



ANÁLISIS EXISTENCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER ANTE LA FASE DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

**Trabajo Final Post-título en Psicoterapia: Especialista en
Análisis Existencial**

Ps. Francisca Mikela Enríquez Araneda

SANTIAGO – CHILE

2018

ÍNDICE

Resumen-Abstract.....	3
Introducción.....	4
La pérdida de sostén.....	7
El duelo.....	12
La muerte del sí mismo.....	15
El sinsentido.....	18
Experiencia de un caso clínico.....	21
Reflexiones finales.....	28
Referencias.....	30

ANÁLISIS EXISTENCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER ANTE LA FASE DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

EXISTENTIAL ANALYSIS IN CANCER PATIENTS FACING DIAGNOSIS AND TREATMENT PHASE

Damián Enríquez Araneda¹

Resumen

Cáncer es el nombre que recibe un grupo de enfermedades relacionadas, las cuales tienen como característica común la proliferación anormal y excesiva de células, que pueden llevar a la conformación de una masa tumoral en un tejido u órgano específico, y/o su diseminación a otros sectores del cuerpo. Si bien, existen actualmente numerosos avances en materia de tratamiento, el cáncer sigue siendo una de las principales causas de muerte en hombres y mujeres, trayendo con ello una serie de significados y creencias asociadas a esta enfermedad. El presente trabajo expone desde una mirada comprensiva, a través de la teoría analítico-existencial, algunas vivencias esperables en pacientes adultos con cáncer que se enfrentan a la fase de diagnóstico y tratamiento, junto al modo de abordaje psicoterapéutico por medio del desarrollo de un caso clínico.

Palabras claves: Análisis Existencial, cáncer, sentido, muerte.

Abstract

Cancer is the name given to a group of related diseases, that have as common characteristic the abnormal and excessive proliferation of cells, which can lead to the conformation of a tumor mass in a specific tissue or organ, and/or the

¹ Psicooncólogo Unidad de Medicina Integrativa – Fundación Arturo López Pérez.

dissemination to others parts of the body. Despite currently treatments advances, cancer still one of the leading causes of death in men and women, carrying with it a series of meanings and beliefs associated with this disease. The present paper exposes from a comprehensive view, through the analytical-existential theory, some experiences expected in adult patients with cancer that face diagnosis and treatment phase, along with the psychotherapeutic approach through developing a clinical case.

Keywords: Existential Analysis, cancer, meaning, death.

Introducción

El hablar de la palabra cáncer no suele ser un concepto que pase desapercibido en el lenguaje cotidiano. Es común asociar esta palabra como algo negativo, desagradable, e incluso como sinónimo de muerte. Es decir, no solo se comprende como una enfermedad en sí, sino también como un concepto cargado de significados y creencias asociados a una experiencia que daña nuestras vidas o amenaza nuestra existencia.

El Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE), reportó durante el año 2015 un total de 25.764 casos de fallecimientos por tumores malignos, ocupando un 25% del total de defunciones durante ese año, aumentando un 3% en relación al año anterior; siendo ésta la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares (INE, 2017). A pesar de los avances conseguidos en el ámbito de la medicina, el cáncer sigue considerándose una enfermedad compleja, de pronóstico incierto, donde los tratamientos suelen afectar al individuo en su totalidad tanto física, psicológica, social y espiritual.

No es extraño por ello que en las personas que enfrentan dicha enfermedad puedan emerger una serie de preguntas de carácter existencial, como la idea de la muerte, el significado y sentido de la vida, entre otros (Yalom, 1984; 2000). Para Fonnegra de Jaramillo (citado en Martínez, Méndez y Ballesteros, 2004) el malestar en el paciente oncológico no sólo comprende los síntomas físicos, sino también una serie de emociones relacionadas con el

proceso de duelo, el miedo a la soledad y a lo desconocido, el temor a perder el control, la pérdida de sentido y la muerte. Esta vivencia amenazante frente a la enfermedad puede suponer un quiebre significativo en la vida del sujeto, donde el proyecto de vida se ve interrumpido, en especial por el hecho de enfrentarse a lo desconocido (Alonso y Bastos, 2011).

Frente a este cuestionamiento por la existencia, la psicoterapia analítico-existencial, desde una mirada comprensiva y dialógica entre sujeto y mundo, invita al sujeto a poder ser interpelado, y con ello responderse a sí mismo y a su entorno. Alfried Längle (2004b), fundador del Análisis Existencial, define esta psicoterapia como: “una psicoterapia fenomenológica-personal cuyo objetivo es ayudar a la persona a alcanzar un vivenciar libre (mental y emocional), tomas de posición auténticas y un trato auto-responsable consigo mismo y con el mundo” (p. 4).

La teoría y práctica del Análisis Existencial surge inicialmente como una ampliación de la Logoterapia desarrollada por Viktor Frankl, para con el paso de los años ir constituyéndose finalmente como un modelo psicoterapéutico en sí mismo. A su vez, este modelo se nutre de los postulados filosóficos de diversos autores (principalmente de la corriente existencialista), como son Martin Heidegger, Søren Kierkegaard, Martin Buber, Karl Jaspers y Max Scheler.

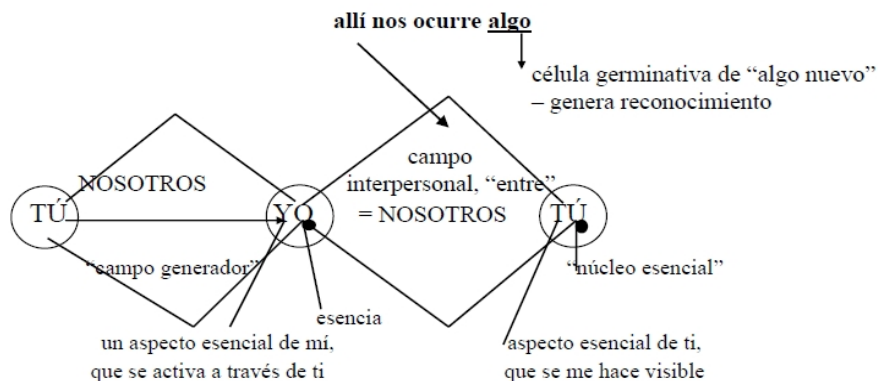
Fundamentándose en la obra de Heidegger, el Análisis Existencial recoge el término del Dasein, como parte de la comprensión del ser humano en base a un «ser-ahí», “un carácter espacial que precede a todo «aquí», «ahí» o «allí» (Berciano, 1992, p.435), Un ser que se comprende en un mundo con otros y que se constituye y contribuye a la constitución de otros por medio una relación intersubjetiva (Gamboa, 2009, Jolivet, 1962). Esto por esto que, el Dasein se comprende como un ser-en-el-mundo, en donde el individuo se descubre en relación con la otredad –en este caso el cáncer–; pudiendo con ello desplegar su libertad interior, tomando posición sobre su vida y desplegando su acción a través de las «Cuatro Motivaciones Fundamentales (MF) » que constituyen una existencia plena, donde cada una de ellas se sostiene en un ámbito existencial correspondiente.

Tabla 1: Las cuatro motivaciones fundamentales (Längle, 2004a).

Ámbito de la existencia	Motivación Fundamental	Motivo Fundamental Movilizador	Pregunta por la existencia
Mundo	1MF	Poder ser estar-aquí	¿Puedo ser-estar aquí?
Vida	2MF	Valorar la vida	¿Me gusta vivir?
Persona	3MF	Permitirse ser uno mismo	¿Me es permitido ser así?
Sentido	4MF	Querer lo que tiene sentido	¿Para qué es bueno que yo sea?

Por lo tanto, el objetivo inicial del trabajo psicoterapéutico es facilitar al paciente que pueda entrar en una relación primaria con cada una de las cuatro motivaciones fundamentales; y por medio de la profundización del trabajo con cada una de éstas, facilitar el diálogo interno y externo a través de una actitud de apertura, y por consiguiente la realización de la existencia (Längle, 2008). Como terapia fenomenológica-dialógica, el Análisis Existencial nos permite abrirnos a la vivencia del paciente, y en base a una actitud comprensiva hacia éste, poder encontrarnos en un «Nosotros»; donde un aspecto esencial de su ser se puede entonces llegar a vislumbrar, ese algo que nos impresiona, alcanza y conmueve como terapeutas (Längle, 2007a).

