

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



Realización existencial en adultos que tienen enfermedad oncológica

Alumno/a: Altobelli de Priego, María Eugenia

Director: Lic. Soma Carlos Nicolás

Año: 2021

Autoridades Académicas

Rector:

- Ing. Gallo Cornejo Rodolfo

Vicerrectora Académica:

- Mg. Diedrich Constanza

Secretaría General:

- Mg. Lic. Álvarez M. Silvia

Decana de la Facultad de Artes y Ciencias:

- Lic. Bouquet Medina María Dolores

Secretaria Académica:

- Abg. Ibarguren Adriana

Jefa del Departamento de Psicología:

- Lic. Guijarro Cardenas Sonia Edith

AGRADECIMIENTOS

Al llegar al final de mi investigación, quiero agradecer a aquellos que contribuyeron de alguna manera en la elaboración de este trabajo. Un trabajo laborioso y con dificultades, dada la situación actual, pero al mismo tiempo, motivador y lleno de vida, amor y esperanza.

A mi papá Mario y a mi abuelo Roque

Aunque ya no están físicamente presentes, siguen estando a mi lado, acompañándome y siendo mis guías.

A mi mamá Graciela

Por ser el pilar fundamental en mí vida, por apoyarme, darme ánimo, amor y por aconsejarme en todo momento. Gracias por brindarme los recursos necesarios para alcanzar mis sueños y ser quien soy. Por ser el mejor ejemplo de resiliencia. Gracias por tu amor y por haberme enseñado a luchar por conseguir mis objetivos, a valorar y disfrutar la vida.

Mis hermanos Virginia y Leandro

Por su cariño, amor y apoyo incondicional que me dieron y por confiar en mí desde el primer momento.

A mi director y amigo incondicional Lic. Carlos Nicolás Soma

Por aceptar dirigir mi tesis, asesorarme y enseñarme. Por estar presente a lo largo de toda mi carrera. Por su confianza, apoyo y cariño. Por estar conmigo en los buenos y malos momentos.

Al Comité Asesor de Docencia e Investigación del Hospital San Bernardo y a la Lic. Ana Cobos Roncal

Por autorizar la realización de esta investigación en la Institución. Por brindarme el espacio físico y el acercamiento a los participantes de mi investigación.

Y a los participantes

Por participar en mi investigación brindándome su tiempo y compartiendo su experiencia. Gracias por haberme compartido sus sentimientos, miedos y emociones.

A todos ustedes, muchas gracias.

RESUMEN

El presente estudio investigó la expresión de la realización existencial en adultos que tienen enfermedad oncológica encontrándose en tratamiento en el Servicio de Oncología del Hospital San Bernardo.

Se trata de una investigación cualitativa de nivel descriptivo, con un diseño de tipo fenomenológico. El estudio se realizó con una muestra constituida por 2 participantes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años, en tratamiento en el Hospital San Bernardo.

Se empleó como instrumento de investigación: entrevista individual semi-dirigida y la escala existencial de A. L'Angle – C. Orgler – M. Kundi.

Los resultados obtenidos indican cuatro categorías que describen porque las participantes no logran expresar su realización existencial. Estas cuatro categorías son: el impacto y vivencia de la enfermedad, la enfermedad oncológica como sinónimo de muerte, el duelo de la enfermedad y el dinamismo de las capacidades existenciales. Esta última categoría guio las conclusiones finales en la que se determinó que las participantes de esta investigación no logran expresar su realización existencial.

El dolor, la angustia, el miedo, la tristeza, el estrés que presentan las participantes, limitan su expresión existencial debido a que, se centran en sus intereses particulares dejándose gobernar por el cuerpo físico o por las condiciones psicológicas que presentan. Así sus capacidades existenciales: Autodistanciamiento, autotranscendencia y libertad, se encuentran restringidas limitando su manifestación al no poder establecer diálogo con el mundo, al haber dificultades en sus relaciones, en la falta de decisiones en sus vidas y pobre perfeccionamiento de sus potencialidades.

Sin embargo, la capacidad existencial responsabilidad se encuentra plena en estos casos, ya que asumen un compromiso frente al tratamiento.

Palabras claves: Realización existencial. Capacidades existenciales. Autotranscendencia. Autodistanciamiento. Libertad. Responsabilidad. Enfermedad Oncológica.

ABSTRACT

The present study investigated the expression of existential fulfillment in adults undergoing treatment for their oncological disease at the Oncology Service of the San Bernardo Hospital.

It is a qualitative research of descriptive level, with a phenomenological type design. The study was conducted with a sample consisting two participants diagnosed with cancer, both over 18 years old and in treatment at the San Bernardo Hospital.

As research instruments there were used: semi-directed individual interview and the Existential Scale of A. Längle – C. Orgler- M.Kundi.

The results obtained indicate four categories describing why the participants are unable to express their existential fulfillment, which are: the impact and experience of the disease, the oncological disease as a synonym of death, the mourning of the disease and the dynamism of the existential capacities. This last category guided the final conclusions, determinating that the participants of this investigation fail to express their existential fulfillment.

The pain, anguish, fear, sadness, stress presented by the subjects limit their existential expression because they focus on their particular interests, allowing themselves to be governed by the physical body or by the psychological conditions they present. Thus, their existential capacities: self-distance, self-transcendence and freedom are restricted, limiting their manifestation as they are unable to establish a dialogue with the world, as there are difficulties in their relationships, in the lack of decisions in their lives and poor improvement of their potentialities.

However, the existential capacity responsibility is full in these cases, since they assume a commitment to the treatment.

Key words: Existential fulfillment. Existential capacities. Self-transcendence. Self-distancing. Freedom. Responsibility. Oncological disease

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
Objetivos Generales	11
Objetivos Específicos	11
Preguntas de Investigación	11
Justificación de la Investigación	12
Consecuencias de la Investigación.....	14
ANTECEDENTES.....	16
MARCO TEÓRICO.....	23
Capítulo 1: Enfermedad oncológica	23
Tratamiento para enfermedades oncológicas	28
Impacto de la enfermedad oncológica	31
Posibles enfermedades de salud mental relacionadas al cáncer	35
Cuidados Paliativos en el paciente oncológico	40
Capítulo 2: La Logoterapia	42
Breve introducción a la logoterapia.....	42
Concepto antropológico de la logoterapia	45
La vivencia de una enfermedad oncológica	46
Triada trágica	48
La dimensión espiritual	52
La transitoriedad de la vida.....	55
Sentido de vida en personas con enfermedad oncológica.....	56
Suprasentido.....	57
Capítulo 3: La realización existencial	59
Autotrascendencia	61
Autodistanciamiento.....	62
Libertad.....	63
Responsabilidad	65

Capítulo 4: La realización existencial en personas con enfermedad oncológica	67
ASPECTOS METODOLÓGICOS	73
Tipo y nivel de investigación.....	73
Definiciones conceptuales	74
Diseño de la investigación	76
Contexto	77
Muestra de participantes	79
Recolección de datos	80
Procedimiento de recolección de información.....	83
Rigor de la investigación cualitativa	85
ANÁLISIS DE LOS DATOS	87
CONCLUSIONES	108
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	115
REFERENCIA.....	116
ANEXO	121
ANEXO 1: Autorización de la Investigación	121
ANEXO 2: Seguro de vida	123
ANEXO 3: Modelo de autorización para el servicio de oncología	124
ANEXO 4: Consentimiento informado	126
ANEXO 5: Guía de entrevista semi-dirigida	129
ANEXO 6: Modelo de la escala existencial	131
ANEXO 7: Entrevista y escala existencial E.	140
ANEXO 8: Entrevista y escala existencial M.	155
ANEXO 9: Constitución de la muestra	168
ANEXO 10: Bitácora de análisis	169
HOJA DE EVALUACIÓN	171

INTRODUCCIÓN

“No hay ninguna situación en la vida que carezca de sentido, incluso los aspectos aparentemente negativos de la vida pueden llegar a convertirse en algo positivo cuando se afrontan con la actitud correcta”
[Frankl E. Viktor]

La enfermedad oncológica afecta a un gran número de personas, según la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC) (citado por el Ministerio de Salud, Instituto Nacional del Cáncer, s.f) en nuestro país con una población alrededor de 25.790.131 adultos entre 15 y 64 años, se registran anualmente más de 217 casos nuevos aproximadamente por año, cada 100.000 habitantes (considerando ambos sexos y todos los tumores), como consecuencia, Argentina se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta a nivel mundial. Es la segunda causa de muerte en el país, después de las enfermedades cardiovasculares. Y para 2035 se estima que aumentará 50% la incidencia de la enfermedad y 55,7% las muertes por esta causa. Esto se debe al aumento de la población, ya que la enfermedad se presenta principalmente en adultos mayores

Las personas con enfermedad oncológica y su familia están abocadas a largos tratamientos, produciendo cambios a nivel personal, familiar y social. El diagnóstico y el tratamiento son difíciles de afrontar por la intensidad del daño y la amenaza a la vida. Estas personas se enfrentan a muchos retos, cambios vitales, repercusiones físicas y complicaciones frecuentes, y han de hacer frente a importantes y múltiples acontecimientos y emociones que desafían sus capacidades de adaptación.

Aparecen diversos miedos y temores que suelen estar relacionados al dolor y sufrimiento. Surgen enfermedades vinculadas al cáncer, por ejemplo, estrés, apatía, fobias, obsesiones, ansiedad, depresión, etc. Lo que genera vulnerabilidades, inseguridades, soledad, y aislamientos en las personas (Cáceres Zurita, Ruiz Mata, Germà Lluch y Busques, 2007).

Es por ello que, desde el diagnóstico inicial y durante todo el tratamiento de la enfermedad oncológica, es importante una mirada integral de las personas, es decir que se tenga en cuenta lo físico, psicológicos, espiritual y social. Ya que dicha información produce

un impacto en las personas, que genera múltiples reacciones emocionales, existenciales y sociales.

Esta investigación se abordó desde un enfoque logoterapéutico y el análisis humanista existencial, considerando a la persona como una unidad y totalidad. Este trabajo describe la expresión de la realización existencial en personas adultas de entre 20 y 65 años que padecen y están atravesando una enfermedad terminal dentro del servicio de oncología del Hospital San Bernardo.

Para lograr la realización existencial el hombre necesita poder revelar en su conjunto la manifestación de las capacidades existenciales (autotranscendencia, autodistanciamiento, libertad y responsabilidad) ante una situación adversa, una enfermedad, la elaboración de un proyecto, una misión o un sentido.

En la investigación se unificó y utilizó la palabra capacidades existenciales como sinónimo de competencias, motivaciones, y recursos, los cuales son usados como símiles siguiendo a los autores de la escala existencial (Längle A., Orgler C, y Kundi M.), y así evitar confusiones conceptuales.

El adecuado empleo de estas capacidades lleva a la persona a un importante ajuste para hacer frente a situaciones vitales difíciles. Es por ello, que esta investigación buscó describir e identificar como frente a una enfermedad oncológica el ser humano puede o no, manifestar las capacidades existenciales para alcanzar una plena realización.

El hombre siempre está en camino de realización, se encuentra en permanente construcción, porque hay algo que no está dado, completo o terminado. Es determinante la posición que el paciente adopta ante tal situación, su actitud ante el sufrimiento, y la adversidad.

Si bien, algunas capacidades pueden estar inhibidas, bloqueadas o restringidas frente a situaciones adversas, como ser la de una enfermedad terminal, la persona puede llegar a movilizar las manifestaciones de dichas capacidades existenciales para llegar al cumplimiento del sentido y a su realización existencial. La evolución de la enfermedad como su pronóstico, dependen en gran medida de como se la afronte y que sentido le otorgue la persona, es por ello la relevancia de esta investigación.

Muchos pacientes sufren de comorbilidad en la dimensión física y psicológica (depresión, ansiedad, etc.), pero no hay que olvidarse de la dimensión espiritual, en ella se puede padecer de una frustración existencial, una carencia de sentido en la vida, que los lleva a caer en el llamado vacío existencial.

De esta manera, esta investigación pretendió aportar una mayor comprensión acerca de la realización existencial en adultos con enfermedad oncológica, sobre todo en el entorno del Hospital San Bernardo. Para ello se identificó estos cuatro conceptos: autotrascendencia, autodistanciamiento, libertad y responsabilidad, para describir su manifestación plena, y/o la presencia de posibles bloqueos, inhibiciones, y disminuciones de las capacidades existenciales.

Finalmente, se indica que el trabajo se apoyó en la metodología cualitativa y que su diseño es del tipo fenomenológico, considerado el más adecuado a los fines del trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Objetivos Generales

- Describir la expresión de la realización existencial en adultos que tienen enfermedad oncológica que se encuentran en tratamiento en el Servicio de Oncología del Hospital San Bernardo.

Objetivos Específicos

- Identificar las manifestaciones de las cuatro capacidades existenciales (libertad, responsabilidad, autotrascendencia, autodistanciamiento) en los adultos que tienen enfermedad oncológica.
- Describir qué capacidades existenciales posiblemente se encuentran inhibidas en los adultos que tienen enfermedad oncológica.
- Describir qué capacidades existenciales posiblemente se encuentren plenas en los adultos que tienen enfermedad oncológica.

Preguntas de Investigación

- En la situación presente de adultos con enfermedad oncológica ¿Cómo se expresa la realización existencial?
- En adultos que tienen enfermedad oncológica: ¿Qué capacidades existenciales se encuentran plenas, inhibidas, y/o disminuidas?

Justificación de la Investigación

La presente investigación apuntó a describir, desde la teoría logoterapéutica, la expresión de la realización existencial en adultos que tienen enfermedad oncológica, que están en tratamiento en el servicio de oncología del Hospital San Bernardo, identificando la manifestación de las capacidades existenciales.

Es una investigación beneficiosa porque, aportó mayor descripción sobre la expresión de la realización existencial frente a una situación adversa, siendo la misma una enfermedad oncológica. Contribuyendo a identificar dentro de esta problemática de salud, la manifestación de las capacidades existenciales (libertad, responsabilidad, autodistanciamiento, y autotransendencia) en el marco de una situación de adversidad y sufrimiento.

Para recabar la información necesaria y relevante, y responder a las preguntas de investigación, se utilizó como instrumento la entrevista semi-estructurada, compuesta por preguntas flexibles y abiertas, de elaboración propia y la anteriormente mencionada escala existencial de A. L'Angle – C. Orgler – M. Kundi con el fin de describir la realización existencial entendida como la manifestación de las cuatro capacidades existenciales en los participantes (Boado de Landaboure Noemí, 2002).

Es un trabajo enriquecedor debido que, aportó importantes conocimientos para crear nuevas formas de abordar una problemática sensible y en pleno auge de investigación. Es un trabajo conveniente porque trató de aportar nuevos conocimientos dándole valor teórico, ante una enfermedad de continuo crecimiento. Es una investigación que permitió describir la expresión de la realización existencial para mejorar el acompañamiento psicológico y espiritual del paciente, tener también un seguimiento de este, y ahondar sobre posibles conflictos emergentes que acompañan la enfermedad como: la deserción, la poca adherencia al tratamiento, la resistencia al cumplir con prescripciones médicas, la limitación de su calidad de vida, el acortamiento de su esperanza de vida, etc. Es importante poder acompañar al enfermo con cáncer en sus planteos existenciales.

Es una investigación que tiene relevancia social porque trata cuestiones relativas de salud-enfermedad y además porque las enfermedades oncológicas afectan a un gran número

de personas (siendo la segunda causa de muerte en el país). Además, las enfermedades oncológicas son de relevancia científica por su magnitud, complejidad, y afección. Argentina presenta anualmente aproximadamente más de 217 casos nuevos por año cada 100.000 habitantes (considerando ambos sexos y todos los tumores) (Ministerio de Salud, Instituto Nacional del Cáncer, s.f).

La presente investigación se abordó a partir de la teoría logoterapéutica, la misma cuenta con suficiente teoría, fundamentos e instrumentos, considerando este último a la escala existencial para poder responder al problema de investigación.

En sí, la investigación no crea un instrumento específico, pero puede ser de utilidad para que psicólogos, oncólogos, y grupos médicos que trabajen en el servicio de oncología del Hospital San Bernardo puedan tener otra perspectiva a considerar en su labor.

Consecuencias de la Investigación

Se tuvo en cuenta para la realización de esta investigación las Normas Éticas del Psicólogo, las Normas de la Ley del psicólogo de la Provincia de Salta N. ° 6063 (1983) y el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A, 2013), la presente investigación se realizó respetando la privacidad, confidencialidad, la libertad de participar o no, y el bienestar de las personas que pudiesen intervenir en la misma.

Además, se consideró el capítulo V de la Ley del Ejercicio Profesional del Psicólogo N. ° 6063/83, el cual hace referencia a los derechos de los profesionales y de sus obligaciones. Dentro del mismo se considerarán los siguientes incisos del artículo 15:

- Proteger a los examinados asegurándoles que las pruebas y resultados se utilizarán de acuerdo a las normas éticas o profesionales, cuando necesite aplicar pruebas psicológicas para propósitos de enseñanza, clasificación o investigación.
- Cuidar el bienestar de las personas que participan en la investigación.
- Guardar el más riguroso secreto sobre cualquier prescripción o acto profesional, salvo las excepciones de la ley. El Secreto Profesional, deberá guardarse con igual rigor, respecto de los datos o hechos de que se informare en razón de su actividad profesional, sobre las personas en sus aspectos físicos, psicológicos o ideológicos.

A sí mismo, se les informó a los participantes sobre los objetivos de la investigación indicándoles que no serán expuestos a riesgos para su salud física, moral, legal, financiera o psicológica, es decir que no se perjudicó de ninguna manera a los participantes. Se tuvo compromiso, actitud responsable y seria acerca de lo que se investigó, sin atentar en contra los derechos humanos.

