza por sus específicas alteraciones moleculares y celulares.

Entre ellos se puede citar el Carcinoma (originado en células epiteliales), Sarcoma (originado en huesos y tejidos blandos) y Leucemia (comienza en tejidos que forman la sangre en la médula ósea). El Linfoma es otro tipo de cáncer que comienza en los linfocitos, que son glóbulos blancos que, al formar parte del sistema inmunitario, juegan un importante papel en el combate de enfermedades. En el linfoma, los linfocitos anormales se acumulan en los ganglios y vasos linfáticos, así como en otros órganos del cuerpo.

Existen dos tipos principales de linfomas, el linfoma de Hodgkin y linfoma no Hodgkin (LNH). El tratamiento en ambos casos generalmente es en base de quimioterapia y



radioterapia. (<https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>) y (<https://www.fundacioneco.es/>)

El cáncer ha pasado a ser uno de los problemas más importante de nuestra época en el área de la salud debido al número creciente de personas que lo padecen y también por las consecuencias del mismo. Esta patología se asocia a muerte, dolor y a importantes pérdidas en el amplio espectro de la vida, de manera que no solo afecta los aspectos somáticos de la persona, sino que también los emocionales, sociales y espirituales. Este fuerte impacto en la vida del individuo se traduce en cambios profundos en el ámbito familiar, laboral y social. Las angustias y miedos que comienza a sentir el paciente se relacionan con la percepción de ver amenazada su integridad física, su existencia, su autonomía como persona, así como también su vida laboral. De esta manera el cáncer ha pasado a ser una enfermedad cuyo diagnóstico conduce a un estado de fuerte estrés, constituyéndose en una de las enfermedades que más problemas psicológicos causa en aquellos que lo padecen. Los principales factores que influyen en este malestar psicológico son la naturaleza crónica de la enfermedad, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos utilizados y el significado social de la palabra cáncer (Alonso 2011).

La enfermedad oncológica es un proceso que generalmente se extiende en el tiempo, lo que implica que la persona vive en una situación estresante en forma prolongada y continua. La angustia comienza con las primeras sospechas y los primeros síntomas de la enfermedad, luego con la confirmación del diagnóstico se instala el miedo como emoción permanente. Posteriormente los distintos tratamientos para combatir la enfermedad y sus correspondientes efectos secundarios potencian la intensidad de este miedo. Dentro del conjunto de temores, uno de los más intensos es el temor a la muerte que es transversal a todo este período, con la consiguiente disminución de la calidad de vida de la persona. Además de estas reacciones de ansiedad y miedo, es frecuente encontrar en estos pacientes reacciones de indefensión, depresión, trastornos adaptativos y sentimientos de inutilidad (Holland, 2002).

El hecho que los pacientes oncológicos no solo presenten problemas somáticos, sino que también emocionales, llevó a que en la década de los 70 del siglo pasado apareciera como subespecialidad de la oncología, la psicooncología. En la práctica de ella participa todo el equipo médico, incluidos psicólogos, con el objetivo de ayudar al paciente y su familia en las respuestas emocionales que surgen a raíz de la enfermedad. A partir de entonces comienzan

a surgir investigaciones sobre la adaptación del paciente a la enfermedad y sobre múltiples temas relacionados con el impacto del cáncer en la dimensión emocional (Holland 2002) (Robert 2013).

Particularmente importante fue el estudio sobre la disminución de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Entre ellos, los resultados obtenidos por Font y colaboradores muestran que la reducción de la calidad de vida no está vinculada tanto con el dolor físico propio de la enfermedad, ni con sus síntomas, sino más bien con aspectos psicológicos como el miedo, la ansiedad o la depresión. Se desprende de ello que los aspectos psicosociales tienen mayor impacto que los aspectos físicos en la calidad de vida de estos pacientes. A partir de estos resultados, estos investigadores concluyeron que la calidad de vida subjetiva de los pacientes con cáncer puede mejorar interviniendo sobre factores cognitivos tales como estrategias de afrontamiento, expectativas de auto eficacia y posibilidades de control de la enfermedad. (Font 1994)

El afrontamiento de la enfermedad se define como toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible. (Lipowski 1970). Dentro de las estrategias de afrontamiento se puede citar el espíritu de lucha, la evitación o negación, el fatalismo o aceptación estoica, el desamparo-desesperanza y la preocupación ansiosa.

Es importante mencionar que a pesar que los resultados de los estudios en esta área muestran que un papel activo y positivo en el enfrentamiento de la enfermedad ayuda a la recuperación del enfermo, es necesario tomar precauciones en el énfasis que se le da a ello. Insistir demasiado en una actitud positiva frente a la enfermedad puede finalmente resultar en una tarea abrumadora y una carga de excesiva responsabilidad que finalmente puede llevar a generar culpa y depresión en el paciente. Esta actitud obligadamente positiva se ha denominado “tiranía del pensamiento positivo” (Holland 2003).

En el contexto de los antecedentes presentados, se desprende que al paciente oncológico se le debe brindar un tratamiento integral, que considere no solo lo somático, sino que también lo psicológico. Una de las estrategias terapéuticas la constituye el acompañamiento a la persona en su proceso de enfermedad con el fin de mejorar su calidad de vida y de aliviar la carga emocional de la enfermedad.

### **3. Fundamento Teórico de la Intervención Terapéutica desde la Mirada del Análisis Existencial**

#### **3.1 Logoterapia y Análisis Existencial**

Viktor Frankl creó la Logoterapia como una psicoterapia basada en el sentido de la vida del ser humano y posteriormente el Análisis Existencial (AE) como el marco teórico de esta práctica terapéutica. Al poner en un papel relevante la búsqueda de sentido en la existencia, Frankl introdujo la dimensión espiritual en la psicoterapia, contraponiéndose así a las corrientes psicoterapéuticas de su época que se centraban fundamentalmente en la corrección de los mecanismos psíquicos internos (Frankl, 1979).

En el AE se entiende por existencia “una vida con sentido, constituida en libertad y con responsabilidad, vida que la persona vive como suya y donde ella es su co-constructor”. La libertad se realiza en la elección y en la decisión. Estos fundamentos existencialistas y fenomenológicos le confieren al AE un carácter esencialmente dialógico (Quitmann, 1989) (Croquevielle, 2009)

Con este concepto de existencia queda claro que los condicionamientos y las fuerzas inconscientes no son los únicos elementos que mueven a la persona, como pretendía la escuela imperante en la época de Frankl; sino que, por el contrario, la vivencia o la construcción de valores sería para él la fuerza motivadora primaria del ser humano.

Frankl consideró que el ser humano tiene tres dimensiones que constituyen entre sí una unidad inseparable:

Dimensión Somática: corresponde al cuerpo y la biología del ser humano

Dimensión Psíquica: corresponde a la realidad psicodinámica

Dimensión Noética: corresponde al ámbito que trasciende las dimensiones corporal y psíquica y por ello también se denomina dimensión espiritual. A esta dimensión corresponden la libertad, la dignidad, la responsabilidad. (Länge 1998).

Frankl introdujo por primera vez la dimensión noética en la psicoterapia. Para él, luego de haber sufrido personalmente la experiencia de ser prisionero de un campo de concentración durante la II Guerra Mundial, esta dimensión es fundamental en el ser humano para superar

el sufrimiento y encontrarle sentido a la vida aun cuando existan grandes impedimentos. Con la creación de la Logoterapia, Frankl propuso que el encuentro del sentido a la situación y a la existencia es lo verdaderamente terapéutico, lo fundamental para la sanación (Frankl, 1979).

Frankl describió dos categorías de sentido, el ontológico y el existencial. El sentido ontológico es aquel que da respuesta a la pregunta de por qué algo existe, explicación que corresponde al campo místico o religioso. El sentido existencial en cambio, queda definido como la mejor respuesta posible que la persona puede dar en una situación concreta. Tiene un carácter dialógico e implica el acercarse a un valor. De estas dos categorías de sentido, solo el sentido existencial sería efectivo desde el punto de vista terapéutico (Frankl, 1979).

Con posteridad, Längle introdujo importantes modificaciones al concepto de AE, de manera que actualmente constituye una corriente psicoterapéutica basada en la filosofía existencial, que utiliza la fenomenología como método científico y donde el concepto de existencia es central. Desde esta perspectiva, Längle define el AE como una psicoterapia fenomenológica-personal, cuyo objetivo es ayudar a la persona a alcanzar un vivir libre (mental y emocional), tomas de posición auténticas y un trato responsable consigo mismo y con el mundo (Croquevielle, 2009).

Como se mencionó previamente, para Frankl la motivación en la persona surge de su voluntad de sentido, en cambio el paradigma existencial de Längle o paradigma interpersonal, amplía el concepto motivacional de Frankl apelando al carácter esencialmente dialógico del ser humano, puesto que éste se dispone y dirige hacia el intercambio con otros. Ser uno mismo como persona significa estar en comunicación, entendiéndose por comunicación una continua interacción intra e interpersonal de contenidos y valores.

Todo aquello que confronta, desafía y compromete a la persona constituye la base de la motivación. Para Längle, cualquier acto pasa a ser decidido y libre cuando la persona se compromete activamente en el proceso dando su consentimiento interno. De esta manera la psicoterapia fenomenológica desarrollada por él integra todas las dimensiones del ser humano, en el sentido que éste puede actuar ya sea respondiendo a una fuerza pulsional o a una motivacional (Längle 2003).

La aprobación o consentimiento personal es para Längle un vivir diciendo sí que tiene cuatro aspectos enlazados con la antropología de Frankl. En el plano físico, el mundo es el medio

donde vivimos, en el plano psíquico, el mundo está representado por el mundo vivenciado por sí mismo. El mundo conmigo es aquel mundo con un otro con el cual yo reacciono, y finalmente en el plano espiritual está el mundo personal, mi mundo. Para alcanzar una vida plena es necesario vivir la cuádruple aprobación al mundo: un SÍ al Ser/Estar en el mundo, un SÍ a la Vida, un SÍ a mi Persona y un SÍ al Llegar a Ser y al Sentido.

Sobre esta base, Längle propone cuatro Motivaciones Fundamentales (MMFF) para una existencia plena, las que constituyen las áreas más importantes del trabajo terapéutico.

Estas cuatro motivaciones fundamentales son: el Poder Ser (dimensión ontológica a la que corresponde la confianza), el Gustar Vivir (dimensión axiológica a la que corresponden los Sentimientos y Valores), el Permitir Ser uno mismo (dimensión Ética, Responsabilidad y Autoestima), y el Devenir Activo orientado a un futuro (dimensión del Sentido) (Längle 2000).

## **3.2 Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia**

### **3.2.1 Primera Motivación Fundamental de la Existencia. Poder ser estar aquí en el mundo**

Poder ser y estar en el mundo es el requisito fundamental de la existencia. La pregunta que confronta esta condición es: ¿puedo ser? La respuesta a esta pregunta debe tomar en cuenta dos factores, el intrínseco, poder ser en lo personal (tener la fuerza y las capacidades para soportar) y el factor extrínseco, poder ser en la situación en que uno se encuentra (que las circunstancias lo permitan, o bien posibiliten aceptar la realidad). Si estas dos partes se cumplen, surge el sentimiento “Yo-puedo-ser”, ya que el poder-ser encuentra sus cimientos en estas dos actividades, soportar y aceptar.

Es a través de poder percibir la realidad, lo fáctico, que se hace posible soportar la situación y llegar así a la aceptación. Aceptar la realidad, por amenazante que ella pueda ser, permite aceptar la vida, darle un sí a la vida, un sí al ser.

A través de estudios fenomenológicos Längle deduce que las tres condiciones que se requieren para aceptar y/o soportar una circunstancia dada son protección, espacio y sostén (Längle 2000).

**Protección.** El sentimiento más importante de protección surge desde la vivencia de la aceptación tanto por los otros como por uno mismo.

**Espacio.** Surge el sentimiento de espacio al tomar distancia. Las acciones posibles para ello son por ejemplo reflexionar, observar, respirar, distanciarse temporalmente, posponer.

Por otra parte, el propio cuerpo constituye el espacio donde la persona es/está, donde ella aloja.

**Sostén.** El sentimiento de ser sostenido surge de múltiples formas, como son la experiencia de contar con un piso, que un otro ayude a soportar, a partir de experiencias previas, del coraje y de la fuerza personal.

Como respuesta personal de vivenciar estas tres condiciones, y dentro de ellas sobre todo el sostén, nace el sentimiento de confianza, que Längle define como el consentimiento a entregarse a una estructura portadora de sostén para superar la inseguridad o riesgo percibido.

La estructura portadora de sostén puede ser externa o interna a la persona. Esta última constituye la auto confianza.

Por otra parte, la confianza que también este mundo es sostenido conduce a la Confianza Fundamental, la que es entendida por como la confianza en una estructura dadora de sostén que trasciende a la persona, que porta el propio Dasein y sostiene el mundo. (Gengler, 2009)

Cuando se debilita la confianza aparece la angustia.

### **3.2.2 Segunda Motivación Fundamental de la Existencia. El valor de la vida - Gustar vivir**

El ser-estar-aquí está vinculado a un vivenciar y por lo tanto a un sentir, no sólo se está en el mundo, sino que también en la vida. La pregunta aquí es ¿cómo es ser/estar aquí?, ¿quiero vivir?, ¿quiero esta vida?

En esta motivación fundamental se trata de la confrontación del ser humano con su vida, la tarea de cómo arreglárselas con la vida, de comprender que en la vida también hay dolor,

inseguridad, fragilidad. La actividad personal para lograr vincularse con la vida es el acercarse, en el sentido de dejarse afectar, dejarse tocar, involucrarse afectivamente.

Para que exista acercamiento deben cumplirse tres condiciones específicas que son relación, tiempo y cercanía. Längle afirma "La vida se realiza solamente en relaciones, en las cuales tengo tiempo y vivencio cercanía y así se producen sentimientos en mí. Sólo así vivenciamos la vida".

**Relación.** Hay relación donde la persona se encuentra sensiblemente vinculado. Relación significa tener un sentimiento por el otro y por sí mismo. Si no existe el marco de una relación no es posible que haya acercamiento.

La relación se establece con un otro y también consigo mismo. Esta última es fundamental para poder otorgar acercamiento a otros.

**Tiempo.** Para hacer posible un verdadero acercamiento es necesario otorgar tiempo, es necesario permanecer. Tiempo y vida están estrechamente relacionados puesto que los sentimientos necesitan tiempo para desarrollarse y ellos son fundamentales para contactarse con la vida.

**Cercanía.** La cercanía o proximidad física es vivenciada como una fuerza que permite que se genere el campo relacional. Gracias a ella somos tocados, surge la calidez, y así nos abrimos a los sentimientos.