Imagen 1: Campo generador a través de la relación dialógica (Längle, 2007a, pp. 7-8).



La pérdida de sostén

Para muchos pacientes el ser diagnosticado de cáncer suele ser una noticia devastadora, una vivencia que inevitablemente los confronta a la experiencia de la pérdida de sostén, tal como relatan los pacientes «un terremoto en sus vidas». Una falta de piso, que se traduce en temor, incertidumbre y desesperanza, los cuales pueden generar una constante vivencia de angustia.

Estos sentimientos de angustia, si bien, pueden presentarse en cualquier momento de la enfermedad, la experiencia clínica cotidiana puede dar cuenta que más allá del estadio en que se encuentra el cáncer diagnosticado, o cuán favorable sea el pronóstico de éste o la respuesta de tratamiento, las manifestaciones de angustia pueden ser de gran intensidad debido a todas las implicancias que la enfermedad conlleva más allá de la salud física (Maté et al, 2004).

Dentro de estas implicancias mencionadas, podemos encontrar la pérdida de control de la propia vida, la vivencia que la existencia ya no está en las manos de uno, sino de un otro generalmente «desconocido» (el médico), lo que conlleva a un salto al vacío que es muy difícil dar en un primer momento, y que para ello requiere de una respuesta personal fundamental: la confianza. Que el paciente pueda confiar en el equipo tratante es fundamental para la adherencia terapéutica a los tratamientos.

Por un lado, para lograr esto, se le debe entregar información verídica y clara al paciente, como también tener la disponibilidad para asistir al paciente en cuanto pueda requerir del equipo. Por el contrario, si al paciente se le oculta información sobre su diagnóstico o tratamiento, o si existe de parte de él una sensación de no poder contar con su equipo (en especial su médico), es probable que el paciente pueda adoptar un sentimiento de desconfianza, incertidumbre y angustia frente a la situación.

El confiar permite abandonarse en una estructura (en este caso la figura del equipo tratante) la cual pueda brindar el sostén necesario para soportar y entregarse a la situación correspondiente (Längle, 2000). Sin embargo, esta

confianza inicialmente puede encontrarse debilitada o impedida, tanto por el impacto del diagnóstico, como experiencias previas donde el ser no ha podido ser confiado, llevando sentimientos de déficit existencial, que se traducen en inseguridad, angustia y encierro de sí. Es decir, si bien existe una responsabilidad importante de parte del equipo de salud tratante en poder generar un espacio y ambiente de confianza para el paciente, también la recepción de ello dependerá de la historia biográfica del paciente. Por ejemplo, si un paciente ha tenido experiencias hospitalarias previas negativas por ocultamiento de información de su estado de salud, existe la posibilidad que éste pueda actuar de manera suspicaz, desconfiada y distante frente al equipo.

Es por ello que esta pérdida de firmeza y confiabilidad en el mundo y sus condiciones, el no-poder-ser debido a las limitantes señaladas, se traduce en una experiencia de haber perdido un piso que antes sostenía, lo cual Längle (2005) define como *angustia fundamental*. La experiencia común relatada de vivir un «terremoto en sus vidas» da cuenta de una vivencia donde este piso que sostiene al paciente pareciera abrirse, siendo arrojado a la nada misma. Un sentimiento de caer en un abismo donde no hubiera posibilidad de agarrarse.

A su vez, la adaptación del paciente frente a su enfermedad no es un hecho que se comprenda como un suceso único, sino más bien se debe entender como una serie de etapas que implican decisiones, manejo de información, ejecutar acciones en el menor tiempo posible, coordinación, etc; todo esto sin tener una total claridad de lo que deviene en el futuro (Barroilhet et al, 2005). Esta vivencia de incertidumbre hacia posibilidades inciertas o a una falta de estructura sostenedora a posteriori puede también generar un tipo de angustia llamado *angustia de expectativa* (Längle, 2005). En el caso de este tipo de angustia que, si bien refiere a posibilidades inciertas, lo que se pone en juego aquí es la propia percepción del sujeto respecto a sus capacidades para poder soportar dichas situaciones, en base a la confianza que exista en ellas. Los síntomas físicos y psicológicos que pueden emerger producto de la enfermedad y sus tratamientos, también ponen entredicho lo que el propio paciente siente que puede hacer. Relatos como «no tengo la energía», «los

dolores me lo impiden», «no logro concentrarme en lo que tengo que hacer», suelen vivenciarse con mucha frustración por parte los pacientes.

Así también, aspectos básicos como la situación familiar, la ausencia en el trabajo, los costos económicos, las posibles secuelas asociadas a los tratamientos, son elementos que pueden interferir en la posibilidad del paciente del focalizarse en la situación actual de su enfermedad, y donde las capacidades del sujeto para enfrentar dichos eventos puedan verse afectadas significativamente, repercutiendo con ello profundamente en la vivencia del «poder ser-estar» del paciente.

El poner en entredicho las propias capacidades afecta con ello la disposición a «arrojarse» hacia el mundo (Längle, 2005). Se vivencia una pérdida de sostén interno, que se traduce en un retraimiento, una contracción de protección hacia el propio ser, suprimiendo con ello el coraje requerido para responder ante la situación angustiante.

Es por ello que facilitar dicha actitud en el paciente es esencial en el trabajo psicoterapéutico, pudiendo entregar o facilitar el desarrollo de las condiciones necesarias requeridas para la vivencia del «poder ser-estar aquí» (1ª MF): protección, espacio y sostén. Estas condiciones se traducen en elementos como la entrega de información concreta y precisa sobre su enfermedad, generar las redes de apoyo correspondiente, y así también que el terapeuta actúe como un «yo-auxiliar» que pueda ser una figura de sostén inicial que facilite la expresión de los temores, dudas y aprehensiones que pueda tener el paciente respecto a su enfermedad y los tratamientos. Se genera así, junto al terapeuta, un poder soportar en conjunto, lo que supone una “fuerza para dejar que esté lo difícil, lo amenazante, lo funesto, lo fatal, lo irremediable, sobrellevar lo que no se puede cambiar” (Längle, 2009a, p.16), siendo esto el puntapié inicial para poder afrontar esta enfermedad.

Si bien la literatura refiere distintos estilos de afrontamientos, lo relevante aquí es centrarnos en el carácter subjetivo de la vivencia del paciente (Palacios-Espinosa et al, 2015); siendo un elemento clave en el Análisis Existencial, que es lo que percibe y reconoce el paciente de su situación actual

en la cual se encuentra inmerso. Percibir y reconocer permite al paciente no sólo captar y confirmar lo dado por el mundo, sino también abrirse a las posibilidades futuras en base a los elementos comunes de la realidad a la cual éste se ve enfrentado (Längle, 2006a).

El percibir y reconocer son actividades internas necesarias a desarrollar en los pacientes, éstas facilitan la experiencia de sostén propio, y con ello la disminución de la angustia expectante. Esto permite ir poco a poco centrarse en lo actual, soltar aquella mochila llevada a cuestas, y con ello poder revisar los contenidos que hay en ella, como es el caso de la posibilidad y/o el temor de la muerte.

La muerte en la experiencia de pérdida o ausencia de sostén

Como plantea Huertas et al (2014), la consciencia de muerte es una característica inherente y exclusiva del ser humano. La visualización real o imaginaria de ésta, trae consigo una serie de emociones y actitudes asociadas las cuales se sostienen tanto en nuestra propia experiencia como también en nuestro sistema de creencias (espiritual, religiosa, filosófica, científica, etc.) respecto a la muerte. Si bien, existen patrones comunes respecto al modo de afrontar la muerte (construidos en base a la cultura, época y sociedad inmersa), es la propia biografía y sus experiencias de muertes las que otorgan el tinte subjetivo que impregnan nuestra vivencia frente a ella.