Por otro lado, esta investigación se rigió por las normas de la Asociación Americana de Psicología (2019), a fin de respetar los derechos del autor y evitar el plagio.

Las medidas que se emplearon para la protección de las personas son:

- Consulta con la institución Hospital San Bernardo mediante una nota de autorización. El modelo de nota se encuentra en Anexo 1.

- Contratar un seguro médico para protección del investigador (Anexo 2)
- Consulta a la Lic. del Servicio de Oncología, Ana Cobos Roncal para que acceda a ser tutora institucional y poder tener contactos con sus pacientes. El modelo de nota se encuentra en Anexo 3.
- Consulta a los participantes para autorización para poder realizar el estudio y a su vez poder brindarles información respecto de la investigación. Se les brindó un consentimiento informado, en el cual se explicó que puede abandonar la investigación cuando lo deseen. El modelo de consentimiento se encuentra en Anexo 4.
- No se dará información respecto a la identidad de los participantes.
- Se contará con la colaboración del psicólogo/a de la institución y del director de la investigación.

ANTECEDENTES

No se hallaron investigaciones que coincidan exactamente con los términos investigados. Sin embargo, se cuenta con investigaciones pertinentes a la temática que pueden servir y ser de utilidad para la investigación.

Luego de analizar y realizar una cuidadosa selección de las investigaciones a las que se pudieron tener acceso, se pudo identificar aquellas que se encuentran vinculadas al planteamiento del problema.

- Internacionales

- La investigación “La terapia psicológica del paciente oncológico” realizada por Allasina Cecilia de la Universidad de Studio di Torino en el año 2013-14 disponible en: <https://www.tesionline.it/tesi/la-terapia-psicologica-del-paziente-oncologico/50841>
Este estudio “Terapia psicológica del paciente con cáncer” se centró en analizar específicamente las implicaciones psicopatológicas de los pacientes con cáncer y los posibles tratamientos que pueden implementarse para apoyarlos y ayudarlos a sobrevivir al evento de la enfermedad. El trabajo se concentró en las características del cáncer, desde su génesis hasta la evolución y luego abordó las reacciones individuales de los individuos afectados. Hizo hincapié en las estrategias de afrontamiento desde el diagnóstico hasta el curso de la enfermedad, tomando al hombre desde un punto de vista holístico. Esta investigación le permitió a la autora comprender cómo en un contexto grupal, a través de un cuidado colectivo es realmente posible no dejarse invadir por la soledad o mejorar este aspecto. El dolor se puede compartir, soportar juntos, creando cohesión entre los miembros del grupo, quienes, a su vez, pueden sentirse libres de compartir peticiones y ofertas de cuidados, intentando romper el aislamiento resultante de la enfermedad.
- La revista “Sentido de vida en pacientes diagnosticados con cáncer” presentada por Huamani Julio Cesar y Arohuanca Milagros de la Universidad de Lima en el año 2019 Vol. 2. Disponible en: [https://doi.org/10.26439/persona2019.n022\(2\).4566](https://doi.org/10.26439/persona2019.n022(2).4566)
El objetivo del estudio fue analizar la percepción sobre el sentido de vida en pacientes, según el tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, tiempo de diagnóstico, grado de instrucción, sexo y edad. La muestra estuvo conformada por cien pacientes cuyo

promedio etario fue de 48 años, de los cuales el 72 % fueron mujeres y el 28% varones. El tipo de cáncer predominante fue mama (26 %), cuello uterino (23 %), y estómago (8 %). El cáncer en segundo grado se presentó en la mitad de los pacientes. Se utilizó el Test de Sentido de Vida o Prueba de los Propósitos Vitales (PIL), adaptación argentina realizada por Gottfried (2016). Se concluyó que en los pacientes investigados predomina el logro de sentido medio y bueno, y la neurosis o depresión noógena solo se presenta en el 15 % de ellos; asimismo, en el factor actitud ante la muerte los pacientes con cáncer de osteosarcoma de pulmón presentan rangos promedios bajos.

- La investigación “La dimensión espiritual del paciente oncológico desde la bioética personalista” realizada por Fernández Díaz Edulgerio de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo Perú (2015), disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/550/1/TM_Fernandez_Diaz_Edulgerio.pdf

La presente investigación tuvo como objetivo describir el significado de la dimensión espiritual desde la perspectiva del paciente oncológico, personal médico y sacerdote, a la luz de la bioética personalista. Se utilizó la metodología cualitativa descriptiva, utilizando como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada. Los sujetos de investigación estuvieron conformados por varios pacientes con cáncer, dos médicos, dos enfermeras y un religioso.

A partir del análisis categorial se determinó que es necesario adoptar ciertas áreas estrategias formativas, en las que la dimensión espiritual esté considerada como parte de la medicina paliativa del sentido de la vida y de la enfermedad.

Finalmente, se constató que la espiritualidad es una dimensión fundamental para mejorar el sentido de la enfermedad y de la vida, permitiendo sobredimensionar la existencia en este mundo.

- Nacionales

- La investigación “Las capacidades personales y existenciales de estudiantes universitarios de la carrera de Traductorado Público de Inglés. Un acercamiento a su sentido de vida”. Realizada por Jofré Daniela de la Universidad del Aconcagua Mendoza, en el año 2017, disponible en: http://190.183.61.20/objetos_digitales/735/tesis-5522-las.pdf

La presente tesis tuvo como objetivo general caracterizar el sentido de vida de los estudiantes de la carrera de Traductorado Público de Inglés a la luz de la teoría del Análisis Existencial. Como objetivo específico se propuso identificar y describir las capacidades personales y existenciales según el sexo, y comparar las capacidades entre alumnos de primer y cuarto año. La metodología utilizada es de tipo descriptiva-comparativa, en base a una investigación cuantitativa. La muestra es no probabilística dirigida y compuesta por alumnos que cursan la carrera de Traductorado Público de Inglés en la Escuela Superior de Lenguas Extranjeras perteneciente a la Universidad del Aconcagua de los cuales 33 son mujeres y 5 varones, con edad promedio de 22 años. El instrumento utilizado fue la Escala Existencial. Los resultados a los que llegó esta investigación son que las capacidades de Autodistanciamiento, Autotrascendencia, Libertad y Responsabilidad mantuvieron una relación directamente proporcional entre éstas, encontrándose todas dentro de lo esperable según los parámetros establecidos. Se concluyó que los estudiantes de esta carrera tienen presente en buena medida los recursos y las capacidades personales y existenciales posibilitándoles tener satisfacción consigo mismo y con el mundo. Con los puntajes que alcanzó la muestra en la Escala Existencial dedujo que los estudiantes perciben tener una existencia plena.

- La investigación “Cáncer de mama en relación con las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia, en mujeres que se encuentran en una etapa de remisión” realizada por Lazzarini, Betiana Gisele la Universidad del Aconcagua, Mendoza, en el año 2017, disponible en: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/715>
El propósito de esta investigación fue analizar y describir el estado de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y que se encuentran en una etapa de remisión. Se toma como base de la investigación, la teoría del análisis existencial propuesto por Alfred Längle. Se trata de una investigación cualitativa, de alcance descriptivo y con un diseño fenomenológico. Como instrumento de investigación, se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, aplicada a una muestra de 3 mujeres de entre 45-75 años (muestra de casos tipo), que han atravesado por cáncer de mama y que hoy se encuentran en una etapa de remisión. Esta etapa de recuperación abarca los 3 primeros años de controles post tratamiento principal, entendiéndose como: cirugía,

quimioterapia, radioterapia, tratamientos hormonales o biológicos. Otro requisito de selección, fue que las mujeres debían residir en el Gran Mendoza y pertenecer a cualquier nivel social, económico y cultural. Los temas guías de las entrevistas se han orientado al Poder Ser, al Gustar Vivir, al Permitirse Ser como se Es y al Sentido de la Vida. La intención de este estudio fue comprender una realidad, de acuerdo a quienes la experimentan, se tiene en cuenta las experiencias subjetivas de los participantes, para luego describir como se manifiesta el fenómeno de estudio. Se obtuvieron las siguientes conclusiones: En la etapa de afrontamiento de la enfermedad, la Primera Motivación Fundamental es la que más puntajes positivos ha obtenido, el apoyo de los seres queridos y de la fe, refuerzan la confianza y el coraje para afrontar la enfermedad. Sin embargo, esta motivación también se ve afectada de manera negativa. La Segunda, Tercera y Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia, también se encontraron afectadas en esta fase del proceso de cáncer de mama. En la etapa de recuperación, se aprecia que todas las Motivaciones Fundamentales de la Existencia se encuentran desarrolladas positivamente. Las mujeres entrevistadas, presentan mayor confianza en el mundo y en sí mismas. (1°MF), apertura a la vida (2°MF), valoración, consideración y trato justo por los otros y por sí misma, (3°MF) y orientación al sentido (4°MF).

- La investigación “Análisis de la Toma de Posición en un caso de adulto joven con cáncer desde la perspectiva Existencial” realizada por Bustos Leonardo Daniel de la Universidad del Aconcagua Mendoza (2017), disponible en: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/733>

La presente tesina abordó la temática de un adulto joven que padeció cáncer, desde la perspectiva de la Logoterapia y el Análisis Existencial. El objetivo fue conocer la toma de posición a partir del diagnóstico y el consiguiente tratamiento del cáncer; profundizando en aspectos personales que pudieron desencadenarla.

La metodología tiene un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, con un diseño fenomenológico. Los instrumentos empleados son la entrevista en profundidad y un análisis de contenido categorial de la misma donde se establecieron Metacategorías; Categorías y Sub-categorías. A partir del análisis de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia, se observó una toma de posición auténtica o inauténtica a modo de reacción, que destacan la integración de la situación problema (enfermedad de cáncer)

en un modo de vida pleno o con menores posibilidades de plenitud vital, respectivamente. Los resultados de este estudio proporcionó una contribución esencial para el entendimiento del campo de la PsicoOncología ya que no solo indaga sobre la teoría de la misma, sino que también propone analizarla desde la perspectiva Existencial teniendo en cuenta la toma de posición adoptada por un adulto joven a partir del diagnóstico de la enfermedad y su consiguiente tratamiento; profundizando en aspectos personales que llevan a optar por un posicionamiento libre-auténtico o no; cuyas bases se hallan en el Sentido Vital o el Vacío Existencial.

- **Provinciales**

- La investigación “El cáncer y el vacío existencial” realizada por Latorre Carola Sandra de la Universidad Católica de Salta, de la Facultad de Artes y Ciencias, en el año 1995, disponible en la biblioteca de dicha Universidad.

Esta investigación abordó la incidencia del vacío existencial en la aparición del cáncer. El diseño de la investigación es de tipo no experimental, transaccional de tipo correlacional-causal. Los instrumentos utilizados fueron el logo-test de Elisabeth Lukas y entrevistas semi-estructuradas. Los resultados a los que llegó la investigación fueron que el cáncer es mucho más que una enfermedad del cuerpo, afecta a la totalidad del ser humano, en sus dimensiones psicológica y física. Ante lo irremediable el hombre tiene la libertad de tomar una actitud ya sea de enfrentar o caer en el dolor.

- La investigación “El impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en el paciente” realizada por Beltrán María Candela de la Universidad Católica de Salta, Delegación de Corrientes, en el año 2005, disponible en la biblioteca de la dicha Universidad.

Esta investigación es de tipo cualitativa, con un diseño exploratorio, abordó las manifestaciones psicológicas que se dan ante un diagnóstico de cáncer, en pacientes adultos que se encuentran en la etapa inicial de evolución de la enfermedad. Utilizó como instrumentos la observación y la entrevista tanto a pacientes oncológicos como a sus médicos. Los resultados que obtuvo son: el diagnóstico de cáncer actúa como un acontecimiento traumático que marca la vida del paciente y su familia; el cáncer despierta miedo, angustia y negación; la noticia del diagnóstico se presenta como un acontecimiento causal independientemente de la voluntad humana, divide la vida del

paciente en un antes y un después; la noticia de la enfermedad actúa como un disparador de otros conflictos personales y familiares; el diagnóstico de cáncer es potencialmente desencadenante de síntomas psicológicos; las reacciones psicológicas desadaptativas están condicionadas por la personalidad y por la actitud que adopta el sujeto frente a la misma; la atención exclusivamente médica limita los beneficios que podrían obtenerse con un abordaje íntegro de la misma; a partir del diagnóstico el paciente necesita tiempo y ayuda de su entorno para elaborar esta información y reposicionarse ante la vida.

- La investigación “La aceptación de la enfermedad del cáncer mediante la actualización del valor de actitud” realizada por Ledesma Natalia Lucia de la Universidad católica de Salta, en la facultad de artes y ciencia, en el año 2010, disponible en la biblioteca de dicha universidad.

Esta investigación fue abordada desde el marco teórico logoterapéutico. Utilizo como instrumentos la entrevista semi-dirigida y el logo-test. Es una investigación cualitativa. Los resultados a los que llegó fueron que las personas entre 30 a 50 años con cáncer, que se encuentran realizando tratamientos de quimioterapia en el sector de oncología del Hospital del Milagro logran aceptar la enfermedad que los sitúa ante la posibilidad de la propia muerte mediante la actualización del valor de actitud.

- La investigación “El sentido de vida familiar sostenido por el vínculo en el niño con enfermedad oncológica” realizada por Soma Carlos Nicolás de la Universidad Católica de Salta, en la Facultad de Artes y ciencia, en el año 2015, disponible en la biblioteca de dicha Universidad.

Esta investigación trata de conocer el sentido de vida familiar en los niños con enfermedad oncológica relacionándolo con la aparición de la enfermedad como destino inevitable a enfrentar. Buscó conocer el vínculo familiar en estas circunstancias explorándolo y caracterizándolo, a partir de los efectos que tiene la enfermedad oncológica en el mismo, como así sus incidencias en el sentido de vida familiar. El aporte de este trabajo es que el investigador pudo conocer como el vínculo familiar juega un papel esencial y determinante para el sustento de la vida de una persona. Y como el vínculo familiar promueve el desarrollo de una persona, sosteniéndola y fortaleciéndola para lograr una mejor adaptación desde sus recursos ante las pérdidas significativas que el cáncer propone.

- La investigación “La realización existencial en los adolescentes que asisten a los centros de actividades juveniles” realizada por Álvarez Silvia Lorena de la Universidad Católica de Salta, en la Facultad de Artes y ciencias, en el año 2013, disponible en: <https://es.calameo.com/read/0010340198ae2dae25388>

Esta investigación surge con el propósito de conocer como los centros de actividades juveniles contribuyen al fortalecimiento de su realización existencial de adolescentes. Se aplicó entrevistas y la escala del Dr. Länge, para analizar las cuatro características: (libertad, responsabilidad, autodistanciamiento y autotrascendencia) las cuales son necesarias para lograr la realización existencial. La conclusión a la que se llegó fue que los adolescentes que asisten a dicho centro encuentran fortalecida su realización existencial y las posibilidades para la actualización de los valores creativos, vivenciales y actitudinales, que son los que contribuyen a lograr una vida plena de sentido y permiten el desarrollo de los recursos planteados.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Enfermedad oncológica

El termino oncología deriva del griego “onkos” que significa tumor y “logo” que significa estudio. Es una rama de la medicina que nace en el siglo XIX como ciencia especializada en el estudio, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

El nombre “cáncer” proviene del griego “karkinos”, que también en su etimología significa tumor. Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. Se han descrito más de doscientos tipos de cáncer distintos entre sí y actualmente es un tema de estudio con cuestiones a resolver para la medicina. Tienen en común que se originan a partir del crecimiento anormal de una sola célula o de un grupo de ellas, que poseen la capacidad de invadir tanto los órganos vecinos como órganos más apartados (Yélamos, García, Fernández y Pascual, 2010). Cada tipo de cáncer tiene su propio nombre, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Gandur define al cáncer como:

El cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. (2008, p. 7)

Puntualizando, el cáncer comienza en una célula, es decir que es de origen monoclonal. Esa célula se vuelve “anárquica”, iniciando una generación de más “células anárquicas”, que a su vez pueden inducir a cambios similares en las células vecinas (Gandur, 2008). Las células crecen descontroladamente, multiplicándose y sobrepasando o anulando a las células normales, lo cual dificulta que el cuerpo funcione de manera adecuada.

“El cáncer es una enfermedad compleja y es el resultado de un comportamiento celular anormal que crece fuera de control”¹ (Cananea Chiara Della, 2006, p. 4).

Es importante tener en cuenta que en los niños este proceso se produce con mayor rapidez que en los adultos. Esto se debe a que las células tumorales suelen ser embrionarias e inmaduras y por lo tanto el crecimiento es más rápido y agresivo (Yélamos et al., 2010).

El cáncer se clasifica a partir del tejido que los origina (Chiozza, 2010), se distingue entre:

- Los carcinomas: proceden de tejidos epiteliales como la piel o recubren los órganos internos corporales que revisten las cavidades y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata.
- Los sarcomas: se originan en los huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos, y tejido graso.
- La leucemia: se origina en las células que producen los leucocitos que circulan en la sangre.
- Los linfomas: se originan en las células del sistema inmunitario.

Ahora bien, muchos de ellos forman tumores sólidos, los cuales son masas de tejidos. Según la definición de Barbacci (citado por Gandur, 2008):

Los tumores son proliferaciones anormales de los “tejidos” que se inician de manera aparentemente espontánea, no se conoce la causa, de crecimiento progresivo, sin capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo. (p. 7)

Las características principales de los tumores son:

- 1) Forman una masa anormal de células.
- 2) Poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control.

¹Il cancro é una malattia complessa ed é il risultato di un comport che crescono senza controllo. (Cananea Chiara Della, 2006 p. 4)

- 3) Tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que lo provocó.

