

La atención a pacientes oncológicos: reflexiones sobre la persona del profesional de salud desde el Análisis Existencial de Längle

Caring for cancer patients: reflections on the person of health professionals from Längle's
Existential Analysis

Trabajo final para optar al título de Psicoterapeuta en Análisis Existencial

ICAE - GLE

Octubre 2025

Autores: Cristina Sade-Botto.

Tutora de Tesina: Alejandra Fonseca.

Filiaciones:

*Psiquiatra CR Psico-oncología, Instituto Nacional del cáncer, Santiago, Chile

Corresponding author: Cristina Sade-Botto, Psiquiatra, Centro de Responsabilidad de Psicooncología
Instituto Nacional del Cáncer. Av La Paz 1010, Independencia, Santiago, Chile.

e mail: cristina.sade@incancer.cl

*Alumna ICAE Postítulo Psicoterapia Análisis Existencial

Abstract

“If you listen carefully to your patients, they will speak not only of what is wrong with them, but also of what is wrong with you.”

Walker Percy (Love in the Ruins)

According to the World Health Organization (WHO), cancer is a disease on the rise and one of the leading causes of death globally. Although many types of cancer can be cured if detected early and treated effectively, the diagnosis continues to generate fear and establish death as an existential issue. However, death is only one aspect, as it impacts the individual on a comprehensive physical, psychological, and existential level. It is a potentially painful and challenging experience that affects the patient, their family members, and close friends, as well as the healthcare professionals involved in their treatment and support. In this sense Psycho-oncology has experienced growing recognition as a discipline that prepares professionals to contribute to the management of these potential psychological consequences and other conditions. In turn, existential analysis, as a psychotherapeutic model, describes four fundamental motivations for existence and presents itself as one of the existential therapies that could be included in the oncological context. This review examines a series of psycho-oncological aspects from the perspective of existential analysis, with a specific focus on the capacities that healthcare professionals could cultivate as part of their own care and that facilitate the initial response to the patient's oncological distress. Caring for others typically dismisses self-care, resulting in overwhelm and discomfort, exhaustion, a high rate of absenteeism, and the stigma of including one's own mental health in professional practice. Therefore, it is crucial to be able to include these themes in care that contribute to effective self-knowledge and self-care.

Keywords: Psycho-Oncology- Cancer Care - Health professional- Burnout prevention- Distress - Existential Psychotherapy

Resumen

“Si escuchas atentamente a tus pacientes, no solo hablarán de lo que les pasa a ellos, sino también de lo que te pasa a ti.”

Walker Percy (Amor en las ruinas)
Traducción propia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es una enfermedad en aumento y representa una de las principales causas de muerte a nivel global. Pese a que muchos tipos de cáncer pueden ser curados si se detectan a tiempo y se tratan eficazmente, su diagnóstico sigue generando temor e instalando el morir como temática existencial. Pero la muerte es sólo un aspecto, ya que impacta de manera integral a la persona a nivel físico, psíquico y existencial. Se trata de una experiencia potencialmente dolorosa y desafiante que afecta tanto al paciente, a sus familiares y cercanos, como también a los profesionales de salud involucrados en su tratamiento y acompañamiento. En ese sentido, la psicooncología ha experimentado un creciente reconocimiento como disciplina que prepara profesionales que contribuyen al manejo de estas potenciales consecuencias psicológicas, y otras afecciones. A su vez, el análisis existencial, como modelo psicoterapéutico, describe cuatro motivaciones fundamentales de la existencia y se presenta como una de las terapias existenciales que pueden ser incluidas en el contexto oncológico. Esta revisión examina una serie de aspectos psicooncológicos desde la perspectiva del análisis existencial, con foco específico sobre las capacidades que pudieran cultivar los profesionales de salud como parte de su propio cuidado y que facilite la primera respuesta al malestar oncológico del paciente. Ya que el cuidar de otros habitualmente desestima el cuidado de sí, lo que se traduce en agobio y malestar, agotamiento, alto porcentaje de ausentismo y el estigma de incluir la propia salud mental en el ejercicio profesional. Por tal motivo resulta crucial poder incluir estas temáticas en la atención que contribuyan al conocimiento y autocuidado efectivo de sí mismo.

Palabras claves: Psico-oncología - malestar oncológico - profesionales de la salud – Análisis Existencial

Índice

Introducción	1
1. El cáncer como proceso y el acompañamiento que posibilita conectar con capacidades	1
1.1. Las preguntas que enfrentan los Profesionales de Salud en la atención en psicooncología	2
2. Análisis existencial como un aspecto del propio cuidado	4
2.1. Comprensión y terapia de la psicodinámica en el Análisis-existencial de Längle	5
2.2. Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia	6
2.2.1. Primera Motivación Fundamental de la Existencia. Poder ser-estar aquí en el mundo	6
2.2.1.1. Aperturas que posibilita la Primera Motivación Fundamental en el ámbito oncológico para profesionales de salud	7
2.2.2. Segunda Motivación Fundamental de la Existencia. Gustar vivir	11
2.2.2.1. Aperturas que posibilita la Segunda Motivación Fundamental en el ámbito oncológico para profesionales de salud	12
2.2.3. Tercera Motivación Fundamental de la Existencia. Ser Persona	16
2.2.3.1. Aperturas que posibilita la Tercera Motivación Fundamental en el ámbito oncológico para profesionales de salud	17
2.2.4. Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia. El Sentido-Devenir	19
2.2.4.1. Aperturas que posibilita la Cuarta Motivación Fundamental en el ámbito oncológico para profesionales de salud	20
3. Discusión Crítica	21
3.1. La persona del profesional de salud y sus prerequisites existenciales	21
3.2. Otros enfoques que nos acercan a estas temáticas en el campo oncológico	23
4. Conclusiones	25
Agradecimientos	26
Referencias	27

Introducción

1. El cáncer como proceso y el acompañamiento que posibilita conectar con capacidades

El cáncer es un término genérico que se utiliza para designar un amplio grupo de enfermedades, siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Un diagnóstico preciso es fundamental para un tratamiento que permita un manejo adecuado y eficaz. Mejorar la calidad de vida, apoyar al bienestar físico, psicosocial y espiritual, son importantes objetivos transversales que continúan durante el manejo paliativo e incluye a diversos profesionales de salud. Estos manejos incluyen habitualmente como estándar de cuidado cirugía, radioterapia y/o terapia sistémica (quimioterapia, tratamientos hormonales, terapias biológicas dirigidas) indicados en Comités oncológicos en los que participan las distintas disciplinas de la especialidad, entre ellas la psicooncología.

La Psicooncología es entendida como una especialidad multidisciplinaria de la oncología que aborda los diversos malestares y/o problemas psicológicos, conductuales, emocionales y sociales que surgen en los pacientes con cáncer y sus seres queridos. Como parte del manejo integral de la experiencia oncológica, acoger y abordar los aspectos emocionales - de quien consulta y de quien realiza la atención - permite en la década de los 80 iniciar las bases de la creación de esta disciplina.

Es reconocido que el recibir el diagnóstico de una enfermedad grave establece certeza sobre un estado patológico junto con una serie de incertidumbres sobre: pronóstico, eficacia del tratamiento, esperanza de vida. Los tratamientos tienen a su vez, efectos secundarios inmediatos, a mediano y largo plazo, cuya tolerancia y adaptabilidad varía caso a caso. Escenarios tan diversos y experiencias tan personales que los clínicos incorporaron el concepto de malestar oncológico o *Distress* descrito por el grupo de trabajo de J. Holland (2003) como “una experiencia emocional desagradable de naturaleza psicológica, social y/o espiritual que interfiere con la capacidad de afrontar eficazmente el cáncer y sus tratamientos”. Con este término se pretende despatologizar la experiencia y minimizar la brecha de acceso a la atención que desde el estigma en ese entonces se percibía. Término además que se extiende a lo largo de un continuo, desde sentimientos comunes de vulnerabilidad y tristeza, hasta problemas que pueden ser incapacitantes, como la depresión, la ansiedad y el aislamiento social (Holland 2007).

Tal como describen Jacobsen & Wagner (2012) las directrices internacionales enfatizan hoy la importancia de integrar la atención psicosocial en la atención oncológica como estándar de cuidado. Sin embargo, tal como abordan Signorelli, Hart, et al.. (2024) el acceso de atención psicooncológica por especialidad sigue siendo limitada globalmente y rara vez se menciona en los Planes Nacionales de Control

del Cáncer (PNCC), lo que constatamos en la publicación colaborativa de Mullen, Signorelli et al. (2023) que constatan la brecha entre la evidencia y la práctica, acentuada en países de LMIC¹.

Los profesionales de la salud, de diversas disciplinas, son quienes acompañan cotidianamente a los pacientes compartiendo momentos de genuina alegría, esperanza, gratitud, brindando presencia y contención. Junto con ello, se entrega la primera respuesta de acogida emocional ante experiencias habitualmente asociadas al padecimiento oncológico. Entre las temáticas emocionales más habituales es posible encontrar la existencia de sentimientos como: angustia existencial, desesperanza, desmoralización, miedo a la muerte, duelo previo a la pérdida o ante la sensación de no estar emocionalmente preparado para enfrentar el proceso propuesto. Éstos, no necesariamente representan una patología, pero si hablan de un malestar que se beneficia al ser abordado y acompañado humanamente. Es en esta relación en donde se produce, por parte del profesional, la validación de la experiencia incluyendo la validación del malestar emocional emergente del paciente oncológico. Bultz, Watson et al. (2021) describen como el malestar oncológico fue reconocido -por diferentes organismos internacionales- como el sexto signo vital (después de presión, temperatura, frecuencia cardíaca, respiratoria y dolor). Lo que pretende el autor es relevar la importancia, darle cabida y posibilitar su intervención desde los equipos especializados y preparados para dar este apoyo. Para reconocerlo es sugerido realizar un *screening* dirigido en distintas etapas de la trayectoria (recepción del diagnóstico, la espera del inicio de tratamiento, al término de éste, cambio de pronóstico, progresión, término de manejo curativo) Riba, Donovan et al. (2023). Siendo el termómetro de *Distress* el más ampliamente sugerido por estos autores. Este grupo además propone, que la primera respuesta sea entregada por los equipos que detecten el malestar, siguiendo protocolos de respuesta claros y conocidos. Describen, además, que cerca del 30% de las personas se beneficiarán de intervenciones más específicas como derivaciones asistidas a equipos especializados. Esto requiere que el tema sea abordado como política institucional, difundiendo vías de derivación expeditas que permita responder a lo detectado por los equipos, quienes además realizan cotidianamente intervenciones de psicoeducación según sea lo precisado.