Para acercarse a sí mismo es necesario entonces entablar una relación consigo mismo, acercarse a los propios sentimientos. Debido a que ellos son experimentados en el cuerpo, es fundamental entrar en relación con el Yo corporal.

La apertura interior a la fuerza vital permite establecer la Relación Fundamental con la vida, desde donde brota el sentimiento "Me gusta vivir". El valor de la vida es la base de todos los valores y su percepción lleva al concepto de Valor Fundamental, el más profundo sentimiento hacia el valor inherente de la vida. Surge en respuesta a la pregunta: ¿es bueno que yo viva? (Längle 1991) (Längle, 2004).

Cuando en la existencia se pierde un valor importante, vital para la persona, ella sentirá como si una parte de su vida se ha perdido, es el duelo. Es necesario en esas circunstancias hacer un proceso que conduzca a iniciar una nueva relación con la vida. Para ello es esencial tener el coraje para acercarse al sufrimiento provocado por la pérdida a través del contacto y el acercamiento consigo mismo. De esta nueva relación que se establece con la propia persona,

comienza a surgir un nuevo sentimiento de vida que hará posible que aparezca nuevamente las ganas de vivir (Längle, 2014).

Cuando se ha perdido el gusto por vivir aparece la depresión.

### **3.2.3 Tercera Motivación Fundamental de la Existencia. Ser Persona**

Esta motivación confronta a la persona con la tarea de ser ella misma, ante los ojos de los demás y ante los propios. La pregunta planteada es: ¿Me es lícito ser como yo soy? ¿Me siento libre de ser así? Aquí cobra relevancia la identidad, lo propio, el conocimiento de uno mismo, la ética, la autenticidad. Se trata de lo que la persona quiere para sí mismo, pero también de lo que tiene permitido.

Para poder tomar en serio la propia individualidad es necesario que se cumplan tres condiciones externas y tres internas:

#### **Condiciones externas**

- a. **Recibir consideración.** Ser tenido en cuenta, haber sido visto por otros y que sean respetados los límites, da cuenta del respeto del otro hacia la autonomía de la persona.
- b. **Recibir trato justo.** Surge cuando el otro ve a la persona en su verdadero valor, cuando es tratada por otro en forma coherente con lo que le es esencial.
- c. **Recibir aprecio.** Se trata de la toma de posición frente a la persona, se emite un juicio personal sobre ella.

#### **Condiciones internas**

- a. **Auto-percepción por toma de distancia.** Al apartarse la persona de sí misma se le hace posible ver lo suyo propio y sus límites. Posibilita la generación de su propia auto-imagen.
- b. **Tomarse en serio.** Validarse en su verdadero valor. Es necesario relacionarse consigo mismo con lo que se logra un sentimiento sobre sí mismo.
- c. **Toma de posición consigo mismo, juicio sobre sí mismo.** Resulta de ello la opinión que se tiene de sí mismo, de lo que se es y de lo que se hace. La conciencia toma un papel relevante en esta actividad.

Del cumplimiento de estas condiciones internas y externas que hacen posible percibir el valor de sí mismo, resulta una consolidación del Yo y de la autoestima.



Para Längle la autoestima significa “Ser alguien porque se es capaz de vivenciar y generar cosas valiosas”, lo que implica que ella está basada en dos aspectos, el personal y el vivencial. La fundamentación personal está basada en un Valor Fundamental positivo, la persona puede vivenciarse a sí misma y a su existencia como valiosas (Valor propio). La fundamentación existencial está basada en la referencia extrínseca, en la vivencia de poder hacer algo bueno, positivo para el mundo (Valor funcional) (Längle, 2015).

El parámetro con el cual la persona se enjuicia y reconoce a sí misma es el sentimiento fenomenológico de lo correcto, el de estar en sintonía consigo mismo, el de vivir en coherencia consigo mismo. Es a partir de este sentimiento que surge la autenticidad. En lo realmente auténtico está lo originario de cada uno, es donde reside la esencia, la propia veracidad. Aparece el SÍ a sí mismo, la legitimidad de las decisiones propias, de la libertad individual, de la responsabilidad.

Para lograr acceder a las condiciones fundamentales de esta MF, es necesario permitirse ser uno mismo a través de ver y respetar lo que es propio de cada uno (Längle 2003).

### **3.2.4 Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia. El Sentido - Relacionarse con el llegar a ser**

Si se han podido cumplir las condiciones planteadas en las tres MMFF anteriores, si se puede estar/ser-ahí, gustar la vida y encontrarse a sí mismo en ello, se dan las condiciones para la cuarta Motivación Fundamental de la Existencia, la que guarda relación con la búsqueda y el reconocimiento de qué se trata la propia vida, el encuentro del sentido de la existencia. En otras palabras, no es suficiente para realizar una acción, poder, gustar y que esté permitido; también es necesario que la acción se pueda insertar en un contexto mayor.

Para tener una vida plena y ser fértil es necesario trascender de uno mismo, ir más allá de uno mismo. Pero, ¿hacia qué? Surge inevitablemente la confrontación con la pregunta del sentido de la vida. El sentido queda definido existencialmente como la posibilidad más valiosa y realista posible en la situación dada, por la cual se siente que se debería decidir por sí mismo. El sentido existencial es por lo tanto aquello que es posible aquí y ahora, en las circunstancias que la vida está imponiendo en este momento.

Para vivenciar el sentido de tener una orientación en la existencia deben cumplirse tres condiciones, un campo de valores, un contexto estructural valorado y un valor a realizar en el futuro.

**Contexto estructural.** En la búsqueda de sentido es necesario aclarar el contexto mayor, el horizonte en el cual se inserta el campo de actividad, generándose así la orientación necesaria.

**Campo de valores.** Los valores son los que orientan al ser humano hacia el sentido. A través de ellos el ser humano se siente interpelado y se despierta en él, la necesidad de aportar en algo para el mejoramiento del mundo (Längle 2003).

Para Frankl, existen tres vías para construir sentido. Ellas son a través de:

- Los **Valores Vivenciales.** La vida se enriquece de sentido si uno se dirige y se contacta con aquello que es valioso para uno mismo.
- Los **Valores Creativos.** Aquellos que surgen a través de la producción de valores, haciendo algo bueno, creando.
- Los **Valores Actitudinales.** Aquellos que surgen cuando no es posible crear ni vivenciar y solo queda la libertad de hacer un cambio de actitud.

**Valor en el futuro:** Las tareas a realizar que surgen de la orientación hacia un valor se plasman en el futuro, constituyéndose en una meta de la vida y dándole significado a este futuro.

El ser humano se encuentra en un fluir continuo, la transformación es un principio básico de la vida y de la existencia. Para alcanzar una vida plena es necesario trascender, ir más allá de uno mismo, ser fértiles en el mundo que nos rodea. Mirar hacia el futuro, con toda la potencialidad que en él existe. Surge así la pregunta existencial: ¿qué debe devenir, surgir de mi vida, con mi vida, desde mi vida y a través de mi vida? O ¿hay algo donde se me necesita para que a través mío las cosas puedan mejorar en el mundo y además yo pueda renovarme y transformarme? El mundo llama a la persona, y ella se siente llamada; existe una carencia, un espacio vacío allá en el mundo que el contexto la llama a llenar, entonces ella debe hacerlo para vivir existencialmente. Solo la persona en particular puede encontrar aquello que la llama, aquello que le da sentido (Frankl 1979).

La apertura a un dejarse preguntar, el ponerse en concordancia consigo mismo y con el mundo, la búsqueda de sentido, son las actividades que llevan a la persona a orientarse al

futuro. Es a través de esta apertura fenomenológica hacia la vida y el mundo que se llega al Giro Existencial, “la llave para la plenitud existencial” (Gengler 2009).

### **3.3 Giro Existencial**

Längle afirma que ser humano significa ser preguntado y vivir es dar respuesta. Esta mirada existencial tiene como base fundamental el carácter dialógico de la existencia humana.

Las circunstancias interpelan a la persona y ella debe responder. Längle denominó a este cambio en la dirección de la pregunta como Giro Existencial, derivado del concepto de Giro Copernicano descrito previamente por Frankl. Ya no es la persona la que pregunta a la vida, sino que es ella la que es cuestionada por la vida y sus situaciones: ¿qué vas a hacer tú con eso que te toca? El sentido existencial es la respuesta que se dé a esta pregunta y que será la más valiosa en cada situación. Se comprende así que el Giro Existencial pueda tener un efecto terapéutico importante ya que saca a la persona de la pasividad, de la dependencia de recibir una respuesta, apartándola del rol de víctima y poniéndola en el papel de la acción (Gengler 2009).

### **3.4 Fenomenología**

La fenomenología es el método científico que utiliza el AE como corriente psicoterapéutica. Una de los puntos claves de la psicoterapia analítico-existencial es llegar a la esencia del paciente, llegar a su dimensión personal donde residen las facultades para elegir, decidir y actuar en forma libre y responsable. Para ello es esencial conservar en todo momento la apertura fenomenológica que permite comprender al otro, percibiendo lo que le es propio y lo que lo mueve. Es en la escucha abierta, empática, sin prejuicios ni intenciones del terapeuta donde reside la facultad del paciente para entrar en contacto con sus sentimientos y encontrar lo verdaderamente propio en él.

La mantención de esta actitud fenomenológica del terapeuta termina por guiar al paciente a que él también adquiera una apertura fenomenológica consigo mismo de manera de facilitarle su auto-comprensión. (Längle 2007).

### 3.5 Reacciones de Coping y Análisis Existencial Personal

La libertad para decidir y actuar de la persona es una de las piedras angulares del AE, es por ello que cuando la conducta surge desde las reacciones psíquicas con la subsecuente pérdida de libertad y responsabilidad, el AE proporciona herramientas para hacerse cargo de la dimensión psíquica de la persona.

Las Reacciones de Coping son formas de conducta reactivas-automáticas que permiten a la persona defenderse frente a una situación vivenciada por ella como amenazante, por lo que ellas constituyen un sistema de defensa. La acción generada a partir de esta fuerza psicodinámica, al no ser elaborada, no tiene por objetivo resolver el problema, sino que solo es utilizada con el fin de protección.

Cuando existe deficiencia en las condiciones básicas requeridas en cada una de las cuatro MMFF, la psiquis recurre a las Reacciones de Coping para contrarrestar el déficit existente.

Längle describe cuatro patrones fundamentales para ellas:

1. Movimiento básico: conducta de evitación.
2. Movimiento paradójal - activismo: huida hacia adelante
3. Movimiento de mayor fuerza: agresión
4. Reflejo de posición de muerto: mecanismo utilizado cuando los otros tres no han sido posible.

Uno de los métodos que utiliza el AE para acceder a la psicodinámica es el Análisis Existencial Personal (AEP) desarrollado por Längle, gracias al cual es posible guiar al individuo a desprenderse de las Reacciones automáticas de Coping reemplazándolas por una conducta libre y responsable.

Para Längle, el ser humano ejecuta su ser persona a través de tres actividades, interpelar, comprender y responder. Es a partir de esta premisa que él describe los pasos para el AEP:

AEP 0: Fase descriptiva, recopilación de la información

AEP 1: Impresión subjetiva, rescate de la emoción básica, no elaborada.

AEP 2: Toma de posición interna, comprensión de la situación, integración de la emoción y los valores (emoción integrada). Aparece la voluntad.

AEP 3: Expresión, respuesta personal frente a la situación (Längle 1993) (Längle 1998).

## **4. Intervención Psicológica**

### **4.1. Fundamentos**

Como se mencionó anteriormente, de acuerdo al AE una vida plena se fundamenta en el diálogo. El intercambio entre el individuo y su mundo es una condición de la existencia, y sobre la base de este intercambio, él se comporta y actúa de manera de dar aprobación interna a sí mismo y a su hacer. El mundo al que se hace referencia comprende el mundo personal y el mundo exterior.

Una de las premisas filosóficas en que se basa el AE, es que el ser humano no es posible si no está en el mundo, por lo que necesariamente está en relación con éste. Längle se refiere a la “situación existencial” del ser humano al hecho que éste está relacionado inevitable y ontológicamente con el mundo, lo que conduce a la persona a un constante ser-preguntado. En esta relación dinámica con el mundo, el ser humano por una parte es influido por él y por otra tiene un efecto en él (Längle 2003).

De aquí se desprende uno de los elementos fundamentales para la terapia fenomenológica existencial: es decisivo qué y cómo responde la persona en cada situación. Para ello es importante encontrar y entender las preguntas en las cuales uno se encuentra y las respuestas que uno entrega, ya que de ello dependerá el sentido y la plenitud de la vida. Es necesario entonces una actitud de apertura hacia la vida y el mundo para dejarse preguntar fenomenológicamente, es decir no formular uno las preguntas, sino que dejarse preguntar por el mundo y por la vida. Es justamente a través de este tipo de intercambio que es posible que tenga lugar el crecimiento y la transformación personal. Como ya se mencionó, la inversión del sentido de la pregunta, el Giro Existencial, consiste en que es el ser humano el que es preguntado por la vida y la situación y no al contrario. El sentido de la vida consiste en dar respuestas a las preguntas que ella formula.

Durante el acompañamiento/consultoría, a través de confrontar permanentemente a las personas a este cambio de dirección de las preguntas, se estimula el hacerlas conscientes del hecho de ser interpeladas. Esto es de particular importancia en individuos con enfermedades graves como el cáncer, donde ellos están ocupados con preguntas tales como ¿por qué a mí?, ¿qué he hecho yo para merecer esto? Mediante el Giro Existencial la pregunta se transforma

en ¿qué puedo hacer en estas circunstancias?, ¿qué cosa valiosa puede surgir de esta enfermedad?

El objetivo implícito de las sesiones del taller desde la mirada del AE fue provocar este cambio de dirección, provocar el Giro Existencial en los participantes, y a partir de ello, una movilización de las actividades que Längle asocia a las cuatro MMFF: Poder aceptar lo que es (Relacionarse con la verdad, 1ª MF), Poder dedicarse a lo que es valioso (Captar lo que vitalmente es relevante, 2ª MF), Ver y Respetar lo que es propio de cada uno (Lograr o restaurar la estimación para sí mismo, la autenticidad, 3ª MF) y Ponerse en consonancia con lo que deberá ser (Orientarse hacia el futuro, 4ª MF).

A partir del logro de estos objetivos se hace posible aproximarse a aquellos impedimentos que pueden surgir en estos pacientes en cuatro diferentes planos: el de la percepción (1ª MF), el de la vivencia (2ª MF), el de la toma de posición (3ª MF), y el del comportamiento (4ª MF).