La muerte como tal puede vivenciarse como una amenaza a la propia existencia y la aniquilación del sí mismo. Una experiencia de lo conocido y lo desconocido, ya que la única certeza posterior al nacimiento es la finitud de la vida, pero no sabemos ni el «cómo» ni el «cuando» se hará presente. En el momento que la existencia se ve amenazada es donde aparecen las reacciones de coping (RC). Estas reacciones no provienen desde la libertad del sujeto, sino que son espontáneas sin mediar decisión alguna (psicodinámicas). Entre ellas podemos encontrar la evitación (escapar de la situación amenazante), el activismo (efectuar acciones a ciegas con la esperanza de poder sortear la situación), la agresión (aniquilar aquello que amenaza la

existencia) y la posición de muerto (negación o resignación ante la situación) (Längle, 2006a).

Para Kierkegaard (2004), si bien la posibilidad de muerte puede generar un estado de desesperación, no es sólo la finitud de la existencia lo que realmente atormenta al sujeto. Como se mencionó anteriormente, la incertidumbre del momento de la muerte pone en entredicho al ser humano; en estadios avanzados de la enfermedad, cuando los síntomas físicos pueden llegar a ser abrumadores, la imposibilidad de morir puede volverse también un calvario; esto es lo que Kierkegaard llamó como la «enfermedad mortal». En ocasiones, pacientes relatan con profunda resignación: «quisiera que todo esto acabara», «no quiero, ni tengo fuerzas para seguir luchando». Es una desesperación por la vivencia de no poder continuar, de un camino sin salida, donde la única posibilidad aparente ante la falta de sostén interno es la propia muerte.

Como se menciona anteriormente, frente al sentimiento de inseguridad es necesario un acto de confianza que permita la movilización y confrontación con la muerte. El punto intermedio para la lograrlo, es la actitud de coraje, entendida como una disposición que otorga el sostén interno necesario para enfrentar la situación considerada como amenazante (Längle, 2006a). Para poder desarrollar esta disposición es necesaria la confianza en sí mismo, la cual está fundamentada en las experiencias biográficas del paciente, como también en la capacidad del terapeuta de poder generar confianza por medio del vínculo. Esta confianza conlleva por una parte a una fidelidad de sí mismo (estar para sí) junto a un gesto de humildad, movimientos que facilitan el aceptar la situación de enfermedad, en base a la confianza fundamental, “un acto consumado (inconscientemente) de soltarse a sí mismo en el sostén respectivo, sentido como «último» - en lo que se muestra a uno como Fundamento del Ser” (Längle, 2006a, p. 53), es decir en el último sostén vivenciable. Siendo este profundo sentimiento de confianza en poder ser sostenido por algo mayor (el mundo, un orden, el cosmos, Dios), el resultado de la realización de la 1ª Motivación Fundamental.

El duelo

Junto con la experiencia de la pérdida de sostén ante el diagnóstico de cáncer, para muchos pacientes la enfermedad también es el inicio de un proceso de duelo. Algo valioso de la vida se ha perdido, ya no está y se ha ido. Una experiencia común en los pacientes es el sentimiento de pérdida de la salud; valor relacionado muchas veces con la vitalidad, el bienestar, el estar conectado con la vida. Los tratamientos traen consigo cambios, adaptarse a nuevos hábitos y estilos de vida, el tener que renunciar ya sea temporal o permanentemente a actividades placenteras y/o valiosas para uno. Aquellas cosas que vivifican la vida parecieran esfumarse, la relación con ellas pareciera no ser la misma, la vivencia del gustar se ve interrumpida. Frases como: «no puedo comer lo que me gusta»; «ya no puedo jugar con mis hijos como antes»; «así no puedo volver a trabajar»; «no tengo energías para realizar mis cosas», son frecuentes en los pacientes que se encuentran en tratamiento y ven su vida obstaculizada por las consecuencias asociadas a éstos. Esta pérdida de control de la propia vida, una renuncia forzada hacia lo vivificante, puede experimentarse como una situación completamente desestabilizante en los pacientes, recurriendo muchas veces a la negación de la experiencia vivida (Robert et al, 2013), con frases como: «¡esto no puede estar ocurriéndome a mí!», «debe ser un error», «quisiera que todo esto fuera sólo un mal sueño».

A partir de esta vivencia, emerge el no-gustar, lo desagradable, el sentimiento de pérdida de vida, pequeñas vivencias de muerte que van afectando el bienestar del paciente y emergiendo con ello diversas RC, siendo la rabia una de las reacciones más frecuentes. La rabia, como una forma de reconectar la relación con ese valor perdido, una lucha para poder vivir, una “ebullición interna de la vida” (Längle, 2006b, p. 14).

Desde la perspectiva del Análisis Existencial, la negación y la rabia son fases previas al proceso de duelo propiamente tal. En dichas fases aún no existe un real reconocimiento, contacto y aceptación la pérdida, sino más bien un esfuerzo desesperado por mantener vivo aquello que la enfermedad le ha arrebatado. Es por esto que parte del trabajo terapéutico consiste en poder acoger dichas expresiones, indagando y comprendiendo aquello por lo que el

paciente lucha, cual es el valor al que se aferra no pudiendo soltar. Para ello es necesario permitir y facilitar la expresión de la rabia, una emoción muchas veces impedida debido a la restricción impuesta por otros cercanos debido a creencias erróneas sobre el afrontamiento de la enfermedad, como: «tienes que pensar positivo», «si estás enojado o triste no te vas a curar», «tienes que estar bien para que nosotros estemos bien».

Pudiendo facilitar la expresión y liberación de la rabia, reconociendo el valor en juego, es que el paciente puede comenzar entrar en relación con este valor perdido. Para ello es necesario establecer una actividad básica que es el acercamiento, un movimiento desde sí hacia el otro (del paciente hacia aquello que es valioso), un compenetrarse con la pérdida y dejarse tocar por ella. Para entrar en dicha actividad es necesario que podamos promover en el paciente las condiciones necesarias para la realización de la 2ª Motivación Fundamental que son: relación, tiempo y cercanía con aquello que considere valioso en su vida. Siendo el valor aquel objeto intencional y personal hacia donde se dirige el sentimiento del sujeto (Längle, 2006b).

Para Längle (1991), los valores si bien son vivenciados por el sujeto, éstos no son generados por él. Los valores movilizan y transforman la vida, siendo el alimento espiritual de la persona. La experiencia del valor construye la biografía viva del sujeto; si bien algunos valores personales pueden ser transitorios, la relación que uno establece con ellos puede perdurar durante toda una vida. Es por esto que la vivencia del valor es una experiencia íntima y profunda que ahonda lo más esencial del ser humano.

Por medio del contacto con el valor facilitamos el acercamiento a la pérdida, dejarse tocar por aquello donde una parte de la vida se me pierde, y la cual requiere una despedida (Längle, 2006b). Momento donde las lágrimas brotan, para lavar las heridas internas, dejando con ello fluir el dolor, la pena, la angustia; es en ese momento cuando se entra al proceso de duelo.

Facilitar el duelo y su respectivo acompañamiento es un aspecto fundamental en el trabajo terapéutico. El valor al ser un agente movilizador de la propia vida requiere un entrar en relación. Si bien dicho valor pareciera

haberse perdido; es necesario acercarse a la pérdida para luego traer nuevamente a la vida de regreso. Por el contrario, cuando el contacto con la vida se ve impedido, volviéndose esto una vivencia persistente y aparentemente sin salida, puede conllevar a una perturbación de la disposición anímica, emergiendo con ello los trastornos depresivos del ánimo.