1.1. Las preguntas que enfrentan los Profesionales de Salud en la atención en psicooncología

Los profesionales de salud desempeñan un papel importante en momentos críticos de la vida de los pacientes y sus familias, al ayudarlos a transitar el proceso oncológico no sin la propia afectación emocional. La naturaleza exigente de las prácticas en salud (con frecuente exposición al sufrimiento humano, horarios de trabajo intensos y condiciones irregulares) combinada con rasgos comunes de perfeccionismo y un fuerte

¹ LMIC sigla que usa OCDE para referir a países de ingresos bajos y medios (*Low and Middle Income Countries*)

sentido del deber de los profesionales puede crear una particular vulnerabilidad en salud mental Mihailescu y Neiterman (2019).

La distancia terapéutica y el desapego emocional, tradicionalmente inculcados durante la formación para favorecer “la objetividad”, la ausencia de implicación afectiva y la negación de los sentimientos que el encuentro con un otro que sufre implica, según la postura de este trabajo, no sólo no facilitan el ejercicio profesional, sino que lo dificultan e interfieren participando potencialmente de actos de iatrogenia. Una formación profesional que no considere estos elementos, propios de las relaciones entre personas -que tenga en cuenta que en esa relación no existe tal objetividad, sino que ambas partes se afectan mutuamente- ni entregue herramientas de detección y gestión del impacto emocional presente, no prepara íntegramente al profesional para el afrontamiento de un ejercicio que promueva el cuidado del otro, ni el de sí mismo. Reconocido por Ramirez, Graham et al. (1996) es que estos aspectos relacionales entre paciente y profesional impactan tanto a profesionales como a la atención que realizan y la calidad de ella.

Está descrito por Maslach y Leiter (2016) que hasta un 30% de los oncólogos padecen morbilidad psiquiátrica y refieren altos niveles de agotamiento emocional y desmotivación profesional junto a bajos niveles de realización personal, elementos que describen el llamado síndrome de burnout. Estos autores destacan que el burnout está directamente relacionado con políticas organizacionales de los establecimientos y no sólo con la responsabilidad de bienestar personal habitualmente planteada.

Por otro lado, el manejo de la incertidumbre, la ausencia de garantías y el desconocimiento del desenlace respecto de los tratamientos representa un desafío comunicacional adicional para pacientes y profesionales. Abordar y tratar no solo los síntomas físicos, si no que los aspectos emocionales asociados a la angustia, la ansiedad o el miedo de la incertidumbre y aspectos existenciales es vital para un correcto entendimiento y un buen resultado.

Los profesionales que cultivan en sí mismos aspectos relacionales y personales presentes en estos contextos de vulnerabilidad logran estar mejor capacitados y brindar una estructura de sostén, que de seguridad y que facilite el afrontamiento de la incertidumbre, mediante una comunicación clara y que brinde ese apoyo, además para acompañar a sentir. Lerman, Daly et al. (1993) describen como esta preparación se refleja en la capacidad consciente autopercebida de poder afrontar situaciones difíciles, incorporar flexibilidad y actitudes adaptativas a la realidad en que se encuentran. El cultivo de una actitud que se ocupe de la globalidad y no sólo de los aspectos materiales sino afectivos, permiten contribuir a la sensación de una competencia y satisfacción personal.

Autores como Sánchez y Luna (2024), Senf y Fettel (2019) reportan como las competencias comunicacionales -que incluyen, entre otros, no sólo la claridad del contenido comunicado, sino también

el qué, cómo y cuándo se dice, la mirada apreciativa que acompaña el decir para captar a la reacción del otro, la escucha atenta y receptividad- son entrenables y adquiribles para el bienestar del paciente, y su presencia se relaciona positivamente con la experiencia profesional. Por lo que es fuertemente sugerido por ellos que en la medida en que un profesional considere y cultive estos aspectos comunicacionales y el cuidado de sí, estará mejor preparado para cuidar a otro de manera integral.

Considerando lo anterior, cobra relevancia incluir el desarrollo personal de los profesionales de salud en este campo. Que les permita el máximo despliegue de sus capacidades, no sólo desde un saber del rol profesional, sino también, de lo personal puesto al servicio de la entrega al cuidado del otro, junto con el resguardo del propio cuidado. Para estos fines, en este trabajo se propone el análisis existencial, en tanto modelo teórico y práctico bien fundado que ha desarrollado aplicaciones diversos ámbitos, tales como los psicoterapéuticos, de consultoría, de acompañamiento, el desarrollo personal, el autoconocimiento y el despliegue de las propias capacidades para brindar apoyo a otros como también para proponer el propio desarrollo y cuidado. Aspectos centrales que posibilitan el imperativo del autocuidado y del abordaje de los elementos de la existencia presentes en el campo de la oncología y en sus encuentros clínicos cotidianos.

Si bien, no se pretende realizar un análisis exhaustivo de cada ámbito oncológico que pudiera beneficiarse de ese enfoque, si pretende ejemplificar el modo en que el análisis existencial facilita la adquisición de un modo dialógico, que permita desplegar una respuesta personal en las diversas situaciones. Se espera así propiciar ciertas aperturas para mirar, reflexionar y ampliar las capacidades y la formación de los profesionales de apoyo al paciente oncológico. Los antecedentes hasta ahora expuestos plantean la necesidad de incorporar nuevas aproximaciones a la praxis profesional, que permitan incluir en la mirada de los cuidados a quien brinda la intervención, contribuyendo a realizar atenciones oportunas y respetuosas de las necesidades de los pacientes diagnosticados con cáncer, y de los equipos con quienes trabajan.

2. Análisis existencial como un aspecto del propio cuidado

Las psicoterapias existenciales tienen sus raíces en la tradición europea de la filosofía existencial. Gräff, (2023) describe en su trabajo: “Incorporación filosófico-fenomenológica de la logoterapia y el análisis existencial según Viktor Frankl” el aporte de autores como Husserl y Heidegger, Camus, Sartre, de Beauvoir y Merleau-Ponty al abordar en sus obras, temas existencialmente fundamentales como la muerte, la libertad, la falta de sentido y el aislamiento. A su vez Eiter, Längle et al. (2008) en su trabajo titulado “Competencia personal y existencial de los pacientes con cáncer” describen como Binswanger (1960), Frankl (1966) y Boss (1963) desarrollaron las primeras psicoterapias existenciales, que incluyen el análisis del Dasein y la Logoterapia. Desde Viena el doctor Alfried Längle, desarrollador del Análisis Existencial

contemporáneo, del que trata este artículo, lo describe 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 autorresponsable consigo mismo y con el mundo” (Längle, 2007 en Croquevielle 2009, p. 30). En el artículo de 2018 *El ser está en el devenir, el autor* puntualiza que según el paradigma existencial el análisis existencial pretende “ayudar a los seres humanos a poder actuar y vivir con aprobación y consentimiento interior. En la aprobación se expresa la autenticidad, lo genuino de la persona. Es una realización de la libertad de la persona, en ese continuo Sí interior, se plasma la propia acción” (Längle 2013, p. 29-30).

2.1. Comprensión y terapia de la psicodinámica en el análisis-existencial de Längle

La concepción de ser humano del AE descrita en su antropología, afirma que el ser humano es constituido por tres dimensiones que forman entre sí una unidad inseparable: i) dimensión somática: lo referente al cuerpo y la biología del ser humano; ii) dimensión psíquica: corresponde a la realidad psicodinámica conocido como “lo mental”; iii) dimensión noética: referida 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 del ser humano. En ella el concepto de persona -o dimensión noética- es descrita por Frankl (1966) como “lo libre” en el ser humano, que, como tal, hace posible las decisiones, elecciones, resoluciones y autodeterminaciones en concordancia consigo misma. Para las terapias existenciales la libertad humana, radica entonces en poder encontrar consentimiento y aprobación interior, y por ello estar en concordancia con la esencia propia Längle (2008a).

En el estudio de las condiciones de la existencia, entendidas como los pilares sobre los que se estructura la existencia, el análisis existencial posibilita un marco no sólo para realizar psicoterapia, sino que también acompañamiento, consultoría, intervención en crisis y prevención de patología entre otras prácticas (como el fortalecer la voluntad) por lo que su campo de acción trasciende a psicoterapeutas para ser propuesto como intervención y/o herramienta personal en el quehacer profesional.

El AE considera la fenomenología como método, por el cual se accede a explorar las vivencias subjetivas de quien tenemos enfrente. El concepto fenomenología en el campo de la psiquiatría fue introducido por Jaspers en el año 1913, quien del trabajo de Husserl rescata el describir las manifestaciones psíquicas tal y como aparecen en la conciencia (Vidal 2015, p. 17). En el análisis existencial contemporáneo ya no se trata de una fenomenología intencional para la conciencia, pero sí se busca conocer y comprender qué fenómenos están presentes y cómo los vive la persona, sin prejuizar con ningún conocimiento previo, hipótesis o supuesto teórico, el porqué de su aparición. Poder comprender situacionalmente, de qué se trata lo que se manifiesta y cómo funciona –es decir aprehender y comprender, el ir al encuentro del otro e intuir

como forma de percibir más allá de lo evidente, de los hechos, de la conducta qué necesita una persona -en el caso de este escrito, el paciente oncológico- es lo que permite este método. En la captación fenomenológica, me percibo como una persona junto al otro. Como terapeuta, soy mi instrumento más importante. Por lo tanto, me encuentro presente en lo que se genera frente a alguien más y soy consciente de ello Längle (2007a).

Para quienes recurren al sistema médico convencional, debido a una enfermedad, es precisamente esta humanidad, esta contraparte humana, un factor esencial para la relación entre el profesional y el paciente. Junto a esto situacionalmente también emerge lo que Frankl 1946 (en Längle, 2019, p.9) describe «El significado es una posibilidad en el contexto de la realidad». Sólo aquello que también es una posibilidad real en mi vida tiene sentido. Las condiciones de nuestro cuerpo, si bien, nos muestran los límites, también muestran las posibilidades sobre las que aún podemos construir.