De acuerdo al AE, “el ser humano está enfermo cuando se vivencia constantemente a sí mismo como impedido en los ejercicios de la vida y no encuentra aquello que es importante para él y por lo cual verdaderamente le gustaría vivir”.

Si se es capaz de sentir aprobación en las cuatro MMFF, aparece el síntoma de bienestar aún en presencia de dificultades importantes en la vida. Una apertura al mundo interno y externo de este tipo hará posible el encuentro de la aceptación a las nuevas condiciones, por duras y dolorosas que ellas sean: “Es más importante poder responsabilizarse por su vida, serse fiel que tener miedo, no ser depresivo o no sufrir”. Una persona enferma puede entonces vivir existencialmente, tomando posición, siendo auténticos (Längle 2016).

## **4.2 Trabajo terapéutico de acompañamiento a pacientes oncológicos de la Unidad de Hematología Oncológica del Hospital San Borja-Arriarán.**

### **Intervención grupal**

#### **4.2.1 Fundamentos para una intervención grupal**

La modalidad de intervención grupal para pacientes oncológicos ha resultado ser de gran

eficacia. Se ha demostrado que a través de este tipo de intervención se crea una atmósfera donde se estimula la comunicación, facilitándose la expresión de sentimientos de los participantes tales como miedos y angustias respecto a todo aquello que sucede y puede suceder. Por lo general, el paciente oncológico no comparte estos sentimientos con su entorno familiar, por lo que el grupo pasa a ser un espacio donde pueden hacerlo frente a personas que se encuentran viviendo experiencias similares. Este espacio, basado en el respeto mutuo, la igualdad, la empatía, la reciprocidad en la relación, la confidencialidad, la discreción, se convierte así en un espacio de reflexión, en el que el intercambio de experiencias mutuas permite encontrar aquellos pensamientos y habilidades que favorecen la ayuda.

Por otra parte, esta modalidad grupal gatilla el sentimiento de pertenencia a un grupo, otorgando sostén y haciendo disminuir la sensación de aislamiento al actuar como una red de apoyo emocional y social. Surge en los integrantes del grupo una sensación de seguridad al descubrir que no están solos en su sufrimiento, que éste es compartido por otros. Además, el escuchar a los otros da la posibilidad de aprender sobre sí mismos, y por el hecho de ser escuchados se sienten comprendidos por los demás miembros del grupo.

El grupo también da la oportunidad para descubrir nuevas formas de afrontamiento de la enfermedad y de los problemas que surgen de ella. Más aún, experiencias con trabajos grupales han demostrado que el apoyo mutuo que se produce gracias a esta modalidad terapéutica, favorece el aumento de la autoestima del paciente a través de prestar apoyo a los compañeros y ayuda a los miembros del grupo a aprender actitudes adaptativas (Bellver 2007) (Ochoa 2010).

Desde la perspectiva del AE, las ventajas de la terapia grupal son las que se describen a continuación:

- Proporciona un espacio más natural, puesto que el ser humano siempre está en relación con otros seres humanos, por más introvertido y solitario que sea. “El hombre se constituye como tal sólo a través de otros hombres presentes o ausentes”. La terapia grupal incorpora esta co-existencia necesaria y obligatoria a la existencia.
- Hace posible recibir la devolución desde tantas ópticas como personas participan del grupo. La diversidad de miradas facilita el encuentro de la apertura al propio ser y el encuentro de variadas posibilidades en el proceso terapéutico personal.

- El espacio generado “se convierte en un organizador creativo de relaciones interpersonales afectivas”. Este tipo de relación posteriormente se hará extensiva al ámbito familiar u otros.
- Se crea una red de apoyo y confianza entre los integrantes que estimula la expresión de vivencias íntimas y reservadas. (Signorelli 2011).

Desde el punto de vista de las terapeutas, el hecho de constituir un grupo de cuatro terapeutas tiene varias ventajas, entre las cuales las más importantes son, por una parte, dar continuidad a las sesiones, aunque alguna de ellas se ausente ocasionalmente, y por otra, enriquecer el diseño de cada sesión, así como la discusión posterior a través de las diferentes miradas de cada una de ellas.

#### **4.2.2 Metodología**

Los hospitales públicos chilenos funcionan con un presupuesto restringido, que permite proporcionar fundamentalmente tratamientos dirigidos a la parte orgánica del paciente, no pudiendo hacerse cargo en forma cabal del aspecto psicosocial de él. Sin embargo, los antecedentes expuestos en este escrito muestran que el paciente con cáncer necesita un tratamiento integral que incorpore además de lo somático este otro aspecto.

Con el fin de compensar en algún grado esta necesidad, se originó un grupo de apoyo psicológico compuesto por cuatro terapeutas, tres psicólogas clínicas con formación en Análisis Existencial otorgada por ICAE y la autora del presente trabajo, diplomada y aspirante a consejera existencial, formación también realizada en ICAE.

Se trabajó con tres grupos independientes de pacientes afectados por cáncer del tipo Linfoma No Hodgkin de la Unidad de Hematología Oncológica del Hospital San Borja-Arriarán, que se encontraban en diferentes etapas de su tratamiento o seguimiento. Los pacientes fueron invitados a participar en estos talleres por el psicólogo de dicha Unidad y su aceptación a hacerlo fue de forma voluntaria. Los dos primeros talleres se realizaron secuencialmente en el primer y segundo semestre del año 2016, el tercero en el primer semestre 2017.

El contenido y la secuencia temática de las sesiones, fueron diseñados por el grupo de terapeutas, las que planificaron un programa de trabajo que permitiera ofrecer a los pacientes



un espacio de contención y pertenencia con el fin de afrontar de mejor manera su situación de vida existencial y con ello favorecer la adherencia al tratamiento médico y psicológico. Este programa fue presentado a las autoridades correspondientes del hospital y aprobado por ellas. Los objetivos descritos en él se presentan a continuación.

El taller consistió en doce sesiones, cada una de ellas de dos horas, una vez a la semana con una modalidad participativa vivencial. Los grupos tuvieron entre cuatro y ocho participantes, mujeres y varones mayores de edad, su asistencia fue fluctuante debido a los efectos secundarios de las terapias. El psicólogo encargado de la Unidad estuvo presente en las sesiones sin intervenir en ellas.

El grupo de terapeutas asistió regularmente al taller, salvo ausencias fortuitas. En forma alternada, cada una de ellas fue liderando las distintas sesiones. Al comienzo de ellas se destinaron alrededor de 10 minutos para realizar un trabajo corporal cuyo objetivo fue introducir a los pacientes a la respiración consciente y con ello a la consciencia corporal. Esta actividad estuvo a cargo de la autora de este trabajo que posee el título de profesora de yoga. Una vez finalizada esta actividad, la sesión continuaba con la exposición del tema a tratar, seguida de una o más preguntas de tipo auto-exploratoria. Los pacientes contestaron voluntariamente a ellas, ajustando los tiempos para que todos ellos pudieran participar.

En cada sesión, alternadamente una de las terapeutas efectuó un registro escrito de la actividad realizada incluyendo textualmente, en la medida de lo posible, lo expresado por cada participante en el transcurso de ella.

### **4.2.3 Objetivos del taller**

#### **Objetivo general**

Construir un espacio de contención, a través de un taller de acompañamiento grupal, que ayude a los pacientes a elaborar su crisis vital (oncológica), profundizando su relación consigo, con sus otros significativos, y por ende, mejorando su calidad de vida.

## **Objetivos específicos**

- Brindar al paciente un espacio de acogida libre, que permita abrir un diálogo en temas relativos a la situación de vida por la que atraviesa.
- Fomentar la expresión vivencial de los participantes en un ambiente que ofrezca sostén, protección y cercanía.
- Desarrollar el auto cuidado y el cuidado mutuo en el grupo, desarrollando vínculos de pertenencia e inclusión.
- Desde la psico-educación, abordar temores y mitos acerca de la enfermedad.
- Fortalecer la autoestima de los pacientes, fomentando su autonomía y la sensación de autocontrol de sí mismo.
- Fomentar la responsabilidad personal en el tratamiento de su enfermedad.
- Ayudar al mejoramiento de la vivencia emocional del paciente, a través de un descubrimiento personal de sentido de vida.

### **4.2.4 Contenidos de las Sesiones**

#### **Sesión 1: Presentación**

Presentación de las terapeutas, del programa y del encuadre del taller. En relación a este último punto, se hace especial énfasis en la importancia del respeto hacia cada participante y en el compromiso de confidencialidad. En el espacio de la presentación individual de cada uno de los integrantes del grupo, se los incentiva a que compartan sus historias con el grupo. Se espera que se generen los primeros acercamientos entre ellos para favorecer la cohesión grupal, al estar entre iguales que se escuchan y comprenden.

En esta sesión se enfatiza la importancia de vivir el proceso, comprendiendo y compartiendo lo que van vivenciando.

#### **Sesión 2: ¿Qué ha cambiado en mi vida con el cáncer?**

En esta sesión se estimula la apertura de los participantes para percibir las pérdidas en sus vidas causadas por la enfermedad, examinar las áreas de sus vidas que se han visto afectadas y las pérdidas que ello ha ocasionado en lo personal, familiar, social y laboral. En el proceso terapéutico, el paciente debiera ir adaptándose a estos cambios y pérdidas, lo que le permite

vivenciar el duelo (tema de la sesión 7). Por otra parte, a través de preguntas como ¿qué cambió a nivel emocional?, ¿qué sentimientos han surgido?, ¿qué realmente ha cambiado en sus vidas?, ¿cómo cambiaron las relaciones familiares?, se los estimula a contactarse con los sentimientos que esto les provoca, mostrando que es más sano reconocer las emociones negativas que tratar de no tenerlas.

### **Sesión 3: Autocuidado**

En esta sesión se trabaja con el tema del autocuidado como estrategia de enfrentamiento.

Cada uno de los integrantes comparte cómo ha enfrentado los impactos de la enfermedad en su vida. Se intercambian soluciones intentadas, experiencias que puedan servir a otros. Se conversa la importancia de aproximarse cariñosamente hacia sí y de responsabilizarse del propio autocuidado, de la importancia de detenerse en lo que hace bien.

En estas primeras sesiones a través de las temáticas descritas se tiene por objetivo guiar a los pacientes hacia la movilización de las actividades fundamentales de la 1ª y 2ª MMFF. Se ha mencionado anteriormente que la gran mayoría de los enfermos presentan rasgos importantes de angustia y depresión, por lo que es importante trabajar el impedimento para percibir lo que realmente sucede, por una parte, y por otra, el impedimento para vivenciar la realidad actual.

### **Sesión 4: ¿Por qué a mí?**

En una primera fase de esta sesión se facilita la expresión de las preguntas que surgieron con la aparición del cáncer: ¿se sintieron culpables?, ¿se sintieron víctima?, ¿se preguntaron, porqué a mí? La persona busca una causa de su enfermedad ya que con ello siente que posee el control de ella o, por el contrario, se victimiza. Con estas preguntas se explora la percepción que tienen los pacientes sobre las causas de su enfermedad, y los sentimientos que les provoca (provocó) el conocer el diagnóstico.

En la segunda fase se introduce el concepto de Giro Existencial, confrontando a los pacientes con los sentimientos que se generan al constatar que la situación de pasividad a la que lleva el esperar una respuesta, puede transformarse en una de protagonismo donde ellos deben buscar una respuesta.

### **Sesión 5: Relaciones familiares y afectivas**

En esta sesión se profundiza la importancia de las relaciones familiares y afectivas, se propicia la expresión de afectos hacia las personas involucradas a través de preguntas como:

¿quiénes han sido personas significativas en mi vida?, ¿quiénes me han marcado de alguna manera en forma positiva o negativa?

Posteriormente se trabaja con las dificultades, si las hay, para establecer relaciones satisfactorias y/o para expresar afecto planteando preguntas como: ¿he podido expresar a estas personas mi afecto?, ¿tengo en mi corazón cosas que me hubiera gustado decir y no lo he hecho?, ¿existen temas pendientes?

### **Sesión 6: Relaciones afectivas en la perspectiva de la muerte**

En esta sesión, se confronta la realidad de que la vida no durará para siempre y que el tiempo restante, que nadie sabe cuánto es, hay que aprovecharlo en aquello que es importante para cada uno. Desde el punto de vista de las relaciones afectivas, se impulsa a reflexionar si es el momento para hacer cambios en la forma de relacionarse, y si hay una persona en particular con quién desearían hacerlo.

En las sesiones 5 y 6, el objetivo es guiar a los pacientes hacia la movilización de la actividad fundamental de la 2ª MF, específicamente el vivenciar el valor de las relaciones afectivas y de encontrar las dificultades que pudieran existir en ellas, poder examinar la contribución que se debiera realizar para que estas relaciones sean más positivas.

En esta sesión el trabajo se enmarca planteando la temática que la muerte puede surgir en cualquier momento y se enfatiza la conveniencia de realizar lo importante (lo pendiente) en el futuro cercano.

### **Sesión 7: Duelo oncológico**

En esta sesión se explica el concepto de duelo como la pérdida de algo valioso, que se vive como un proceso de diferentes etapas descritas por Kübler-Ross: Negación, Ira, Negociación/Pacto, Depresión y Aceptación, entregando una breve explicación de cada una de ellas (Kübler-Ross 1969).

Se da espacio para comentar acerca del cómo se ha vivenciado el proceso personalmente, para reconocer las diferentes etapas, y para identificar en cuál de ellas se encuentran en el momento actual.

En esta sesión se tiene por objetivo guiar a los pacientes hacia la movilización de la actividad fundamental de la 2ª MF en relación al duelo, llevarlos a acercarse a sus sentimientos tras las pérdidas e identificar si existen bloqueos que impiden pasar a las siguientes etapas.

### **Sesión 8: Autoestima I**

En esta sesión se explica el concepto de autoestima, y cómo ésta afecta la seguridad en sí mismo, la confianza y la conducta en general.

Se pregunta sobre la valoración hacia su propia persona y se estimula el reconocimiento de lo más valioso de ellos mismos a través de las siguientes preguntas: ¿qué valoro yo de mí mismo?, ¿qué me gusta de mí? ¿qué siento que tiene de bueno, ese algo que valoro?

Al final de la sesión se deja como tarea para la siguiente semana pensar en una persona (viva o muerta) que haya sido de importancia en sus vidas, persona que hizo algo que los marcó, que los ayudó a hacer un cambio relevante. Luego deben escribir una carta de agradecimiento a esta persona, con el fin de profundizar en los sentimientos que se generan al dar y recibir aprecio.

### **Sesión 9: Autoestima II**

En esta sesión se revisan los conceptos de autoestima de la sesión anterior y se da espacio para conversar acerca de la carta de agradecimiento analizando el reconocimiento del otro hacia la propia persona a través de ella. ¿Qué hay afuera que me siento agradecido de la vida?, ¿qué he recibido de los otros que es valioso en mi vida?