Es importante hacer una diferencia entre tumores benignos y malignos. Los tumores benignos son aquellos que no se extienden a los tejidos cercanos y no los invaden. El tumor se encuentra en una zona bien localizada y se puede curar mediante una extirpación quirúrgica. En cambio, los tumores malignos son aquellos que pueden infiltrar las estructuras adyacentes, destruyéndolas o propagarse a lugares lejanos, por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático, dando lugar a una metástasis.

El cáncer es en esencia un proceso genético, debido que es causado por cambios en los genes que controlan la forma de cómo funcionan nuestras células, especialmente la forma de cómo crecen y se dividen. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa. Hanahan y Weinberg (citado por Chiozza, 2010, p. 35), establecen las seis condiciones que consideran necesarias para producir una proliferación cancerosa:

1. ***“Autonomía con respecto a las señales que desencadenan el crecimiento:*** las células normales se reproducen como respuesta a señales que reciben de las células vecinas, las células cancerosas abandonan esa dependencia. Las mutaciones adquiridas las conducen a desconocer esos patrones normales del crecimiento y a una multiplicación anómala.
2. ***Evasión de las señales que inhiben el crecimiento:*** las células normales responden a las señales inhibitoras que mantienen la regulación del crecimiento. Muchas células del organismo permanecen sin dividirse. Las células cancerosas no responden a esas señales. Las mutaciones adquiridas interfieren en los patrones de inhibición.
3. ***Evasión de la apoptosis:*** la apoptosis es una muerte celular programada desde dentro y fuera de la célula, que a menudo se desencadena como consecuencia de que su ADN ha sido dañado y no se ha podido recuperar. Las células cancerosas evaden las señales que deberían conducirlos a la apoptosis.
4. ***Potencial replicativo ilimitado:*** las células normales poseen un dispositivo contador autónomo que define un número finito de

duplicaciones celulares, el cual, una vez alcanzado, las conduce a la senectud. Este dispositivo acorta, en cada replicación del ADN, las partes terminales de la cadena cromosómica, denominada telómeros. Las células cancerosas mantienen la longitud de su telómeros, lo cual conduce a un potencial replicativo ilimitado.

5. **Formación de nuevos vasos sanguíneos:** las células normales dependen de una arquitectura vascular que le suministra oxígeno y nutrientes, y que en el adulto mantiene una cierta constancia. Las células cancerosas inducen el crecimiento de nuevos vasos, necesarios para la supervivencia y la expansión de la neoplasia. La alteración del balance entre los inductores y los inhibidores angiogénicos activa lo que ha sido denominado como interruptor angiogénico.
6. **Invasión y metástasis:** las células normales mantienen su localización en el cuerpo y en general no emigran. La migración de células cancerosas hacia otras partes del cuerpo es lo que causa el mayor número de muertes por cáncer”.

Según Gandur (2008) existen ciertos factores que son capaces de originar cáncer, estos factores pueden estar relacionados con los cambios o daños genéticos, los cuales se pueden heredar o a veces se nace con esta mutación, por hormonas, infecciones de virus o por inflamaciones crónicas. También se pueden adquirir durante el desarrollo corporal a lo largo de la vida por la exposición a sustancias carcinógenas, como los productos químicos. Los principales factores que son capaces de originar una enfermedad oncológica son:

- Herencia: En el campo de la Genética Molecular, hoy se han comprobado una serie no despreciable de genes directamente involucrados en el desarrollo de diferentes tumores malignos. La predisposición genética al cáncer implica que un gran número de personas tengan un riesgo mayor a consecuencia de su historia familiar y/o personal.
- Sustancia química: el alquitrán de hulla y sus derivados, el arsénico, la nicotina se consideran altamente cancerígenos, se asocian con la elevada incidencia de cáncer de pulmón. El benzopireno (sustancia química presente en el carbón) se asocia con el cáncer de la piel. Una sustancia producida por el hongo *Aspergillus flavus*, llamada aflatoxina ocasiona el cáncer de hígado.

- Radiaciones: las radiaciones ionizantes constituyen uno de los factores causales más reconocidos, ya que producen cambios en el ADN como roturas o trasposiciones cromosómicas. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un período de latencia de varios años. Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a adquirir cáncer de piel y leucemia.
- Infecciones o virus: por ej. se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. El virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfopiteliomas, el virus de la hepatitis con la hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix.
- Heridas: se considera perjudicial la irritación mecánica producida sobre una porción de la piel y la fricción ejercida sobre lunares. El cáncer de labio en los fumadores de pipa se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el labio.

En Argentina en el año 2016 se produjeron 62.246 defunciones por tumores malignos que representaron el 18% de todas las muertes. El cáncer de pulmón es el que mayor número de defunciones provoca 9.484 muertes, concentrando aproximadamente el 15% del total de defunciones por cáncer al considerar ambos sexos. Le sigue el cáncer colonrectal con 7.596 defunciones (12%) y el cáncer de mama con 5.900 muertes (10%). El cáncer de pulmón en hombres y el de mama en mujeres representan el 20% de todas las defunciones por tumores malignos en cada uno de los sexos (Tabla 1).

Topografía	Varones		Mujeres		Ambos sexos		
	N	%	N	%	N	%	% Acumulado
Pulmón	6343	19,7	3139	10,5	9484	15,2	15,2
Colon-recto	4095	12,7	3495	11,7	7596	12,2	27,4
Mama	41	0,1	5858	19,6	5900	9,5	36,9
Páncreas	1966	6,1	2224	7,4	4191	6,7	43,7
Próstata	3834	11,9		0,0	3834	6,2	49,8
Estómago	1873	5,8	1052	3,5	2927	4,7	54,5
Cuello de Útero		0,0	2064	6,9	2064	3,3	57,8
Riñón y v. urinarias	1342	4,2	626	2,1	1970	3,2	61,0
Leucemias	1057	3,3	842	2,8	1899	3,1	64,0
Hígado y vías biliares	1079	3,3	789	2,6	1868	3,0	67,0
Esófago	1196	3,7	556	1,9	1756	2,8	69,9
Vejiga	1119	3,5	354	1,2	1473	2,4	72,2
Linfoma no Hodkin	822	2,5	617	2,1	1439	2,3	74,5
Escefago_SNC	718	2,2	582	1,9	1300	2,1	76,6
Vesícula	527	1,6	751	2,5	1278	2,1	78,7
Ovarios		0,0	1258	4,2	1258	2,0	80,7
Laringe	667	2,1	116	0,4	783	1,3	82,0
Mal definidos	2168	6,7	2110	7,0	4280	6,9	88,8
Otros	3427	10,6	3053	10,2	6485	10,4	
Total	32274	100,0	29947	100,0	62246	100,0	

Tabla 1: Distribución absoluta y relativa de defunciones por cáncer en varones y mujeres de Argentina 2016. Ballesterio Isabel y Abriata Graciela (2018). Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2018 Boletín vigilancia epidemiológica. Análisis de Situación de Salud por Cáncer. Argentina, 2018. (p. 21)

Tratamiento para enfermedades oncológicas

Para aproximarse a un tratamiento, primero se tiene que hacer una diferencia entre paciente oncológico y paciente hematológico.

Celano y Estrada (citado por Gandur 2008) dicen que el paciente oncológico es aquel que presenta un tumor, la enfermedad invade un solo órgano inicialmente, donde se reproducen las células tumorales; luego, al formarse un tumor las células se pueden desprender y viajar por la sangre o linfa e invadir a distintas células. Esas nuevas células cancerígenas que se forman en el nuevo órgano invadido, conservan las características del tejido original.

En cambio, en el paciente hematológico la enfermedad invade la médula ósea o tejido linfático, por lo que la enfermedad se propaga por todo el organismo. Se produce una alteración de toda la producción de células, por ende, es probable que durante todo el tratamiento requieran terapia transfusional. Entre los ejemplos de cáncer hematológico se encuentran la leucemia, el linfoma y el mieloma múltiple. También se llama cáncer de la sangre.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON CANCER	
De la enfermedad local (oncológico)	De la enfermedad sistémica (hematológico)
Cirugía	Quimioterapia
Radioterapia	Hormonoterapia
	Inmunoterapia

Tabla 2. *Estrategia de tratamiento.* (Celano y Estrada citados por Gandur 2008 p.12)

Es decir que, dependiendo del tipo de enfermedad oncológica, se empleará una modalidad u otra de tratamiento, aunque en la mayoría de los casos, el tratamiento combinará varias modalidades. Según lo describen el autor Lic. Gonzáles Carlos (citados por Gandur, 2008) los tratamientos más comunes utilizados son:

- Quimioterapia: el objetivo es evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invasión a los tejidos subyacentes o el desarrollo de metástasis. Es un tratamiento con uno o más fármacos que frenan el crecimiento de las células tumorales hasta que las extinguen. Este tratamiento se puede administrar a través de la vena y en determinados casos con pastillas. La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos para tratar el cáncer. Es una de las modalidades de tratamiento que ofrecen curación, control o paliación.
- Radioterapia: Consiste en la aplicación controlada de radiaciones ionizantes aplicadas de forma local, para lo que se utilizan diversos métodos y

tecnologías. Es un tratamiento que utiliza radiaciones para destruir células tumorales localizadas en una zona concreta. Se administra en sesiones breves pero diarias (5 días a la semana) como tratamiento único o asociado a otros tratamientos (quimioterapia o cirugía). Las radiaciones ionizantes provocan destrucción celular.

- Cirugía: La cirugía oncológica desempeña un papel insustituible en el tratamiento del tumor primario y en algunas localizaciones metastásicas, un definitivo tratamiento quirúrgico y el manejo de otras estrategias esenciales permiten el control del tumor y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Trasplantes: tratamiento utilizado en algunas formas de cáncer de la sangre (leucemias) o de los ganglios linfáticos (linfomas). Consiste en obtener células madre sanas extrayéndolas de la médula y guardándolas para su posterior transfusión al paciente. Las células madre sanas se pueden tomar del propio paciente cuando está en “fase de remisión” o bien se pueden tomar de otra persona sana y compatible. Antes del trasplante de médula ósea el paciente será sometido a un tratamiento de quimioterapia a altas dosis para lograr que entre en una “fase de remisión” de la enfermedad. La transfusión de células madre sanas se realiza por vía endovenosa.
- Hormonoterapia: Las hormonas son sustancias químicas producidas por glándulas, como los ovarios y los testículos. Las hormonas ayudan a algunos tipos de células cancerosas para crecer, como el cáncer de mama y el cáncer de próstata. En otros casos, las hormonas pueden matar las células cancerosas, enlentecer o detener su crecimiento. La terapia hormonal como tratamiento para el cáncer puede significar tomar medicamentos que interfieren con la actividad de la hormona o detienen la producción de éstas.
- Inmunoterapia: también denominada terapia biológica, estimula las defensas naturales del cuerpo a fin de combatir el cáncer. Utiliza sustancias producidas por el cuerpo o fabricadas en un laboratorio para mejorar o restaurar la función del sistema inmunitario.

Según los autores (Cáceres et. al., 2007) los tratamientos generalmente traen consecuencias físicas, psíquicas, sociales y espirituales

- ✓ **Físicas:** Dolor. Náuseas y vómitos. Diarrea. Cefalea. Fiebre. Fatiga. Alopecia. Pérdida o aumento de peso. Pérdida de apetito. Cambios en la imagen corporal (cicatrices, amputaciones, inflamaciones, etc.). Infecciones. Entre otros.
- ✓ **Psíquicas:** Miedo. Disminución de la autoestima. Sufrimiento. Angustia. Trastornos del sueño. Complejos ante la nueva imagen. Ansiedad. Depresión. Apatía. Obsesiones de cuidados intensos. Estrés. Fobias. Choque emocional. Sentimientos de negación, ira y culpa. Incertidumbre sobre el futuro. Falta de control en las situaciones. Entre otros.
- ✓ **Sociales:** Ruptura con la normalidad. Pérdida de autonomía. Aislamiento social. Excesiva dependencia del cuidador. Ausencias prolongadas al trabajo. Interrupción en sus actividades recreativas y laborales. Los ingresos económicos se ven disminuidos. Entre otros.
- ✓ **Espirituales:** Frustración existencial, vacío existencial, inhibición de las capacidades existenciales, falta de esperanza, angustia existencial, temor de una muerte próxima, pérdida del sentido de la vida. Entre otros.

Impacto de la enfermedad oncológica

El enfermo se ve afectado por el sufrimiento y dolor que puede desequilibrar su estado anímico. El dolor es una de las inquietudes principales de los pacientes oncológicos, tienen miedo a sufrirlo. La sensación de dolor es un mecanismo protector del organismo que alerta a la persona que lo padece de que algo funciona mal y le incita a llevar a cabo alguna acción para disminuir o eliminar ese dolor. Es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable que impide que la persona tenga una buena calidad de vida.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (citado por Gandur, 2008) define el dolor como una “experiencia displacentera sensorial y emocional, asociada a daño tisular actual o potencial o descrita en términos de dicho daño” (p. 63). En definitiva, dolor es lo que el paciente dice que es.

Se puede llegar a diferenciar entre el dolor procedente de la propia enfermedad y el dolor causado por los procedimientos del diagnóstico y el tratamiento médico. Para identificar el tipo de cáncer y determinar el mejor tratamiento se llevan a cabo numerosas pruebas diagnósticas que resultan dolorosas (efecto secundario al tratamiento). Como por

ejemplo inyecciones, punciones, amputaciones, biopsias, entre otros. A lo largo del tratamiento, se exponen a procedimientos potencialmente estresantes, como la radioterapia, quimioterapia o extracciones de sangre, que en ocasiones se han considerado incluso más dolorosos que la propia enfermedad. Por ello, también es común que se generen en ellos comportamientos negativos, de oposición, resistencia general y poca colaboración con el personal sanitario, lo que puede dificultar la adherencia al tratamiento.

No todas las personas que padecen dolor sufren, ni todas las que sufren padecen dolor. El sufrimiento forma parte de la condición humana. Chapman y Gravin (1993) (citado por Bayés, 2001), definen el sufrimiento como:

Un estado afectivo, cognitivo y negativo complejo caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. (p. 10)

Es decir que el sufrimiento humano tiene múltiples aspectos, por ejemplo: “El existencial se caracteriza por la falta de sentido de la vida, el dolor, la muerte y la angustia derivada del vacío de valores y significados”² (Tussi Laura, 2008 p.5).

Este concepto va más allá del dolor físico, el hombre puede sufrir por múltiples causas, por ejemplo, por la intensificación del futuro sin posibilidad de control, por la pérdida de un ser querido, por una enfermedad terminal, etc. El sufrimiento es consecuencia de la valoración personal y subjetiva de algo que amenaza o daña seriamente la existencia o integridad, y que nada se puede hacer para evitarlo o repararlo. Las causas de sufrimiento son innumerables y distintas para cada individuo, en cada momento de su vida. Controlar los síntomas somáticos no equivale a eliminar el sufrimiento. El dolor se puede aliviar con medicamentos, pero para aliviar el sufrimiento será preciso que la persona disminuya su valoración de la intensidad de la situación que considera amenazadora (Bayés, R., 2001).

La vivencia de una enfermedad oncológica, genera una percepción singular del cáncer: acontecimientos físicos, tumor (tamaños, tipos, etc.), intervenciones médicas y

² Il esistenziale si caratterizza nella mancanza di senso della vita, del dolore, della morte e nell'angoscia derivata da questo vuoto di valori e significati. (Tussi Laura, 2008 p. 5)

quirúrgicas. Esto va acompañado de un cúmulo de sensaciones, sufrimientos, temores, dolores y esperanzas (Chiozza, 2010). La palabra cáncer por sí sola ya tiene una intensa connotación afectiva, evoca la idea de una enfermedad que produce mucho sufrimiento y dolor y que constituye una sentencia de agobio y muerte. Hablar de muerte hace que las personas se enfrenten a su propia angustia y dolor, es vital hacer que se liberen de sus pensamientos y sentimientos para lograr una aceptación de la situación.

La Dra. Kübler-Ross (1993) en libro “*Sobre la muerte y los moribundos*”, describe el proceso de adaptación a la realidad en cinco fases psicológicas por las que atraviesa una persona que sabe que va a morir: son un proceso de aprendizaje donde finalmente se llega a comprender que se puede convivir con la enfermedad, con la pérdida o con la muerte.

- 1) **Negación y Aislamiento:** es un período inicial de rechazo, el paciente se resiste a aceptar la dura realidad. Es una respuesta hacia los puntos débiles y fuertes en sus indicios de afrontar la realidad en un momento dado.
- 2) **Ira:** esta fase se refiere a la proyección del enojo contra lo que los rodean o contra sí mismos. Surge hostilidad frente al medio, es una fase de desesperación en búsqueda de una respuesta. El paciente se ve obligado a aceptar la posibilidad real de morir.
- 3) **Pacto:** el paciente empieza a negociar con el personal sanitario o con personas significativas de su entorno; son comunes las promesas de sacrificio a Dios a cambio de que le devuelva la salud.
- 4) **Depresión:** el paciente se concientiza de su deterioro y de aquellas pérdidas de la vida cotidiana. La autora menciona dos tipos de depresiones: depresión reactiva o depresión preparatoria. La primera surge del resultado de la pérdida, se da por algún tipo de sufrimiento psicológico como por ejemplo culpabilidad o vergüenza, mientras que la segunda es necesaria y adecuada para que el proceso adaptativo pueda evolucionar, ya que prepara al paciente a enfrentarse con su muerte.
- 5) **Aceptación:** el paciente presenta en esta fase disminución del interés en general y resignación ante la muerte. Sin embargo, aparece una puerta abierta a la esperanza más allá de la aceptación de su enfermedad.

Otro aspecto que Kübler-Ross (1993) tiene en cuenta es la esperanza, como una respuesta adaptativa esencial que se mantiene a lo largo de todo el proceso y que no se contradice con la aceptación y comprensión de la realidad. La esperanza permite al enfermo mantener su tranquilidad, ánimo y aliento y además evita que el enfermo tenga una sensación de apatía, soledad y desanimo.