Frente a ello, el paciente con sintomatología depresiva tiende a enmarcarse únicamente en su experiencia personal sobre la enfermedad, viéndose imposibilitado en poder ver su experiencia dentro de un contexto general con otros pacientes (Längle, 2004c). Es más, el mirar a otros puede agudizar su vivencia depresiva; ya sea por encontrarse en una situación la cual considera peor que el resto de los pacientes (llevando al sentimiento de fracaso), o, por el contrario, culpabilizarse por encontrarse en una situación de mejor pronóstico que otros. En ambas situaciones, el sentimiento común que se puede encontrar es la de sentirse quebrantado, donde la propia vida pareciera no tener valor. Una vivencia donde no se siente merecedor de curarse, y en algunas ocasiones considerar que la enfermedad es un castigo el cual les corresponde vivir. El déficit de valores personales, o la pérdida de un valor profundamente significativo en donde se ha obviado el proceso de duelo, son factores que pueden facilitar la emergencia y persistencias de síntomas depresivos en los pacientes.

Por medio de la facilitación del proceso de duelo, y la resignificación del valor perdido, se puede comenzar establecer una nueva relación con éste. Una relación que también facilita el volver a contactarse con la vida misma, del sólo hecho de estar vivo. Un sentimiento de vida a partir del acercarse a ella, una vivencia de que «a pesar de todo me gusta vivir», o como algunos pacientes relatan: «a pesar de mi situación, soy un agradecido de la vida»; «me gusta mi vida, y por eso quiero sanarme». Ese sentimiento es llamado la relación fundamental con la vida, donde por medio de ella, la vida por si misma adquiere un valor; «mi propia vida es valiosa». Dando también con ello paso a la gratitud por el hecho de estar vivo y el reconocer la propia vida como algo bueno. Ese último es el valor de la propia vida, lo que desde el AE se comprende como el Valor Fundamental (Längle, 1991; 2006b).

Para Längle (1991; 2010), la vivencia fundamental de este valor emana desde lo espiritual, siendo ésta la raíz de las demás experiencias de valor. Una experiencia de ser sostenido la cual se vivencia como una paz interior en relación con su mundo. Una vivencia profunda de no tan sólo «me gusta vivir» sino también «es bueno vivir»; lo cual lleva a la realización de la 2ª Motivación Fundamental. La vida se experiencia como algo bueno, a pesar de sus vicisitudes. Una forma de relación y encuentro que se traduce en amor; amor por la vida.

La muerte del sí-mismo

Un relato frecuente de los pacientes con cáncer, es su dificultad de reconocerse a sí mismos una vez que experimentan las secuelas (temporales o permanentes) de los tratamientos. Intervenciones quirúrgicas invasivas como la mastectomía, colostomía, traqueotomía o histerectomía entre otras; o efectos de la quimioterapia como la alopecia, son elementos que ponen en entredicho la propia corporalidad y por consiguiente la identidad personal. Los cuestionamientos hacia la masculinidad, feminidad e incluso al ser persona, son habituales en los pacientes, ante un ser que al exponerse ante un espejo le cuesta reconocerse y también aceptarse. Dentro de las vivencias de los pacientes es frecuente que surja el sentimiento de enajenamiento con uno mismo: «no me puedo reconocer cuando me veo»; «antes de mi enfermedad era muy distinto a como me ve usted ahora»; «no quiero que me ven así, no de esta manera». Es así como tanto los cambios a nivel estéticos como aquellos que afectan la capacidad funcional del paciente, pueden generar un significativo deterioro en la percepción de la propia imagen corporal, conllevando al paciente a una alta vulnerabilidad psicológica producto del impacto emocional (Fernández, 2004).

También en la experiencia hospitalaria, el ser intervenido constantemente por los distintos procedimientos médicos correspondientes, suelen experimentarse como una transgresión constante, donde la delimitación del sí mismo pareciera ser resignada en favor del tratamiento. «Aquí nadie me

pregunta nada, me hacen intervenciones sin siquiera explicarme para qué son»; «¡me siento inútil! Ni al baño me dejan ir solo; para aseoarme o hacer mis necesidades tengo que pedir ayuda»; «aquí todos entran como si nada, hablan de mi enfermedad sin siquiera mirarme, como si no existiera», son algunas de las quejas que refieren los pacientes al enfrentarse a este contexto.

Junto a ello, la vivencia de vulnerabilidad frente al tratamiento y el tener que dejar de realizar de manera total o parcial ciertos roles sociales que definen la propia identidad, ya sea a nivel laboral, familiar o comunitario, conlleva también un cuestionamiento de la propia persona, donde la vivencia suele traducirse en que todos dichos roles fueran reemplazados por el de ser estar «enfermo». Dicha categoría de «enfermo» conlleva en muchas ocasiones a una definición preestablecida de lo que la persona puede o no puede hacer, más allá de los cuidados y recomendaciones indicadas por el equipo de salud. Tal como mencionan Osorio y Parrello (2014), “la enfermedad no es entonces sólo un evento orgánico, sino una radical desestructuración de la propia identidad; de pronto el cuerpo y el padecimiento se vuelven el centro de atención (...) (p. 52).

Es decir, el sí mismo pareciera ser sofocado, aniquilado y reemplazado por una nueva identidad, olvidando con ello la propia esencia del sujeto. Lo propio deja de ser aceptado, vivenciándose un sentimiento de pérdida de sí mismo, de no tener relación con la intimidad de su ser persona (Längle, 2007).

Es por ello que, en un contexto como éste, existe un alto riesgo de que la dignidad del paciente pueda sea vulnerada, enfocándose netamente en la enfermedad como algo completamente dissociado de su persona. El «tener una enfermedad» se transforma en un «ser la enfermedad», donde la percepción y valoración de sí mismo (autoimagen y autoestima) se ven significativamente afectadas, principalmente por la falta de reconocimiento propio ante las consecuencias de la enfermedad y sus tratamientos. Es decir, la noticia del diagnóstico sumado a las vivencias anteriormente señaladas, pueden volver a la enfermedad como una experiencia traumática que irrumpe en la identidad del

sujeto, disociando o fragmentando su yo, impidiendo con ello la capacidad de reconocerse y definirse.

Längle (2011a) refiere que el sujeto traumatizado que vivencia su propio fracaso ante la situación, puede llevarlo desde la auto-desvalorización hasta el repudio hacia sí mismo. Ante la falta de un otro que pueda sostener su estructura interna, la dificultad para poder sobrellevar esta situación se traduce en una vivencia abrumante, por lo cual requieren por parte del terapeuta el recibir el diálogo externo, para así construir las bases del diálogo interno adecuado para sí mismo y la situación correspondiente. El diálogo externo permite reconocerse al sujeto como un otro, mientras que el diálogo interno facilita el reconocimiento de sí mismo integrando su propio yo dentro de la experiencia.

Como terapeutas podemos facilitar este diálogo externo requerido por medio de tres condiciones necesarias, las cuales permiten traer de regreso la dignidad y el respeto vivencialmente perdido; y junto a ello poder conducirlo nuevamente a la valoración de sí mismo. Estas condiciones relacionadas con la 3ª Motivación Fundamental son: consideración (tomar en cuenta, prestar atención al paciente), justicia (reconocerlo de una manera abierta y profunda en base a un trato digno) y aprecio (actitud de aceptación por el valor propio de la persona) (Längle, 2007b).

Junto a ello, por medio del Análisis Existencial Personal (AEP)², es posible volver a conectar al sujeto con sus percepciones, emociones, valores y creencias. Ofreciendo también con ello una posibilidad de mirarse a sí mismo más allá de la enfermedad, y a su vez ser un participante activo de su propio tratamiento, por medio de tomas de posición auténticas respecto al modo como quiera vivir la enfermedad. Es decir, que pueda emerger en el paciente el Yo libre.

² AEP: Método central del Análisis Existencial el cual busca poner a la persona libre y responsable en acción, en el centro de su propia vida. Tratando de movilizar el potencial decisivo de la persona basado en una emocionalidad activa y en un intercambio dialógico en la situación. Este método cuenta con tres etapas de trabajo: Impresión (AEP1), Posición (AEP2) y Expresión (AEP3), más una etapa inicial de indagación y recopilación de información acerca de lo que el paciente trae a sesión (AEP0) (Längle, 1993).