2.2. Las motivaciones fundamentales de la existencia

A continuación, son presentadas las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia, cimentadas como piedras angulares de la existencia en la búsqueda de una vida plena. Estas condiciones serán brevemente revisadas con la finalidad de aportar a la comprensión desde el análisis existencial a ciertas temáticas en el campo oncológico. Inicialmente se describe cada motivación para luego explorar las contribuciones de cada una de estas para las aperturas propuestas sobre la atención y los profesionales de la salud que trabajan con personas transitando procesos oncológicos.

1ª Motivación Fundamental referida a la pregunta: ¿Soy? ¿Puedo ser/estar en el mundo?

2ª Motivación Fundamental: ¿Vivo? ¿Me gusta vivir?

3ª Motivación Fundamental: ¿Soy yo? ¿Puedo ser así frente a otros?

4ª Motivación Fundamental: ¿Estoy aquí? ¿Para qué debería estar aquí? ¿Para qué sirve mi vida?

2.2.1. Primera Motivación Fundamental (1aMF): ¿Soy? ¿Puedo ser/estar en el mundo?

Esta motivación nos habla sobre la capacidad de poder ser (existir) y estar en el mundo. Con las condiciones que éste presenta, incluyendo aquellas condiciones no modificables mediante la voluntad. Los requisitos para responder afirmativamente a esta MF son tener y vivenciar protección, espacio y sostén. Condiciones que permiten realizar como actividad persona, es decir, el poder aceptar y/o en su defecto soportar la situación dada. “La enfermedad, la muerte, todo puede ser si yo soy capaz de soportar esto. Para poder aceptar es necesario volverse sobre uno mismo, un apoyarse en uno mismo” (Längle 2000, p. 5). El poder aceptar es fundamental para fundar la existencia sobre pilares suficientemente sólidos. Como consecuencia de poder responder afirmativamente a esta dimensión la persona constata la confianza fundamental, vale decir, vivencia que existe una estructura dadora de sostén que trasciende a lo fáctico y

que es posibilitada por todo aquello por lo que experimentamos una fidelidad por parte del mundo genera en nosotros un sentimiento de sostén. En palabras de Längle (2000, p. 8) “Esta es la experiencia de la inmovilidad del mundo que todos podemos tener si nos abrimos a la experiencia del sostén”.

2.2.1.1. Aperturas que posibilita la Primera Motivación Fundamental en el ámbito oncológico para profesionales de salud

Revisemos esta motivación a propósito de lo que habitualmente da inicio al proceso, la confirmación diagnóstica tras el estudio de una sospecha y/o la noticia inesperada de portar un cáncer como hallazgo fortuito. Para quienes trabajan en oncología es bien reconocido el impacto que genera transmitir la noticia y recibir un diagnóstico oncológico. Durante ese hito experiencial la 1ª MF nos habla de reconocer y/o desarrollar capacidades personales en el contexto de las posibilidades que son ofrecidas desde el mundo. La pregunta que surge a la base de la experiencia del paciente se puede señalar como ¿Puedo ser/estar en el mundo, aún, así con esta enfermedad y sus limitaciones? La constatación de la pérdida de salud así es conocida. El cuerpo, máxima entidad dadora de sostén se conoce portador de una enfermedad, recibirá manejos exigentes e invasivos, se experimentará potencialmente débil, perderá capacidades, hasta poder convertirse real y sentidamente en un impedimento para continuar. Estás y otras consideraciones son frecuentemente transmitidas por los pacientes durante esta etapa de asimilación diagnóstica y su primer afrontamiento. Así como también ante la recepción de una noticia difícil durante los manejos recibidos.

Los requisitos para responder afirmativamente a esta MF son tener y vivenciar protección, espacio y sostén que permitan realizar como actividad personal el poder aceptar y/o en su defecto soportar la situación. Aceptar entendido aquí como el poder incorporar en mi realidad la situación y soportar cómo sostener las condiciones en que me encuentro -ya que aún no puedo incluirlas a mi realidad- constatar las limitaciones que pone el mundo, el cuerpo, la enfermedad y poder hacer algo con eso. Tratar el sufrimiento como parte de nuestra existencia, hasta que pase, significa portar la emoción hasta el final o desarrollar una actitud sostenedora hasta el final. Con la fragilidad de salud enunciada en el diagnóstico, el miedo surge ante el cuestionamiento de la “confianza básica o fundamental” incuestionada previamente hasta esta vivencia amenazante. Constatar las condiciones del mundo requiere el poder percibir, como capacidad psíquica que nos permite incorporar información desde el mundo y hacer consciente los estados internos. El miedo que surge

ante esto puede relacionarse con diversos gatillantes internos reales o percibidos e influye nuestra capacidad de percibir de manera verídica. Ciertas condiciones relacionadas al cáncer y/o sus manejos también impactan esta capacidad de percibir, siendo otra fuente de amenaza que contribuye a insegurizar la pregunta por el poder ser y estar.

Para quienes han integrado el tema de la finitud de la existencia en su vida, el morir aparece como una realidad, sin que represente necesariamente una amenaza. Lo que no elude la pregunta por el transitar un proceso con diversos grados de incertidumbre y desconocimiento. Por lo que la presencia de angustia no representa una patología en sí misma, si no que da cuenta y acompaña un proceso personal durante la experiencia global.

Para quien acompaña este primer afrontamiento, esta motivación nos plantea la necesidad de poder percibir lo fáctico de la situación en que la persona se encuentra. Hacer juntos una pausa que permita dar espacio para percibir, orientar sobre la información que se requiere, clarificar el cómo acceder al manejo sugerido (junto a las vías administrativas que existen para acceder a esa protección). Poder ofrecer el apoyo para soportar lo que inicialmente no puede ser aceptado, es decir, facilitar la vivencia de ser sostenido por quien puede dar ese sostén; permite ir construyendo un piso de facticidad que posibilita progresivamente afrontamientos más adaptativos para poder ser/estar en la situación, buscando posibilitar una actitud dialógica con la enfermedad y sus implicancias.

Habiendo descrito algunos aspectos de la experiencia del paciente durante la etapa de diagnóstico y/o primer afrontamiento a la recepción de noticias difíciles toca ahora, aludir al profesional de la salud respondiendo a las necesidades detectadas del paciente en este ámbito. En todo encuentro clínico, lo primero es que el propio profesional perciba intuitivamente y mediante preguntas el estado del paciente y el nivel de información que maneja el paciente. Con ello nos referimos a construir un nivel de objetividad y piso que permita no sólo la comprensión si no que el constatar una estructura estable desde donde se inicia lo que devenga. Recién ahí podemos iniciar la transmisión de la información de manera precisa, clara y acotada. Información, muchas veces, fundamental para poder percibir lo que es, y esa constatación puede configurar una de las estructuras externas dadoras de sostén. Junto con el comunicar el contenido adecuado -para el momento de intervención- vamos acompañando atentos cómo va siendo recibido el mensaje,

acogiendo la emoción que emerge, dándole también espacio para que surja y se manifieste sin juicio. Nos mantenemos atentos al impacto en nosotros que la situación genera y nos permitimos mantener una forma serena, amable, acogedora. Aspectos también descritos en protocolos de comunicación son incluidos aquí desde la mirada que permite construir el puente de lo aparente y lo que se va desarrollando en ese encuentro.

Facilitar la comprensión de los hechos desde un piso de realidad invita a aceptar, o en su defecto a desarrollar la capacidad de soportar, lo que es como un hecho dado. Permite e invita a la persona a construir diálogos consigo misma sobre: ¿Puedo estar presente en esto que me pasa? ¿Tengo confianza en mí mismo? ¿Puedo confiar en mí mismo y en mi cuerpo? ¿En qué concretamente, y dónde no? ¿Qué puedo por ahora? ¿Puedo vivir con ese límite, sin que sea una amenaza para mí poder ser/estar en el mundo? ¿Qué actitud puede ayudar aquí? ¿Dónde más puedo encontrar sostén cuando lo que lo generaba se cuestiona? ¿Cuál es mi peor miedo, en lo profundo? ¿Hay algo que pueda hacer al respecto? ¿Y si no, de qué se trata? Estas preguntas están presentes en estas conversaciones de manera más o menos explícita o aparente y se presentan como aspectos a considerar por los profesionales sobre la apreciación de esta capacidad de aprehensión de la realidad. De la constatación de los hechos de su comprensión de su realidad para brindar desde fuera primariamente una forma de sostén. Preguntas que apuntan a revisar capacidades preservadas y/o descubiertas ante esta (nueva) situación. En este sentido, se resalta el rol activo, directivo y comprometido del profesional en un primer momento. Como resultado de que el paciente contacte con estas capacidades personales, aparecen en él las vivencias de coraje, confianza, esperanza, fidelidad, veracidad, creencia/fe, entre otras que ejemplifican este constatar un piso para poder mirar lo que es y lo que viene durante toda la trayectoria de la enfermedad. Sin por ello excluir otras vivencias referentes a la variedad y el dinamismo que el proceso evoca.

Como se puede deducir, se trata de un proceso dinámico que se da indistintamente a cada afrontamiento que pueda ser desplegado, es bidireccional y por ello requiere que el profesional desarrolle una capacidad de apertura dialógica en un campo de horizontalidad de la experiencia en donde ambos integrantes de la relación profesional-paciente son activos en dar y recibir retroalimentación. Este modo relacional se aleja de intervenciones en donde hay un profesional experto, portador del saber que direcciona de manera distante lo que el paciente pasivo debe hacer.

Para dar pie a un proceso de construcción conjunta en donde cada uno participa desde su campo de experticia que se complementa y se nutre mutuamente. Incorporar este aspecto a la atención y a las interacciones nos permite ser testigos de cómo es posible incorporar un piso de realidad. Encontrar una respuesta afirmativa a estas preguntas por parte del propio paciente permite que éste pueda dar consentimiento personal a su experiencia y situación constatando lo que es de momento posible para sí.

Los profesionales de salud que apoyan/facilitan/promueven el cultivo de capacidades personales preservadas (las posibles), facilitan el contacto con la autoconfianza en aquello que está preservado y que no ha sido arrebatado. Aquí, la invitación que surge es acompañar a los pacientes en ese restablecimiento de sus capacidades para que puedan manejarse bajo estas nuevas condiciones que la persona enfrenta.

Como parte de esta motivación, está la potencialidad de acceder a la confianza fundamental cuya presencia permite en palabras de Gengler (2009) constatar que también este mundo es sostenido en una estructura dadora de sostén que trasciende a la persona, que porta el propio Dasein y sostiene el mundo. Si esta confianza se debilita y permanece por mucho tiempo aparece la angustia.