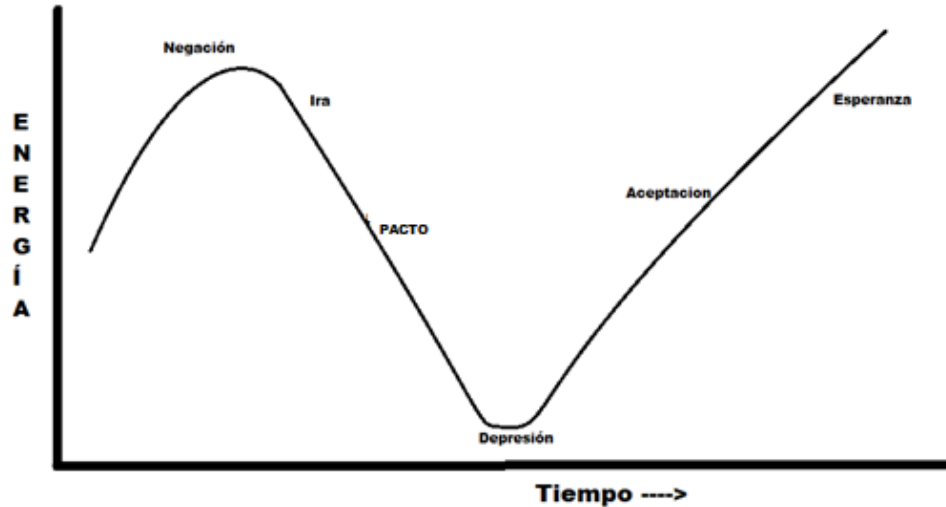


Figura 1: Modelo adaptado de las fases de duelo basado en la propuesta original de Kübler-Ross (1993).

Estas fases no son rígidas pueden ser de tipo circular, es decir que el enfermo puede en cualquier momento reiniciar el proceso según las circunstancias, duran diferentes períodos de tiempo y se reemplazan unas a otras o, también, pueden coexistir simultáneamente. El duelo por una enfermedad oncológica no debe de ignorarse o taponarse con tareas, sino que debe vivirse y expresarse.

La respuesta de la persona ante el impacto del diagnóstico y de los tratamientos va a depender de varios factores: su edad, madurez, ambiente familiar, nivel socioeconómico, religión y cultura a la que pertenece. Como así también del significado particular, individual, personal y familiar que tenga de la enfermedad.

Son pacientes que se ven invadidos por miedos y temores. Vidal y Benito (2012, p. 9) en su libro *“Psiquiatría y Psicología del paciente con Cáncer”*, mencionan:

- Temen la dependencia de los otros, la pérdida de autonomía y de privacidad: por el deterioro físico que ello representa.
- Temen conocer los riesgos: supone una incertidumbre sobre el futuro y culpa de transmitir el riesgo a sus hijos.
- Temen la transformación y la deshumanización: el verse desfigurados, mutilados y consumidos, que los lleva a estar desvitalizados e irreconocibles, temen que sus síntomas condicionen su estilo y calidad de vida.
- Temen el abandono de sus seres queridos, que el amor se transforme en piedad y que haya una carga emocional y afectiva.
- Temen y sienten miedo a la muerte y la impotencia de no poder impedirlo.
- Temen el ser curados y la posibilidad del retorno de la enfermedad.

El enfermo se impregna y se enfrenta a la soledad, al aislamiento, al desinterés, a la falta de curiosidad en la vida, a la pérdida del entusiasmo, a la incomunicación, al sentimiento de fracaso y al temor a la ruina de la salud o dinero. Esto se debe a la carga de significados trágicos: considerar la muerte como inevitable y como una sentencia, suponer que el dolor no podrá ser calmado, que los deterioros físicos limiten su vida.

Es importante mencionar que el impacto de la enfermedad no solo afecta a la persona que padece la enfermedad, sino también a sus parientes, allegados que están inevitablemente involucrados con la situación.

Posibles enfermedades de salud mental relacionadas al cáncer

El cáncer por sus características y connotaciones culturales impacta en la persona que lo padece generando una vulnerabilidad en la persona, lo que conlleva a que se puedan generar enfermedades paralelas y/o vinculadas, como por ejemplo: estrés, ansiedad, depresión, apatía, angustia, pánico, entre otros.

Desde el diagnóstico inicial y durante todo el tratamiento el paciente enfrenta un padecimiento no solamente biológico, también se observa el surgimiento de alteraciones en las dimensiones psicológica, social y espiritual, generando experiencias inesperadas, traumáticas y de incertidumbre, ya que esta enfermedad representa una amenaza significativa de la integridad física e impide que la persona pueda vivir una vida plena.

ESTRÉS

El padecimiento de una enfermedad oncológica constituye un verdadero estrés en sí mismo al verse enfrentado por una situación que lo impacta ante la muerte. Es así que el conocimiento de que se está enfermo de cáncer puede ser considerado como un acontecimiento traumático, ya que es un elemento desestabilizador para la persona, independientemente de la capacidad de adaptación a situaciones de crisis.

Saz de Kohan (citado por Vidal Carmen y Benito, 2012) define al estrés como: “el cuadro de descompensación psicosomática causada por estímulos inespecíficos que superan la capacidad adaptativa del individuo” (p. 14).

El término estrés ha pasado a ser utilizado indistintamente y de forma genérica, como sinónimo de tensión o de inadaptación, relacionado con experiencias negativas que conllevan a consecuencias adversas para la salud física, psicológica y social del individuo que la vive. Esta creencia no es correcta, ya que la presencia de un determinado nivel de estrés, denominado eustrés por su connotación positiva, puede tener efectos beneficiosos para el individuo permitiendo la activación física y mental del organismo y ayudando a las personas a poder afrontar situaciones complejas y difíciles. En la medida que el grado de estrés se aumenta, denominado diestrés por su connotación negativa, la persona es incapaz de adaptarse a las nuevas demandas de la situación, la experiencia de estrés se vuelve nociva y desemboca, con frecuencia en una serie de respuestas físicas, psicológicas y comportamentales negativas para el individuo.

Ante una enfermedad oncológica, el estrés se hace presente como reacción ante la presión mental, física, emocional y social. El cáncer constituye un acontecimiento que persiste en el tiempo, que pone a la persona entre una idea de vida y muerte, con tratamientos largos que producen efectos secundarios nocivos, experimentan hospitalización, malestar y aislamiento. Es una enfermedad que al ser crónica debe ser controlada de por vida, por lo que puede reactivar la incertidumbre sobre el futuro.

Como se viene mencionando, en una enfermedad oncológica existen factores estresantes y desestabilizantes que influyen en el paciente, en la familia, y en su entorno. Algunos de ellos son:

- Cansancio físico y emocional.
- Acumulación de preocupaciones económicas y laborales.
- Poca información acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Creencias y percepción acerca de la enfermedad.
- Hospitalización.
- Reducción de las relaciones sociales.
- Frustración.
- Falta de expectativas.
- Entre otros.

DEPRESIÓN Y ANGUSTIA

A nivel psíquico, la llegada del cáncer supone importantes modificaciones en la vida de la persona, ya que implica un cambio general en sus vidas, en sus rutinas, en sus planes y anímicamente en su imagen corporal, que pueden perjudicar su autoestima.

Los cambios en el estado de ánimo son frecuentes, siendo distintos y singulares en cada persona. La depresión y la angustia son reacciones normales en el paciente oncológico. Cuando se les comunica el diagnóstico es frecuente que las personas expresen su preocupación por lo que les pueda ocurrir. Posteriormente, pueden manifestar su temor a estímulos diversos. La depresión puede ser un efecto secundario de algunos medicamentos o puede ser causada por desequilibrios químicos en el organismo debido al cáncer.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.
(OMS, 2014)

Es posible que la depresión dificulte afrontar el tratamiento del cáncer y puede interferir en la capacidad de tomar decisiones. Ya que se hacen presentes sentimientos de tristeza, problemas de apetito, falta de energía, lo que llevaría a la persona a tener problemas para manejar su enfermedad. Las personas se sienten abatidas por lo tanto no pone energía para solucionar los problemas.

Cuando las personas sienten que no puede manejar o controlar los cambios causados por la enfermedad sienten angustia. La angustia es una emoción específica del ser humano, es compleja, difusa y desagradable, conlleva a repercusiones psíquicas y somáticas en el sujeto. Esta emoción puede ser adaptativa o no dependiendo de la reacción y el tipo de respuesta que tenga la persona. Frente a una enfermedad oncológica el papel que tiene la angustia es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente, es decir la capacidad de dirigir sus actos. Es un factor que puede reducir la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción normal que experimenta el paciente ante el diagnóstico y durante el proceso del tratamiento. Sin embargo, no todas las personas presentan el mismo grado de ansiedad. Esta puede llegar a ser severa o no.

Es normal en la medida que no represente un problema o incluso puede ser una forma constructiva y funcional de tratar la enfermedad. Es severa o elevada cuando se mantiene en el tiempo e interfiere en la capacidad para manejar la enfermedad, el enfermo se puede tornar reacio a visitar al médico y que inclusive piensen en suspender o abandonar el tratamiento. La ansiedad severa también puede reducir mucho la calidad de vida de las personas con cáncer al aumentar la sensación de dolor, causar vómitos y náuseas y al alterar el ritmo del sueño.

La enfermedad puede ser percibida como una amenaza real a la vida del individuo. Esta ansiedad es una respuesta ante la incertidumbre, que surge cuando se ve amenazada la propia sensación de integridad, de coherencia, de continuidad o la sensación de ser agente activo, produciendo que el individuo se sienta tenso, nervioso, preocupado o atemorizado (Ochoa Arnedo et.al., 2013).

Cuando la amenaza de la enfermedad oncológica se torna intensa pueden aparecer como consecuencia trastornos de ansiedad. El Dr. Reyes-Ticas Américo (2005) en su libro "*Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento*" invita a diferenciar los trastornos que pueden presentar las personas que sobrellevan una enfermedad clínica.

- Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por ansiedad y preocupaciones excesivas sobre acontecimientos de su vida, asociada a síntomas físicos de ansiedad (cefaleas, taquicardias, molestias gastrointestinales, insomnio, etc.).
- Trastorno de pánico: se caracteriza por crisis recurrentes e inesperadas, aparición repentina de miedo o malestar intensos acompañadas de varios de los siguientes síntomas: palpitaciones, dolor precordial, sensación de ahogo, mareos o vértigos, "estómago revuelto", temblor y sudoración, acompañándose de sentimientos de irrealidad o miedo a padecer o morir de una enfermedad grave o perder el control o enloquecer.
- Trastorno de adaptación con estado de ánimo ansioso: presentan síntomas de ansiedad, están experimentando un estresor psicosocial importante, por ejemplo: enfermedades, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, diagnósticos, jubilaciones, problemas económicos, etc.
- Trastornos fóbicos: pueden ser específicos (ansiedad significativa como respuesta a la exposición de situaciones o estímulos específicos temidos que da lugar a evitarlos. Ejemplo: ver sangre, agujas, etc.), social (ansiedad significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones públicas del individuo. Ej.: hablar en público, comer o escribir en público, conocer personas, hablar a figuras de autoridad, en las que teme comportarse en una forma humillante, ridícula o embarazosa, por lo que tiende a evitarlas) o agorafobia (fobia a lugares o situaciones donde escapar es difícil, los temores más frecuentes son alejarse de la casa, multitudes, congestión vehicular, quedarse solo).
- Trastornos obsesivos compulsivos: presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes, suficientemente severas para causar sufrimiento marcado e interferir en la rutina normal, en el funcionamiento o en las relaciones interpersonales. Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, involuntarios e indeseados (pensamientos sexuales, de contaminación, de duda, de violencia, de muerte, de enfermedades). Las compulsiones son comportamientos que se realizan de una forma ritual (lavado de manos, comprobaciones, recuento, etc.).

APATÍA

La apatía es un síntoma muy importante a tener en cuenta en los pacientes con enfermedad oncológica por la repercusión en la calidad de vida del mismo. El desgaste causado por una vivencia adversa causa un estado de tensión que puede generar la presencia de apatía. Este síntoma produce gran impacto y tiene como consecuencia una reducción importante en las actividades de la vida diaria de la persona. Los pacientes pueden manifestar conductas de oposición al tratamiento, bajo interés, motivación y preocupación por la situación vivida. Generando aplanamiento afectivo, sensación de falta de control, falta de perseverancia y desesperanza.

Cuidados Paliativos en el paciente oncológico

Se podría definir a los cuidados paliativos como aquellos que brindan acompañamiento, atención y cuidado personalizado al paciente oncológico y a su familia. Siguiendo a Cerezo Gonzales y López Caseros (2011) definen a los cuidados paliativos como “atención específica, activa e integral que debe recibir la persona con enfermedad terminal y sus familias atendiendo a todas sus necesidades” (p. 15).

Cuando la enfermedad se encuentra en una fase terminal, aún queda mucho por hacer por el paciente: aliviar su dolor y otros síntomas, ofrecer diálogo e información, dar apoyo al paciente y a sus allegados sobre la enfermedad y el duelo.

Este cuidado integral aporta conocimientos especializados sobre el acompañamiento y atención de cuidados procurando ayuda médica, psicológica, apoyo emocional y espiritual en el paciente oncológico como en su entorno (familia, amigos). Al ser integral abarca tanto la esfera física, psicológica, social y espiritual de la persona para poder alcanzar el máximo bienestar posible según el contexto en el que se encuentra. Es necesaria la participación activa del paciente.

Resaltando, la atención psicológica es determinante para realizar una valoración sobre sus habilidades y capacidades para afrontar la enfermedad, su estado de adaptación y de afrontamiento. Como afirman Cerezo Gonzales y López Caseros (2011) los objetivos de intervención psicológica a los que hay que apuntar en pacientes oncológicos son:

- Amortiguar el impacto emocional de las situaciones que se van desencadenando.
- Garantizar un proceso de agravamiento de la enfermedad digno.
- Implementar estrategias para el adecuado manejo de emociones, pensamiento y conducta.
- Facilitar el proceso de adaptación a las nuevas situaciones y pérdidas que conlleva la enfermedad.
- Facilitar la comunicación.
- Movilizar y potenciar las capacidades y habilidades.
- Facilitar su capacidad de transformación ante aquellas situaciones que no se pueden cambiar (como la muerte), ayudando a la persona a aceptarlas y trascenderlas.
- Mejorar su calidad de vida en el contexto presente.
- Prevención.
- Aliviar el sufrimiento, el dolor y los síntomas.
- Detectar necesidades: físicas, sociales, psicológicas, espirituales.

Capítulo 2: La Logoterapia

Breve introducción a la logoterapia

Frankl Viktor E. (1905-1997), médico neuropsiquiatra y doctor en filosofía, nació en Viena Austria. A partir del movimiento humanista existencial desarrolló la teoría de la logoterapia, la cual está destinada a la rehumanización de la psicoterapia.

En 1942, en plena Segunda Guerra Mundial, él y su familia fueron prisioneros en los campos de concentración. Fue precisamente esta experiencia la que lo llevó a plasmar su teoría basada en la búsqueda de un sentido para la vida del hombre.

Logoterapia proviene del griego “logo” que significa sentido, la palabra terapia denota cura, lo que lleva a considerar a la logoterapia como una “cura a través del sentido”. Generalmente este enfoque es conocido como terapia del sentido.

En respuesta a la dignidad humana, la misión logoterapéutica consiste en hacer que el hombre tome conciencia de su ser “responsable” y de su responsabilidad (Frankl, 2012). La responsabilidad está ligada a la búsqueda de sentido, exige respuesta a aquello singular y particular que se le presenta al ser humano. El hombre se tiene que hacer cargo de su propia responsabilidad y de tener un espíritu independiente de elegir porqué, de qué, ante quién se siente responsable.

Los fundamentos básicos que subyacen a la logoterapia se basan en tres conceptos:

- 1) Libertad de la voluntad: el hombre es un ser finito, lo que supone que la vida del hombre tiene límites. La libertad humana no es omnipotente es finita, es decir que el ser humano no posee la aptitud de poder total para realizar acciones o hacer lo que desea. Es así como Frankl (2003b) en su libro *Psicoterapia y existencialismo* plantea que el hombre no está libre de condicionantes, sean biológicos, psicológicos o de naturaleza sociológica, pero es y sigue siendo libre de tomar posiciones con respecto a estos condicionantes; siempre conserva la libertad de decidir su actitud para con ellos.

El hombre es libre de aceptar o rechazar un valor que le ofrece una situación. De elevarse por encima del nivel de los determinantes somáticos y psíquicos de su existencia. Por esto mismo se abre a una nueva dimensión. La dimensión de lo noético, en

contraposición a lo somático y lo psíquico. Así el hombre se vuelve capaz de adoptar una actitud no sólo con relación al mundo, sino también en relación consigo mismo. Es un ser capaz de reflexionar sobre sí mismo y hasta de rechazarse, es decir que es un ser capaz de distanciarse de sí mismo, abandonando el plano de lo biológico y lo psicológico para pasar al espacio de lo noológico.

Lukas Elisabeth (2008) concibe a la libertad no como una capacidad que pueda adquirirse o perderse, sino más bien como un poder hacer, siendo una capacidad. Es aquel poder que posibilita la adquisición de capacidades humanas. Es una posibilidad inmanente al ser humano. Es su existencia misma.

2) Voluntad de sentido: la búsqueda por parte del hombre del sentido de su vida constituye una fuerza primaria para encontrar un significado y un propósito en la vida. Es la tensión sana y radical del hombre para hallar y realizar un sentido. Frankl (1982) entiende que el hombre está intentando siempre encontrar sentido a las cosas, poniendo constantemente en juego su búsqueda de sentido; es decir “voluntad de sentido” ha de considerarse incluso como la “principal preocupación del hombre”. La voluntad de sentido no es tan sólo una cuestión de fe, sino también un hecho, es una realidad. Es el motor de la existencia humana.