Para Viktor Frankl (2003), si bien el ser humano está aparentemente determinado por condicionantes biopsicosociales, así también es libre para adoptar una posición respecto a dichas condicionantes, conservado con ello una actitud de libertad frente a su vida. Esta dimensión de libertad trasciende la dimensión física y psicológica, entrando a la esfera noética (o espiritual) del ser; permitiendo así al paciente ir más allá de las determinantes dadas por su enfermedad y los tratamientos, adoptando con ello un rol activo frente a su contexto en base a estas tomas de posición auténticas. Tal como refieren diversos pacientes: «quiero ser yo quien elija como vivir mi enfermedad».

Este encontrarse con sí mismo, a través de la autovaloración, el auto respeto, el poder tomar posición libremente sobre la propia vida en base a lo que considera vivencialmente correcto, trae consigo al paciente a poder nuevamente conectarse y dialogar íntimamente con su ser auténtico, una profunda relación con su ser persona; un encontrarse a sí mismo en su intimidad, en lo más profundo de su ser. “Una vivencia desde lo profundo como algo que fluye hacia el hombre mismo, que escapa a su capacidad de disponer, pero que se muestra en el hombre y a lo que este puede referirse” (Längle, 2008, p.14). Siendo esta vivencia el resultado de la realización de la 3ª Motivación Fundamental.

El sinsentido

Muchos pacientes relatan que, al recibir la noticia de tener cáncer, una de las primeras preguntas que emergen es «¿Por qué a mí?». Pregunta sin respuesta, que genera una gran angustia al enfrentarse a un vacío desolador, sin un camino y sin un futuro aparente. Ante esta pregunta surge el cuestionamiento por la propia vida, sobre el sentido de esta enfermedad, y otros tantos temas que ponen en cuestionamiento la propia existencia.

Como se señaló anteriormente, la vivencia de enfrentar una enfermedad como el cáncer, puede comprenderse como un quiebre interno que se acompaña de pérdidas, impacto en la imagen corporal y autoestima, pérdida de sostén. La integridad de la persona está en juego, pudiendo generar con ello

dolor y sufrimiento ante aspectos como el malestar físico, la incertidumbre respecto a su futuro, temor al rechazo de otros por el hecho de estar enfermos, el sentimiento de inutilidad, o la amenaza de muerte, entre otros. Todas estas vivencias pueden experimentarse como experiencias sin sentido, donde el intento de comprender o explicarse respecto a lo que se encuentran viviendo pareciera ser un esfuerzo inútil el cual genera mayor sufrimiento, viviendo así una profunda sensación de vacío (Rodríguez, 2000). Una vivencia que podría resumirse en la expresión «¿Por qué estoy viviendo todo esto?!».

Frente a estas preguntas por el sentido ontológico de la enfermedad, como terapeutas la verdad poco o nada de ello podemos responder, sólo validar y acoger la falta de sentido experimentada por el paciente. En la existencia existen ciertas delimitaciones las cuales son la base de la vulnerabilidad del ser humano. La confrontación con aquello que escapa de nuestra comprensión, trae consigo también la pregunta por el sentido, aunque a veces no se tengan respuestas (Längle, 2009b).

Por lo tanto, no es rol del terapeuta imponer creencias o un sentido a la vivencia del sujeto, por el contrario, el terapeuta debe asumir un rol, contenedor, sostenedor, comprensivo y respetuoso, «un caminar juntos» que permita al paciente soportar dicha angustia y ser interpelado por la vida. Längle (2007b) refiere a ello, como una búsqueda de un sendero de vida; donde terapeuta y paciente se dirigen al descubrimiento de una dirección y orientación que sea auténtica para el paciente. Un sendero que permita al sujeto preguntar, pero también ser preguntado.

En este ser interpelado, emerge el llamado *giro existencial*, donde el cuestionamiento hacia la vida se redirecciona en un cuestionamiento de la vida hacia uno. Pacientes relatan que, en este interpelarse, emerge una segunda pregunta que es «¿Y por qué a mí no?». Esa pregunta permite al sujeto desprenderse poco a poco de ser víctima de las circunstancias, pudiendo con ello responder a una tercera pregunta: «¿Qué puedo hacer con ello?». Dicha pregunta permite al sujeto pasar de la decisión a la acción, de la libertad a la responsabilidad; el poder hacerse cargo de su propia enfermedad y tratamiento.

En este preguntarse y responderse a través del acto libre, se acompaña de una mirada retrospectiva de sí mismo (Rodríguez y Castillo, 2012). El diálogo interno permite con ello conectar con los valores personales y darles la jerarquía correspondiente en su vida actual. Esto es un conectar con el pasado, pero en base a una decisión en el presente, que se despliega en un futuro concreto.

A través de ello, la relación con la enfermedad va cambiando. Se deja de ver al cáncer como un enemigo que hay que «enfrentar y derrotar», sino más bien como una experiencia de vida de la cual por medio de una actitud de apertura, pudiendo dejarse tocar por dicha vivencia y ver que le trae para sí. En relación a ello, Rojas y Fernández (2015), plantean un concepto llamado la metáfora bélica sobre la enfermedad; en donde a los pacientes (y también a la sociedad) se les instruye constantemente el tener que luchar contra la enfermedad, donde no existe espacio para sentirse derrotado, tampoco bajar los brazos, y ni siquiera poder expresar sus emociones, volviendo ello una profunda exigencia hacia el paciente. Es decir, desde dicha perspectiva la enfermedad se entiende netamente en términos de éxito o fracaso, impidiendo entrar en un diálogo comprensivo y abierto con ella.

Como menciona Längle (2011b), el acercamiento al mundo (en este caso al contexto de enfermedad), a través de la relación dialógica con éste, posibilita al paciente una actitud de apertura para su posibilidad, siendo ello el fundamento principal para el hallazgo de sentido. Un sentido no dado netamente por las creencias de vida, sino más bien como un motor capaz de movilizar las decisiones y acciones. Un sentido que se comprende como aquella posibilidad más valiosa frente a una situación. Esto es lo que llamamos el *sentido existencial*, siendo éste el resultado de la realización de la 4ª Motivación Fundamental.

Para Längle (2008), la búsqueda de sentido no trata de aquello de lo que uno espera de la vida, sino por el contrario preguntar(se) qué es lo que la vida quiere para uno; qué respuesta espera del sujeto frente la situación dada. Es por ello que la actitud de apertura permite sintonizar con el fenómeno, entendiendo para qué es bueno el que el sujeto pueda responder ante ella.

Ahora bien, como referimos anteriormente, el sentido se moviliza en base a las posibilidades futuras y en relación a la propia historia, la actitud y la acción se construyen en el presente. Es decir, el sentido trasciende la temporalidad, colocando los actos en un contexto mayor (Längle, 2011b).

Es por esto que se puede concluir que el vivir con sentido es una vivencia que ocurre en el «aquí y ahora»; y el ser conscientes de la finitud del ser humano invita a comprender la instancia pasajera que éste tiene en su mundo. Para Yalom (2000), la muerte tiene un rol fundamental en el trabajo psicoterapéutico porque a su vez es crucial en la experiencia propia de cada ser. El reconocer la experiencia de muerte permite o facilita la conmoción por la propia vida, nos trae al presente, a lo que hoy nos mueve y vivifica. Así también la finitud despierta también la motivación por trascender, el salirse de sí mismo y dirigirse hacia el mundo en un acto con sentido.

Por todo ello, es importante en el trabajo psicoterapéutico facilitar que el paciente pueda tomar decisiones y acciones que otorguen un sentido a su propia existencia, y no postergarlas (y por consiguiente postergarse) a un posible futuro incierto.

Experiencia de un caso clínico

Paciente mujer de 40 años, separada recientemente, sin hijos. Trabaja en una agencia publicitaria en su ciudad de origen. Vive con su madre desde que comenzó su tratamiento. Diagnóstico de cáncer de vejiga, con buen pronóstico de sobrevivida. Se procede a cirugía para extirpación de tumor, debiendo permanecer hospitalizada durante 8 días.