### **Sesión 10: Reconocimiento de crecimiento personal**

En esta sesión se exponen los dos tipos de modalidad en el vivir según el AE:

- a) Vegetar: lo básico, actuar por reacciones
- b) Existir: toma de posición, protagonismo. Cuestionarse.

Luego se estimula a los participantes a examinar los aspectos de la propia personalidad que atrapan y no dejan avanzar, que provocan conflictos, que impiden el fortalecimiento interior, a través de preguntas como: ¿hay algunos aspectos en mi forma de enfrentar la vida que me producen conflicto, inseguridad, ansiedad, que me mantienen siempre en los mismos problemas?, ¿en dónde creo que estoy atrapado?, ¿puedo reconocer algo que me limita, que no me deja expresar todo lo que quiero en el mundo?, ¿quisiera incorporar algún cambio en mi forma de enfrentar la vida?

En las sesiones 8, 9 y 10 se pretende guiar a los pacientes hacia la movilización de las actividades fundamentales de la 3ª MF, las de verse y respetarse en lo propio, de movilizar la toma de posición frente a ellos mismos y frente al mundo con el fin de fortalecer la autoestima.

### **Sesión 11: ¿Para qué? Sentido de vida.**

En esta sesión se introducen los conceptos de valor y de sentido. Se reitera la importancia que tiene el decidir libremente para alcanzar una vida plena. Para ello se plantean preguntas como: ¿qué quiero para mí?, ¿qué quiero desarrollar ahora?, ¿qué es aquello que hace más valiosa mi vida, que la hace más rica de ahora en adelante?

La proyección de vida a futuro acercándose a los verdaderos valores de la persona es clave para el paciente oncológico que generalmente encuentra bloqueada esta actividad debido al temor a la muerte.

En esta sesión se tiene por objetivo guiar a los pacientes hacia la movilización de la actividad fundamental de la 4ª MF, el encuentro del camino para ponerse en consonancia con lo que deberá ser, para encontrar la orientación hacia el futuro, para disolver posibles bloqueos a nivel de la acción.

### **Sesión 12: Evaluación y cierre del taller**

En esta sesión se estimula la expresión de la percepción sobre el significado del taller en sus procesos individuales y sobre posibles cambios de actitud que pudieran haber surgido.

Se deja espacio para que cada participante pueda expresar a sus compañeros los sentimientos que se han generado entre ellos.

## **4.2.5. Práctica de Respiración Consciente y Consciencia Corporal**

Con el fin de disminuir los niveles de ansiedad de los pacientes, al comienzo de cada sesión se realizó una breve práctica corporal consistente en un ejercicio de respiración-relajación y toma de consciencia de sí mismo.

### **a) Fundamentos**

La angustia, a nivel psicológico, es vivenciada como una amenaza o peligro al que el ser humano se siente existencialmente expuesto. Esta amenaza confronta a la persona con su posible destrucción o con la pérdida de sostén que, de acuerdo a la 1ª MF, le dan el piso para su “poder-ser” (Längle 2005).

El paciente con cáncer padece principalmente de angustia fundamental, la angustia por el

“no-poder-ser”. La salud corporal que en el pasado le ofrecía sostén ya no está, y se abre repentinamente la posibilidad de no-poder-ser. Se ha perdido la estructura que daba piso, que sostenía, la persona se siente cayendo en la nada sin-fondo. Se ha perdido la confianza del “poder-ser-en el mundo”.

La angustia está relacionada con angostamiento, opresión del pecho, falta de aire. Para Längle, el pulmón es el representante interno del espacio, una de las condiciones fundamentales de la 1ªMF y la respiración refleja el estado situacional del Dasein. Desde el punto de vista terapéutico, la angustia fundamental necesita de presencia y de sostén, por lo que todo aquello que confiera estructura ayudará al paciente a bajar los niveles de angustia (Längle 2005).

La experiencia corporal practicada en estos talleres busca generar cercanía con el cuerpo (generalmente una enfermedad grave provoca lejanía con él) a través de la respiración consciente y la consciencia corporal. A partir de esta cercanía se hace posible el surgimiento de una apertura a la vivencia de las condiciones fundamentales de sostén, espacio y estructura.

La práctica continuada de este tipo de ejercicios permite alcanzar una mayor consciencia de sí mismo, lo que a su vez genera estructura y sostén.

## **b) Objetivos específicos**

- Vivenciar el enraizamiento y relajación del cuerpo. Se enfatiza, sesión a sesión, la mantención de una postura corporal correcta consistente en mantener la columna vertebral recta, el cuerpo firme pero relajado, donde los pies constituyen una base sólida y estabilizadora (Estructura, Sostén).

- Tomar consciencia de la respiración. A través de la toma de consciencia de la amplitud de la inhalación y exhalación durante la respiración, aumenta la eficiencia respiratoria por aumento de la expansión y contracción de la caja torácica respectivamente. Esta práctica permite además llevar la atención a un acto que normalmente se hace en forma automática. Esta “des-automatización” de la respiración conduce primariamente a una toma de consciencia del propio cuerpo para luego convertirla en consciencia de sí mismo.

## **5. Seguimiento del proceso de elaboración personal**

### **5.1 Preliminares**

El primer impacto vivenciado como integrante del grupo de terapeutas de este taller, fue constatar el profundo nivel de sufrimiento que padecía la gran mayoría de los pacientes. Sufrimiento que en algunas oportunidades brotaba a la superficie como una explosión emocional, en otras, en forma más medida y controlada, pero no por eso menos intenso. Esta enorme aflicción tiene sus raíces en que el cáncer, dada sus características, conduce al enfermo a experimentar una gama amplia de pérdidas, la mayoría muy dolorosas, en varios planos de su vida.

Este sufrimiento que pasa a ocupar un lugar preponderante en la emocionalidad del paciente, está íntimamente relacionado por una parte con la consciencia de muerte que aparece en estas circunstancias como una realidad inminente con el subsecuente truncamiento de proyectos a futuro. Por otra parte, se relaciona con la repentina llegada de una realidad que incapacita a la persona a continuar siendo quien era hasta ahí, entendiéndose por “seguir siendo” la identificación que hace la persona de su ser con su hacer. Otros elementos no menos importantes son, por una parte, el surgimiento de la dependencia de otros con la consiguiente falta de libertad y sentimiento de culpa por convertirse en una carga para ellos y, por otra parte, las incapacidades producto de una enfermedad que termina menoscabando la integridad física y también en ciertos casos la cognitiva, factores que llevan a una disminución de la autoestima.

La no aceptación de esta nueva realidad provoca un sufrimiento que lleva a la persona a ir aumentando su aislamiento en forma progresiva, incrementando así su sentimiento de soledad, de estar excluido del mundo, factor que contribuye a una agudización mayor de su enorme aflicción. Aparecen así la ansiedad, la angustia, la depresión, la desvalorización de su propia persona, el sin sentido de la vida, todos síntomas que muestran que las condiciones fundamentales de las cuatro MMFF no están pudiendo ser cumplidas.

En cuanto a la actitud del grupo de terapeutas, ésta fue de total compromiso con la actividad: presencia, comprensión, entrega, calidez, empatía, dejándose tocar por los contenidos que aparecían, consideración para facilitar así el sentimiento en los pacientes de ser visto, de



fuerte énfasis en el vínculo terapeuta – paciente. Los pacientes tuvieron como respuesta una actitud abierta, respetuosa hacia sus pares y terapeutas y dispuestos a la participación a través del diálogo.

Es importante recalcar que independiente del tema de cada sesión y de su particular orientación a la movilización de alguna de las actividades asociadas a las condiciones fundamentales, se dio libertad, en la medida que el tiempo así lo permitía, para que los pacientes pudieran expresar y desarrollar aquello que les estaba afectando en el momento, su sufrimiento en particular, que a veces no guardaba relación con el cáncer, sino con ciertos aspectos particulares de su biografía.

Fue bastante usual encontrar en los pacientes la necesidad de narrar con mucho detalle descriptivo los hechos relacionados con su enfermedad. Fue un trabajo constante de las terapeutas dirigir el diálogo a la vivencia misma, a la conexión con los sentimientos y a la toma de posición frente a cada situación en particular. Es probable que esta cercanía a la emocionalidad haya influido en la apertura de compuertas internalizadas; un número importante de pacientes en la medida que el taller avanzaba, en forma totalmente espontánea, se acercó a heridas previas a la llegada del cáncer a sus vidas, a duelos no resueltos, que venían a potenciar el sufrimiento provocado por la enfermedad. El conversar estos temas, a veces por primera vez como mucho de ellos lo confesaron, permitió una resignificación de hechos dolorosos de sus biografías. En esos casos se enfatizó lo valioso que es enfrentar lo negativo, como un primer paso a la toma de posición.

Como fue señalado anteriormente, Längle describe una cuádruple tensión entre el Yo y el Mundo que se traduce en la expresión de un cuádruple SÍ: al mundo, a la vida, a sí mismo y al sentido. Una persona devastada por un gran impedimento que llega a su vida como es el cáncer, ¿está en condiciones de responder con un SÍ a esos cuatro requerimientos? En otras palabras, ¿puede vivir su vida con total aprobación? ¿puede alcanzar plenitud en su vida?

El AE plantea que mientras exista aprobación interna, la vida puede ser plena, aunque una enfermedad u otras dificultades importantes estén presentes.

En situaciones de crisis y de sobre-carga emocional como es el diagnóstico de cáncer, es esencial trabajar como terapeuta en las tomas de posición y actitudes de la persona frente a las cuatro condiciones de la existencia con el fin de conducirla a alcanzar esta aprobación interna hacia su propio comportamiento y su existencia.

En la temática y en la dinámica de las sesiones de los talleres estuvo presente el objetivo de inducir el Giro Existencial en los pacientes, y a partir de ello, una movilización de las actividades que Längle asocia a las cuatro MMFF con el fin de aproximarse a los impedimentos que se pudieran presentar en sus respectivas actividades.

## **5.2 Relato vivencial del caso de Helena**

Helena es una mujer de unos 60 años que fue diagnosticada años atrás con un LNH y posteriormente con cáncer al riñón. Producto de este segundo cáncer fue sometida a cirugía y en la actualidad posee solo medio riñón, el que debe cumplir con toda la función renal.

Helena llega al taller con claros rasgos de depresión, afirmando que, si tiene una falla renal total, ella se negará terminantemente a someterse a diálisis, prefiriendo la muerte. Puntualiza reiteradamente que se ha bloqueado su capacidad para llorar: *“mis lágrimas están encarceladas, mis ojos se llenan de lágrimas, pero no caen”*. *“Mis lágrimas están todavía tras las rejas y no pueden tener libertad”*. Relata que antes del cáncer le gustaba bailar, escribir, pintar, estar en la naturaleza. A raíz de su segundo cáncer, su alegría se ha transformado en desgano y desmotivación lo que se traduce en su vida diaria en *“no quiero hacer nada”*. Abandonó la pintura, un cuadro que estaba realizando antes de la cirugía quedó a medias; abandonó también la escritura, confesando que lo último que escribió, hacía ya ocho meses, fue una carta de despedida a sus hijos.

En el transcurso de las primeras sesiones poco a poco Helena se va abriendo a contar su historia, develando varios duelos no resueltos. Uno particularmente doloroso para ella fue el impedimento para seguir estudiando cuando era niña: *“En ese tiempo uno llegaba hasta 6ª preparatoria. Mi profesora me tenía una beca para la escuela de Artes y Oficios, todo pagado menos los materiales. Mis padres no me dejaron, me dijeron que ellos no podían”*. Ya casada, su matrimonio se convirtió en fuente de sufrimiento por largos años después que el marido cayera en el alcoholismo al quedar cesante. A raíz de ello, Helena hizo un intento de suicidio.

También confiesa, cargada de amargura, que le ha sido muy difícil superar la muerte repentina de su padre con quien tenía una relación muy cercana y enriquecedora.

Helena muestra tener una muy baja autoestima, relata que siempre se ha postergado por los demás, que no es capaz de poner límites, revelando que incluso uno de sus yernos la confrontó diciéndole que esa manera de ser suya era la causa de su cáncer.

En el período que trascurrieron las primeras sesiones, se dio la oportunidad de brindar un espacio de tiempo mayor que el habitual para trabajar con Helena ya que algunos de sus compañeros de grupo se ausentaron por motivos de salud. Gran parte de ese tiempo se utilizó para profundizar en el trabajo de elaboración de sus duelos.

En la sexta sesión Helena llega al taller con el cuaderno donde están sus escritos de cuando participaba en un taller literario y lee dos poemas. De ahí en adelante sigue leyendo diferentes escritos en cada sesión. En una ocasión lee un cuento con mucho humor y picardía escrito hacía ya varios años.

En la sesión 7 Helena comienza a mostrar interés por hacer cosas, como por ejemplo viajar y juntarse con sus amigos del taller literario. Reconoce también que debe tener un cambio de actitud en relación a su costumbre de postergarse en beneficio de los demás.

En la sesión de autoestima (Sesión 8) logra expresar aquello que le gusta de ella: *“Me gusta de mí que soy amistosa, sociable, valoro la amistad y no soy rencorosa, no conozco la palabra odio, no puedo odiar a nadie. Me gusta como soy”*. Y con mucho orgullo prosigue: *“Me hubiese gustado tener más carácter, tomar decisiones cuando debía. Hasta ahora si algo me molesta no lo digo, y eso me molesta de mí. Pero quiero contarles que esta semana tuve una once con un amigo del taller literario que estaba programada. Mi hija no tenía quién cuidara a la niña y yo le dije que no podía ayudarla.”*

En la sesión 11 comparte en el grupo su proyecto de escribir un libro para dejárselo de legado a su familia. Cuenta, con una gran sonrisa, que terminó el cuadro inconcluso, que ya empezó otro y que ha vuelto a cocinar. Termina diciendo *“Ahora quiero preocuparme por mí y, nada de nietos ni bisnietos”*.

En la sesión 12, de cierre, ella afirma: *“Para vencer el temor, tengo que enfrentar la situación, si tengo que ir a diálisis o irme para el otro lado, hay que vivir la vida como viene, día a día hay que disfrutar, quiero salir, pasear, pintar y no estar pensando en la enfermedad, quiero disfrutar. Creo que antes fuimos testigos de la vida, ahora estoy viviendo”*.

El caso de Helena impacta por los contenidos dramáticos de sus testimonios previos al cáncer de riñón, por el nivel de depresión con el que llega al taller y también por el cambio radical que se va evidenciando en ella en la medida que avanza el desarrollo de las sesiones.