Son múltiples las fuentes de angustia que el proceso oncológico genera y muy diversas sus manifestaciones, un continuo que va desde una experiencia humana universal ante una amenaza real o percibida hasta un trastorno propiamente tal que interfiere e invalida a quien lo padece. Epstein y Street (1999) reportan que cuando los profesionales reconocen y atienden la angustia, los pacientes informan una mejor calidad de vida, tienen más probabilidades de seguir con menos ansiedad los planes de tratamiento y parecen más satisfechos y dispuestos a compartir inquietudes futuras logrando generar una esperanza realista basada en la situación clínica real.

Para los profesionales clínicos el trato con la incertidumbre también es parte del quehacer, acompañar la evolución en cada caso, generar los espacios de confianza para que el paciente formule sus preguntas y recibir esas preguntas sobre: la tolerancia de los manejos, duraciones de procesos, pronóstico de sobrevida, de desenlaces, etc. Lidar con la incertidumbre es reconocerla como parte ineludible de las conversaciones, junto con el manejo de datos, estadísticos y la

experiencia clínica al servicio de un propósito. Descubrir qué es lo que es realmente preguntado y para qué es importante obtener una respuesta.

El trato con los límites personales, contextuales y situacionales es otro aspecto para abordar en quienes trabajan en oncología: brechas de acceso, tiempos de espera, falta de oportunidades de atención. Por mencionar algunos límites (de contexto) van generando mermas en quien no los identifica y reconoce como parte del quehacer. Por el contrario, a lo que se pudiera esperar, incluirlos como parte del quehacer no implica un desencanto y desesperanza, ya que el incluirlos permite canalizar estas limitaciones a los destinatarios correctos, pudiendo transmitir de manera objetivable las repercusiones de los mismos. Por otro lado, conocer e identificar los propios límites de capacidad, de receptividad y de disponibilidad de parte del profesional, también se considera un aspecto fundamental a la hora de compartir el quehacer cotidiano y del propio cuidado en el ejercicio profesional.

El trato con la angustia en los profesionales merece un apartado especial, aparece con el mensaje “Algo relevante en mi vida está siendo impedido y/o requiere mi atención”, nos permite la apertura hacia eso otro, reconociéndonos vulnerables, conociendo nuestras fortalezas, confiando en ellas, en la vida y en la muerte. Nos plantea poder trascender a la angustia para ir aceptando la incertidumbre y la vulnerabilidad propia de la vida para así entregarse a lo valioso y pleno de sentido en la propia existencia.

2.2.2. Segunda Motivación Fundamental (2a MF): Gustar vivir

Esta segunda motivación fundamental de la existencia nos plantea la pregunta por el gustar vivir, por el valor de la vida, de la propia vida. Nos habla de valorar la vida, habiendo constatado las características de esta en su totalidad, con lo agradable y lo desagradable de ella. La actividad personal necesaria para poder relacionarlos con la propia vida es a través del sentir (psíquico y emocional) mediante la apertura dialógica que me permite reconocer el efecto que tiene en mi algo que me toca, me afecta, deja su afectación y por ende no me es indiferente. Acercarse a lo positivo y dolerse, hacer el duelo por lo negativo, nos permiten relacionarnos con aquello que nos convoca. Para dar espacio al sentir y gustar la vida se requieren las condiciones de relación, tiempo y cercanía, las que permiten el cultivo del gustar vivir y de las que surge el sentimiento profundo de mi relación fundamental con la vida. Por el contrario, si faltan aparece la nostalgia y el frío en

contraposición a la calidez del sentir, la depresión psicógena por aquello que no está en mí, ni en el mundo. Sin esa relación actuamos desde un modo previsor y preventivo que plantea la retirada y el retraimiento como actividad de protección, pudiendo emerger rabia y desvalorización.

2.2.2.1. Aperturas que posibilita la Segunda Motivación Fundamental en el ámbito oncológico para profesionales de salud

Durante el proceso oncológico son múltiples los momentos que permiten entrar en relación con esta vida sentida, así como es y está siendo con las condiciones que presenta. La oportunidad de relacionarnos personalmente con la propia vida aparece desde el sentir, es a través del sentir (psíquico y emocional) que la vida porta valor, información que trae a través de emociones vivas y diversas. El Sentir nos permite entrar en relación consigo mismo y con el otro y sentir la forma en que algo es, no sólo constatar o aprehender objetivamente. El Sentimiento es el instrumento personal empleado para acceder a la relación con la propia vida. Para quien transita por un proceso oncológico los sentimientos de disgusto o la negativa a relacionarse, impide que la persona nutra esta relación y su vitalidad. Acoger el sufrimiento en esta dimensión habla de acoger esta pérdida de vitalidad, de disfrute o de algo valioso, incluso al sentimiento de no ser capaz de vivir bajo estas condiciones. Sólo así entramos en directa relación con lo que está siendo cuestionado ¿Me gusta vivir así?, ¿cómo me va con esta vida que de momento se siente displacentera?, ¿cómo me va con las múltiples pérdidas que esta experiencia me presenta?, ¿me gusta conectar con mi realidad, absorberla emocionalmente, conectarme con ella como la esencia de mi vida? Incluso cuando duele, es dolorosa, está llena de pérdida Längle (2009).

El acceso al valor puede interferirse y con ello surgir sentimientos de tristeza, dolor, deseo de muerte acelerada (por causas naturales) ideal de muerte y suicidalidad. El suicidio como última instancia ante la pérdida, el no gustar y/o el dolor. Si nos encontramos frente a alguien que comunica una ideación suicida, esta debe siempre ser tomada en serio y ser explotada por los profesionales que la detectaron. Poniendo especial atención a la presencia de desesperanza como predictor de suicidio y transmitiendo el poder acoger y acompañar este sentir, junto con el mensaje de que una depresión puede mejorar, sobre todo, si se activan las intervenciones profesionales necesarias para su manejo. La comprensibilidad de la afectación de esta segunda motivación en un contexto oncológico sirve para ejemplificar que, para el análisis existencial, la base objetivable y lo dado, contribuyen a la comprensión de este sentir. Son múltiples las causas “biológicas” que predisponen a la depresión en cáncer, ya sea por la propia enfermedad como por los manejos que son necesarios, por lo que desmitificar su aparición y posibilitar el recibir ayuda profesional es fundamental ante su detección.

<https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1415>

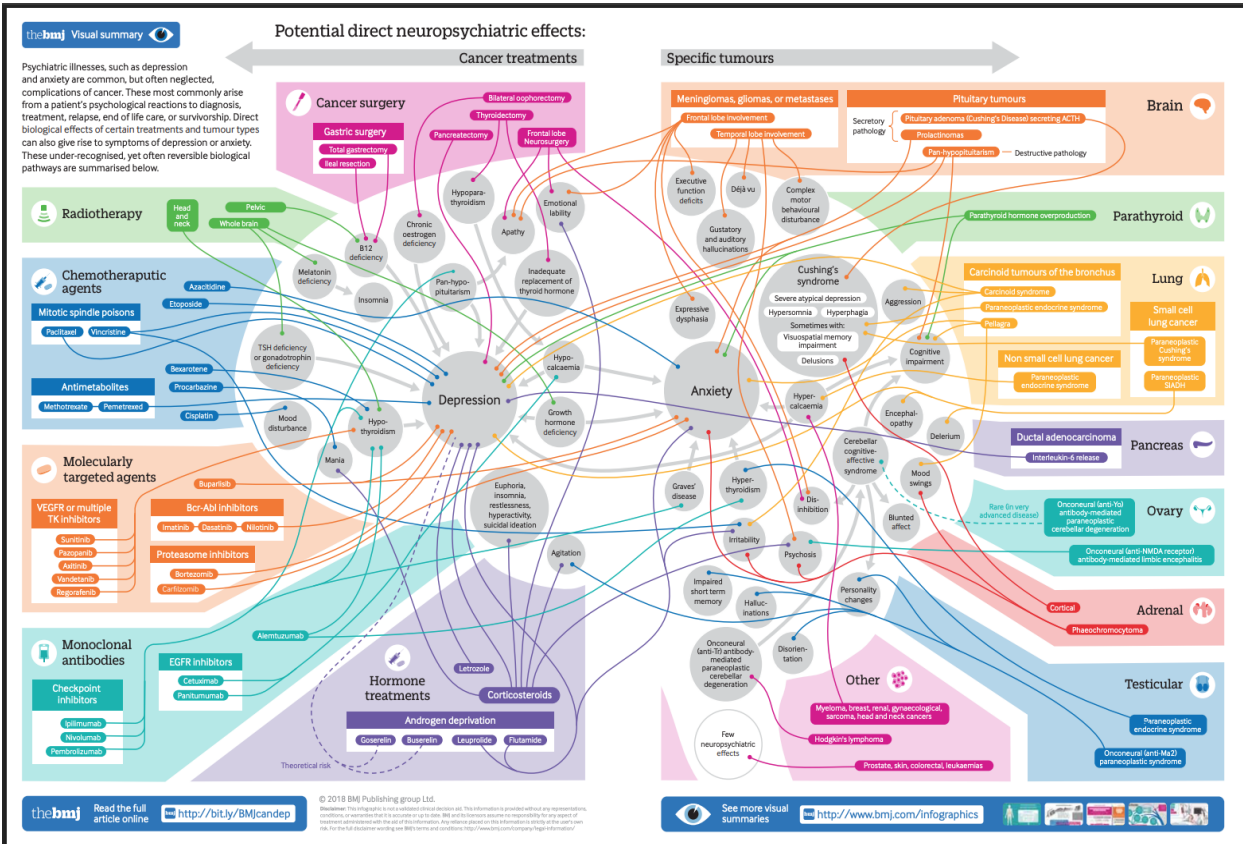


Imagen 1: Posibles efectos neuropsiquiátricos directos. Sujeto a derecho de autor BMJ 2018; 361 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415> (Published 25 April 2018) Cite this as: BMJ 2018;361:k1415

Para los equipos de salud, por comprensible que sea la pérdida de vitalidad, la fatiga, la tristeza en relación con las pérdidas y/o el dolor presente. Y pese a que - muchas veces somos testigos de renovaciones y afirmaciones del valor de la vida y del sí al gustar la propia vida, acompañar el sufrimiento es algo que impacta personalmente. ¿Cómo me va con el sufrimiento? De quien lo porta como y de quien lo acompaña. Trabajamos con el sufrimiento, físico, psíquico, espiritual, acompañamos el sufrimiento cotidianamente. Miremos con detención qué entendemos por Sufrimiento.