Se realiza atención psicológica inicial en hospitalización por solicitud de médico tratante, luego se continuó trabajo durante 10 sesiones en atención ambulatoria.

Durante la hospitalización paciente se observa decaída y poco expresiva, presentando sintomatología ansiosa y depresiva. Refiere haber estado en tratamiento psiquiátrico por situación de separación con su marido, el

cual optó por terminar la relación al poco tiempo que la paciente fuera diagnosticada.

En la primera entrevista, relata su situación de enfermedad y separación con sentimientos de tristeza y resignación (referidos por la misma paciente). El quiebre de su matrimonio significó para ella una fuerte vivencia de vulnerabilidad debido al momento en que este hecho ocurrió. Consideraba a su marido como el principal soporte para afrontar su enfermedad, pero el que diera un paso al costado conllevó en ella enfrentar una severa crisis de angustia, no pudiendo permanecer sola en su hogar, debiendo volver a vivir con su madre quien actualmente ejerce como cuidadora principal³.

En conjunto con la falta de sostén experimentada por la paciente, se suma la vivencia de pérdida no sólo del término de su relación de matrimonio, sino también de todos los proyectos futuros que la paciente tenía contemplados dentro de su vida en pareja, principalmente el formar una familia. Su vida se sostenía en su trabajo y en su matrimonio; y en dicho momento estos dos aspectos no se encontraban presentes actualmente en su vida. Con ello, se añade también la pérdida de salud producto de la enfermedad⁴. La paciente refiere no contar con las fuerzas para seguir adelante; la ruptura de pareja generó en ella un profundo sentimiento de inseguridad frente sus propias capacidades de hacerse cargo de su vida. Así también comienza a cuestionarse su propia imagen corporal, expresando un rechazo de sí misma producto de la cirugía y su separación. Refiriendo un sentimiento de «nadie va a volver a quererme como pareja»⁵. Esto conlleva a una sobredemanda de la

³ Se observa aquí como la sintomatología angustiosa de la paciente se enmarca inicialmente dentro de una *angustia fundamental* debido al diagnóstico y su separación. Sin embargo, se presenta posteriormente una *angustia expectante* ante la falta de confianza en sí misma para enfrentar la enfermedad sin el apoyo de su exmarido. Estas vivencias de angustia afectan significativamente la vivencia del «poder ser-estar» referida a la 1ª Motivación Fundamental.

⁴ Las consecuencias de la enfermedad, relacionadas con las pérdidas de valores personales como el trabajo, la salud y su relación de pareja, incidieron en el estado anímico de la paciente, repercutiendo con ello la 2ª Motivación Fundamental, siendo necesario facilitar el proceso de duelo.

⁵ En dicha vivencia se observa como la autoimagen de la paciente está en cuestionamiento, donde su situación actual también ha repercutido en su autoestima, viéndose por ello afectada la 3ª Motivación Fundamental.

paciente hacia la figura del terapeuta, ante la vivencia de ser vista y acogida nuevamente por un otro.

El trabajo psicoterapéutico inicial en hospitalización se enmarca dentro de un contexto de intervención en crisis, con el objetivo de poder realizar contención emocional en la paciente, junto con poder ir generando el sostén externo necesario que permitan estructurar la vivencia interna de la paciente.

A partir del Modelo de *Intervención Analítico-Existencial de Crisis* (Längle, 2011b), se procede inicialmente a reconocer si existe riesgo de suicidalidad en la paciente en base a la sintomatología depresiva presente, descartándose la presencia de ideaciones suicidas previas o presentes, y de intentos, simulaciones o autoagresiones.

Posteriormente se realiza el primer paso de intervención el cual consiste en el dejar-ser a la paciente, en base a una actitud de escucha activa y comprensiva, que se traduce en un soportar en conjunto. Conocer la historia personal de la paciente tanto de su situación médica como la ruptura de su matrimonio y como ello repercute en el «aquí y ahora».

Como segundo paso, se busca poder acercar a la paciente a entablar cercanía y relación con el valor perdido, es decir facilitar la expresión emocional respecto a la vivencia relatada por la paciente acerca de las pérdidas señaladas anteriormente y el sufrimiento emergente, principalmente a nivel de su autoestima.

El paso siguiente de la intervención en crisis consistía en poder encontrar y fortalecer lo propio del paciente. En relación a la situación actual de ese entonces, se buscaba que la paciente pudiera adoptar una actitud lo más activa dentro de sus posibilidades frente a su recuperación, ya que para ella era relevante poder sanarse y retomar ciertas actividades significativas que nutren su vida (como su trabajo). A su vez, la paciente considera importante poder continuar un proceso psicoterapéutico durante su recuperación, tomando la decisión de continuar las atenciones en modalidad ambulatoria.

El último paso de dicha intervención, el cual tiene como finalidad el comprender el sentido y el actuar frente al contexto al que se enfrenta, se

genera una planificación en conjunto que pueda acompañar las decisiones de la paciente. Si bien aún no emerge en ella un sentido ontológico respecto a dicha a la experiencia relatada, si se observa una intencionalidad de poder hacerse cargo de su situación. Es por esto, que se activa la red de soporte clínico durante su hospitalización y se mantiene contacto con la familia como red de apoyo durante la recuperación. A su vez se procede a poder resolver contingencias inmediatas respecto a su situación postquirúrgica, como manejo del dolor, psicoeducación, entrega de información respecto a su tratamiento, entre otros.

Una vez dada de alta de su hospitalización, paciente continua proceso psicoterapéutico en atención ambulatoria. Se aborda situación de angustia presente que le dificulta el estar sola en su casa, presentando episodios de crisis de pánico cuando su madre se encuentra ausente. Se insta a que la paciente pueda retomar tratamiento psiquiátrico para el manejo farmacológico de estas crisis, lo cual la paciente realiza. A su vez, como trabajo psicoterapéutico se procede a utilizar el *Método de Posicionamiento Personal* (PP) del Análisis Existencial, con el fin de abordar la sintomatología angustiosa.

Como primer paso se procede a que la paciente pueda percibir y reconocer lo que considera amenazante frente al estar sola en casa, junto con poder evaluar el real peligro de dicha amenaza. Frente a dicha situación, la amenaza observada pareciera ser la crisis de pánico en sí misma. El hecho de haber experimentado dichos episodios conllevaba a un temor constante a que estos pudieran aparecer nuevamente, sintiéndose inicialmente incapaz de poder soportarlos nuevamente⁶.

⁶ La angustia expectante en la paciente comienza a tomar forma expresándose en los episodios de crisis de pánico, las que tenían como contenido principal el temor a perder el control (más que la vivencia de una posible muerte). Esto conllevaba también a la angustia sobre la posibilidad de enfrentar nuevos episodios de crisis debido a que la paciente no se sentía capaz de poder soportarlos, siendo esto último una actividad necesaria a desarrollar en el trabajo psicoterapéutico relacionado con la 1ª Motivación Fundamental. Posteriormente en el transcurso de la psicoterapia, por medio del AEP se indagarían sobre aquellos elementos más profundos de la vivencia angustiante respecto al «estar sola» que desencadenaron las primeras crisis de pánico.

El segundo paso consistió en poder trabajar en las capacidades de la paciente para que pueda soportar la situación angustiante. Inicialmente al verse incapaz de soportar la angustia frente a la posibilidad de que emergiera una nueva crisis de pánico, se le facilita a la paciente que pueda contactarme telefónicamente (bajo un encuadre correspondiente) en caso de que la angustia le fuera intolerable. Inicialmente, si bien la paciente logró utilizar adecuadamente dicho recurso, al paso de los días se presenta una actitud demandante por parte de ella haciendo uso de éste de manera constante. Es por ello que se vio la necesidad de realizar un reencuadre, que si bien trajo consigo una actitud inicial de resistencia por parte de la paciente, finalmente permitió que la paciente pudiera soportar el respetar dicho encuadre (junto a la angustia asociada a ello), facilitando así el poder ir desarrollando sus propias capacidades para afrontar paulatinamente aquellas vivencias generadoras de angustia.