En su biografía aparecieron múltiples pérdidas que fueron mermando poco a poco su relación con los valores que para ella eran fundamentales. El sufrimiento causado por el alejamiento de aquello que la llenaba de vida la fue separando del valor de la vida (intento de suicidio en el pasado, no aceptación de una posible diálisis). Sin embargo, en el proceso de elaboración personal de Helena del cual fuimos testigos, se fue mostrando un paulatino re-acercamiento a los valores que un tiempo nutrieron su espíritu. Múltiples pueden ser los factores que influyeron en ello como se discute más adelante en este trabajo, pero probablemente la elaboración de sus duelos más relevantes cumplió un papel importante en ello. El haber tenido un espacio para reconectarse con los sentimientos provocados por pérdidas de valores significativos pueden haber ayudado a movilizar en alguna medida la rabia que Helena aún sentía por no haber podido seguir con sus estudios siendo niña y la culpa que sintió de no haber visitado a su padre justo antes de su repentina muerte.

### **5.3 Seguimiento del proceso de elaboración personal usando como parámetro las condiciones básicas de las MMFF.**

Entre los objetivos del taller no estuvo el hacer mediciones de parámetros para cuantificar los cambios en los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes antes y después de su participación en él. Debido a que las MMFF describen las condiciones fundamentales de la existencia plena, se ha escogido en este trabajo realizar un análisis de la evolución del resultado de las decisiones personales con respecto a cómo abordar estas condiciones, utilizando los propios testimonios de los pacientes a lo largo de las sesiones.

Se presenta a continuación una selección y organización de estos testimonios que muestran los efectos iniciales del cáncer en cada Motivación Fundamental y la evolución de las condiciones fundamentales correspondientes que fue ocurriendo en la medida que avanzaba el proceso personal.

### **5.3.1.a Efectos del cáncer en la 1ª MF**

Ser diagnosticado con cáncer produce en la persona la dramática vivencia de no poder ser. Las tres condiciones básicas de la 1ª MF se debilitan o desaparecen haciendo que el paciente vivencie su existencia como profundamente amenazada ya que el cáncer está estrechamente asociado a la muerte. Este sentimiento comienza con los primeros síntomas de la enfermedad, con las primeras sospechas que se puede estar padeciendo de un cáncer, se acentúa con la confirmación del diagnóstico y permanece en todo el proceso de la enfermedad, incluso en caso de remisión, ya que siempre queda la posibilidad de una recidiva.

Como se expresó anteriormente, el paciente con cáncer padece principalmente de angustia fundamental, la angustia por el “no-poder-ser”. El principal sostén desde el punto de vista corporal es la salud y en esta nueva realidad es justamente la salud la que está profundamente quebrantada, abriéndose repentinamente la posibilidad de no-poder-ser, la amenaza de muerte se instala en su vida.

La condición básica de espacio, con sus dos aspectos, por una parte, el espacio propio, el cuerpo, y, por otra parte, el mundo que rodea a la persona, es fuertemente afectada. El cáncer primariamente es una patología que afecta el cuerpo de la persona. Además, será en el cuerpo donde se vivencien las consecuencias de los tratamientos, ya sean ellos cirugía, quimio o radio terapia. La persona afectada por esta enfermedad ya no cuenta con la seguridad de su propio cuerpo como espacio vital, incorporando así una percepción de amenaza de su existencia.

En cuanto al espacio externo, el mundo que rodeaba a la persona antes de la enfermedad es reemplazado abruptamente. Muchos de los pacientes necesitan hospitalización, a veces por varios meses. Uno de los trastornos provocado por los tratamientos de quimioterapia es el debilitamiento del sistema inmune, lo que obliga a confinar al paciente en habitaciones especiales para resguardar el aislamiento, evitando así posibles infecciones. Otros pacientes son hospitalizados solamente durante el período de la terapia aplicada, pero al regresar a sus hogares deben permanecer en ellos, reduciendo al máximo las salidas para resguardar infecciones y contagios. Este cambio de escenario, donde ahora transcurren sus vidas, les provoca sentimientos de estrechez y falta de independencia.

Por último, el espacio que es necesario tomar para percibir en forma más objetiva la realidad es muy difícil de alcanzar cuando la emocionalidad de la persona está fuertemente perturbada.

Otra condición que se ve fuertemente perturbada con el cáncer es el sostén. Como se ya se mencionó, el cuerpo no solo es vivencia de espacio, sino que también de sostén. La condición de ser sostenido por algo que proporciona estructura radica primariamente en el cuerpo y por eso el estado de salud personal aparece a través de él. El cáncer, al poner en peligro la integridad del cuerpo, daña en lo más profundo esta condición.

Desde otra perspectiva, otras estructuras que previo a la enfermedad entregaban sostén como el trabajo o las relaciones laborales y sociales, también son impactadas producto de la enfermedad. La condición económica del paciente desmejora radicalmente, no solo por no poder seguir desempeñándose en su campo laboral, sino que también hay que sumar los nuevos gastos que la enfermedad exige.

La mayor percepción de protección surge de ser aceptado por uno mismo y por otros. Los enfermos con cáncer van aumentando paulatinamente durante el comienzo de su enfermedad su percepción de no ser aceptados. Esta percepción parte por la propia no aceptación de ellos mismos. El verse inhabilitados físicamente, el no ser capaces de seguir realizando las labores que hasta ahora cumplían, el no poder contribuir en su tarea de proveedores en el hogar, son todos factores que contribuyen a esta sensación de inutilidad de su persona. A esto se suma la pérdida de su entorno social que a menudo por miedo a enfrentar la enfermedad y la muerte, se aleja. Esto es vivido por el paciente como una no-aceptación por el otro.

Como respuesta a la falta de vivencia de estas tres condiciones fundamentales, la persona sufre un quiebre en su autoconfianza y en la confianza en los otros. La Confianza Fundamental también se ve afectada al no sentirse ya sostenido por aquella estructura que lo trasciende. El sentimiento de poder ser/estar-ahí es reemplazado dramáticamente por el sentimiento de angustia.

En la descripción de las fases del duelo oncológico se señala la negación como una de las primeras etapas. En la etapa temprana de la enfermedad la persona aún no tiene la capacidad, ni tampoco se dan las condiciones para soportar y aceptar su realidad, de manera que no puede enfrentar la realidad de su mal y huye de ella. El negar esa realidad obedece a un mecanismo de defensa o Reacción de Coping del tipo básico; la huida.

Cabe hacer notar que desde la perspectiva del AE, en este punto existe una diferencia importante. Para Längle, una persona que se encuentra en la etapa de negación no ha entrado aún en el proceso de duelo, éste solo comienza una vez que se abandonan las defensas, cuando se permite dejar entrar en uno lo sucedido, aproximándose así a los sentimientos que la pérdida genera. (Längle, 2014)

### **La persona ya no puede decir SÍ al Mundo**

- *“Cuando tuve mi enfermedad yo estaba trabajando independiente y ahora tuve que ir a vivir con mi hermano, no tengo plata para nada. Fue duro perder mi departamento, mi vida con mi hija y volver a vivir con mi hermano, convivir con mi mamá”*
- *“Yo creo que he perdido mis capacidades, donde no he trabajado hace tanto tiempo se me han olvidado cosas”*
- *“Pasé de ser proveedor a que los otros le den a uno. Ahora es mi señora la proveedora”*
- *“He estado como 8 meses con licencias médicas, cuando veo que mi señora es la que tiene que trabajar me da impotencia, me da pena no poder hacer cosas que debiese poder hacer en mi hogar”*
- *“En vez de pensar, duermo porque estoy cansado. No soy capaz de volver a mi ritmo, ni parecido al de antes. Eso me tiene mal, incluso mal genio”*
- *“Ahora yo no puedo hacer nada, estoy cociendo y los brazos se me duermen, ahora no puedo trabajar, no quiero llegar a mi casa, me doy cuenta que no sirvo para nada”*
- *“Llevo un año y tanto con licencia médica y eso me incomoda porque mi señora tiene que trabajar”*
- *“Los miedos que uno desarrolla son tan grandes que no ayudan a mejorarse”*
- *“Era tanta la psicosis, que sentía que me moría, tenía mucho miedo”*
- *“Me produjo mucha inseguridad tener las defensas bajas porque no podía ni moverme. Eso fue muy fuerte”*
- *“Estuve muchos meses hospitalizado en una pieza muy chica que no tenía ni ventanas, muy duro”*
- *“Me produjo mucha inseguridad. ... De ser acelerado, pasé a no poder moverme. Tuve que aprender a caminar nuevamente”*

- *“Al saber que tenía cáncer se me vino el mundo encima”*
- *“No quería asumir la enfermedad, era una negación por pánico”*
- *“Yo estaba preocupada, pero creo que me bloqueé y también fue negación. Cuando iba como en la cuarta quimio, me vino el miedo porque empecé a ver la realidad de la enfermedad”*
- *“Me negué, no puede ser un cáncer. Me dio ira, pero también culpa: Esto yo me lo hice. Tenía todo para ser feliz, ¿qué me pasó que dejé de disfrutar de la vida?”*
- *“Vengo de una familia en que mi papá y hermano sufrieron de cáncer y murieron por eso. Cuando el médico explicó, yo me tapé los oídos, porque sabía que iba a ser lo mismo”*
- *“Cuando supe de mi enfermedad lo tomé como cualquier cosa, no le di importancia y seguí con mi vida normal”*
- *“Cuando llegó la enfermedad yo no quería luchar porque quería estar con mi hijo (fallecido)”*

### **5.3.1.b Evolución de las condiciones fundamentales asociadas a la 1ªMF**

#### **Sostén, Protección:**

- *“Cuando me llegó el cáncer mi apoyo fue mi esposa y mi hija. Mi señora siempre conmigo, me acompañaba para todos lados”*
- *“Ahora me han ayudado mucho mis hermanas, no tengo problemas económicos, todos me ayudan, me traen comida y tengo apetito”*
- *“Las enfermeras eran tan simpáticas que eso me ayudó en la quimio. Que mi mamá estuviera conmigo me ayudó mucho. Mi hermano me apoyó y vivo con él. Me siento feliz con todo este apoyo”*

#### **Espacio (cuidado del cuerpo)**

- *“Ahora voy a lo sano, compro lo verde, evito lo químico. Como fruta y verdura, nada refinado, nada de alcohol ni cigarro”*
- *“Tengo que ir con respeto con mi cuerpo. Ahora me pongo delantal, guantes y casco de protección para trabajar”*



- *“Yo dejé entrar la enfermedad. No se debe vivir corriendo, el cáncer puede venir del stress. Cuido mucho mi alimentación, ya no como azúcar, comer pizza no es un almuerzo”*
- *“Ahora hago las cosas con calma, cuando hay stress me voy a un sillón y me relajo”*

**Aceptación de la realidad:**

- *“Hay que aprender a vivir con esto y tengo que aceptarlo”*
- *“Siempre he tenido mucha angustia. Ahora tengo más valentía, porque estoy aceptando”*
- *“En cuanto a la aceptación, sí, estoy aceptando la enfermedad”*
- *“Adquirí el valor de ver, de atreverme a enfrentar lo que me cuesta”*

El paciente oncológico ha perdido la confianza en su sostén más primordial, su cuerpo, el que amenazado por la grave enfermedad y por los tratamientos que ella exige, se encuentra en condiciones muy vulnerables. El sostén y protección que paulatinamente va brindado el espacio terapéutico generado en el taller puede llegar a ser de gran importancia como lo demuestran algunos testimonios. Este punto es de particular relevancia, ya que es solo a partir de la recuperación del sentimiento de “poder-ser” que se logra comenzar a construir las bases para el acompañamiento terapéutico.

Los pacientes mostraron un muy especial interés en todo lo relacionado con el autocuidado, y su salud corporal, siguiendo con mucha rigurosidad las indicaciones médicas, sobre todo en lo relacionado con los tratamientos a seguir y la alimentación, con miras a recuperar su salud corporal. Esta responsabilidad brindada al autocuidado demuestra que los pacientes han comprendido que para poder-ser es fundamental la integridad física que proporciona un cuerpo sano.

Es importante destacar que la participación en la actividad grupal implica un relato de los sucesos por cada uno de los integrantes, tanto en los temas de la enfermedad misma como en temas de la biografía de cada uno, lo que conlleva una toma de distancia con los hechos. Esta toma de distancia es importante en miras de adquirir la apertura necesaria para percibir la realidad como es, lo que fue fomentado en forma constante por las terapeutas a través de solicitar ir a las vivencias mismas cuando la persona tendía a las generalidades en el relato.

La percepción de lo que realmente sucede, la aprehensión de la realidad, es una actividad que permite profundizar y estabilizar las condiciones descritas para esta MF y constituye un primer paso en el camino del soportar y del aceptar.

La nueva realidad posee muchos “No Puedo” por lo que es fundamental aquí, la percepción de los “Sí Puedo”.

### **5.3.2.a Efectos del cáncer en la 2ªMF**

El enfermo de cáncer, como se ha descrito con anterioridad, sufre múltiples pérdidas en los diferentes planos de su vida, lo que le trae como consecuencia un sentimiento de pérdida de integridad como persona. Sumado a esto, la identificación del cáncer con la muerte lleva a la persona a enfrentarse con la realidad de la finitud de la vida. Esta nueva realidad provoca un gran sufrimiento, sentimiento que perturba las condiciones básicas que deben ser cumplidas en la 2ª MF.

La debilidad, la dificultad de valerse por sí mismo, la dependencia, el dolor y las molestias físicas, así como también la separación de su medio laboral y en general de la comunidad, hacen que el sufrimiento que padece el enfermo oncológico lo aisle y lo margine del mundo. La soledad del que sufre no es únicamente sentirse solo, sino que ya no se siente parte del mundo que lo rodea.

El sentimiento hacia otros y también hacia sí mismo se ven alterados por la presencia aguda del sufrimiento que inunda el espacio emocional de la persona, con lo que su capacidad de relacionarse consigo mismo y con los demás se debilita.

La vida amenazada y el sufrimiento hacen que el paciente con cáncer dedique gran parte de su tiempo en pensamientos que lo llevan a victimizarse o culparse por haber adquirido la enfermedad. La mayoría de los pacientes ya no está en condiciones de trabajar, dejan de interactuar con su medio, muchos de ellos tienen períodos de hospitalización por lo que su tiempo transcurre en la negatividad de sus pensamientos, profundizando así su sentimiento de que esta vida no es buena vivirla de esa manera. La necesidad de acercarse a lo valioso ya no está presente, aquello que en el pasado representaba un valor, dejó de serlo. El enfermo va reconfirmando en cada momento que la vida no es buena vivirla y que su vida, de esta manera, no es buena.