Para el Análisis existencial el sufrimiento se considera como “La destrucción sentida de algo querido y/o vital” (Längle 2009, pg.4), es un sentimiento de pérdida o deterioro de la existencia de la persona. Una sensación de sentimientos desagradables que se relaciona a dolor físico (si lo hay), la pérdida de algo querido, el dolor de la enajenación de sí mismo o el sin sentido de la experiencia. En palabras de

Längle (2009, pg.5), una experiencia es sentida como sufrimiento si son atacadas las cuatro estructuras fundamentales de la existencia; las cuales pertenecen a saber: i) Al mundo y sus condiciones: en esta dimensión el sufrimiento consiste en la incapacidad para aceptar lo que es/está aquí, y en un sentimiento de no poder ser bajo estas condiciones; ii) A la vida y su energía: El sufrimiento aquí aparece ante la falta de motivación para dirigirse hacia aquello que hace la vida querida y preciosa, y una renuencia a sentir emociones ya que ello sería muy doloroso; iii) A la persona misma y a los otros: El sufrimiento se debe aquí a la pérdida de identidad, del ser uno mismo, a sentimientos de alejamiento de sí mismo, y como consecuencia, a la incapacidad para integrarse o ir al encuentro con otros; iv) A las demandas de la situación y al horizonte de nuestras vidas: El sufrimiento aparece como un sentimiento de pérdida en lo que a un futuro o a un contexto más grande concierne, los que de otra manera proporcionan orientación hacia algo positivo.

En el desarrollo de cada motivación se abordan en mayor profundidad estos aspectos del sufrimiento. Recalcando el carácter fractal que cada una de las dimensiones presenta, cada una contenida en las demás.

El trato con la tristeza y la depresión, con el pensamiento de muerte y el deseo de muerte acelerada, con la suicidalidad, son experiencias humanas comunicadas en contextos de intimidad relacional que los espacios clínicos brindan. Considerando esto, los profesionales de salud están llamados a cultivar especialmente su propia capacidad de intercambio dialógico consigo, con la situación (mundo) y con el paciente, y una relación con la integración de la propia muerte en su vida. Manteniéndose presente durante en ese intercambio, incluyendo su sentir, no sólo su saber, pudiendo abrazar y acoger su propia emocionalidad para soportar ayudar al otro. Comprender que cuando el sufrimiento es causado por un daño en la capacidad de goce de la vida, la aproximación que el análisis existencial plantea es la de renovar la motivación -lo que mueve, el motor- y la relación con la vida, por atemorizante que sea, volverse hacia la fuente del sufrimiento, mirar eso que se ha perdido. Entrar en relación con ese duelo, con honestidad, dándose el tiempo y el espacio, permite que la persona sea tocada por la vida misma. Cada persona posee la capacidad de mirar su pérdida, sentir ese intenso dolor; conmoverse e incluir desde el coraje y compasión hacia sí misma. Es muy importante que surja esta autorrelación consigo ya que sólo así puedo volver al mundo y tener relaciones con los demás que no estén cargadas por la demanda de compasión “desde fuera”. Para hacer esto, necesitamos de la propia relación y cercanía - a nuestros sentimientos, aunque sean dolorosos. Esta relación y cercanía se crean durante nuestras experiencias previas y/o de la atención y cercanía que recibimos de otras personas durante alguna situación dolorosa. Cada vez que con alguna acción contribuimos a aliviar algún tipo de sufrimiento estamos tendiendo ese puente de vida que invita a la

persona a transitarlo para reencontrarse con esta vida. No es desde la distancia que creamos acceso, es mediante la cercanía, de un gesto, de un acto profesional, de la relación que emerge en el contexto en que nos desenvolvemos y el tiempo sentido que destinamos. Siendo este tiempo sentido distinto al cronológico; ¡Se puede hacer tanto desde la sola presencia real, aunque el tiempo cronológico sea escaso si estamos presentes siendo puentes de vida!

Para quien participa de este proceso y acompaña este estar presente genera una relación posibilitadora de conexión y encuentro profundo. Es fundamental poder percibir la relación consigo mismo para poder otorgar acercamiento a otros. Cuando realizamos esta presencia sostenedora y posibilitadora se promueven preguntas como: ¿Cómo me va a mí con el estar presente? ¿Estoy emocionalmente sensible y siendo capaz de vibrar con lo emerge ante mí? ¿O me distancio, desconecto o me automatizo? ¿Tengo una relación vibrante conmigo mismo y con los demás? ¿Me siento vivo, realmente vivo? Cuando termina mi jornada y me encuentro con mi vida, ¿a qué le dedico tiempo? ¿Qué valor aparece?

La Segunda Motivación Fundamental invita también a relacionarnos con aquello que da bienestar, estas condiciones de relación, tiempo y cercanía, permiten (re)vincularse con aquello que es sentido como benéfico para sí: dedicar tiempo a las relaciones, a la intimidad en ellas, a la cercanía consigo mismo y con otros. La actividad personal para lograr vincularse con la vida es el acercarse, en el sentido de dejarse afectar, dejarse tocar, involucrarse afectivamente. Una mujer joven lo describe así: “El tratamiento no sólo me sacó el Tumor, me sacó el peso que llevaba por años cargando (distimia). Con esta -nueva liviandad- puedo sentir un cariño profundo por la vida y las personas de un disfrute que nunca había sentido” ... “Una cuestión primaria de disfrutar como que está primero, ni de chica me había sentido así”. Ya que, si algo es bueno, es bueno para mí también. Me devuelve a mí.

El lograr la aceptación como primer paso —en el sentido de reconocer la realidad actual—, no excluye la emergencia de sentimientos diversos: desesperación, miedo, ira, vacío e impotencia los que aparecen junto con sentimientos de gratitud por quienes nos rodeaban, amor por las relaciones y personas significativas, alegría por cosas cotidianas que nos acercan a valores y nos permite volver a la vida, ya que se trata de la vida incluso en contextos de cáncer avanzado o ante el final de la vida, liberarse de expectativas para abrazar aquello que tenemos frente y que permanece como posibilidad. Se trata **de**: una sensación de arraigo hacia el piso que percibimos, de conexión con la vida, incluso ante la impermanencia de ésta permite abrazar la relación que se establece con un otro (incluso en un encuentro único) y también consigo mismo. Otra persona comenta: “La vida se vuelve más fácil si encontramos manos cálidas que acompañen las nuestras”.

De este sí a la vida resulta contactar con el goce de vivir, la posibilidad de un autoacercamiento y una autotranscendencia, poder dar y recibir cuidados, poder comprometerse, asumir la responsabilidad, vivenciar el amor, el disfrute, la alegría y la gratitud. Esta apertura interior a la fuerza vital permite establecer la relación fundamental con la vida, desde donde brota el sentimiento y la afirmación “Me gusta vivir”. Permite dar el sí a la vida, a mi vida. Constatar el valor fundamental y comprometerse con la vida ¿Qué hago ahora con esta vida que quiero vivir, dure lo que dure? ¿Qué de mí debería aparecer en esta vida? ¿Y cómo puedo expresarme y aportar en ella? Lo que antecede a la siguiente MF.

2.2.3. Tercera Motivación Fundamental (3a MF): Ser persona

El tercer aspecto que nos presenta el análisis existencial es el de mirar la unicidad y aquí el mundo aparece como el otro, surge la dimensión de yo mismo en relación con lo otro. Esta motivación confronta a la persona con la tarea de ser ella misma, ante los ojos de los demás y ante sí. “Que sea permitido ser así cómo se es” requiere de condiciones como el haber recibido consideración, un trato justo y aprecio, sólo por ser así. Cobra relevancia la identidad, lo propio, el conocimiento de uno mismo, la ética, la autenticidad. Como condiciones internas posibilitadoras de ser sí mismo aparecen el poder autopercebirse mediante la toma de distancia; el tomarse en serio (validarse, legitimidad de aquello que -me- acontece); poder tomar posición con uno mismo y poder realizar un juicio de sí mediante la conciencia.

Algunas preguntas de esta motivación son: ¿Hasta qué punto puede el sí mismo aparecer, expresarse? ¿He podido ser quien soy, pensar y sentir genuinamente? ¿Lo puedo hacer hoy? ¿Me permito comunicar mis temores, mis desesperanzas, mis anhelos? ¿Me es permitido ser y expresar la emocionalidad que surja como primer afrontamiento, incluso si éstas son difíciles de acompañar por quien las percibe? ¿Podemos quedarnos de nuestro lado, incluso cuando nuestro cuerpo se encuentra en un estado de debilidad? ¿O nos despreciamos o abandonamos por ello? ¿Puedo abrazarme en lo auténtico sin máscaras?

La experiencia de dolor y debilidad cuestionan nuestra identidad y lo que sabemos de ella, pudiendo facilitar que se desplieguen aspectos de nosotros que no conocíamos previamente. Percibir el valor de sí, independiente al contexto o justamente por él, resulta en una consolidación del yo y de la autoestima entendida aquí como “Ser alguien porque se es capaz de vivenciar y generar cosas valiosas” (Croquevielle 2023, p. 14). 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 que me diferencia de un otro. El parámetro con el cual la persona se enjuicia y reconoce a sí misma es el sentimiento fenomenológico del valor de lo propio y de lo correcto, que en el Análisis Existencial es descrito como: estar en sintonía consigo mismo - vivir en coherencia-. Es mediante esta coherencia que logramos la Autoaprobación como la aprobación interna y la coherencia entre nuestros valores personales y nuestras acciones. Esto genera una sensación de

ser auténtico y fiel a uno mismo. Es a partir de este sentimiento que surge la autenticidad. Aparece la respuesta afirmativa a sí mismo, la legitimidad de las decisiones propias, la libertad individual, la responsabilidad. Ya que junto a la emergencia de lo correcto en la situación es posible contactar que lo bueno para mí considera también lo que es bueno para el otro y para el mundo. El debilitamiento de esta motivación o la falta de acceso a ella genera distancia de sí, inautenticidad o pérdida de sí mismo Jedlicki y Croquevielle (2017).