El primer y segundo paso del PP refieren a un movimiento inicialmente hacia afuera (a la situación) para luego generar un movimiento interno (a lo personal). El último paso de esta intervención, orientado a reconocer lo valioso de la situación vivida, se abordó de manera sucinta en relación a su anhelo de volver a independizarse y no continuar viviendo con su madre. Sin embargo, el objetivo psicoterapéutico no tenía como fin concentrarse netamente en la esfera sintomatológica del paciente, sino poder comprender y profundizar en la cualidad vivencial de esta angustia presente.

Es por ello que, al ir disminuyendo los sentimientos de angustia en el paso de las semanas, por medio del AEP se comienza a indagar sobre la soledad referido por la paciente, llegando a un aspecto fundamental de su vivencia, la cual se traducía en un profundo sentimiento de soledad interna.

Es decir, su sufrimiento y angustia no emergía frente a la mera ausencia de su madre, sino por aquellas heridas internas causadas por la enfermedad y el quiebre de su matrimonio, y que se entrecruzan con su historia biográfica. El estar sola, llevaba a la paciente a entrar en relación consigo mismo, pero al enfrentarse a ello la hacían adentrar a una sensación de vacío al no poder reconocer lo propio. Ya no era la esposa, la posible futura madre, ni la mujer

que trabaja; se vivenciaba como alguien al cual no reconocía. El cáncer le había robado parte importante de su identidad⁷, lo cual la definía y además protegía lo más profundo de su persona.

AEP0 → Relato de la paciente acerca de su enfermedad, la relación con su madre, su vida de pareja y quiebre del matrimonio.

AEP1 → Emoción primaria frente a dichas experiencias, emergiendo con ello la tristeza por la vivencia de rechazo por parte de su expareja. También surge una fuerte sensación de inseguridad hacia sus propias capacidades dada por la relación con su madre. Esto se acompaña de la vulnerabilidad física-emocional que le genera la enfermedad, conllevando como impulso primario la actitud demandante de la paciente hacia otros.

AEP2 → Las vivencias biográficas de vulnerabilidad, rechazo e inseguridad hacia sí misma inciden significativamente en la autoimagen y autoestima de la paciente, confluyendo todas ellas en un profundo sentimiento de vacío interno. Un no poder reconocer aquello que le es propio, necesitando de otros para poder ser vista y validada. Vivencia que le permite a la paciente distinguir y diferenciar entre «estar sola» y «sentirse sola».

El trabajo psicoterapéutico se centra por lo tanto en entregar sostén externo y promover el sostén interno (1ª MF), junto con facilitar en la paciente el diálogo consigo misma para que pueda acercarse y conectarse con aquellas heridas profundas arraigadas en su existencia. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, la vivencia de ser vista por un otro (en este caso el terapeuta), trae consigo a una actitud demandante de la paciente, solicitando una mayor consideración por parte de éste. Indagando sobre esta actitud de la

⁷ Si bien inicialmente la pérdida de valores personales refería a una vivencia de duelo que la paciente estaba enfrentando; ahondando en su vivencia se pudo apreciar que dichos valores estaban referido a un valor más profundo de la paciente siendo éste el *valor propio*. Debiendo con ello orientar la psicoterapia en el trabajo de la 3ª Motivación Fundamental.

paciente ante la consideración de un otro, se observa que dichos patrones se hacían presentes constantemente dentro de la relación con su exmarido, como también con un amigo durante el período de enfermedad (el cual decidió cortar la relación de amistad debido a esta sobredemanda de la paciente).

Frente a ello, se trabaja en poder delimitar la vivencia de la paciente, abordando las emociones asociadas al «ser vista», «ser escuchada», «ser validada»; la conducta demandante de la paciente se aborda entonces desde lo vivencial, de poder comprender y mostrar que hay detrás de esa demanda, y que también ella pudiera verlo (3ª MF).

Esta delimitación permitió a la paciente poder comenzar a reconocer su propio campo emocional, comprender el impacto que generó la enfermedad y su separación en su autoimagen y su autoestima. Trayendo también a sesión la relación sobreprotectora de parte de su madre, de límites poco diferenciados, y en donde ésta aún tomaba algunas decisiones importantes respecto al tratamiento de la paciente.

A raíz de la disminución de los episodios de crisis de pánico y los episodios de angustia, la paciente refiere la intención de volver a vivir sola y retomar su trabajo. Si bien señalaba que le generaba cierto grado de ansiedad visualizarse ante ese escenario, sentía poder soportar ese desafío que se había propuesto. Al indagar sobre las motivaciones que la inclinaron a visualizar esta posibilidad, señala que el vivir sola le va a permitir poder volver a hacerse cargo de sí misma; y respecto a su trabajo, refiere que el volver a relacionarse con otras personas es importante para su vida, y así también dice sentirse preparada para poder hablar con otros sobre el proceso vivido sin sentirse vulnerable por ello. A si también, la paciente menciona que su madre se opone a esta idea, pero que eso no será impedimento para concretarlo, ya que siente que es algo que debe hacer.

AEP2 → Surge intencionalidad de la paciente de retomar su trabajo y volver a vivir sola. Actitud en base a una reflexión y reconocimiento sobre lo que deseaba y consideraba mejor en

ese momento para su vida, pudiendo vislumbrar el valor personal detrás de dichas decisiones como también los riesgos e implicancias asociados.

AEP3 → Proceso gradual de reincorporación hacia su trabajo (inicialmente media jornada), como también hacia su hogar (visitando a su madre los fines de semana). Se trabaja el ir desarrollando el diálogo interno acerca de cómo ha sido para ella ir enfrentando estas nuevas situaciones.

Las últimas sesiones se enmarcaron en el contexto de los últimos controles de seguimiento postquirúrgico. La paciente finalmente retomó su trabajo, y volvió a su hogar para vivir sola, pudiendo reincorporarse a sus actividades cotidianas.

El proceso psicoterapéutico realizado con la paciente durante su periodo de tratamiento, se enmarcó principalmente dentro del objetivo de poder brindar a la paciente sostén externo para posteriormente promover el sostén interno a través de un encuentro dialógico-existencial. La actitud de apertura y comprensión hacia la vivencia de la paciente, permitió en ella comenzar a reconocerse y acogerse a sí misma: en sus heridas, pérdidas, proyectos, emociones, decisiones y sus acciones; y con ello poder dar un paso inicial para que pueda vivir de una manera más auténtica, en base a lo que considera mejor para su vida, y, por consiguiente, poco a poco ir haciéndose cargo de ésta.

Reflexiones finales

El enfrentar una enfermedad como el cáncer, puede generar en el paciente y su entorno una serie de vivencias que repercuten directamente en su existencia. De acuerdo a lo observado en la experiencia clínica, el impacto inicial del diagnóstico y el malestar emocional asociados a los tratamientos y sus consecuencias, compromete en cierto nivel una o más de las cuatro

motivaciones fundamentales de la existencia humana desarrolladas en este artículo, en base a los planteamientos de la psicoterapia analítico-existencial.

El compromiso de alguna de estas motivaciones señaladas, dificulta o impide la posibilidad de vivir en concordancia interna y en diálogo consigo mismo y su mundo, experimentando vivencias como la falta de sostén, la pérdida de relación con la vida, la pérdida del sí mismo, o la falta de sentido; vivencias que pueden llevar a una profunda sensación de desamparo y sufrimiento.

Es por ello que es necesario por parte del terapeuta adentrar en una relación dialógica con el paciente, pudiendo soportar, contener, validar y comprender su vivencia; para así posteriormente poder promover en el paciente un movimiento interno de apertura que permita tomar posición frente a su enfermedad, realizando acciones con sentido, lo que se traduce en un decidir el cómo vivir la enfermedad, de manera libre y responsable.

A través del caso clínico expuesto, se observa como el Análisis Existencial nos entrega un método psicoterapéutico que permite ahondar de una manera comprensiva y autentica la vivencia del paciente, otorgando a su vez una serie de herramientas de intervención que permite abordar su problemática desde distintos niveles, tanto en su sintomatología como su vivencia profunda.