Voluntad de sentido se distingue de los conceptos de voluntad de poder y voluntad de placer, presentados por la psicología “adleriana” y “freudiana” respectivamente. Porque, cuando el hombre solo puede responder desde la voluntad de placer y/o poder, queda atrapado en la vivencia del sufrimiento y del abatimiento, así se ha frustrado el deseo de sentido. El ser humano no va en pos de placer ni de poder, sino que va tras de una plena realización y de una vida con sentido.

3) El sentido de la vida: se descubre, generalmente cuando el hombre halla significativa su vida por lo que hace, sus obras, su creatividad, también por sus experiencias, sus encuentros con lo verdadero, bueno y bello del mundo y por sus encuentros con los demás, con otro ser único. Pero incluso faltándole al hombre creatividad y receptividad, puede todavía realizar un sentido en su vida. Porque lo que importa es la actitud con que afronta el destino inevitable e inexorable (Frankl, 1982), es por eso por lo que la vida nunca cesa de tener sentido. Cuando el hombre se plantea que actitud toma ante un destino que ya no puede cambiar (una enfermedad incurable, un cáncer inoperable) permite encontrar un significado a ese

sufrimiento. De alguna manera, el hombre deja de estar sufriendo en el momento en que encuentra un significado.

Al ser el hombre único y singular el sentido es relativo, es decir que él mismo está relacionado con una persona específica que está involucrada en una situación concreta, por ejemplo: no hay dos modos iguales de llevar la misma enfermedad. Como dice Frankl (2012) “el sentido difiere de hombre a hombre, de día en día y de hora en hora. Existe solo un sentido para cada situación” (p. 47). Los sentidos son descubiertos, encontrados, no inventados y otorgados. El hombre los busca y los encuentra en crear algo, en experimentar algo o amar a alguien e incluso en las situaciones adversas. Lo importante no es el sentido de vida en términos generales sino el sentido concreto de la vida de cada individuo en un momento dado.

El sentido de vida se puede encontrar a través de la realización de valores. El hombre cumple con un sentido siempre que realiza sus valores, el despliegue progresivo de dichos valores permite al hombre ir conformando una vida plena de situaciones con sentido. Según Frankl tal realización es posible mediante tres caminos:

- 1) Valores de creación: considera lo que el hombre da al mundo a través de su trabajo, sea produciendo una obra o ejecutando un acto.
- 2) Valores de experiencia: aquello por los cuales una persona es enriquecida amando y/o dejándose amar o acogiendo el mundo en la contemplación artística de su belleza. Es lo que el hombre recibe del mundo.
- 3) Valores de actitud: se realizan adoptando la actitud adecuada ante un sufrimiento inevitable.

En conclusión, para que el hombre logre realizarse necesita una capacidad creadora (lo que uno mismo puede llegar a dar), una capacidad vivencial (lo que acoge del mundo) y también necesita la capacidad de poder afrontar las situaciones que generan sufrimiento. Esto le permitirá reconocer su responsabilidad frente a las tareas singulares y específicas y frente a los valores que elige. Los valores permiten al hombre realizar el máximo grado de significado de la vida.

Las personas que tienen cáncer necesitan un sostenimiento para poder cargar su destino y lograr lo mejor de esa situación. Es decir, se haría mención a la posibilidad de

cambiar la actitud y de realizar esos valores para encontrar nuevas posibilidades de realización para su propia vida.

Concepto antropológico de la logoterapia

La logoterapia tiene una idea acerca del hombre, considerando que su realidad es compleja y que por su constitución abarca diferentes dimensiones en una unidad y totalidad, por lo tanto, es integral. Estas dimensiones son:

- Somática: constituida por todo el ámbito biológico y corporal del ser humano.
- Psicológica: constituida por toda la realidad psicodinámica del ser humano.
- Social: constituida por todo el entorno y contexto del ser humano.
- Noética, esta es la específicamente humana, donde el hombre se constituye como tal.

El ser humano está condicionado por su biología, su psiquismo y por su entorno socio-político-económico-cultural en el que se desarrolla su historia.

El hombre es singular, no puede ser reemplazado porque ser persona significa ser distinto a otro ser. A su vez, la vida del hombre es única, ya que nadie puede repetirla. Frankl (1987) considera al hombre como un ser en búsqueda de sentido y responsable de su realización, pero no solo busca el sentido sino, como se viene mencionando a lo largo de la investigación, también lo encuentra en crear algo, en amar o querer a alguien e incluso en las situaciones adversas como podría resultar el vivenciar una enfermedad oncológica. El hombre realiza los valores que están reservados a él individualmente y por eso el sentido de su vida es individual, único y solo él lo puede realizar.

Frankl en su libro *el hombre doliente* define al hombre como:

Es un ser que siempre decide lo que es. Un ser que alberga en sí la posibilidad de descender al nivel de un animal o de elevarse a una vida acendrada. El hombre es ese ser que ha inventado las cámaras de gas; pero es también ese ser que caminó en dirección a esas cámaras de gas en actitud erguida o rezando el Padre nuestro o con la oración judía de los agonizantes en los labios. (1987, p. 207)

En referencia a este concepto, Frankl (1979) dice que el hombre es su propio determinante, lo que alcance a ser es lo que ha de construir por sí mismo. A su vez es el único capaz de realizar una acción en contra de su experiencia y raciocinio, lo que lo lleva a obrar en contra del sentido. Responde de forma libre a las cuestiones que le plantea la vida, sin olvidar que además de esta libertad, que no es arbitraria, tiene responsabilidad.

Por tanto, el hombre no llega a ser realmente hombre y no llega a ser plenamente él mismo sino cuando se entrega a una tarea, cuando no hace caso de sí mismo o se olvida de sí mismo al ponerse al servicio de una causa o al entregarse al amor de otra persona. (Frankl, 1992, p. 10)

La vivencia de una enfermedad oncológica

Las vivencias son sucesos, hechos y situaciones que transitan las personas, por lo cual son vividas como singulares y particulares, las mismas se encuentran determinadas por: el contexto familiar (cuenta o no con pilares que lo sostienen, vínculos, afectos, etc.), el contexto socioeconómico (apoyo social, relaciones interpersonales, recursos económicos, educación, etc.) y el contexto circunstancial (particularidad de la etapa/situación de vida en la que se encuentra inmerso, ya que no es lo mismo durante un embarazo, durante una mudanza, un duelo, una enfermedad, etc.).

Cuando aparecen imprevistos en la vida humana (enfermedades, adversidades, accidentes, etc.) lo primero que una persona se podría preguntar es acerca del “por qué”, pidiendo explicaciones de lo sucedido. Cuando la persona logra poder salir de la búsqueda de esas explicaciones, puede empezar a preguntarse acerca del verdadero sentido. Es entonces, cuando el hombre puede preguntarse acerca del “para qué”, lo que le permite al hombre decidir, tomar posición, afrontar y aceptar las cosas que les pasan, es así que se ponen en marcha sus capacidades existenciales para hacer algo respecto a lo sucedido.

Los acontecimientos negativos en la vida se pueden denominar “tragedia”, la cual hace referencia a sucesos imprevistos que arrasan e irrumpen con la vida del hombre y no se pueden evitar. Confunden, desorientan y distraen al hombre de su proyecto, de su camino generando desconcierto. Todo lo ordenado y establecido se ve distorsionado y perdido. Una enfermedad oncológica, por ejemplo, es considerada como una “tragedia”, ya que invade de pleno el proyecto de vida de una persona.

Al hombre no le alcanza solo con sobrevivir porque naturalmente está orientado hacia un proyecto, vive para realizar su proyecto. Como bien dice García Pintos:

El hombre desarrolla su existencia, no gracias al mero sobrevivir sino pasando a través de las cosas que “le” pasan en orden a lograr la culminación de su propio proyecto. La superación de las cosas que le pasan es su modo humano de vivir. (2006, p. 22)

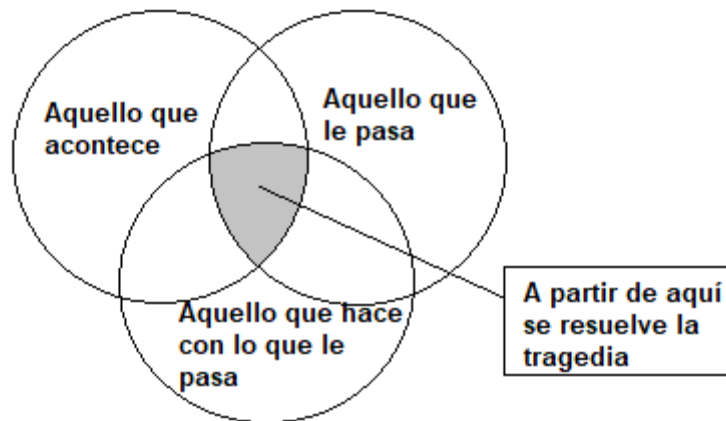


Figura 2. Cuando nos encontramos en medio de situaciones trágicas, usualmente bajamos los brazos ante la impronta de los hechos, perdiendo de vista la totalidad del problema. Esta totalidad está conformada por estos tres ámbitos.

Es importante y determinante la posición que el paciente adopta ante tal situación, su actitud ante el sufrimiento y la adversidad. El único abordaje posible y necesario es el de la actitud del paciente respecto a su propia enfermedad, ya que esta brinda la oportunidad de reconstruir su propia vida.

La “tragedia” deja en pie la oportunidad de la reconstrucción, siempre hay algo que puede ser hecho, algo que puede ser elegido o decidido. Las situaciones adversas permiten, tomar conciencia de aquello que vale la pena (García Pintos, 2006). Es posible crecer tomando como punto de partida una situación límite. Aun cuando la realidad resulte inmodificable queda margen para variar la actitud personal con que se la enfrenta.

Hay que tener en cuenta que no existe una vida sin sentido, cada situación vivida por el hombre tiene un sentido, incluso las difíciles y dolorosas, el sentido siempre está presente y puede ser hallado. La vida humana de ninguna manera se desenvuelve siempre en forma positiva, pero siempre es plena de sentido, bajo cualquier circunstancia por ejemplo, una enfermedad puede ser el inicio para corregir posturas internas que no permiten una vida plena, ya que nadie es el mismo después de superar una tragedia.

Dice Frankl en su libro *“el hombre doliente”*: “nadie puede evitar el encuentro con el sufrimiento ineludible, con la culpa inexcusable y con la muerte inaudible”. (1987, p. 49). Sin embargo, de estos aspectos negativos se puede extraer un sentido. “Un sufrimiento, una enfermedad puede ser incurable; pero el paciente solo desespera en el momento en que ya no puede ver un sentido en el sufrimiento” (Frankl, 2011, p. 183).

Triada trágica

Cuando Frankl explica el concepto de la tragedia hace referencia a tres situaciones que le tocan vivir al hombre inevitablemente: el sufrimiento, la culpa, y la muerte. “No existe ser humano que pueda decir que nunca ha fallado, que no sufre y que nunca morirá” (Frankl, 2012, p. 52). El sufrimiento, la muerte y la culpa son parte de la existencia, sin ellos estaría incompleta.

1) Sufrimiento

Unas de las motivaciones del ser humano es experimentar que la vida tiene sentido incluso en situaciones de adversidad, en los aspectos trágicos de la vida, por lo que se hace necesario empezar a descifrar aquellos interrogantes que la vida plantea. Por ello, el sentido es posible a pesar del sufrimiento, a través de la actitud de transformar las situaciones del individuo en algo positivo, en un logro significativo (Frankl, 2012). Como bien dice Frankl “ni el sufrimiento, ni la culpa, ni la muerte pueden privar a la vida de su sentido” (2011, p. 107).

Se puede encontrar sentido en el amor y en el trabajo y también en una situación desesperada que no se puede cambiar, modificando la propia actitud, creciendo, madurando, trascendiendo y transformando la tragedia en un triunfo. “El sufrimiento deja de ser sufrimiento, en cuanto encuentra un sentido” (Frankl, 1979, p. 135).

Frankl brinda posibles actitudes frente al sufrimiento:

- ✓ Escapismo: evitación de contacto con aquello que pasa.
- ✓ Apatía: imposibilidad de poder sentir sufrimiento.
- ✓ Autocompasión: vivencia del sufrimiento como algo injusto que le pasa.
- ✓ Contacto con el dolor: asumir lo que está ocurriendo

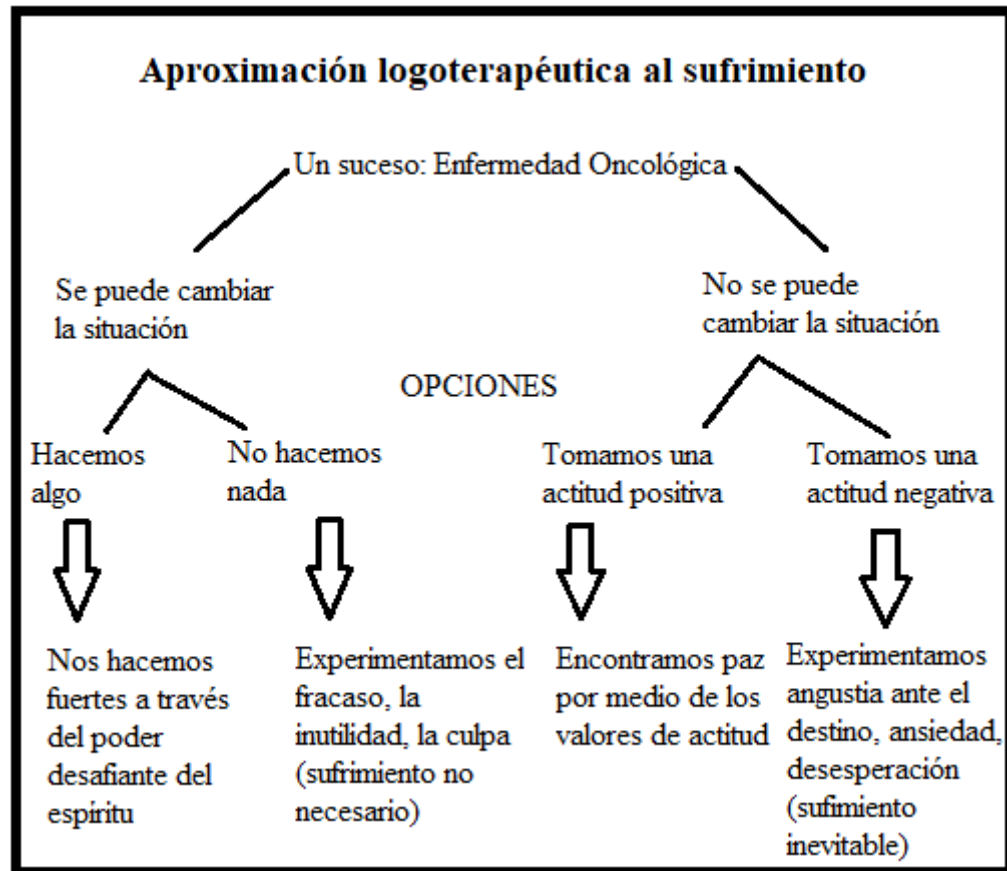


Figura 3: Modelo de aproximación logoterapéutica al sufrimiento de Lukas Elisabeth, (citado por Loto Romina, 2008).

El sufrimiento nos hace enfrentar con nuestras vulnerabilidades y debilidades. Cuando una persona enferma, ha de aceptar ese sufrimiento y la enfermedad porque se convierte en su única tarea o propósito, ya que nadie puede transcurrir, redimirle o sufrir en su lugar. La aceptación fortalece, madura y da logros a la vida humana.

2) Culpa

Es preciso reconocer la culpa como una parte del ser humano que se encuentra al servicio de su desarrollo y superación personal.

Toda la problemática de la culpa está basada en la libre decisión humana y en su responsabilidad. En cada situación la persona ha de elegir entre diferentes posibilidades y es la propia conciencia la que ha de descubrir cuál es la que tiene sentido, dadas las características concretas, únicas e irrepetibles tanto de la situación como de la propia persona. El hombre es libre de elegir y al mismo tiempo responsable de la decisión que toma. Como afirma Frankl “sólo un ser que es responsable puede llegar a ser culpable. De aquí se desprende que un ser que ha recibido la gracia de ser libre y responsable está condenado a llegar a sentir angustia y hacerse culpable” (1992, p. 137).

El hombre es responsable del transcurso de su vida, todas las decisiones una vez tomadas, son irrevocables y definitivas. Ante una decisión la persona ha de poder descubrir qué valor está esperando ser realizado en esta situación determinada. Se puede decir que, si se realiza lo significativo, la persona se encuentra con su sentido, cuando se realiza lo no-significativo, tiene culpa y se aleja del sentido.

Lo que el hombre ha hecho no puede ser deshecho. En la medida en que es responsable por lo que ha hecho, no es libre de deshacerlo. Por regla, ser humano implica ser libre y responsable. En el caso excepcional de la culpa, no obstante, el hombre es todavía responsable, pero ya no libre. Mientras que la arbitrariedad es libertad sin responsabilidad, la culpa es responsabilidad sin libertad; sin libertad, esto es, excepción hecha de la libertad de escoger la actitud correcta ante la culpa. (Frankl, 2003b, p. 77)

El hombre no se tiene que liberar de sus culpas, no se tiene que justificar por sus conductas, debe reconocerlas y asumirlas, para su crecimiento y desarrollo personal. A su vez, la culpa se presenta como un recurso liberador, ya que hace ver a la persona todo un abanico de posibilidades que se puede escoger en lugar de realizar lo que se hizo. Este abanico queda a disposición para ser utilizado a futuro en situaciones similares. Asimismo, es liberadora porque permite llegar a reparar a través del arrepentimiento las decisiones y a asumir responsabilidad.