2.2.3.1. Aperturas que posibilita la Tercera Motivación Fundamental en el ámbito oncológico para profesionales de salud

Explorar esta dimensión de la existencia es uno de los regalos que este enfoque entrega. Los profesionales que exploran esta dimensión de la existencia en sí y en sus interacciones cotidianas logran constatar de manera más realista sus capacidades y competencias, conocer sus propias limitaciones comprendiendo sus aspectos en desarrollo y enjuiciar sus actos de manera cariñosa. Experimentan menos presión y son más capaces de establecer desde esta autenticidad una relación de confianza y apoyo consigo mismo y con los demás, que es un importante aspecto en el brindar y participar de los cuidados.

Esta autoaprobación facilita el mantener la calma, brindar una auténtica presencia ante situaciones de alta emotividad y acogerse a sí mismos en ello. Esta autenticidad contribuye también para que lo propio del paciente aparezca, al brindarle consideración, un trato justo y con aprecio. Al permitirle el tiempo, al realizar una escucha activa, consideraciones todas que transmiten el tomar en serio a quien tenemos enfrente. Incluso ante las limitaciones de contexto, incluso ante los desenlaces dolorosos, me quedo, te acompaño y te permito ser así como sea posible en ese momento. Esta actitud que nace desde la auténtica presencia nos conecta además con el genuino deseo de interesarnos por conocer realmente quién es, a quién tengo enfrente, mirarle a los ojos y sostener esa mirada posibilitadora de encuentro. Entendido aquí como un momento de relación personal esencialmente sostenedora y que devuelve al paciente la vivencia de que él/ella aún está para sí, sigue estando consigo -y conmigo en ese encuentro- Aún en la enfermedad logra permanecer para sí.

Una consideración adicional merece el trato ante la pregunta de sí mismo. La actividad personal para ver lo esencial es el encuentro de lo positivo, la contemplación de la esencia, este sentir hacia afuera que permite la actividad de intuir, de capturar la esencia y con ello, volver a sí, permanecer, estar de su parte, tomarse también en serio. Estas actividades personales son posibles mediante la delimitación frente a lo otro, establecer o identificar lo que es propio y lo que no me corresponde. Abrazar esa diferencia permite tomas de posición auténticas y la realización de un juicio sin abandono que nos posibilita el arrepentimiento y el perdonarse. En lo cotidiano nos permite identificar cuando una situación no se siente

correcta, cuando nos sentimos llamados a involucrarnos y a aparecer ante lo que consideramos injusto o incorrecto. Acompañando las acciones también dialógicas (que contemplen la situación y al otro) que sean necesarias para resolver o remediar aquello identificado.

Por eso es importante el trato que damos con una delimitación que percibamos -recibimos- en un encuentro clínico, ya que alguien delimitándose es la manifestación de una expresión personal, de un querer preservar lo propio, no arrebatado y mantenido en contraposición a algo que lo provoca. Esto nos invita a repensar los conflictos y los *impass* ya que ahí también surge un valor de constatar algo propio, plenamente sentido en resonancia con la aprobación interior y/o la desaprobación y el arrepentimiento por algo de la propia autoría que no va con uno, que duele, que merece una acción de reparación (ahora posible al constatar) y el perdón que me permite liberar de “una deuda” a alguien o a mí mismo. Arrepentimiento y perdón son experiencias comunicadas en contextos de intimidad posibilitadora y generativa. Para quienes trabajamos con personas conocer en profundidad estos temas en sí, estar atento a intuir más allá de lo evidente en sí y en el otro, nos ayuda a estar más atentos a no pasar por alto lo personal, lo valioso y lo significativo para el paciente.

El sufrimiento en esta tercera motivación puede venir por la falta de conocer de sí mismo, la pérdida de amor propio y con eso de rechazar quién se es o la pérdida de sí mismo. Esta última se produce ante un acceso a sí impedido, bloqueado, no conocido, que lleva incluso a la sensación de repugnancia y distanciamiento, a un modo de funcionar, que incluye expresiones reactivas propias de la dimensión psíquica ante sentimientos de amenaza, a actuar defensiva y desproporcionadamente con el afán de protegerse. Nos referimos a reacciones de ira/enojo, negar o disociar los aspectos que no logramos abrazar e incorporar. El sentimiento de una privación de la tercera condición fundamental está prendido al sentimiento de no saber ya más de uno mismo, a un sentimiento de confusión y extrañeza de sí; de soledad, de vacío, de alejamiento de sí mismo. Como consecuencia aparece la incapacidad para conocernos de manera íntegra e ir al encuentro con otros manteniéndonos presentes en ellos (Längle, 2009).

Por otra parte, el poder ser auténtico y compartir esa autenticidad facilita el cómo comunicamos aspectos formales. Annunziata (1997) describe el impacto que la ausencia de confianza genera en los manejos, ya que cualquier información que un paciente con cáncer reciba de un especialista en quien no confía sonará poco convincente y no le permitirá construir planes acordes a lo que necesita.

El resultado de poder ser él mismo y estar en diálogo promueve la aparición de la conciencia moral, conciencia que incluye orientarnos hacia lo correcto situacional que va con nosotros, en sintonía a eso y no simplemente por referentes externos que dictaminan lo que socialmente es permitido. Participa mi autoría y mi autenticidad en el encuentro de consuelo, el respeto, la dignidad propia y por el otro. Acompañar y

acompañarnos de manera auténtica nos permite enfrentar una situación encontrando una respuesta personal a ella, lo que según Längle (1993), no estaría completo sin la consideración de una orientación o contexto mayor en el que se enmarca el actual y que nos invita a revisar la siguiente MF.

2.2.4. Cuarta Motivación Fundamental (4a MF): El sentido-devenir

El cuarto aspecto del ser persona es el devenir, el llegar a ser, y aquí el mundo se revela como sentido. La pregunta por el sentido es traída por Viktor Frankl (1984) entre otros, conocido superviviente de los campos de concentración y padre de la Logoterapia. El autor describe la creatividad, la experiencia y la actitud como las tres principales fuentes de sentido de la vida. Que aluden a los valores creativos, vivenciales y actitudinales Frankl (1966). Como valor creativo se entiende lo que uno logra o aporta al mundo en términos de sus construcciones y creaciones, lo que nace a través de uno y es sujeto de la propia autoría. Por valores experienciales se describe lo que es tomado del mundo, en términos de encuentros y experiencias, la vivencia de una caminata post lluvia, de contemplar un amanecer, de una puesta de sol en calma; y los valores actitudinales consideran la propia postura ante el sufrimiento, ante lo que no es posible cambiar Frankl (1966). Estos últimos son aquellos que surgen cuando no es posible crear ni vivenciar un valor y solo queda la -humana- libertad para responder: ¿qué de bueno debe devenir, surgir de mi vida, con mi vida, desde mi vida y a través de mi vida ante estas circunstancias que me son adversas? Que podamos acceder al valor actitudinal, depende de nuestra actitud interior para reconocer y comprender las posibilidades de la vida. Lo que en ningún caso es una obligación, sino que, es presentado como una posibilidad que nos permite plantear lo que se conoce como el giro existencial, concepto clave en el AE. En este giro, dejo de preguntar a la vida: ¿por qué a mí?, ¿por qué ahora? para salir al encuentro de la pregunta que me es presentada -yo como alguien cuestionado por la vida- y es en la respuesta que se plasma la vida (Längle, 2008). No se trata siempre de aceptar lo que está dado sin cuestionamientos, sino, con mucha más frecuencia, de dar respuesta a las exigencias de la vida en armonía con las propias necesidades y con responsabilidad hacia uno mismo y la propia vida finita. Esta dimensión abre paso a la espiritualidad, referida como la forma en que las personas expresan significado y propósito, a cómo experimentan su interconexión con los demás, con el yo, con el momento, con lo significativo o sagrado, siendo un aspecto fundamental de la personalidad Woll, Hinshaw et al. (2008). En las personas existe la búsqueda de significado y conexión con algo superior a sí lo que es compartido como una característica humana universal.

El sentido, que guarda relación con la búsqueda y el reconocimiento del sentido de la propia existencia, se considera así aquí distinto al gran -único- sentido ontológico. Längle (2008) describe como en el AE se encuentra el sentido personal, situacional que da significado, y es encontrado en la propia vida.

El sentido queda definido existencialmente como la posibilidad más valiosa y realista posible en la situación dada. Para ello es requerido el poder reconocer situacionalmente lo exigido u ofrecido, mantener una actitud de apertura junto con permitirse la acción necesaria y la entrega a ello. Como condiciones para que esta motivación pueda desplegarse están un campo de valores, un contexto estructural valorado y un valor a realizar en el futuro.

Si falta este acceso al sentido situacional que nos orienta, aparece la sensación de vacío, frustración existencial, desesperación, dependencia. El futuro no es digno de contemplarse, no hay ningún posible sentido que pueda orientar el camino y ofrezca una vida digna. El sentimiento predominante es futilidad- no hay nada positivo en el futuro venidero y que los logros resultan inútiles-. Resultado en una actitud de vida arbitraria y provisoria. Donde la idealización y el fanatismo reemplazan lo dialógico. Aparece cinismo, nihilismo, como orientación de vida. El sufrimiento en esta dimensión consiste en un sentimiento de pérdida en lo que a un futuro o a un contexto más grande concierne. Pérdida de lo que de otra manera proporciona orientación y apuntan hacia un desarrollo positivo Längle (2009). Este contexto mayor le daría sentido a los actos y a la vida de una persona, a lo que se está llamado a realizar; donde la persona puede integrar sus actos y su vida de una manera constructiva. Es aquí donde es posible acompañar en la apertura a las demandas y oportunidades de una situación dada. No hay límite de temporalidad para alcanzar ese encuentro, mientras haya vida es posible. Así mismo, el acto de comprometerse o dar respuesta a la situación permite a la persona encontrar una actividad que abra la puerta a posibilidades y acciones creativas y con sentido, una puerta al futuro. El mirar realísticamente, sopesar, valorar y adaptarse a las demandas de la situación, conduce a un sentido existencial

2.2.4.1. Aperturas que posibilita la Cuarta Motivación Fundamental en el ámbito oncológico para profesionales de salud

Ser conscientes de lo que esta motivación trae al proceso oncológico nos permite ser testigos del giro que presentan preguntas como: ¿Cuál es el sentido del sufrimiento? ¿Es posible encontrar uno? ¿Qué de bueno me puede llegar de este sufrimiento? Preguntas que no pueden ser respondidas ya que pertenecen al terreno de la fe o la filosofía, en relación con el significado ontológico. Ellas refuerzan una actitud defensiva y la creación de una distancia con la situación. Una vida plena y fértil considera trascender -ir más allá de uno mismo- y modifica estos planteamientos para que surjan otras preguntas: ¿Me siento parte de un todo mayor? ¿Siento que vivo una vida plena y que no ha sido en vano? ¿Qué de bueno puede nacer desde mí ante esta situación que enfrento? Siendo aquí el sentido de la vida, la propia realización de esta mediante el dar respuestas en vez de cuestionamientos. La actividad personal necesaria en esta motivación

contempla el crear, en concordancia con la situación, algo bueno para otros, para el mundo, para el futuro y dar el paso hacia el mundo al actuar Längle, A. (2008).