Como ya se señaló, para vincularse con la vida, la actividad personal es acercarse, dejarse afectar, dejarse tocar, involucrarse afectivamente. Los pacientes oncológicos justamente ya no quieren dejarse tocar, se protegen del sentir como un medio para alejarse del sufrimiento, pero esta protección también cierra las puertas a sentimientos que lo conectan con la vida. La persona ya no desea establecer cercanía consigo mismo, ya que para ello tendría que entablar una relación consigo mismo acercándose a sus sentimientos, lo que lo llevaría a relacionarse con su cuerpo, lugar donde se experimentan los sentimientos. Pero justamente el enfermo reniega su cuerpo que es fuente de dolor y sufrimiento. Y tampoco ya desea acercarse a los otros, ambas cercanías lo contactan con su sufrimiento.

Tanto la Relación Fundamental como el Valor Fundamental se ven afectados. La tristeza y el desgano experimentado llevan a una pérdida de vitalidad en estas personas y surge la depresión.

### **La persona ya no puede decir SÍ a la Vida.**

- *“Yo no quiero estar aquí, cuando amanece otro día yo digo por qué todavía estoy aquí, yo no quiero estar aquí (en el mundo)”*
- *“Muchas veces no tengo ganas de hacer nada y me reprocho, como que no cumplo con lo que debería”*
- *“El cáncer es diagnóstico de muerte, viene la tristeza, la depresión”*
- *“Debo borrar la depresión, pero vuelve... me vuelve... quiero hacer algo y no puedo por la enfermedad... y me vuelve a la memoria, otra vez. Así lo siento, vuelvo a la tristeza”*
- *“Depresión sí tengo, todavía llego a mi casa y me deprimó. Qué sentido tiene si me voy a morir”*
- *“Cuando se me cayó el pelo después de la primera quimio me puse a llorar”*
- *“Me quería morir”*
- *“Tengo pena de no poder darle a mi hija ni siquiera un helado”.*
- *“Yo pensé que iba a morir y no tenía las cosas ordenadas, lo vi oscuro”*
- *“Soy sola, necesito compañía, sobre todo cuando vengo a hacer las quimios”*
- *“Ahora no quiero más tratamientos, ya he luchado suficiente”*
- *“No tenía el contacto con el gusto de estar afuera, en la naturaleza”*

- *“Paso más sola que acompañada, enfrentando mi enfermedad sola”*
- *“Mis lágrimas están encarceladas, mis ojos se llenan de lágrimas, pero no caen”*

### **5.3.2.b Evolución de las condiciones fundamentales asociadas a la 2ªMF**

#### **Tiempo**

- *“Salgo a caminar y veo un árbol, me detengo y es hermoso. Antes nunca lo vi. Ahora camino más lento, más pausado, disfruto, otro sabor”*
- *“Uno se da cuenta de que queda poco tiempo y hay que aprovecharlo: acercarse a la gente, manifestar los sentimientos con todos, especialmente con la familia, no dejar solos a los ancianos, a los niños, a los adolescentes”*
- *“Antes yo me preocupaba de la hora; ahora no miro el reloj, ahora quiero pasarlo bien”*

#### **Cercanía, Relación**

- *“Estando sano tenía una percepción de las personas diferente, después me di cuenta que la gente tiene mucho de bueno que antes no había visto”*
- *“Tengo 60 años, 40 de casado, ahora mi esposa hace todo conmigo, la he redescubierto”*
- *“Mi hermana y hermano han sido muy importantes y cercanos”*
- *“Uno se da cuenta de que queda poco tiempo y hay que aprovecharlo: acercarse a la gente, manifestar los sentimientos con todos, especialmente con la familia, no dejar solos a los ancianos, a los niños, a los adolescentes”*
- *“Estuve muy mal, pero me hice amiga de todo el mundo en la sala de quimioterapia, formé una familia con toda esa gente”*
- *“Antes de tratamiento cada uno en la familia iba por su lado y ahora estamos más unidos”*

- *“Antes yo casi no veía a mis hijos, ahora se amontonan, ellos están más cerca de mí. Esto me ayuda mucho. Me siento mejor, más tranquilo. Ha cambiado mi ritmo”*
- *“Me convencí que la vida es corta y entretenida. Antes yo estaba apegado a lo que creía era importante: el trabajo, etc, pero ahora me di cuenta que esas cosas me apartaban de lo que realmente quería”*

### **Dejarse tocar, sentir**

- *“Ahora llevo mi hijo al colegio, disfruto caminando, conversando. Antes pasaba por estos momentos sin darles ninguna importancia. Ahora me gustan otras cosas que antes no me importaban o no me detenía a verlas. Ha sido un trabajo duro y de todos los días”*
- *“Gracias a este percance estoy conociendo la vida, puedo mirar a la otra persona y decirle que la amo. He aumentado mi capacidad de amar”*
- *“Yo aprendí a reírme de nuevo, estaba muy irascible, pero ahora me siento bien y creo que voy a salir adelante”*
- *“Es duro, lloro todos los días, pero soy capaz de sacar mis emociones. Mi papá nos enseñó que hay que ser optimistas y eso está bien, pero el exceso de positivismo te desconecta de las emociones”*
- *“Yo disfruto de la vida ahora, vivo el presente. Antes vivía arraigada a los deseos, siempre pensando en el futuro”*

### **Relación Fundamental, Valor Fundamental**

- *“A pesar de todo hay una fuerza de vida, de querer vivir”*
- *“He aprendido a apreciar lo valioso que tengo: mi hija, tengo cosas por hacer. Me entregué al Señor, a la lectura. Me agarré de lo bueno, de lo bonito”*

Al igual que lo mencionado en el punto anterior referente a la 1ª MF, el trabajo grupal debe generar un espacio donde los pacientes se sientan sostenidos y protegidos, respecto a la 2ª MF, el espacio generado es una instancia para desarrollar relación entre pares que están

viviendo dificultades similares en relación a su enfermedad. El espacio terapéutico generado, también propicia la relación con las terapeutas, las que sesión a sesión les entregan empatía, comprensión, cariño. Se desarrolla en el grupo una cercanía entre los participantes que en la medida que se va estrechando a través del dejarse tocar, va generando calidez, posibilidades de conmovirse y finalmente fuerza de vida.

Se mencionó anteriormente que la persona con cáncer está sometida a múltiples pérdidas en diferentes planos, pérdidas que frecuentemente no han sido aún elaboradas, por lo que el trabajo de duelo se hace imperativo. Una sesión completa del taller fue dedicada a brindar apoyo en este sentido.

Una de las pérdidas mencionada por los pacientes como causante de mucho sufrimiento es la pérdida de relaciones significativas debido a que amigos, e incluso a veces familiares, al saber del cáncer que los afecta, se alejan de ellos. La sesión dedicada a Relaciones Familiares permite ahondar en este tema y los testimonios de los pacientes muestran la gran relevancia que toma el nuevo tipo de relaciones que ellos establecen con sus seres más cercanos a la llegada de la enfermedad. El mayor tiempo disponible que ellos poseen, puesto que la mayoría no puede continuar desempeñándose en el área laboral, permite profundizar en la calidad de estas relaciones. Los testimonios muestran que las personas evolucionan en su impedimento por el gustar y pueden disfrutar, entre otras cosas, de las relaciones con sus cercanos incluso en mayor medida que lo hacían previo a la enfermedad.

Fue frecuente que los pacientes llegaran a contactarse con múltiples otras pérdidas sufridas durante sus vidas previas al cáncer, las que tampoco habían sido atendidas ni elaboradas con el correspondiente trabajo de duelo. Está claro que realizar a profundidad este importante trabajo está fuera de los límites que permite el desarrollo del taller, sin embargo, es posible que el solo hecho de poder hablar sobre esas pérdidas (repetidas veces acompañadas de un: *“es primera vez que cuento esto”*), de sentir la compasión del grupo y el consuelo que puedan otorgar las terapeutas, haya permitido una elaboración hasta cierta medida de estos duelos.

A pesar de las limitaciones expuestas, el trabajo en la recuperación de las condiciones de la 2ª MF permitió, en al menos algunos de los pacientes, re-establecer la Relación Fundamental y fortalecer el Valor Fundamental con la vida, reemplazando el “No me gusta mi vida” por “Sí, esto me gusta en mi nueva vida”.

### 5.3.3.a Efectos del cáncer en la 3ªMF

El paciente con cáncer ve disminuida sus capacidades físicas debido a su salud quebrantada, ya no tiene la misma fuerza que antes de la enfermedad, no puede desarrollarse en el plano laboral, ni tampoco llevar a cabo muchas de las actividades que en el pasado le otorgaban plenitud. Estos impedimentos hacen que no se reconozca en la persona en que se ha transformado, y ya no puede seguir sintiendo que así quiere ser.

Las personas tienden a valorar más sus capacidades y fortalezas que a valorar el qué hacen con ellas, de manera que cuando hay una merma en estas capacidades personales, concomitantemente disminuye el aprecio hacia la propia persona. Así se establece la no aceptación de sus nuevas limitaciones.

Por otra parte, la dependencia de los demás es percibida por el paciente como una falta de libertad personal, puesto que no puede seguir tomando sus propias decisiones: el equipo médico o la familia deciden sus “qué, cómo y dónde”, él siente que ya no es él mismo: *“Así no puedo seguir adelante, ése no soy yo, así no quiero ser”*.

Puesto que gran parte de la consciencia del paciente está puesta en la enfermedad, la actividad de auto distanciamiento necesaria para poder verse a sí mismo y llegar a tener una auténtica auto imagen se dificulta. Resultado de ello, se produce una fuerte alteración en la imagen que tiene la persona de sí misma.

De igual manera se dificulta el que la persona se tome en serio, que pueda validarse en su verdadero valor, ya que como se explicó anteriormente, ella se encuentra en un estado en que solo pone atención en la disminución de su valor funcional, pasando por alto su valor propio. Este bloqueo interrumpe el diálogo interno consigo mismo, surge el sentimiento que no hay nadie ahí y se interrumpe el acceso a su persona, con la subsecuente pérdida de sí mismo.

Por último, el auto juzgamiento se ve también alterado, ya que la opinión sobre sí mismo se ha empobrecido fruto de las nuevas limitaciones en sus habilidades como consecuencia del cáncer. El aprecio que pudiera haber tenido por sí mismo antes de la enfermedad, se ve fuertemente perturbado.

Los efectos negativos en estas tres condiciones internas se traducen fundamentalmente en una pérdida de la autoestima.

En cuanto a las condiciones externas, es fundamentalmente la pérdida de relaciones significativas con amigos o compañeros de trabajo que lleva al paciente a sentirse no valorado, no visto por los otros.

**La persona ya no puede decir SÍ a su persona.**

- *“He sentido que no puedo hacer la vida de antes, no puedo ir a trabajar, no puedo comer como antes. Me da rabia que no puedo hacer mi vida como quiero”*
- *“Siento culpa por no poder cumplir con lo físico, porque me cuesta trabajar por la enfermedad. Eso me bajonea, aunque tengo el apoyo de mi familia. Eso es sufrimiento”*
- *“Me doy cuenta que se me ha ido olvidando lo que sabía, ¿cómo voy a trabajar de esa manera?”*
- *“Yo antes leía un plano y podía sacar los costos, ahora no logro leerlo. No sé qué me está pasando con los conocimientos que tenía”*
- *“Ahora no logro siquiera concentrarme. La enfermedad me saca del tema. La memoria es muy sensible al stress, a los medicamentos”*
- *“Depender no me gusta, pero tengo que hacerlo, y digo: ¿hasta cuándo?”*
- *“Echo de menos mi independencia”*
- *“El no trabajar y pedir, me frustra mucho, me apena”*
- *“Siento culpa por no poder cumplir con lo físico, porque me cuesta trabajar por la enfermedad”*
- *“Me propuse volver a ser el de antes, desde el punto de vista físico, volver a trabajar. Pero sería mucho esfuerzo para mí, no me siento bien cuando hago exceso de actividad”*
- *“Yo he mostrado mucho egoísmo, le dije a Mario que si yo me moría quería que se fuera conmigo”*
- *“Hay amigos bien amigos que supieron de mi enfermedad, pero no me fueron a ver. Ellos dieron excusas falsas. Me llegó, nos criamos juntos y no me fueron a ver”*



### **5.3.3.b Evolución de las condiciones fundamentales asociadas a la 3ªMF**

#### **Condiciones externas**

##### **Recibir consideración y trato justo**

- *“El doctor siempre estuvo preocupado de mi enfermedad y de que yo me mejorara, eso para mí ha sido importante”*
- *“Para mí es importante las personas que me valoran por lo que soy. Es importante cuando alguien a uno le pregunta: ¿cómo te fue?, ¿cómo estás?”*

##### **Recibir aprecio**

- *“Yo un día le di un abrazo grande a mi nuera, porque quería expresarle mi cariño y le agradecí toda su consideración y cuidados hacia mí”*

#### **Condiciones internas**

##### **Tomarse en serio**

- *“Esto fue como encontrarme conmigo, antes era yo el que andaba perdido conmigo. El único a quien yo no atendía bien era a mí”*

##### **Toma de posición consigo, juicio sobre sí mismo**

- *“Estoy aprendiendo que uno tiene que estar bien con uno y después con los demás”*
- *“Debo tener un valor si hay gente que se acercó a mí. No siempre la gente puede estar pendiente de uno porque pueden estar en sus propios problemas”*

##### **Fortalecimiento del Yo**

- *“Conocerse a uno mismo, conocer el lado B que no conocía y sentía vergüenza de poder expresarlo, o aumentar la personalidad, porque eso ayuda a enfrentar la*

*enfermedad. Como ir a ver un médico, decirle si uno tiene una duda, uno puede preguntar”*

### **Autenticidad**

- *“Quiero ser libre y dar la vuelta al mundo”*
- *“Ahora, no sé si se dieron cuenta que les serví té. El detalle de servir a otros es ser más humilde, si no me vuelve inhumano, si no capto el dolor del otro.”*

### **Autoestima**

- *“Con la palabra cáncer uno se va abajo; es psicológico. Pero si se mantiene la autoestima arriba no se viene para abajo”*
- *“Eso me sirvió para entender que yo puedo tener horizontes, pero no puedo hacer lo que quiero. Yo soy líder, pero trato de no pasar por encima de nada y eso me ha costado”*
- *“Es importante que yo tengo que cambiar de actitud. Cambiar mi interior y no preocuparme tanto de los demás. Poder decir lo que me molesta, lo que me duele”*
- *“Mi hija no tenía quién cuidara a la niña y yo le dije que no podía. Me sentí bien porque otras veces siempre me he postergado”*

A las condiciones de protección, sostén, calidez y cercanía que otorga el espacio grupal hay que sumar la atención brindada a los participantes y el respeto por lo expresado por cada uno de ellos, lo cual promueve el desarrollo de las condiciones de la 3ª MF, esto es, recibir consideración, trato justo y aprecio.