Frente a una enfermedad terminal se pueden tomar decisiones apresuradas y elecciones erróneas como ser: la deserción, no seguir los pasos del tratamiento, resistencia al cumplir con prescripciones médicas, se culpan a sí mismo por la enfermedad, entre otras.

Cuando se está enfermo la persona es responsable de la forma de reaccionar frente a dicha enfermedad como un destino inevitable a enfrentar.

En fin, cada persona es libre de decidir, asumir la responsabilidad de sus decisiones, y de responder en caso de tomar elecciones erróneas. La culpa puede convertirse en una oportunidad para aprender, para cambiar y para no repetir errores cometidos anteriormente.

3) Muerte

Como se viene afirmando a lo largo de este trabajo, la vida del hombre es finita, entonces es obvio que todos moriremos, por lo tanto, nadie debería sentirse sorprendido por el hecho de la muerte. Sin embargo, la muerte es imprevisible: nadie sabe cuándo, cómo, ni donde morirá. Es un hecho que duele siempre, es impuesta e inevitable.

La muerte se trata de una amenaza permanente a lo largo de toda la vida. Sin embargo, cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad que tiene connotación de muerte, provoca diferentes significados en cada persona en particular. La muerte es una experiencia absolutamente personal y de un significado que sólo quedará develado por cada uno. En algunos puede ser un significado positivo y ayudar al hombre a encontrar sentido y significado a las actividades y vivencias que tiene. También puede animarlo a construir algo que permanezca después de la muerte, un triunfo ante la amenaza. En otros puede ser un significado negativo, tomándola como una especie de apatía, indiferencia o también puede ser vista como huida (García Pintos, 2006).

Es importante que el hombre pueda tomar conciencia de su propia muerte o de su enfermedad (impacto de muerte) y que su vida es significativa debido a que, su sufrimiento no es en vano. Esta conciencia de muerte le permitirá al hombre:

Transformar lo que sería una mera sucesión de días, en una vida significativa, una cronología en una historia con sentido. Le permitirá ir madurando la idea de la suerte y prepararse para que cuando llegue el inevitable momento, pueda estar a la altura del evento. (García Pintos, 2006, p. 85)

Sin embargo, puede haber cierto temor del hombre a la propia conciencia por las oportunidades no aprovechadas. Temor ante la enfermedad, a no disponer tiempo de vida para realizar algo pleno de sentido. Es cuestión que el hombre se deje de imponer condiciones

de vida agradables y acepte que la enfermedad y la muerte son parte de su vida y que la extensión del tiempo es una oportunidad de hacer algo pleno de sentido para él.

La vida tiene un sentido, bajo cualquier circunstancia, el sufrimiento y la muerte pueden transformarse en algo positivo a condición de que el hombre salga a su encuentro con la adecuada actitud. La vida del hombre tiene sentido a través de la creación o experiencia sino también a través del sufrimiento y la muerte.

En definitiva, los tres componentes de la triada trágica (sufrimiento, culpa, muerte) hacen entender que:

Se puede convertir el sufrimiento en una realización y un logro humano, deducir de la culpa la oportunidad de cambiar a mejor y ver en la transitoriedad de la vida un incentivo para actuar de manera responsable. Lo que importa es: transformar el sufrimiento en realización, la culpa en conversión y la muerte en un estímulo para la acción responsable. (Frank, 2011, p. 206)

La esencia de la existencia consiste en la capacidad del ser humano para responder responsablemente a las demandas que la vida le plantea en cada situación particular.

La dimensión espiritual

La dimensión espiritual debe entenderse como una dimensión antropológica. La dimensión espiritual sería, para Frankl, la más esencial y genuina del existir. Es la dimensión específica del hombre. Además, es la que permite al hombre tomar postura ante lo recibido del mundo, ya que lo espiritual es lo personal, es el soporte del hombre, es lo que el hombre “es”. Entonces la acción humana no es simplemente la resultante de dos vectores: físico y psíquico, sino que es expresión de la voluntad humana, la cual tiene origen en la espiritualidad del hombre.

El hombre pasa a la dimensión noética cada vez que reflexiona acerca de sí mismo —cada vez que se establece como objeto— o cuando se hace objeciones a sí mismo; cada vez que se hace consciente de sí mismo —o cuando manifiesta la capacidad de obrar según su conciencia—. De hecho, tener conciencia presupone la exclusiva capacidad humana de ponerse por sobre uno mismo, juzgar y evaluar los propios actos en términos de moral y ética. (Frankl, 2012, p. 21)

La espiritualidad humana es considerada como el núcleo sano de toda persona. Es una dimensión libre y auténtica. Frankl, parte del hecho de que el hombre podía enfermar en los planos somático y psíquico, pero nunca en su dimensión espiritual.

Lo espiritual es una dimensión constitutiva del ser humano, es lo esencialmente humano que se integra naturalmente con la dimensión psicofísica haciendo al hombre un todo integrado: bio- psico- espiritual. (Sáenz Valiente Sofía, 2009, p. 63)

Frankl (2012) esboza dos leyes que permiten explicar la ontología dimensional. Esto no viene a resolver el problema psicofísico; pero es posible que la ontología dimensional haga entrever por qué el problema psicofísico es insoluble. La primera ley dice:

Uno y el mismo fenómeno, proyectado fuera de su propia dimensión, en diferentes dimensiones inferiores a la suya propia, se representa de tal manera que las figuras individuales resultantes se contradicen una a la otra. (Frankl, 2012, p. 24)

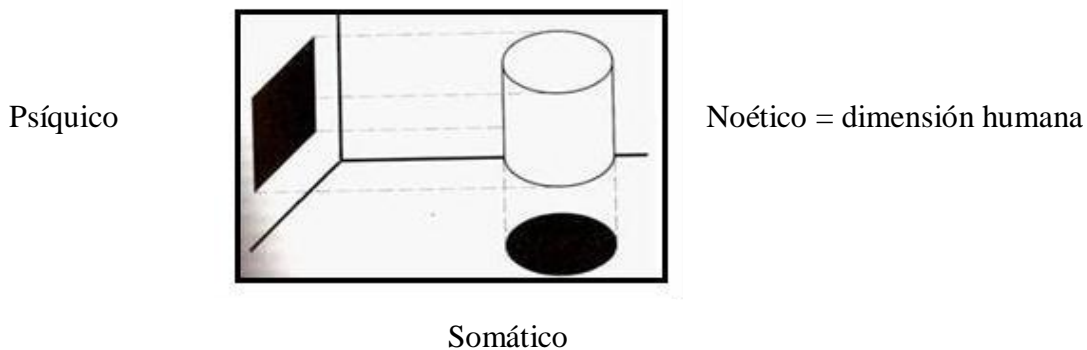


Figura 4: Ontología dimensional, primera ley. (Mori Harald, 2009, p. 339)

Siguiendo a Frankl (2012), si se proyecta un cilindro, desde el espacio tridimensional a los planos bidimensionales, resulta en un caso un círculo y en el otro un rectángulo. La proyección genera una contradicción porque, aporta imágenes diferentes de un mismo objeto. Siguiendo esta ley aplicada al tema de investigación de este trabajo, lo que puede ocurrir es que dos profesionales que estén atendiendo a un paciente oncológico tengan un punto de vista parcial y limitado de una misma persona. Puede ser que ambas perspectivas profesionales muestren dos visiones posibles de la realidad de la persona, pero no hay que olvidar que están enfocadas desde diferentes ángulos. Por ello se hace necesario una mirada integral e interdisciplinaria del paciente.

La segunda ley de la ontología dimensional dice:

Diversas cosas proyectadas desde su dimensión, no en diversas dimensiones, sino a una misma dimensión inferior, dan lugar a figuras que son polivalentes. Si se proyecta, por ejemplo, un cilindro, un cono y una esfera desde el espacio tridimensional al plano bidimensional de la planta seccionada, resulta siempre un círculo. Si suponemos que se trata de sombras que proyectan el cilindro, el cono y la esfera, las sombras son polivalentes porque yo no puedo inferir de ellas si es un cilindro, un cono o una esfera lo que las proyecta. (Frankl, 2012, p. 26)

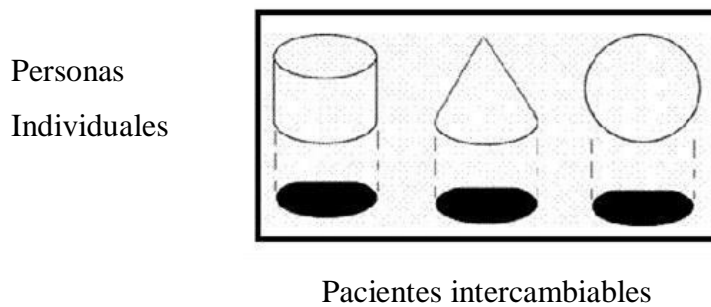


Figura 5: Ontología dimensional, segunda ley. (Mori Harald, 2009, p. 339)

Siguiendo esta segunda ley, en un paciente con cáncer, se podría aplicar de la siguiente manera: en un plano bidimensional, el paciente oncológico puede ser reducido a un mismo tratamiento, considerando iguales aspectos en su desarrollo, que otro paciente solo teniendo en cuenta un plano somato-psíquico, perdiendo así toda individualidad. En cambio, el mismo paciente proyectado en un plano tridimensional, su tratamiento será único, desde una mirada más integral y amplia, considerando así toda su singularidad (somático-psíquico-espiritual).

No existe una vida sin problemas, sin lidiar con enfermedades. Por lo tanto, se considera importante acompañar al paciente en sus planteos existenciales más cuando se trata de una enfermedad terminal, y también se considera necesario saber cuáles son las razones por las que una persona permanece sana o recupera la salud o cuando enferma más rápido que otras, y porque algunas personas no logran recuperarse (Mori Harald, 2009).

La transitoriedad de la vida

La noción de finitud, de fugacidad del tiempo ha perseguido al hombre desde siempre. La vida del hombre se manifiesta siempre cuestionada por la misma existencia. La libertad, la soledad, la muerte, el sentido de vida son cuestiones que ocupan y preocupan en el hombre. Sin embargo, la existencia es una realidad dinámica, cambiante, desafiante que apela al hombre respuestas nuevas, creativas y significativas. La persona no está hecha para mantenerse en su existencia, para mantener un equilibrio homeostático, sino para crecer (Frankl, 1987). La transitoriedad de la vida es uno de los problemas más importantes que debe enfrentar un paciente con enfermedad oncológica.

El hombre debe tratar de ser justo con el trayecto transcurrido, ya que el futuro “no es” en realidad aún, y solo el pasado es la auténtica realidad. Es importante aceptar el trayecto de vida, que es único en el universo, una sola vez e irrepetible. Como bien afirma Frankl (2002) en su libro “*Voluntad de sentido*”: el pasado, en vez de ser fuente de angustia, es lo que constituye la solidez de la persona, lo ya ganado, aunque, en el caso de haber errado, lo pasado es incorregible, por lo que se acentúa así la gravedad de la responsabilidad humana ante las posibilidades que puede realizar. Por ello, Frankl (1979) tiene en cuenta la transitoriedad de la vida, al verla como un incentivo en el hombre para actuar de manera responsable. Como bien menciona Frankl en su libro “*psicoterapia y humanismo*:

Si todo está almacenado en el pasado, es importante decidir, en el presente, qué es lo que queremos eternizar haciéndolo formar parte del pasado. He aquí el secreto de la creatividad: movemos algo desde la “nada del futuro” hacia el “ser del pasado”. La responsabilidad humana se basa, pues, en el “activismo del futuro”, en la propia elección de posibilidades a partir del futuro, y en el “optimismo del pasado”, es decir, tornando estas posibilidades en realidades al rescatarlas del puerto del pasado. Ésta es, por tanto, la razón de la transitoriedad: todo es efímero porque todo está huyendo desde la vacuidad del futuro hacia la seguridad del pasado. (1982, p. 86-87)

El único tiempo verdadero es el pasado, el tiempo de las realizaciones imborrables, imposibles de ser borradas o anuladas. Son estas, presentes en el pasado de la vida, las que terminan definiendo una vida. El futuro es y será por siempre una oportunidad inagotable, pero no está por delante el valor de la vida, sino por detrás (García Pintos, 2006).

Ahora bien, en la transitoriedad de la vida el paciente con enfermedad oncológica, enfrenta no solo al sufrimiento, sino también a la muerte. Cuando estos pacientes observan su vida retrospectivamente, sienten la necesidad de encontrar una respuesta que les permita manejar la circunstancia de que todo tiene un final y de que todo lo que han vivido terminará y se perderá para siempre. Es importante crear en ellos la convicción de que en el pasado, nada está perdido sino que todo está almacenado.

El hombre es el responsable del uso que haga de lo que le ofrece el pasado para actualizar sus potencias, para realizar valores, sean creativos, experienciales o actitudinales. Cuando ha realizado un valor, cuando ha consumado un sentido, lo ha hecho de una vez para siempre. (Frankl, 2012, p. 54)

Cuando una persona enferma enfrenta la transitoriedad de la vida, tiene la oportunidad de elegir entre reconocer que tiene sentido el esfuerzo de vivirla a cada momento, reconociendo su valor, o darse por vencida y ser reduccionista. La enfermedad representa un reto y plantea un problema que solo el hombre mismo puede resolver, este momento de vida es irremplazable, es imposible pedir una postergación.

A veces el hombre se engaña y cree que puede escapar de la necesidad de tomar decisiones responsables. Pero sus esfuerzos son vanos, dondequiera que vaya debe enfrentarse a las exigencias de la vida y al imperativo de aceptar compromisos significativos, valiosos y existenciales (Frankl, 2003b).

Sentido de vida en personas con enfermedad oncológica

El sentido de vida es un dilema verdaderamente humano. El sentido de vida es singular, propio y particular de cada persona, no es algo dado, sino que es descubierto, ya sea por la realización de valores, por sus experiencias o por sus encuentros con otros o con el mundo. El sentido de la vida fundamenta la razón, el motivo y el propósito por el cual vivir, es decir llena el propósito de la existencia del hombre.

Sin embargo, esta búsqueda de sentido puede ser interrumpida cuando una persona enfrenta una adversidad, un padecer o un sufrimiento como por ejemplo una enfermedad oncológica.

A pesar de esta enfermedad el hombre puede encontrar posibilidades de sentido, ya que el sentido de vida puede surgir aún en el sufrimiento, todo depende de la actitud que tome la persona frente a lo inevitable.

Una persona con cáncer, consciente de sus propias responsabilidades, teniendo un motivo por el cual continuar luchando, puede llegar a alcanzar su sentido de vida, buscando significados que rodean a esta experiencia. Por lo tanto, descubrir que la vida tiene un sentido es importante para el enfrentamiento a la enfermedad. Como bien dice Nietzsche: “quién tiene por qué vivir puede soportar cualquier cómo” (Citado por Frankl, 1979, p. 101).

Suprasentido

Al hacer referencia a este concepto, lo que este trabajo pretende es situar un concepto trascendente. Los valores de creación, experiencia, actitud son camino de autotranscendencia. Sin embargo, existe un sentido que no depende de otros, ni de futuros proyectos. Es una referencia a Dios y al sentido espiritual de la vida. “Es aquello que sobrepasa la limitación humana”. (Frankl, 1979, p. 140)

Este sentido se compone de sentidos parciales, situacionales. Es más, este sentido solo se puede y se debe descubrir y realizar en forma de sentidos situacionales. Se puede calificar este sentido como “suprasentido”.

Suprasentido se lo entiende como aquel que devela la realidad oculta de una persona, su sentido último. Por ejemplo: la razón por la que a una persona le toco vivir en un entorno familiar y social, la razón por la que una persona ha sufrido accidentes, enfermedades, perdidas, incapacidades, etc. pero también la razón por la que ese ser humano se esfuerza por su desarrollo y crecimiento, la razón por la que se compromete con su vida y busca realización en su actitud.

Este sentido último permitirá al paciente con cáncer asumir su madurez y capacidad para desarrollar seguridad, confianza y valor para afrontar la enfermedad. Si una persona enferma encuentra su sentido al sufrimiento, esta vivencia puede ser tomada como una situación que permite desarrollar actitudes positivas ante la adversidad, fortaleciendo el sentido de vida.

Es cierto que toda enfermedad tiene su «sentido». Pero el sentido auténtico de una enfermedad no está allí donde la busca la investigación psicosomática, no en el qué del estar enfermo, sino más bien en el cómo del sufrimiento. Por consiguiente, es un sentido que debe estar ya dado en la enfermedad y esto sucede siempre que el paciente, cumple en un padecimiento auténtico y marcado por un auténtico destino el posible sentido de un sufrimiento necesario e inevitable. Es evidente que también el estar enfermo tiene su sentido. Pero se trata de un suprasentido, es decir, de algo que desborda toda la capacidad de la comprensión humana. (Frankl, 2003a, p. 62)

El suprasentido no es un asunto de pensamiento, sino es cuestión de creencia, ya que solo puede tener sentido en el plano de lo existencial, por ejemplo, a través de la fe. Frankl (2003a) indicó que este sentido último excede y sobrepasa la capacidad intelectual del hombre.

El hombre no puede traspasar la diferencia dimensional existente entre el mundo humano y el divino, pero puede alcanzar el sentido último a través de la fe, que es mediada por la creencia en el ser último.

Frankl, se ocupa de la fe como un concepto amplio, es visto en relación al suprasentido, es una categoría trascendente, del campo existencial. Por ello, la idea de un fin último escapa a las posibilidades humanas. Es importante aclarar que cuando Frankl habla de fe no se refiere a un concepto estrictamente religioso, no se limita a un creer o no en Dios. Para algunas personas será Dios (en sus diferentes versiones, que responden a diferentes religiones) y para otros esa fe será entidades de diversa naturaleza. De todos modos, ese suprasentido o sentido último le otorga significado a todos los sentidos particulares y tranquiliza al hombre en tanto le permite comprender un referente coherente superior a él (García Pintos, 2006).