Sobre este aspecto, los profesionales de salud deben conocer que aún en la enfermedad, o ante el final de la vida, la posibilidad del devenir, de transformación permanece. Mientras haya vida existe, por lo que la persona puede visualizar proyectos futuros acordes a la temporalidad sentida, proyectos pendientes, que como toda crisis ofrece una oportunidad de un aún, todavía, puedo encontrar la posibilidad de hallar un sentido en la ejecución de los mismos. Dar espacio, acoger eso pendiente de la dimensión que sea, cosas por hacer, relaciones que reparar, arrepentimiento y duelos por lo que ya no será posible, juicios que realizar o el cultivar una actitud de religiosidad como ejemplos transmitidos.

Desde que nacemos tenemos la suficiente vida para morir. Acompañar la desazón o desesperación de quien pierde capacidades, funcionalidad, vitalidad, por un proceso oncológico, ya sea la enfermedad y/o sus manejos no impide que la persona pueda dar este giro para encontrar la comprensión situacional y actitudinal de lo que es posible para sí. Un acompañamiento de esta dimensión tan profundamente íntima y personal merece el reconocimiento de su real significado: la construcción del propio sentido. Y lejos de percibir pasividad e impotencia y transmitir sentimientos de lástima o tratar como víctima a la persona por lo que sucede. Como profesionales podemos honrar la presencia de este giro existencial cuando sea posible su existencia. Podemos actuar como promotores de piso, de relación, de validación para que la persona pueda aproximarse a las preguntas que se presentan.

Para quienes trabajan en salud explorar las tres motivaciones fundamentales de la existencia - previamente revisadas- cimentar sobre esas condiciones el poder dar aprobación al ejercicio profesional que realizamos. Dedicarse con entrega y compromiso a esta tarea incluyendo el cuidado del otro junto al nuestro en ello. Reconocer y elaborar personalmente el propósito y sentido que encontramos en él son todas condiciones necesarias que nos permitirán acompañarnos de mejor manera, identificando aspectos de fatiga y del propio cuidado que deben ser abordados, compartiendo de manera más cuidadosa con nuestros equipos de trabajo y manteniéndonos más accesibles tanto para otros como para nosotros mismos.

3. Discusión Crítica

3.1. La persona del profesional de salud y sus prerrequisitos existenciales

¿Cómo pueden estos elementos de la existencia generar apertura al trabajo que realizan los profesionales de salud que se desempeñan en oncología para realizar un trabajo con aprobación y consentimiento?

Comunicar un diagnóstico y acompañar la incertidumbre, afrontar una recaída, enfrentarse a los límites de la medicina y comunicar la imposibilidad de mantener un manejo que busque la curación - Transición de cuidados curativos a cuidados paliativos-. Son hitos no sólo comunicacionales, sino experiencias cotidianas para los profesionales que trabajan en oncología. Presenciar, acoger y acompañar el primer afrontamiento de quien transita por la experiencia oncológica, junto con mantenerse atento a los propios sentimientos que emergen, permite que ese encuentro clínico -independiente de en qué momento de la trayectoria se realice- se dé de manera sostenedora, relacional, auténtica y situacionalmente valiosa. Lo que apela a cada una de las motivaciones fundamentales revisadas en los apartados anteriores. Este ser más consciente de esta apertura dialógica y estar en diálogo consigo y con el mundo, nos permite también identificar nuestras propias reacciones de *coping*, reacciones que, desde el psiquismo, constituyen un sistema de defensa y protección que se despliega frente a una amenaza percibida (Längle 1993). De ellas podemos decir que son formas de conducta reactivas-automáticas que buscan preservar a la persona frente a una amenaza, pero que como su nombre lo indica son reactivas, rígidas, automatizadas y no completamente conscientes -ni elegidas- y, por tanto, pacientes y profesionales no estamos libres de ellas como una manifestación de la psiquis cuando una persona se vivencia bajo amenaza.

Considerando esto, uno de los métodos que utiliza el AE para acceder a la psicodinámica es el Análisis Existencial Personal (AEP) que se revisará brevemente. El AEP fue desarrollado por Längle (2007), mediante el cual es posible guiar a la persona a desprenderse de las reacciones automáticas de *coping* pudiendo reemplazarlas de manera progresiva por conductas más libres y responsables, elegidas situacionalmente y que nos permita dar nuestra aprobación y nuestro consentimiento a esa respuesta que plasmamos en el mundo (Längle, 1993). El método consta de tres pasos principales, los que inician con una fase descriptiva:

- AEP 0: Fase descriptiva (de la situación) que permite su reactualización.
- AEP1: Elaboración de la impresión subjetiva por medio de un análisis fenomenológico. Aquí se acogen la emoción primaria o sensación, los sentimientos son aceptados, junto al impulso que emerge demandando acción (que en este momento no se actúa).
- AEP 2: Encontrar la posición personal referida a la situación por medio de la elaboración y juicio. Esto se logra con la comprensión de esa emoción primaria previamente recibida junto al impulso generado y a los factores reales de la situación (descritos al inicio del proceso). Permite integrar las experiencias en un contexto biográfico como en el contexto actual, vale decir en el contexto completo de mi existencia. Para así poder realizar una evaluación personal mediante la conciencia (de lo correcto) y de un juicio sobre

lo sucedido. Esta acción permite formular la intención personal sobre cómo abordar la situación que ha nacido de mi (nueva) comprensión.

- AEP3: Encontrar la expresión personal de acuerdo con la toma de posición personal, dadas las circunstancias reales. El proceso concluye al encontrar una forma, la propia expresión, sobre qué es lo que se puede y quiere hacer; cómo, cuándo y con qué medios se concreta el hacer que se esclarece.

Desde esta autoría y forma de lidiar con la situación es bastante posible que el sentimiento de satisfacción acompañe al proceso, independientemente, de si el desenlace es el esperado, ya que construimos activamente y participamos de la forma que nos era posible hacerlo como constructores de ello.

Parte de la aplicación de estas motivaciones existenciales invita a constatar las limitaciones de nuestro actuar. Para poder reconocer y respetar los límites, que son parte de la vida y de cualquier profesión, es necesario considerar (1) la actitud hacia los límites, (2) experiencias personales y profesionales con los límites, y (3) la identidad profesional. Aclarar expectativas, ¿Cómo me va con el hecho de que no todos los pacientes con cáncer pueden curarse? ¿Qué requiere un profesional para mantenerse consigo en su práctica, sin distanciarse, sin perderse a sí mismo o ejercer a costa suya? sin dejar de sentir y mantenerse en relación con la vida y con el valor de la vida. Contemplar las mismas condiciones fundamentales de la existencia en sí, que le permitan estar disponible en ese encuentro terapéutico, de manera auténtica. Poder comunicar de manera dialógica -considerando el efecto de lo que comunico en quien lo recibe- sostener y sostenerse en aquello que emerge y encontrar la mejor respuesta situacional. Incluyéndose en ella, considerándose, reconociéndose en aquello que emerge ante él/ella. Son alcances que dan cuenta de la interdependencia entre paciente y profesional de salud en el ayudarse mutuamente a desplegar capacidades y avanzar en la recuperación y/o mantención de un bienestar mutuo (Deichmann, 2018). Nos sentimos llamados a ejercer ya que algo bueno sucede también en nosotros y para nosotros en esta entrega que realizamos.

3.2. Otros enfoques que nos acercan a estas temáticas en el campo oncológico

Centrándonos en pacientes con cáncer avanzado o cuidados terminales, Pereria, Silva et al. (2020) y Terao y Satoh (2022) describen otros tipos de psicoterapias existenciales reportadas en ensayos controlados aleatorios. Todas tratan sobre la muerte, la falta de sentido, el aislamiento y la libertad y contribuyen de manera importante a la comprensión existencial del ser humano y posibilitan el trabajo terapéutico en los contextos oncológicos. Algunas de ellas son:

- Psicoterapia de grupo centrada en el significado (MCGP) de Greenstein, Breitbart (2000)
- Psicoterapia individual centrada en el significado (IMCP) de Breitbart, Pessin et al. (2018)
- Intervención para la construcción de significado (MMi)

- Intervención para el sentido de la vida, Manejo del cáncer y vida significativa (CALM) Lo, Hales et al. (2014)
- Intervención para la esperanza
- Intervención cognitiva y existencial
- Terapia de la dignidad y Entrevistas de revisión de vida. Chochinov, Hack et al. (2005)

En la comprensión existencial, Alfried Längle ha ampliado las bases antropológicas de las intervenciones de Logoterapia y de sus descripciones metodológicas. El AEP fue revisado como uno de los métodos propuestos es el Análisis Existencial Personal y como modelo procesal del Análisis Existencial. Psicoterapia descrita para ayudar a las personas a encontrar recursos propios y una forma de expresión auténtica. Esta forma de relacionarlos con la situación y con lo que nos acontece sostiene que escuchar las emociones da consistencia y coherencia a nuestras acciones. Una de las principales contribuciones de este método es que nos aclara que no es sin nuestro mundo afectivo, que nos relacionamos con el mundo exterior y sus posibilidades. Reconocer las propias emociones es necesario tanto para el autocuidado como para el cuidado del otro y son incluidas en el AEP como una de las primeras fases que nos permiten conseguir aquella respuesta personal situacional guiada por la integración de ellas al contexto mayor de sentido. Aunque los profesionales no sean conscientes de ello, su comunicación con los pacientes está fuertemente influenciada por sus propias experiencias emocionales. Las emociones, si se reconocen y gestionan, no sólo permiten comprender el contexto en el que los profesionales trabajan, si no que pueden beneficiar terapéuticamente las relaciones y su vivencia.