Si bien, en el desarrollo de este trabajo se expusieron tres de métodos de intervención los que fueron utilizados en el caso clínico de acuerdo las necesidades observadas en el paciente (*Intervención Analítico-existencial en Crisis, Análisis Existencial Personal, Posicionamiento Personal*), en la praxis nos encontramos con una serie de otras herramientas que entregan un abanico enriquecedor para el trabajo psicoterapéutico con los pacientes (como el *Análisis Existencial Biográfico, Derreflexión, Método de Búsqueda de Sentido, Portal de la Muerte*, entre otros).

La práctica analítico-existencial, sin embargo, trae un desafío importante en la figura del terapeuta, el cual es la invitación (y exigencia) de estar en un constante diálogo interno y externo. Al ser una psicoterapia que tiene como eje

central su carácter dialógico, el desarrollar una actitud fenomenológica de apertura hacia sí mismo y su mundo es un trabajo fundamental en su formación personal y profesional para el quehacer psicoterapéutico. Considerando a su vez las temáticas existenciales (como la muerte, el sinsentido, el sufrimiento) que trae el contexto oncológico, que llevan al terapeuta a preguntarse por la propia existencia.

Como dificultades referidas del modelo dentro ejercicio psicoterapéutico, se da cuenta que el ámbito clínico-hospitalario, en la atención a pacientes con cáncer, posee características particulares (principalmente en el setting/encuadre) que conlleva a ir adaptando los métodos de intervención señalados en base a los tiempos de atención disponibles, la presencia de malestar físico en el paciente, intervalo de las sesiones y la cantidad posible a realizar, características del espacio físico donde se realiza las atenciones, entre otros.

Se propone para futuras investigaciones abordar aspectos no vistos o profundizados en este trabajo por temas de extensión, como el impacto de la enfermedad en la familia del paciente con cáncer, la vivencia del cáncer en niños y adolescentes, o el abordaje psicoterapéutico en pacientes que enfrentan otras etapas relacionadas con la enfermedad (remisión completa, recidiva, final de vida).

Referencias

- Alonso, C. y Bastos, M. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207.
- Berciano, M. (1992) ¿Qué es realmente el «Dasein» en la filosofía de Heidegger? *Revista de Filosofía*, 10, 435-450.
- Barroilhet, S., Forjaz, M. & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp. Psiquiatr.* 33(6),390-397.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3), 169-180.

-
- Gamboa, C. (2009). El sentido cabe existencia del Dasein. Comentarios a El concepto de tiempo de Martin Heidegger. *Acta fenomenológica latinoamericana*, 3, 393-403.
- Huertas, L., Allende, S. & Verastegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115.
- INE (2017). *Anuario de Estadísticas Vitales*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas. Recuperado en: <http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2017/s%C3%ADntesis-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2015.pdf?sfvrsn=7>
- Jolivet, R. (1962). *Las doctrinas existencialistas*. Madrid: Gredos.
- Kierkegaard, S. (2004). *Tratado de la Desesperación*. Versión digital Biblioteca Librodot.com.
- Längle, A. (1991). *Contacto con el valor. Significación y eficacia del sentir en la terapia analítico-existencial*. Recuperado en: http://www.icae.cl/wp-content/uploads/2013/06/Contacto_con_el_valor.pdf
- Längle, A. (1993). *Aplicación práctica del Análisis Existencial personal (AEP) – una conversación terapéutica para encontrarse a sí mismo*. Recuperado en: http://www.icae.cl/wp-content/uploads/2013/06/Aplicacion_practica_del_AEP.pdf
- Längle, A. (2000). *Las motivaciones fundamentales de la existencia*. Seminario Buenos Aires, mayo 2000. Recuperado en: http://www.icae.cl/wp-content/uploads/2013/06/LAS_MOTIVACIONES_FUNDAMENTALES_DE_-LA_EXISTENCIA.pdf
- Längle, A. (2004a). *Libro de texto de Análisis Existencial (Logoterapia): Fundamentos* (2ª edición). Santiago: ICAE. Libro de estudio para alumnos de formación de postítulo en psicoterapia analítico-existencial.
- Längle, A. (2004b). *Análisis Existencial (Logoterapia): Fundamentos* (2ª edición). Santiago: ICAE. Libro de estudio para alumnos de formación de postítulo en psicoterapia analítico-existencial.
- Längle, A. (2004c). Psicoterapia analítico-existencial de los trastornos depresivos. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 42(3), 195-206.
- Längle, A. (2005). La Búsqueda de sostén. Análisis Existencial de la angustia. *Terapia Psicológica*, 23(2), 57-64.
- Längle, A. (2006a). *Análisis Existencial (Logoterapia): Parte II. El requisito fundamental de la existencia: el poder-ser en el mundo o la 1ª motivación fundamental*.

-
- Santiago: ICAE. Libro de estudio para alumnos de formación de postítulo en psicoterapia analítico-existencial.
- Längle, A. (2006b). *Análisis Existencial. La 2ª motivación fundamental de la existencia: la condición fundamental de la vida y la relación al valor de la vida*. Santiago: ICAE. Libro de estudio para alumnos de formación de postítulo en psicoterapia analítico-existencial.
- Längle, A. (2007a). *Intuir lo que mueve. Fenomenología en la práctica (analítico-existencial)*. Recuperado en: http://www.icae.cl/wp-content/uploads/2013/06/Fenomenologia_2007_GLE.pdf
- Längle, A. (2007b). *Análisis Existencial. La 3ª motivación fundamental (3ª versión)*. Santiago: ICAE. Libro de estudio para alumnos de formación de postítulo en psicoterapia analítico-existencial.
- Längle, A. (2008). La Espiritualidad en psicoterapia. Entre inmanencia y trascendencia en el Análisis Existencial. *Revista de Psicología UCA*, 4(7), 5-22.
- Längle, A. (2009a). Las motivaciones personales fundamentales. Piedras angulares de la existencia. *Revista de Psicología. UCA*, 5(10), 7-24.
- Längle, A. (2009b). Trauma y sentido: Contra la pérdida de la dignidad humana. *Castalia*, 1(16), 13-25.
- Längle, A. (2010). *El amor - ¿una suerte? Una tentativa existencial*. Conferencia dictada en Universidad Católica de Mendoza, 13 de septiembre de 2010. Recuperado en: <http://www.icae.cl/wp-content/uploads/2015/06/AMOR.pdf>
- Längle, A. (2011a). Trastornos de la personalidad y génesis de los traumas: Análisis Existencial de los trastornos de la personalidad condicionados por traumas. *Psiquiatría y Salud Mental*, 28(2), 71-92.
- Längle, A. (2011b). *Análisis Existencial (Logoterapia. Cuarta motivación fundamental: Plenitud de la existencia)*. Santiago: ICAE. Libro de estudio para alumnos de formación de postítulo en psicoterapia analítico-existencial.
- Martínez, M., Méndez, C. & Ballesteros, B. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Univ. Psychol. Bogotá*, 3(2), 231-246.
- Maté, J., Hollenstein, M. & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.

-
- Osorio, M. & Parrelo, S. (2014). Análisis narrativo de experiencias de enfermedad. Hablan médicos y enfermeras. *Alternativas en Psicología* 3(30), 50-65.
- Palacios-Espinosa, X., Lizarazo, A., Moreno, K. & Ospino, J. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455-479.
- Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Rev. Med. Clin. Las Condes*, 24(4), 677-684.
- Rodríguez, E. (2000). El sentido del sufrimiento. Experiencia de los enfermos de cáncer. *Ars Médica*, 24(2), 53-66.
- Rodríguez-Rosa, Y. (2012). Logoterapia: alternativa terapéutica para potenciar el sentido de la vida en pacientes con cáncer en estadio terminal. *Rev. Santiago*, 130, 159-176.
- Rojas, D. & Fernández, L. (2015). ¿Contra qué se lucha cuando se lucha? Implicancias clínicas de la metáfora bélica en oncología. *Rev Med Chile*, 143, 352-357.
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.