Capítulo 3: La realización existencial

La logoterapia y el análisis existencial se podrían considerar como dos teorías que se complementan. Se entiende a la primera como un método de tratamiento psicoterapéutico, mientras que la segunda representa una orientación antropológica de investigación. Por ende, la logoterapia explica su visión del ser humano a través del análisis existencial.

La logoterapia pretende introducir el sentido y una reflexión sobre los valores en la psicoterapia mientras que el análisis existencial se basa en la existencia y supone una reflexión sobre la libertad y responsabilidad. Frankl afirma que: “ambos, la logoterapia, y el análisis existencial, constituyen una psicoterapia «orientada en lo espiritual». [...]. La logoterapia parte de lo espiritual, y el análisis existencial conduce a lo espiritual” (1987, p. 164)

A partir de aquí, se puede comenzar a describir el concepto de realización existencial, debido a que el mismo emerge desde el conjunto de ambas teorías.

La realización existencial le pertenece a cada persona, es específico de cada uno. Con su singularidad y particularidad, cada ser humano tiene la posibilidad de desplegar su esencia que implica una determinada manera de ser. Cada persona cumple con su sentido siempre que realiza sus valores.

La realización existencial no es algo que este dado, completo y terminado, se encuentra en permanente construcción. Es aquella en donde el hombre logra poder responder sobre su propio ser, donde puede transformarse y desplegar todas sus potencialidades. Permite poder estar abierto a sí mismo, a los demás y al mundo. Y construir un proyecto de vida para alcanzar la autenticidad. El hombre está inmerso en el mundo en donde establece relaciones y es capaz de juzgar su progreso y alcanzar su propio desarrollo personal.

El ser humano está sujeto a diversas situaciones y vivencias que le posibilitan tener la capacidad suficiente para transformarse y lograr su plena realización. El hombre siempre está en camino de realización porque hay algo que no está terminado, porque su existencia se encuentra sometida a un proceso de construcción, llega a su realización existencial cuando elabora su proyecto, se sale de la cotidianidad, está abierto al mundo y cuando asume su vida desde el sentido.

Lo verdaderamente importante es comprender cómo, de qué modo, de qué manera, con qué modalidad, realiza el hombre sus vivencias, la posición crítica que toma frente a la vida y como acepta que la vida es compleja.

Para lograr la realización existencial se necesita de las capacidades existenciales, como ser: autodistanciamiento, autotrascendencia, responsabilidad y libertad.

Längle y Orgler (citado por Boado de Landaboure N., 2002) consideran que estas capacidades existenciales son necesarias y las personas las deben tener para alcanzar una plena realización existencial. Representan condiciones estructurales de la existencia humana. Estos autores definen a estas capacidades como: la aptitud de hacerle frente satisfactoriamente a las circunstancias y situaciones que le toca vivir a una determinada persona. Es poder tomar una postura que posibilite enfrentar momentos críticos apelando las capacidades existenciales para hacerle frente a situaciones cotidianas o vitales difíciles. A su vez, afirman que la capacidad es “poder ser uno mismo, en medio de la propia realidad somática, psíquica y social, como así también de habérselas satisfactoriamente con las circunstancias propias y ajenas” (Boado de Landaboure N., 2002 p. 30).

El adecuado empleo de estas capacidades lleva a la persona a un importante ajuste para hacer frente a situaciones vitales difíciles, estas capacidades posibilitan en su manifestación una forma adecuada de afrontar los momentos críticos (Längle y Orgler citado por Boado de Landaboure N., 2002). Esta dinámica búsqueda de descubrimiento y realización de las capacidades constituyen el movimiento natural propio de la persona humana. Se despliegan a lo largo de su vida inspirando una existencia que se dispone a concretar un proyecto personal.

Es por esto que, en la ayuda al otro se emprende la difícil tarea de activar las capacidades existenciales que se encuentran dormidas para que pueda asumir la vida, con una fuerza plena mediante el descubrimiento de un valor, pero desde la toma de postura libre y responsable (Boado de Landaboure N., 2002).

En conclusión, para llegar a una visión general de la realización existencial, considerando la temática de esta investigación: realización existencial en adultos con enfermedad oncológica, se tendría que describir en la medida de lo posible la manifestación de estos cuatro conceptos: autotrascendencia, autodistanciamiento, libertad y

responsabilidad, para describir su expresión siendo esta plena, y/o considerando la presencia de posibles bloqueos, inhibiciones, y disminuciones de las capacidades existenciales.

Llegar a una realización existencial, es la meta final de las personas, así logran su sentimiento de entrega, paz en existencia, y autenticidad. En la medida que la persona alcanza su realización existencial en ella empiezan a florecer capacidades de amor, vitalidad, voluntad, y sentido. La realización existencial consiste en que al realizar su vida con sentido, el hombre se acepte plenamente.

Las personas que enfrentan situaciones terminales tienen la posibilidad de remitir su salud o al menos, evitar perderla por completo, considerando también la dimensión espiritual a través de poder dar sentido a la situación que se está atravesando; aplicando su capacidad para distanciarse y ejerciendo su libertad para otorgar sentido a lo que les sucede en cada momento. De esta forma, el poder darle sentido a la salud pasa a ser la condición que nos permite desarrollar plenamente las capacidades existenciales en toda situación, especialmente en los casos donde el sufrimiento es intenso (Ferrández Formoso Raquel, 2019).

Autotrascendencia

La autotrascendencia señala el hecho antropológico fundamental de que el existir humano siempre hace referencia a algo o alguien más allá de sí mismo, puede ser un proyecto, una persona, una misión, un sentido que hay que cumplir o hacia otra persona y/o Dios a cuyo encuentro se va con amor (Frankl, 1992).

En palabras de Frankl Viktor:

El hombre se realiza a sí mismo en la medida que se trasciende al servicio de una causa o en el amor a otra persona. Con otras palabras, el hombre sólo es plenamente hombre cuando se deshace por algo o se entrega a otro. Y es plenamente él mismo cuando se pasa por alto y se olvida de sí mismo”. (1987, p. 45)

El ser humano por su propia naturaleza espiritual, está convocado a autotrascenderse para realizarse como hombre. La autotrascendencia se manifiesta en un proceso madurativo

y de realización que solo puede consumarse al ir alejándose de sí mismo y dirigiéndose a otro ser diferente de sí mismo (García Pintos C., 2006).

La autotrascendencia es la esencia de la existencia. Es la que permite que la existencia sea auténtica. Por ende, se la puede definir como la capacidad humana de soltarse a sí mismo, de ampliar su propio horizonte, de sobrepasarse, de estar entregado a algo diferente de sí, perteneciente al mundo y vivido como valioso, olvidándose de sí mismo. Así, se consigue la óptima maduración posible del propio ser (Frankl, 2012).

Ante una enfermedad oncológica las personas se enfrentan a una situación concreta que lleva a procesos de superación de duelos, a la pérdida y/o disminución de las capacidades físicas, psicológicas y sociales, incluso a algunos a la muerte. Es importante que puedan descubrir cuáles son sus desafíos o tareas para poder realizarlos. Si los pacientes conocen para quién vivir o por qué quieren volver a estar sanos, esto actuará como una capacidad para ser más condescendientes con uno mismo y activar el poder de auto-sanación (Mori Harald, 2009).

Cuando se manifiesta la autotrascendencia del hombre, teniendo en cuenta la conexión consigo mismo, con los demás y con su entorno, va a hacer capaz de generar un cambio frente al padecimiento, mejorando su adaptación y afrontamiento a las adversidades, llevándolo a encontrar el significado de su propia existencia y a convertir su sufrimiento en un logro, lo cual es uno de los actos humanos más elevados.

Autodistanciamiento

La logoterapia define al autodistanciamiento, como “la capacidad de tomar distancia respecto de nosotros mismos, de nuestros problemas, y padecimientos, para verlos en perspectiva” (Sáez Valiente S., 2009, p. 132). El hombre puede tomar distancia no solo de una situación, sino también de sí mismo (Frankl, 2012).

Por ejemplo, en un caso de una persona con cáncer, el autodistanciamiento se hace necesario para que el paciente pueda objetivar los síntomas y poder distanciarse de ellos, para que pueda comprender que puede tomar una postura ante ellos y hacerles frente. Es decir, que pueda tomar conciencia de sus problemas y tensiones y decidir qué actitud adoptar ante ellos.

La persona debe entender que no es una enfermedad, sino que tiene una enfermedad, esto permitirá darle a la persona una oportunidad de ver a su propia enfermedad y sus problemas desde otro punto de vista, sacando a la enfermedad del centro de interés.

La persona es dinámica, tiene la capacidad de distanciarse, de apartarse de lo psicofísico y social para manifestarse en lo espiritual.

Ex-sistir significa salirse de sí mismo y enfrentarse consigo mismo, y eso lo hace la persona espiritual en cuanto se enfrente como persona espiritual a sí misma como organismo psicofísico. Sólo este autodistanciamiento de sí mismo como organismo psicofísico constituye a la persona espiritual como tal, como espíritu. Únicamente cuando el hombre entabla un diálogo consigo mismo, se desglosa lo espiritual de lo psicofísico. (Frankl, 2002 p.80)

Esta capacidad, permite al hombre dejar de mirarse a uno mismo para poder ver más allá de sí, es decir que el hombre puede abrirse al mundo para lograr percibir a los otros y sus valores. Por lo tanto, facilita elevar la mirada para ver más allá de sí y percibir al otro, los otros o lo otro (Boado de Landaboure N., 2002).

El hombre llega a lograr el autodistanciamiento a través de diferentes manifestaciones como ser el humor, la osadía, la fantasía y el juego. El humor es la capacidad de desdramatizar situaciones de vida, no transformarlas en dilemas, o problematizarlas, plantear con claridad aquello que nos toca vivir. Es una fuente clara de la capacidad de autodistanciamiento, ya que cuando se lo logra se puede ver de frente el problema e incluso llegar a reírse de él (García Pintos, C., 2009).

Libertad

Boado de Landaboure Noemi reconoce a la libertad “como la posibilidad de ser del hombre, es decir un “poder ser” más allá de todo condicionamiento. Si bien es constitutiva, se presenta al hombre como la posibilidad de opción” (2002, p. 61). El hombre, por ser hombre posee siempre libertad solo que a veces la limita libremente porque no siempre es consciente de su propia libertad.

Según Frankl (2003b), el hombre se enfrenta a tres condicionantes sobre su libre albedrío: psíquico (ser capaces discernir y elegir entre una variedad de situaciones),

biológico (físico, herencia) y social (relacionado con el deber moral). Pero a pesar de la influencia de dichos condicionantes, el hombre no está totalmente determinado por estos factores. El hombre como ser espiritual que es, siempre podrá disponer de sus condicionamientos, pudiendo elegir libremente una postura frente al mundo, su vida y el hacer algo para sí y para los demás. Así Frankl (2012) afirma que ya no depende el hombre de sus condicionamientos, sino que estos dependen de la decisión del hombre, en tanto que será él quien elija rendirse ante ellos o superarlos.

Frankl en su texto *el hombre doliente* afirma que:

El hombre, sólo desde su libertad espiritual puede decidirse en un sentido o en otro: en favor o en contra de una disposición, de una base caracterológica o de una predisposición instintiva; en una palabra: sólo desde su libertad espiritual puede el hombre afirmar o negar un instinto. (1987, p.135)

Frente a una enfermedad oncológica el hombre puede sentir que pierde su autonomía, que sufre límites en sus capacidades vitales y quiebres en sus rutinas, pero solo él es capaz de decidir, elegir, adoptar, aceptar o rechazar la actitud que quiere ante este sufrimiento inevitable.

El ser humano no está determinado completamente por su enfermedad, ya que le incumbe al hombre decidir si se deja vencer o someter a ella o si decide resistir y trascenderla para alcanzar la plenitud.

El ser humano es libre y responsable. Toda libertad debe ser responsable, ya que el hombre se siente verdaderamente libre cuando se hace cargo de su decisión o elección. El modo en que enfrenta cada situación de la vida, la forma en que responde al sufrimiento por más inevitable que sea, es una decisión personal.

A los pacientes con enfermedad oncológica hay que ayudarlos a entender que frente a una adversidad siempre hay opciones que uno puede elegir apelando a la responsabilidad, es decir haciéndose cargo de lo que elige.

Responsabilidad

El hombre no es solamente un ser libre, también es responsable. Ambos conceptos están unidos, ya que el “poder ser” está ligado al “deber ser”. Actuar con responsabilidad hace libres a las personas. En libertad se elige y de esas elecciones las personas se hacen responsables. La responsabilidad es el valor agregado de la libertad, es el hacerse cargo.

Frankl enfatiza en sus obras que: la logoterapia parte de que la responsabilidad es la auténtica esencia de la existencia humana: vivir conlleva un deber, pero también tiene un sentido el cual es siempre cambiante y distinto.

El hombre es responsable de dar la respuesta correcta a la pregunta, de encontrar el verdadero sentido, de una situación. El hombre es responsable del uso que haga de lo que le ofrece el pasado para actualizar sus potencias, para realizar sus valores, sean creativos, experienciales o actitudinales. El hombre es responsable de lo que debe hacer, a quien amar y como sufrir. (Frankl, 2012, p. 47-54)

Ser responsable es hacerse cargo del modo en que se enfrenta cada situación de la vida. Al hombre le corresponde interpretar y decidir ante qué, quién y para qué es responsable. La responsabilidad del hombre es la que le permite llegar a la realización de valores, ya sea a través de una obra, de una vivencia o de una posición ante sí mismo, los demás o la vida.

El ser humano es responsable de sus actos y de cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo. Cuando se está enfermo la persona es responsable de la forma de responder y reaccionar frente a dicha enfermedad como un destino inevitable a enfrentar.

Realización existencial a través de las capacidades existenciales



Figura 6

En conclusión, para que una persona pueda llegar a expresar su realización existencial, más allá de las situaciones adversas que se le presenten en el camino, es necesario dilucidar las cuatro capacidades existenciales, ya que en su conjunto, contribuyen a llevar a cabo la búsqueda de sentido, la actualización de sus valores (creativos, experienciales, actitudinales), lograr una vida plena de sentido, elaborando su proyecto de vida el cual abre posibilidades de que pueda engrandecer su existencia según su situación actual.

Capítulo 4: La realización existencial en personas con enfermedad oncológica

En una persona enferma además de los síntomas físicos propios de la enfermedad, la experiencia de sentido y valor de sí mismo también se ve afectada o cuestionada. Nadie pone en duda que el enfermo que desarrolla una enfermedad oncológica se ve afectado por un dolor físico y un sufrimiento psíquico que puede desequilibrar su estado de ánimo.

Puede estar comprometida su capacidad para realizar valores creativos y experienciales, como también la calidad de vida puede verse reducida, debido que experimentan una intensa angustia, desesperanza, desamparo, emociones negativas, afectación en las relaciones interpersonales, entre otras (Mori Harald, 2009). En otras palabras, se puede decir que lo físico y psíquico en una persona con enfermedad oncológica queda afectado, impidiendo y limitando que se pongan en juego las manifestaciones de las capacidades existenciales de la persona, por ende, tornándose más vulnerable.

Siguiendo este pensamiento, la enfermedad oncológica limita las posibilidades de desarrollo espiritual. La dimensión noética frente a la enfermedad corporal queda impotente e invisible, sin poder manifestarse o expresarse. Como nos indica Frankl (2012), en ella reside lo constitutivamente humano esto es, la unidad trascendente de la conciencia y la responsabilidad que permite concebir al hombre como un ser dotado de libertad y de voluntad de sentido que se dirige siempre hacia algo trascendente y no meramente a la consecución de su supervivencia. En palabras de Frankl Viktor:

La enfermedad psicofísica puede perturbar, mas no destruir, a la persona. Lo que la enfermedad puede destruir es el organismo psicofísico. Este organismo constituye el campo de acción y el campo de expresión de la persona. El desarreglo del organismo significa, en consecuencia, nada menos, pero nada más, que un bloqueo del acceso a la persona. (1987, p. 104)

Si bien, se sabe que la dimensión espiritual no enferma, si pueden restringirse sus manifestaciones. Más allá del aspecto físico-corporal de la enfermedad, los pacientes pueden padecer una comorbilidad en la dimensión psíquica, como se dijo anteriormente, depresión, ansiedad, estrés, etc. Más aún, los pacientes pueden sufrir de una frustración existencial, una carencia de sentido en la vida o un vacío existencial.

El vacío existencial se genera en el hombre cuando su búsqueda de sentido se ve frustrada, cuando no reconoce lo que quiere y pierde su orientación, cuando subestima sus capacidades humanas específicas (su voluntad de sentido, su libertad y su responsabilidad). Este vacío lleva a la persona a no logra un proceso reflexivo y tampoco una conciencia de sí, por lo cual, genera una frustración existencial.

El vacío existencial puede encontrarse en la persona como visible o de forma oculta. Las principales manifestaciones son el aburrimiento y la apatía. Se caracteriza por un ánimo depresivo, inactividad, desesperanza, desesperación y vivencia de sinsentido, las personas se sienten estresadas, débiles, cansadas, sobrecargadas y vislumbran su futuro con temor (Mori Harald, 2009).

Entonces, a lo que apunta el vacío existencial es a una inhibición de la voluntad de sentido, a un bloqueo de la persona en sus valores, sean creativos, de experiencia o actitudinales. Frankl (2002) afirma que para la superación del vacío existencial y para recuperar la condición humana, la persona debe hacer frente a su responsabilidad, al cumplimiento de sentido.