Se mencionó con anterioridad que frecuentemente los pacientes se presentaron en el taller con una autoestima muy disminuida debido a la pérdida de sus capacidades principalmente físicas. Esta pérdida les impide seguir con su vida laboral, dejan de ser proveedores en el hogar, lo que genera culpa, frustración, pérdida de autonomía y de libertad. La frecuente identificación de las personas con su valor funcional, sin detenerse a considerar su valor propio, explicaría la disminuida imagen que poseen los pacientes de ellos mismos. Es importante entonces, en la medida de lo posible, conducirlos a lo largo de las sesiones y sobre todo en las dos sesiones dedicadas a la autoestima, a que puedan percibir su valor propio. Para ello fue importante recalcar que, a pesar de la incapacidad para realizar actualmente las

labores previas a la enfermedad, habían podido asumir nuevas actividades que los llenaban de plenitud, sobre todo en lo referente a las relaciones personales familiares. Estas vivencias facilitaron reasegurar en ellos su estima personal y percibir la consideración de los demás. Si bien es cierto que el acompañamiento en modalidad grupal efectuado no permitió aplicar en profundidad el AEP, fue importante ir interpelando a los participantes en lo que iba apareciendo en sus relatos, permitiendo un reposicionamiento de ellos y de sus recursos cuando existía algún tipo de bloqueo. De esta manera, se estimuló una toma de posición genuina por parte de ellos, haciendo posible un elegir auténtico y coherente.

#### **5.3.4.a Efectos del cáncer en la 4ª MF**

El sentido de la existencia se ve gravemente amenazado con la aparición del cáncer. Las incapacidades en el plano físico de la persona, y a veces también las limitaciones cognitivas, la debilidad, la aflicción, el desgano y la desmotivación que acarrea la enfermedad, conducen al enfermo a truncar sus planes futuros, a verse impedido de desarrollar aspectos de su vida que anteriormente eran la base del sentido de su vida. Ya no siente la necesidad de proyectarse a un futuro donde la muerte es protagonista y donde siente que solo le resta aguardarla.

Todo aquello que ya no hizo y lo que intuye que ya no podrá seguir haciendo en el futuro potencian su sentimiento que la vida ya no es bueno vivirla de esa manera, sentimiento que se verá altamente reforzado si su propia vida es visualizada solamente desde el aspecto funcional.

El paciente oncológico ya no siente que puede responder a las preguntas siguientes: ¿hay un lugar donde sienta que me necesitan, donde puedo ser productivo?, ¿me veo a mí mismo y me vivencio en un contexto mayor que le dé orientación a mi vida?, ¿hay algo aún que debo realizar/lograr en mi vida? Si la propia vida es percibida como no digna de ser vivida, se cae en el vacío existencial, en la inutilidad y en la depresión.

**La persona ya no puede decir SÍ al Llegar a Ser y al Sentido.**

- *“Me cuesta darle a mi hija el apoyo para que pueda terminar bien su carrera, yo debería ser el que le dé el apoyo, para mí no apoyar a mi hija es emocionalmente muy fuerte”*
- *“Yo con la enfermedad ya no veo las cosas igual, no puedo salir: ni a clases de pintura, ni al taller literario. Todo lo que hacía que me llenaba de vida, de entusiasmo, ahora no puedo”*
- *“¿Qué sentido tiene nada si me voy a morir?”*
- *“Lo que me pasó ahora y lo que me viene pasando por un tiempo me frenó la vida. No me dejó el espacio para poner cosas en el futuro. Me han pasado cosas que son importantes y que frenaron mi vida”*

### **5.3.4.b Evolución de las condiciones fundamentales asociadas a la 4ªMF**

#### **Contexto estructural valorado**

- *“Y antes de morir, ¿por qué ser tan egoísta y quedarnos con esto dentro? Sí, hay que ser valiente, cuesta decir te quiero”*
- *“Me preocupa morirme mañana y no enseñar lo que he aprendido en mi vida. Uno en la vida tiene que dejar huella, algo positivo”*
- *“Cuando uno ha sufrido una enfermedad así, uno puede ayudar a otros, cuando uno está enfermo y ha tenido dolor, hay que ser generoso y ayudar a los otros en el dolor. Si a algún familiar le pasa una enfermedad, yo voy a estar con él, por lo menos lo voy a escuchar”*

#### **Valor a realizar en el futuro**

- *“Ver crecer a mi hija es muy importante para mí, tiene 6 años”*
- *“Ahora estoy logrando unir a mis cinco sobrinos de mi hermano que se fue; ellos eran muy separados. Mi tarea es traerlos a mí y hacer comunidad. En Constitución tengo un terreno amplio y ahí haré una comunidad, es mi tarea. Tengo que pasar esto que estoy pasando, necesito la cabeza buena para hacer esto”*
- *“Yo proyecto escribir un libro para dejárselo a mi familia”*

- *“Queda mucho por hacer, mucho que aprender, muchos cariños que dar y recibir”*

### **Campo de acción**

- *“La experiencia que tuve el sábado y soy otra: en la feria, yo puse una mesita, llevé porotos y miel, llevamos palitos para degustar la miel. Estuve hasta las tres y me sentí realizada, me sentí emprendedora, conversé con la gente”*

### **Trascendencia**

- *“Vengo a trascender en mi vida. Para eso tengo que entregar valores y entregar buenas cosas”*
- *“Ahora el día se me hace corto. Cuando hago más durante el día, el entorno de uno se va transformando”*
- *“Me pasa mucho que escucho a otros extranjeros que se quejan mucho y yo les cuento mi historia y creo que eso ha generado cambios en el otro”*

### **Sentido**

- *“El sentido de la vida tiene mucha importancia; creo mucho en la vida, soy aferrado, no pienso que me voy a morir”*
- *“Antes de la enfermedad no le veía perspectiva a la vida, ahora sí”*
- *“Mi vida la empecé a transformar para irme feliz ... es una oportunidad”*
- *“Ya estoy teniendo sentido de vida, yo antes no le encontraba el sentido porque estaba en una depresión fatal, todo el proceso que hemos vivido me ha hecho ver cosas importantes como que mi hijo está bien con su familia, y me he puesto metas como, por ejemplo, lavar las cortinas que no las lavaba hace como un año”*

La sesión de búsqueda de sentido en la vida es una de las últimas del taller, ya que es necesario el trabajo de las condiciones de las tres primeras MMFF para poder abordar la 4ª MF con su pregunta fundamental, ¿para qué?

Es importante destacar que en los pacientes de los tres talleres realizados se pudo constatar una relación entre la consciencia de la proximidad del fin de la vida, el sufrimiento asociado a ella, y el encuentro de sentido a la vida que les queda por vivir, fruto del proceso vivenciado. Los altos niveles de angustia, miedo, depresión de los integrantes de los grupos son un reflejo de sus “no-poder-ser” y de sus “no-poder-gustar la vida”, sentimientos vivenciados como un freno en su vida, como si solo quedara esperar la muerte. La disminución de los niveles de angustia y depresión junto al aumento de la valoración de su propia persona van produciendo una apertura interna, que permite encontrar sentido a la vida, al futuro que queda, sea este breve o largo. Hay una toma de consciencia en la “urgencia” para realizar lo pendiente, principalmente en lo que tiene que ver con mejorar relaciones entre los seres queridos. Si en un comienzo la amenaza de muerte instalada por el cáncer produjo un freno en el proceso de elaboración personal, esta detención va siendo paulatinamente reemplazada por una fuerza que moviliza a pensar en lo que queda aún por hacer, en lo que es importante realizar a futuro. Los testimonios presentados aquí muestran que se produce una movilización de las actividades de la 4ª MF que llevan a sentir la necesidad de trascender a través de los actos personales, para aclarar qué, cómo, con quién y para qué hacer algo y finalmente a encontrar un nuevo sentido a la vida.

## **Internalización del Giro Existencial**

El AE plantea que la vida no consiste en realizar lo que está planeado, sino lo que se va presentando, lo importante es la actitud para adaptarse a lo que sucede.

Desde la 4ª sesión en que se trabaja con el Giro Existencial en adelante, se refuerza el concepto que, en todas las circunstancias de la vida, aún en las más difíciles, se puede encontrar un sentido y que para ello la clave está en sentirse preguntado por el mundo y por la vida: ¿y qué vas a hacer con eso?, ¿qué haces con aquello que está para que algo bueno pueda devenir? La búsqueda de respuestas a estas preguntas junto a la confrontación de la persona para una toma de posición genuina frente a una circunstancia dada, va produciendo, en al menos algunos pacientes, una apertura para pasar de la pregunta por el sentido ontológico a la pregunta por el sentido existencial. Pareciera que estas personas lograron internalizar el Giro Existencial, lo que se fue develando en las diferentes temáticas a lo largo

del taller y que los condujo a un cambio profundo de actitud frente a la vida y a una toma de consciencia de los beneficios que de dichos cambios resultaron.

- *“Las quimio (terapias) las vivo de otra manera, entiendo que es importante que esté aquí en el hospital y que es parte de la vida”*
- *“Empecé a hacer que todo fuera llevadero, agradable. Frente a una quimio pensar que le digo adiós a la enfermedad”*
- *“En vez de centrarme en la rabia por el tiempo que ha tomado la enfermedad, trato de centrarme en todo lo que he aprendido y desarrollado”*
- *“Cuando supe de mi enfermedad, me encerré, no quería hablar con nadie y lo que aprendí acá es que puedo enfrentarlo de una manera distinta, más positivo, tiene que irme bien y si no, está bien también”*
- *“Empecé a bendecir la enfermedad: Señor, gracias por esta enfermedad, sin ella yo seguiría malgastando mi vida y dando un mal ejemplo a mi hija”*
- *“Toda experiencia dolorosa nos deja también muchas ganancias, entonces hay que valorar lo que ha cambiado, ahora puedo hacer otras cosas que antes no hacía y poder valorarlo. Esta situación es muy compleja y por eso tenemos que atenderla desde todos los aspectos, desde lo médico y también ahora con este grupo, desde otro aspecto”*
- *“El enfermarme y verme fea me hizo que empezara a desprenderme de tanta vanidad”*
- *“Ahora le tomamos el peso a la vida, cada persona, cada situación, uno se fija, mira, ahora estoy viviendo, antes la veía pasar. Creo que antes fuimos testigos de la vida, ahora estoy viviendo”*
- *“Yo me planteo como iba mi vida, que estaba haciendo, ahora me pregunto qué quiero y hacia dónde voy”*
- *“Esta forma de ver la vida es una oportunidad de ser cada día más fuerte, de superarme”*
- *“Todo esto me hizo replantearme la vida”*
- *“Porque yo había pasado una experiencia muy traumática y con el camino que hemos recorrido en el taller me puse a pensar en que tengo que reconstruir mi vida”*

Estos son algunos de los testimonios aportados por los pacientes que muestran un cambio profundo e importante en la actitud para vivir su existencia en la forma más plena posible a

pesar de estar enfrentando el doloroso proceso de su enfermedad. Sin duda, se ha producido un desplazamiento de la atención, ésta ya no se enfoca exclusivamente en la enfermedad que se encuentra formando parte de su realidad, sino que puede enfocarse en otros planos, donde todavía existe libertad. Estos testimonios nos hablan de personas que ya han logrado integrar en alguna medida sus Reacciones de Coping, no dejándose empujar psicodinámicamente por la desesperación y la desesperanza hacia un vacío existencial. Este paso les permite sentir que la vida, aún en esas condiciones, presenta un sentido al haber encontrado algo valioso hacia lo cual dirigirse.

## **Sentimientos de Gratitud**

Otro parámetro para apreciar los beneficios que aportó el trabajo grupal realizado en el proceso de elaboración personal de los pacientes, fue la emoción con que ellos testimoniaron su gratitud hacia los compañeros, las terapeutas y el taller en general. Gratitud que refleja el sentimiento que se fue generando a lo largo de las sesiones con el encuentro de lo que fue un valor significativo y profundo para los integrantes de los diferentes grupos. Algo bueno, una luz, se generó en el escenario oscuro de la enfermedad, y ese “algo bueno” puede haber contribuido a abrir en alguna medida las puertas a la vivencia de gratitud, de ganas de volver a acercarse a la vida.

Particularmente conmovedor fue escuchar cómo, al término de los talleres, los integrantes de cada grupo expresaban a los compañeros y al equipo de terapeutas, su reconocimiento a la importancia del impacto causado por lo vivenciado y experimentado, así como también su gratitud, por la importante influencia positiva de los compañeros en sus procesos personales. Fueron muchísimos los testimonios de gratitud expresados, algunos de ellos se muestran a continuación.

### **Agradecimientos al taller en general**

- *“Agradezco a este equipo todo lo que he podido conversar. Siento confianza, cuando uno escucha, se anima a decir las cosas. Aquí hay cosas que he hablado con Uds que nunca había dicho y eso me alivia”*
- *“Les agradezco a Uds, me están enseñando mucho”*



- *“He crecido mucho. Uds han sido parte de mi evolución”*
- *“Entre todos vamos creciendo, ha sido muy enriquecedor, inolvidable participar aquí”*
- *“Ha sido muy importante venir acá, me enriquecí, aprendí, crecí”*
- *“Gracias por lo que me dijeron, me dieron herramientas que no había visto. Las cosas están dentro de uno, tengo que trabajar en mí”*
- *“Ojalá todos los enfermos puedan tener el acompañamiento de Uds. Con esto uno se enriquece, es una gran oportunidad que agradezco ”*
- *“Me siento bien, dichosa, plena, corazón inflado. He aprendido cosas nuevas, compañeros lindos. Espero los martes”*

### **De cómo el taller fue útil en el proceso personal**

- *“El taller nos ha servido para mirarnos a nosotros mismos más profundo, cómo valorar lo que tenemos y cómo ser agradecidos”*
- *“Ha sido muy grande la ayuda de cómo enfrentarme a la vida, más que a la enfermedad”*
- *“Estoy animada la noche antes del taller porque sé que voy a venir para acá, y que es algo que me ayuda”*
- *“Todo lo tomo para avanzar, para ser mejor persona. Pude socializar, interactuar, me han dado muchas herramientas”*
- *“La invitación al taller me causó una gran felicidad ya que me ayuda a paliar mi soledad”*

### **Reconocimiento a la influencia de los compañeros en los procesos individuales**

- *“Me contagias la alegría, el optimismo. Siento que quiero hacer las cosas bien”*
- *“La fuerza tuya me está haciendo cambiar y ya puedo tomar el toro por las astas. Voy a pescar a mi familia y con tu fuerza voy a hacer lo que tengo que hacer”*
- *“Cuando se ve el afecto de los otros uno se va abriendo, me he soltado completamente”*

- *“Ud siempre trata de ver algo bueno. Encontrar la oportunidad de reírse aun en todo lo malo. He aprendido que no todo debe ser bueno en la vida, que uno igual puede seguir adelante”*
- *“A mí los sueños se me cayeron al piso, hoy los tengo porque hablaste de un proyecto de vida y me trasmites que yo debía hacerlo, tener un proyecto presente”*
- *“Me has enseñado que hay que hacer las cosas con esfuerzo”*
- *“Yo al escuchar todas las dolencias de todos me ha hecho enfrenatar dolores que antes no habría podido, he ido saltando vallas de a poco”*
- *“Aquí he contado cosas que tengo dentro, han ido saliendo, yo no las comparto con amigas, pero aquí sí porque es muy importante el grupo. Ni mi a mi marido le he contado”*
- *“Aquí somos como una familia y podemos hablar a calzón quitado”*

### **Palabras adicionales al trabajo terapéutico realizado y sus resultados.**

El proceso de elaboración personal que realizaron los participantes de los talleres, iba en paralelo al de adaptación a la enfermedad y a la nueva realidad de sus vidas, que abarca las pérdidas sufridas y donde también tiene cabida la propia muerte. Las diferentes etapas de este proceso, pueden representarse en una secuencia “ascendente-jerárquica” en el sentido que la etapa superior incorpora, re-organiza y supera la precedente (Figura 1).