Con relación al trabajo en equipo, aprender a compartir la responsabilidad del propio cuidado en el equipo es esencial para disminuir la sensación de agobio y/o sobrecarga descrita. La interconexión presente requiere, que cada integrante del equipo reconozca su participación -contribución- en las situaciones que se presentan y que, a su vez, sea reconocido y valorado en su propia individualidad; portadores y posibilitadores de cosas valiosas que surgen a través de nosotros. Que nos contemplemos como participantes de un trabajo que es colectivo y que requiere de cada uno, también implica ser consciente de las propias limitaciones como personas, como profesionales de este ámbito oncológico.

Es un privilegio -y responsabilidad- compartir momentos de intensa conexión e intimidad con los pacientes, sus familias y los otros equipos que participan de los cuidados. Acompañar el sufrimiento, afrontar la vida, el morir y la muerte como condición humana, ayuda a apreciar y valorar aspectos importantes de la vida, a conectar con la gratitud y la generosidad incluso en los contextos más adversos. El análisis existencial y la logoterapia no excluyen nada, posibilitando en el trabajo fenomenológico, un valioso regalo de presencia auténtica hacia quien sufre y hacia nosotros mismos, de manera tangible y

sanadora. “Aceptar la realidad de la enfermedad”, “afrontar lo que es” y “dar respuestas auténticas” al “decir sí a la vida a pesar de ella” (Längle, (2007). Recordando el mensaje que Atul Gawande (2014) transmite en su libro como profesionales de salud acompañando personas nuestro objetivo final, después de todo, no es una buena muerte, sino una buena vida hasta el final.

4. Conclusiones

El contemplar situacionalmente -en la medida de lo posible- las cuatro MF: 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) permite construir una vida existencialmente plena y con sentido. Incorporar estas motivaciones, resonar con lo que está llamado a ser a través de nosotros nos permite ser conscientes de cómo contribuimos día a día como parte del engranaje de los entretejidos de la existencia.

Agradecimientos

A cada una de las personas con las que compartimos este camino de aprendizaje constante y a quienes nos inspiran en esta búsqueda, siempre, gracias.

Sin conflictos de interés que declarar y con mucho interés en poder pensar juntos formas más amables en salud.

Referencias

- Annunziata, M.A. (1997). Ethics of relationship. From communication to conversation. In: Surbone A, Zwitter M, editors. *Communication with the cancer patient: information and truth*, vol. 809. New York: Annals of the New York Academy of Sciences; 1997. p. 400–10.
- Balcázar Sánchez, D., & Tene Luna, M. (2024). Salud mental en los médicos oncológicos.
- Binswanger, L. (1960). Daseinsanalyse und psychotherapie II. *Acta Psychotherapeutica et Psychosomatica*, 251-260.
- Boss, M. (1963). Psychoanalysis and daseins analysis.
- Breitbart, W.; Pessin, H.; Rosenfel, B.; Applebaum, A.J.; Lichtenthal, W.G.; Li, Y.; Saracino, R.M.; Marziliano, A.M.; Masterson, M.; Tobias, K. & Fenn, N. (2018). Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2018 Aug 1;124(15):3231-3239. doi: 10.1002/cncr.31539. Epub 2018 May 14. PMID: 29757459; PMCID: PMC6097940.
- Bultz, B. D., Watson, L., Loscalzo, M., Kelly, B., & Zabora, J. (2021). From foundation to inspiration: implementing screening for distress (6th Vital Sign) for optimal cancer care—international leadership perspectives on program development. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*, 3(2), e051.
- Chochinov, H.M.; Hack, T.; Hassard, T.; Kristjanson, L.J.; McClement, S. & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005 Aug 20;23(24):5520-5. doi: 10.1200/JCO.2005.08.391. PMID: 16110012.
- Croquevielle, M. (2023). La intimidad y lo público (Editorial) En: *Revista Interamericana Existencia* Año 2023, Núm. 38, 12-14
- Deichmann, R.E. (2018). Compassion: Lessons from the Humanities. *Ochsner J*. 2018 Fall;18(3):199-200. doi: 10.31486/toj.16.0115. PMID: 30275780; PMCID: PMC6162132.
- Eiter, H., Längle, A., & Steinert, K. (2008). Personale und existentielle Kompetenz von Krebspatienten. *Psychologische Medizin*, 19(3), 4-10.
- Epstein, R.M.; Street, R.L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. NIH Publication No 07-6225. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2007.
- Fogarty, L.A.; Curbow, B.A.; Wingard, J.R., et al. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce anxiety? *J Clin Oncol*. 1999; 17:371–9.

- Frankl, V.E. (1966). Logotherapy and existential analysis--a review. *Am J. Psychother.* 1966 Apr;20(2):252-60. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1966.20.2.252. PMID: 5327827.
- Frankl, V. (1984). *Man's search for meaning*. New York: Simon and Schuster.
- Gawande, A. (2014). *Being mortal: Medicine and what matters in the end*. Metropolitan Books.
- Gengler, J. (2009). Análisis Existencial y Logoterapia: Bases teóricas para la práctica clínica. En: *Psiquiatría y Salud Mental XXVI*, No 3 – 4, 200-209.
- Gräff, T.L.M.J (2023). Philosophisch-phänomenologische Einbettung der Logotherapie-und-Existenzanalyse nach Viktor Frankl.
- Greenstein M, Breitbart W. Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer. *Am J. Psychother.* 2000;54(4):486–500.
- Holland JC, Bultz BD. The NCCN Guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Cancer Netw* 2007;5:3–7.
- Jacobsen PB, Wagner LI. A New Quality Standard: The Integration of Psychosocial Care Into Routine Cancer Care. *Journal of clinical oncology* 2012;30:1154-1159.
- Jedlicki, E. (2017). Trabajo final para optar al título de consejero en Análisis Existencial “Cáncer: Consciencia de Muerte, Sentido Existencial de Vida” www.icae.cl
- Jimmie, C. (2003). Holland, Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution. *Journal of Clinical Oncology*, 21(23S).
- Längle, Alfried; Van Deurzen, Emmy; Craig, Erik; Schneider, Kirk; Tantam, Digby & Plock, Simon. (2019). The History of Logotherapy and Existential Analysis. 309-323. 10.1002/9781119167198.ch19.
- Längle, A. (2018). El ser está en el devenir. Desarrollo según el paradigma existencial. Publicado en alemán en *Existenzanalyse*, 35(2), 31-43.
- Längle, A. (2013). Análisis existencial: búsqueda de sentido y afirmación de la vida. *Castalia, Revista de psicología de la Academia*, nº24, 2014. p. 27-43. ISSN: 07174985.
- Längle A (2008a) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29-180
- Längle, A. (2008b). La Espiritualidad en psicoterapia. Entre immanencia y trascendencia en el Análisis Existencial. *Revista de Psicología*, 4(7), 5-22.
- Längle, A. (2007). Libro de Texto de Análisis Existencial. La 3ª Motivación Fundamental. La condición fundamental del ser persona-la facultad de ser uno mismo. ICAE

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

Längle A (2007b) Vivir con sentido: una guía práctica para la logoterapia. San Pölten: Residenz Verlag

Längle A. (2000) Las motivaciones fundamentales seminario buenos aires

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.

Lernan C, Daly M, Walsh WP, et al. Communication between patients with breast cancer and health care providers: determinants and implications. Cancer. 1993; 72:2612–20.

Lo C, Hales S, Jung J, Chiu A, Panday T, Rydall A, Nissim R, Malfitano C, Petricone-Westwood D, Zimmermann C, Rodin G (2014). Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. In: Palliativ Medicine 28, 234–242^[1]

Maslach, C. & Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry 2016;15:103–111

Mihailescu M, Neiterman,E.(2019). A scoping review of the literature on the current mental health status of physicians and physicians-in-training in North America. BMC Public Health. 2019;19(1):1363. doi:10.1186/s12889-019-7661-9

Mullen, L.; Signorelli, C.; , Nekhlyudov, L., et al. (2020). Psychosocial care for cancer survivors: A global review of national cancer control plans. Psycho-oncology (Chichester, England) 2023;32:1684-1693.

Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., & Rocha, R. C. N. P. (2020). Psicoterapia Centrada en el Sentido: Una revisión acerca de estrategias psicoterapéuticas para el tratamiento del paciente con cáncer. Psicooncología, 17(2), 311.

Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet. 1996; 347:724–8.

Riba MB, Donovan KA, Ahmed K, Andersen B, Braun I, Breitbart WS, Brewer BW, Corbett C, Fann J, Fleishman S, Garcia S, Greenberg DB, Handzo GF, Hoofring LH, Huang CH, Hutchinson S, Johns S, Keller J, Kumar P, Lahijani S, Martin S, Niazi SK, Pailler M, Parnes F, Rao V, Salman J, Scher E, Schuster J, Teply M, Usher A, Valentine AD, Vanderlan J, Lyons MS, McMillian NR, Darlow SD. (2023).

NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 2.2023. J Natl Compr Canc Netw. 2023 May;21(5):450-457. doi: 10.6004/jnccn.2023.0026. PMID: 37156476.

Senf, B., Fettel, J., Demmerle, C., & Maiwurm, P. (2019). Physicians' attitudes towards psycho-oncology, perceived barriers, and psychosocial competencies: Indicators of successful implementation of adjunctive psycho-oncological care? *Psycho-oncology*, 28(2), 415-422.

Signorelli C, Hart NH, Mullen L, et al. (2024). Aligning the World Health Organization's (WHO) package of interventions for rehabilitation for cancer with the mission of the International Psycho-Oncology Society's: promoting psychosocial care for all people affected by cancer. *Journal of psychosocial oncology research and practice* 2024;6.

Terao, T, Satoh M. (2022). The Present State of Existential Interventions Within Palliative Care. *Front Psychiatry*. 2022 Jan 13;12:811612. doi: 10.3389/fpsy.2021.811612. PMID: 35095620; PMCID: PMC8792983.

Vidal, M. (2015). *Leer al enfermo: habilidades clínicas en la formación psiquiátrica*. Universidad de Santiago de Chile.

Woll ML, Hinshaw DB, Pawlik TM. (2008). Spirituality and religion in the care of surgical oncology patients with life-threatening or advanced illnesses. *Ann Surg Oncol*. 2008;15(11):3048–57.