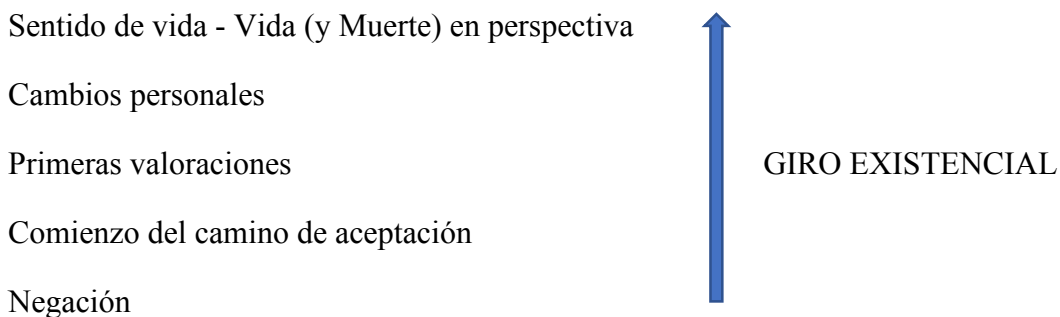


Figura 1. Proceso de elaboración personal. Adaptado de Mardones, M. (2017)

Los resultados del trabajo secuencial de las Motivaciones Fundamentales que se presentó en el capítulo anterior se ven reflejados en los diferentes niveles que componen esta escala ascendente. El proceso comienza con la negación de la enfermedad (no aceptación de la realidad, 1ª MF), para terminar en la etapa de mayor desarrollo, el encuentro personal al sentido de la propia vida que queda por vivir, incorporando así la consciencia de muerte (4ª MF). En el camino de acenso a las etapas superiores, fue importante el impacto que tuvo la internalización del Giro Existencial, que, como se discutió en el capítulo anterior, es fundamental para los cambios de actitud frente a la enfermedad y frente a la existencia en general.

La secuencia de las etapas presentadas constituye una generalización del proceso de los participantes de los talleres, ya que en la práctica se observó que algunos pacientes transitaban en ambos sentidos por ellas, es decir, a pesar de haber mostrado en algún momento un estado de mayor elaboración en su proceso personal, en otros parecían regresar a alguna etapa anterior. Otros, simplemente avanzaron hasta una cierta etapa sin lograr ascender a la etapa siguiente de la secuencia.

Si bien es cierto que la psicoterapia grupal presenta grandes beneficios que ya fueron descritos anteriormente, no se puede desconocer que ella conlleva a una limitación de tiempo y profundidad que es posible dedicar a una persona en particular. Está claro que en este tipo de acompañamiento es imposible utilizar la metodología del AEP con la profundidad descrita por Längle con el objetivo de alcanzar el desbloqueo de las condiciones fundamentales. Sin embargo, durante las diferentes sesiones fue posible ir realizando “micro-AEP” en cada situación, en el sentido que frente a las preguntas que las terapeutas fueron planteando, se fue recogiendo la emoción que aparecía durante las respuestas, y tras permitir una breve elaboración, se llevaba al paciente a la toma de posición frente a la situación, para posteriormente, a veces incluso en una sesión posterior en que se volvía parcialmente al tema, se procedía a la elaboración de la acción a realizar.

## **6. Reflexiones**

Una de las grandes paradojas del ser humano es que, a pesar que la única certeza que tiene es que en algún momento acaecerá su muerte, la mayor parte de su vida la pasa sin una real

toma de consciencia de la finitud de ella. Circunstancias traumáticas como un accidente o el fallecimiento de un ser querido pueden jugar el papel de “despertador” en este no querer enfrentar la muerte, incorporándola abruptamente a la consciencia.

Es por ello, que la confirmación de un diagnóstico de cáncer, enfermedad que va de la mano con la muerte, es capaz de producir un impacto emocional tan enorme como lo que en la realidad sucede. La muerte ocupa en esa nueva realidad un sitio en que ya no pasa desapercibida, ya no se puede seguir jugando a que no existe, o a que es algo que le pasa solo a los demás. Y como ningún fundamento se sostiene para ignorar la muerte, mejor es desterrarla de la consciencia. Sin embargo, en la nueva realidad impuesta por la enfermedad, el cáncer está omnipresente y todo lo recuerda: los dolores, las molestias, las quimio y radioterapias con sus duros efectos secundarios como las náuseas y la caída del pelo, el término (temporal o definitivo) de la vida laboral, los problemas económicos, las pérdidas de relaciones afectivas importantes. Prácticamente, todos los planos de la existencia contienen elementos que se ven afectados y que se encargan de recordar que la muerte podría estar cercana.

Por ello, una manera de defenderse de esta amenaza desarrollada por varios pacientes, luego de ser diagnosticados con cáncer, es la negación de la enfermedad, una de las formas que puede tomar el movimiento básico de la Reacción de Coping de huida en la 1ª MF. Testimonios citados en este trabajo muestran que algunos pacientes que participaron en los diferentes talleres recurrieron a esta forma de protección, para así no enfrentar la realidad de lo que estaba ocurriendo con sus vidas.

En la medida que fue avanzando el proceso de crecimiento personal impulsado por la enfermedad misma y/o por el trabajo de acompañamiento del taller, aquellos pacientes que, por su biografía, personalidad o por contar con los recursos y habilidades personales necesarios, lograron superar la etapa de negación, avanzaron por un camino de maduración hacia la aceptación de la enfermedad y de las nuevas condiciones que ésta había impuesto en sus vidas. Este camino personal requiere de un gran coraje, que actúa como una fuente de donde mana la fuerza necesaria para encarar las nuevas limitaciones, incluida la limitación del tiempo de vida. Es también necesaria una férrea voluntad para transitar por este camino de la mano del sufrimiento, poder mirarlo de frente y sin embargo decidir seguir adelante.

¿Qué ha sucedido entonces?, ¿qué cambió? La realidad externa permanece la misma, sin embargo, ha surgido en ellos aquel cambio interno originado en el Giro Existencial que permite, utilizando el camino de los valores actitudinales descrito por Frankl, encontrar un sentido existencial en la vida. Pareciera que estos pacientes lograron en cierta medida, internalizar una de las premisas más importantes del AE, la que alude a vivir la existencia con consentimiento personal, con aprobación, a pesar de las múltiples pérdidas y el sufrimiento que ellas causan. Logro que implicó hacerse cargo de sí mismos a través de tomas de posición genuinas, que permiten relacionarse nuevamente con la vida y las circunstancias que se presentan, por duras, dolorosas y difíciles que fueran.

Se ha producido una apertura que permite seguir relacionándose con lo bueno y lo bello de la vida, que asegura el poder continuar en cercanía con aquello que es valioso a pesar que la fuente de sufrimiento, el cáncer y la muerte cercana, sigan estando presente.

Para muchos, el sufrimiento es sinónimo de algo negativo, nadie lo quiere para sí mismo ni para un ser cercano. A pesar de ello, fue conmovedor haber sido testigos de cómo el sufrimiento pudo transformarse en suelo fértil para el crecimiento personal, fruto del cual las prioridades de antaño pasaron al plano de lo insignificante. Y dado que el tiempo a futuro es amenazadoramente breve, se tiende a aprovecharlo en aquello que realmente pueda dar un sentido existencial, en acercarse a lo que, en las condiciones actuales, es lo más valioso. Así, acercarse al sufrimiento, dejarlo entrar en la propia existencia, puede llevar a sumar vida a la vida.

De esta manera, el tiempo que queda por delante se enriquece, cada instante vivido con sentido existencial contiene fragmentos de eternidad. Se produce una verdadera transformación, el futuro, árido y desértico producto de la aparición del cáncer, comienza a poblarse de todo lo pendiente por hacer y por las ansias de hacerlas. Como decía Frankl, la finitud de nuestro tiempo permite aprovechar cada instante antes que se pierda, cada situación es única e irrecuperable (Frankl 1979).

Personalmente, fui profundamente tocada al escuchar a los pacientes que estaban vivenciando sus propios procesos de desarrollo, expresar lo que deseaban fervientemente realizar a futuro, la importancia que ello tenía para darle sentido a la vida que aún tienen por delante. El conmovedor testimonio de Roberto, *“La fuerza tuya me está haciendo cambiar y ya puedo tomar el toro por las astas. Voy a pescar a mi familia y con tu fuerza voy a hacer*

*lo que tengo que hacer*”, evidencia que aún en ausencia de la fuerza física necesaria para la acción debido a la enfermedad, el anhelo de plasmar lo deseado moviliza a la persona y la urge a actuar antes de la llegada de la muerte.

La cercanía de la finitud de la vida conduce así a volcarse a lo esencial dejando de lado lo superfluo. El ser humano consciente de su muerte, logra un acceso más libre a su esencia, como si el camino que conduce a ella se hiciera más expedito, al ir dejando atrás todo lo prescindible que vamos cargando inútilmente en nuestras vidas.

## 7. Bibliografía

Alonso C. y Bastos A. (2011) Intervención psicológica en personas con cáncer. En: Clínica contemporánea 2, 2, 187-207.

Bellver, A. (2007) Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. En: Psicooncología 4,1, 133-142.

Croquevielle M. (2009). Análisis existencial: Sus bases epistemológicas y filosóficas. En: Castalia 15, 23-24.

Frankl, V. (1979) El hombre en búsqueda de sentido. Editorial Herder, S.A., Barcelona.

Font A. (1994) Cáncer y calidad de vida. En: Anuario de Psicología 61, 41-50.

Gengler J. (2009) Análisis Existencial y Logoterapia: Bases teóricas para la práctica clínica. En: Psiquiatría y Salud Mental XXVI, Nº 3 – 4, 200-209.

Holland J. (2002) History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. En: Psychosomatic Medicine 64, 206–221.

Holland J. and Lewis S. (2003) La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre. Barcelona: Herder.

Kübler-Ross E. (1969) On Death and Dying. New York: Macmillan

Längle A. (1991) Contacto con el valor. Significación y eficacia del sentir en la terapia analítico-existencial. En: Sociedad de Logoterapia y Análisis Existencial de Viena, Actas 1 y 2, 22-58.

Längle A. (1993) Aplicación práctica del Análisis Existencial personal (AEP) – Una conversación terapéutica para encontrarse a uno mismo. En: Bulletin der GLE 10, 2, 3-11.

Längle A. (1998) Comprensión y terapia de la psicodinámica en el Análisis-existencial. En: Existenzanalyse 15, 1, 16-27.

Längle A. (2000) Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia. Seminario Buenos Aires. [http://www.icae.cl/?page\\_id=326](http://www.icae.cl/?page_id=326)

Längle A. and Caprio G. (2005) Aproximaciones para una antropología analítico-existencial. Centro de Investigación de Antropología Analítico-existencia, CIANAE.  
[http://www.icae.cl/?page\\_id=326](http://www.icae.cl/?page_id=326)

Längle A. (2003) El arte de involucrar a la Persona - Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia como estructura del Proceso Motivacional. En: European Psychotherapy. 4,1, 47-58, München: CIP Medien.

Längle A. (2004) Psicoterapia analítico-existencial de los trastornos depresivos. En: Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 42, 3,195-206.

Längle A (2005) La Búsqueda de sostén. Análisis Existencial de la angustia. En: Terapia Psicológica 23 (2), 57-64.

Längle A. (2007) Intuir lo que mueve. Fenomenología en la práctica (analítico-existencial). En: Existenzanalyse 24, 2, 17-29.

Längle A. (2008) Vivir con sentido. Aplicación práctica de la logoterapia. Ed: Lumen, Buenos Aires.

Längle A. (2014) La 2ª Motivación Fundamental de la Existencia. Libro de texto de Formación en Análisis Existencial.



Längle A. (2015) La 3ª Motivación Fundamental de la Existencia. Libro de texto de Formación en Análisis Existencial.

Längle, A (2016) Fundamentos para la práctica de la consultoría y la psicoterapia. Libro de texto de Formación en Análisis Existencial.

Lipowski Z.J. (1970) Physical illness, the individual and the coping processes. En: Psychiatry in Medicine 1 (3), 91-102.

Mardones, M., Boizard, A., Jedlicki, E. y Stemann, E. (2017) Grupos de acompañamiento existencial para pacientes con cáncer. Resultados de una experiencia. VIII Congreso Nacional de Psicología, 27-29 julio, Santiago, Chile.

Ochoa, C., Sumalla, E., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010) Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. En: Psicooncología 7(1), 7-34.

Quitmann H. (1989) Filosofía existencialista y fenomenología. En: Psicología Humanística, ed. Herder, 2, 46-60.

Robert V., Alvarez, C. y Valdivieso F. (2013) Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. En: Rev. Med.Clin.Condes 24 (4), 677-684.

Sheard T. and Maguire P. (1999) The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. En: British Journal of Cancer 80, 11, 1770–1780.

Signorelli, S. (2011) Las ideas de Binswanger. En: Martínez Ortiz E. Las psicoterapias existenciales. Ed: El Manual Moderno, (México, Colombia), 137-173.

Spiegel D., Bloom, J.R. Kraemer, H. C. and Gotthejl, E. (1989) Effect of psicosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. En: The Lancet 2(8668), 888-891.