Las capacidades existenciales pueden llegar a estar restringidas en sus manifestaciones, aunque su núcleo este intacto. Estos permiten al hombre relacionarse consigo mismo y con los demás y así demostrar un auténtico sentido de vida. Estas capacidades permanecen en potencialidad humana, sin embargo, también pueden restringirse. Es decir que se inhiben las capacidades de autodistanciamiento y autotranscendencia.

El espíritu humano es limitado, no menos pero tampoco más. El cuerpo no origina nada; él solo limita; pero esta limitación del espíritu humano consiste, no en último lugar, en la dependencia del espíritu humano de su cuerpo... En la supeditación del espíritu humano a la integridad de la función instrumental y expresiva de su organismo psicofísico. Esta doble función en la que se basa toda capacidad de acción o de expresión de la persona espiritual, se puede perturbar pero no por esto se pueda destruir la persona espiritual. (Frankl, 2011 p. 65-66)

El hombre busca movilizar esas capacidades existenciales, para llegar a su plenitud existencial, al cumplimiento del sentido y a la realización de valores. Pero al estar

obstaculizadas o restringidas, dichas capacidades, por la enfermedad oncológica no puede lograr la expresión espiritual en su plenitud.

Sin embargo, no hay que olvidar que la vida humana es plena de sentido bajo cualquier circunstancia, incluso en aquellas que son adversas. No existe situación de vida alguna sin sentido. Es por esto, que hay que resaltar que lo que frustra las posibilidades de una realización existencial no es la muerte, sino la indiferencia en el aquí y ahora ante esas posibilidades.

Estos bloqueos noéticos que obstaculizan e inhiben las capacidades existenciales pueden desencadenarse en vicios patógenos. Sáez Valiente Sofía (2009) menciona dos: uno de ellos es la hiperreflexión la cual se manifiesta como una excesiva atención en uno mismo, excesiva autoobservación que busca conocer en detalle cómo se desarrollan determinados procesos en nosotros. Obstaculiza la espontaneidad y la actividad en general. Se pierde la naturalidad con la que se debería hacer las cosas. Una persona con enfermedad oncológica puede llegar a caer en una reflexión exagerada de sus padecimientos.

El otro vicio es el denominado hiperintención, se trata de una exagerada intención de lograr o alcanzar algo. Por ejemplo, en una persona con cáncer puede desembocar en un actuar errado o desviado respecto de su propia naturaleza humana.

Ante una enfermedad oncológica se tiene aún la posibilidad de recuperar la salud o de no perderla por completo, teniendo en cuenta siempre la actitud de la persona, sus planteos acerca del sentido, su capacidad para distanciarse y su realización de libertad y responsabilidad que ejerce ante las situaciones que le suceden en cada momento. Así, la persona logra desarrollar plenamente las capacidades existenciales, ejerciendo la autotrascendencia, autodistanciamiento, libertad y responsabilidad en toda situación especialmente en los casos en donde la persona tiene un sufrimiento intenso.

Lo que importa, entonces, según Frankl Viktor (2012) es la posición que el paciente adopta ante su situación, la actitud que elige ante su sufrimiento: en otras palabras, la realización del sentido del potencial del sufrimiento. El único abordaje posible y necesario es el de la actitud del paciente respecto a su propia enfermedad un problema que acosa al paciente que sufre de una enfermedad incurable y que debe enfrentarse no solo al sufrimiento, sino también a la muerte.

El siguiente grafico ayudará a comprender, cómo puede llegar a vivir una persona con una enfermedad oncológica y cómo se resuelve esa persona que ha tomado conciencia de su condición, de su enfermedad.

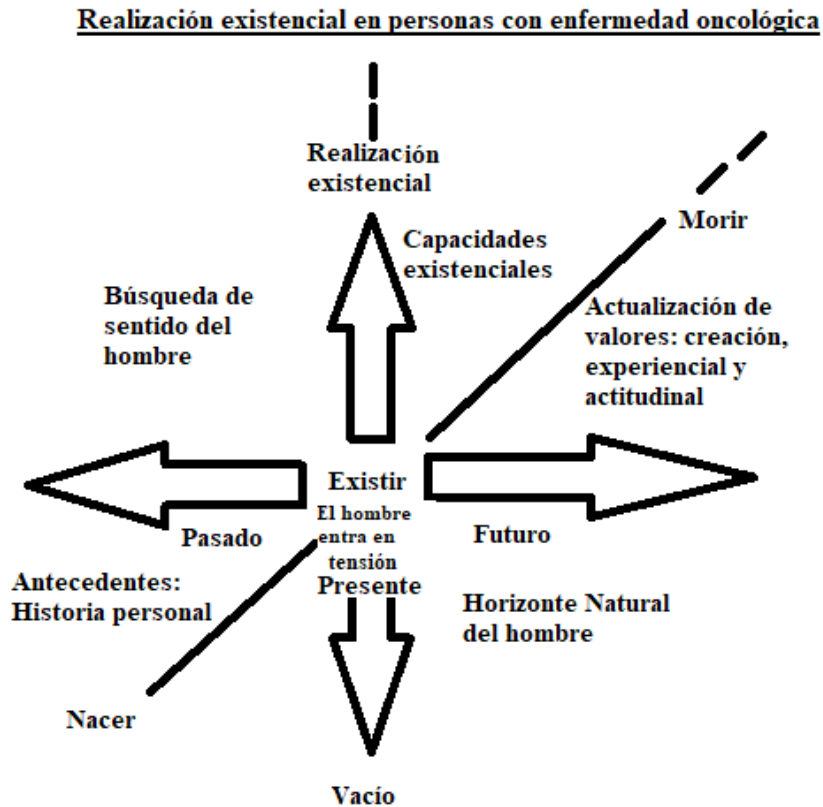


Figura 7: Modelo adaptado del grafico “envejecer con sentido” basado en la propuesta original de García Pintos, C. (2006).

La existencia del hombre despliega posibilidades para llegar a su plenitud. Pero al mismo tiempo el hombre debe enfrentar adversidades que se le presentan (enfermedad oncológica) que marcan tensión. Mientras va resolviendo el aquí y ahora, a su vez apela a resolver su existencia y a realizarla mediante la actualización de valores, a través de la búsqueda de sentido y de la manifestación de sus capacidades.

Pasado, presente y futuro: el hombre se desarrolla a través del tiempo. La vida del hombre transcurre en un proceso dinámico. “el pasado como el tiempo glorioso de las realizaciones, el presente como el momento de la acción y el futuro como el horizonte inagotable de oportunidades de realización” (García Pintos, 2006 p. 194).

Nacer, existir y morir: la recta de la vida, la realidad natural que atraviesa el hombre, susceptible a los procesos de crecimiento, maduración, deterioro y muerte. Existir hace referencia al cruce de todos los vectores presentes en el gráfico (pasado, futuro, el vacío y la realización existencial) queriendo significar cada día la acción del hombre resolviendo la orientación de su propia existencia. La muerte no significa el fin de la persona espiritual (por eso la línea de puntos al final) a través de los valores y sus capacidades entra en la dimensión espiritual, que la inteligencia humana aun no entiende.

El hombre entra en tensión: a lo largo del trayecto de la vida van ocurriendo sucesos que provocan desorientación, tensión, confusión y distracción. Estos acontecimientos pueden llegar a hacer perder el rumbo. El ser humano está llamado a superar esos sucesos, está destinado a redimir su existencia, a hacer de ella una historia con sentido. Para ello, el hombre debe resolver la adversidad del momento y orientarse a su realización.

Vacío: coarta el proceso de realización de la persona. El hombre no puede lograr la expresión espiritual en su plenitud ya que, presenta una indiferencia en el aquí y ahora ante su propia existencia. La carencia de poder actualizar sus valores y buscar sentido daría origen al vacío existencial que desencadenaría en el desarrollo de manifestaciones clínicas. El hombre caería en un conformismo, es decir que no se sabrá que quiere y estará dispuesto a hacer lo que otros hacen o caería en un totalitarismo, es decir haría lo que otros quieran que se haga.

Realización existencial: es poder ser uno mismo, a pesar de la realidad personal, se llega a través de la búsqueda del sentido de vida, del descubrimiento de la existencia, del encuentro con sus capacidades existenciales, a través de la elaboración de proyectos, misiones o tareas del hombre. Alcanza su realización existencial cuando sale de la cotidianidad, cuando está abierto al mundo y cuando asume su vida desde el sentido.

Antecedentes, historia personal: Recopilación de situaciones, experiencias y vivencias significativas, únicas y singulares que constituyen la biografía del hombre y hacen parte de su campo fenomenológico a lo largo de su desarrollo. Es decir, todo aquello que acontece en la historia de la persona: situaciones vitales, relaciones, sistema familiar, laboral, social, enfermedades (físicas-psíquicas), etc. A su vez, esta información permite saber cómo

se fue configurando su personalidad, sus debilidades y fortalezas, su forma de ver el mundo, a sí mismo y a los demás.

Horizonte natural del hombre: el pasado y el futuro condicionan la vivencia del hombre. El primero desde sus antecedentes, desde lo ya realizado. En cambio, el segundo desde aquello que el hombre pretende encontrar como posibilidad de realización. El futuro es el horizonte natural del hombre que lo conecta con la idea de realización. “El hombre es lanzado hacia ese horizonte inagotable de posibles realizaciones” (García Pintos, 2006 p. 200).

Actualización de valores: para que el hombre logre realizarse necesita de la actualización de valores, de una capacidad creadora, vivencial y actitudinal para afrontar situaciones que le generan sufrimiento. Los valores permiten al hombre realizar el máximo grado de significado de la vida.

Capacidades existenciales: actitud de hacerle frente de manera satisfactoria a los sucesos que le toca vivenciar a las personas. Es una posibilidad de manifestación para enfrentar momentos críticos.

Búsqueda de sentido: El sentido de la vida fundamenta la razón, el motivo y el propósito por el cual vivir y seguir luchando a pesar de alguna situación difícil que se presente en el trayecto. La existencia del ser humano tiene como esencia responder responsablemente a las demandas que la vida le plantea (Frankl, 1979).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo y nivel de investigación

Siguiendo a Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010), esta investigación es de tipo cualitativa, debido a que la misma está basada en conocer, comprender y ahondar los fenómenos a estudiar desde una perspectiva de los participantes, en un ambiente determinado y en relación con su contexto. Se seleccionó este tipo de enfoque ya que el tema de investigación ha sido poco explorado. Este tipo de investigación proporcionó profundidad a los datos, riqueza interpretativa y experiencias únicas, ya que este trabajo fue un proceso circular entre la revisión de antecedentes, bitácora de campo, entrevista, aplicación de la escala existencial y análisis de los resultados.

Respecto al nivel de la investigación es de tipo descriptivo, ya que se recogió información sobre un ámbito específico. Es un estudio capaz de definir y visualizar que factores se estudian y sobre que o quienes se recolectan los datos.

Definiciones conceptuales

Enfermedad oncológica: el cáncer, es un conjunto de células, o una célula que crece anormal y descontroladamente invadiendo los diferentes órganos y tejidos del cuerpo humano esta enfermedad puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. El cáncer es un proceso que involucra diferentes aspectos como ser: personales, familiares, emocionales, ambientales y espirituales.

Realización existencial: El concepto de realización existencial emerge desde la teoría de la logoterapia y análisis humanista existencial. Es singular y particular, le pertenece a cada persona. Este concepto lo podemos definir como el conjunto de capacidades existenciales que tiene la persona para poder responder sobre su propio ser, donde puede transformarse y desplegar todas sus potencialidades. Estas se despliegan a lo largo de la vida de la persona. Es lograr una vida plena de sentido. El adecuado empleo de las capacidades existenciales posibilita a la persona, el poder ser uno mismo, a pesar de la realidad personal, ya que las buenas capacidades posibilitan una forma adecuada de enfrentar los momentos críticos. Permite al hombre poder estar abierto a sí mismo, a los demás y al mundo. Y construir un proyecto de vida para alcanzar la autenticidad. El hombre siempre está en camino de realización porque hay algo que no está terminado, porque su existencia se encuentra sometida a un proceso de construcción, llega a su realización existencial cuando elabora su proyecto, se sale de la cotidianidad, está abierto al mundo y cuando asume su vida desde el sentido.

Capacidades existenciales: es la aptitud de hacerle frente satisfactoriamente a las circunstancias y situaciones que le toca vivir a una determinada persona. Es poder tomar una postura que posibilite enfrentar momentos críticos apelando las capacidades existenciales para hacerle frente a situaciones cotidianas o vitales difíciles. Consiste en aprender a ser más responsable y por ende a ser más libre, eligiendo vivir su vida y viviéndola de forma plena, a pesar de la adversidad, respondiendo a las demandas que la vida plantea en cada situación de vida. Poder ser uno mismo en medio de la propia realidad que le toca vivir sea somática, psíquica o social en lo que significa el trato consigo mismo y con el mundo.

Autodistanciamiento: Es tomar distancia de sí mismo, de una situación, es salirse de sí mismo para mirarse y poder ver más allá de las circunstancias, los problemas y

adversidades. La persona es dinámica, tiene la capacidad de distanciarse, de apartarse de lo psicofísico y social para manifestarse en lo espiritual.

Autotrascendencia: Hace referencia a algo o alguien más allá de sí mismo, es decir que puede ser una persona, un proyecto, un sentido, una misión que hay que cumplir, es considerar un accionar, una obra o un amor pleno de sentido, en donde no hay ganancia para sí mismo, sino que es entrega a otro. Esta autotrascendencia es la que permite al hombre realizarse como tal y llegar a su plenitud, pero para lograrla debe salir al encuentro de los demás y de la vida.

Libertad: Es constitutiva del ser humano. Es el “poder ser” del hombre, teniendo en cuenta sus condicionantes, biológicos, psicológicos y sociales, sin embargo el hombre, posee libertad de tomar decisiones respecto a estos condicionantes, conserva la libertad de decidir su actitud frente a ellos. El hombre solo desde esta libertad puede decidir acerca de su sentido.

Responsabilidad: Es el “deber ser” del hombre. Esta responsabilidad se manifiesta ante sí mismo, ante los otros y ante la vida, es decir que el hombre es responsable de lo que debe hacer, a quien amar y como sufrir. La responsabilidad es aquella que le permite al hombre llegar a su realización y a su sentido, ya que el hombre es responsable de su realización, de su vida personal, pero a su vez es responsable ante algo, sea los demás, la sociedad, o su propia conciencia.

Diseño de la investigación

Esta investigación utilizó un diseño fenomenológico, debido que se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. La base de la fenomenología es que existen diversas formas de interpretar la misma experiencia y que el significado de la experiencia para cada participante es lo que constituye la realidad (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

El diseño fenomenológico admite explorar y entender el modo de percibir la vida a través de experiencias, los significados que las rodean y son definidas en la vida psíquica del individuo.

Esta investigación pretendió describir e identificar las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos comunes en tales vivencias. En este trabajo se trató de obtener mayor conocimiento y comprensión sobre la realización existencial en adultos que tienen enfermedad oncológica.

Contexto

La investigación se realizó en el Hospital San Bernardo en el servicio de oncología, este se encuentra ubicado en calle Av. José Tobías 69, en Salta-Capital.

El Hospital San Bernardo fue inaugurado el 20 de febrero del año 1960 como Hospital Público General de Agudos. A partir del 1 de septiembre de 1999 funciona como un hospital público descentralizado de autogestión con el máximo nivel de complejidad, reconocido en la provincia de Salta.

La misión del hospital es brindar cuidados asistenciales de excelencia a toda la población, situando al paciente y su familia en el eje de la atención.

Los valores que promueve el Hospital San Bernardo son:

- Compromiso: con la institución y con los pacientes y su familia.
- Equidad: trabajar con igualdad e inclusión en la atención a todos los ciudadanos y para todo el personal.
- Vocación de servicio: brindar trato amable y cortés en la atención de los pacientes y sus familias, respetando su identidad individual y su dignidad humana.
- Profesionalidad: brindar asistencia al paciente de máxima calidad, cuenta con profesionales expertos y calificados mejorando sus servicios continuamente.
- Trabajo en equipo: integra y coordina esfuerzos entre servicios, profesionales y centros sanitarios de la región. Respeto y valora las diferencias fortaleciendo las relaciones interpersonales y priorizando el éxito de la institución.

En Salta, el hospital San Bernardo es referente a nivel provincial en atención de pacientes oncológicos. En el año 2019, se atendieron más de 2600 consultas a personas que reciben atención integral e interdisciplinaria (Hospital San Bernardo, s.f).

El servicio de Oncología de este hospital es el único que proporciona tratamiento a todos los modelos tumorales, es decir de todas las especialidades médicas.

Un comité se reúne semanalmente para tratar todos los casos, de manera particular e interdisciplinaria, a fin de determinar con el equipo las pautas a seguir en el tratamiento integral de los pacientes.

El servicio cuenta con una sala de quimioterapia con ocho sillones, servicio de radioterapia, asistencia psicológica y cuidados paliativos para acompañamiento de los casos de mayor gravedad.

Muestra de participantes

Siguiendo a Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010), la muestra de participantes fue de casos-tipo, ya que este trabajo buscó riqueza, profundidad y calidad de información y no la cantidad ni la estandarización y tampoco la generalización de resultados a toda una población. Se tuvo en cuenta el estudio de la temática del trabajo en un grupo determinado.

La muestra de este trabajo estuvo constituida por:

- Adultos de cualquier sexo, femenino o masculino, que tengan una edad cronológica entre 20 y 65 años, debido a razones de índoles éticas, legales y de validez de la Escala Existencial.
- Que estén diagnosticados con una enfermedad oncológica, la cual no invalide su capacidad mental.
- Participantes que acepten de forma voluntaria participar de esta investigación, firmando un consentimiento informado.
- Participantes que se encuentren en tratamiento médico y a su vez con atención psicológica brindada por el servicio de oncología del Hospital San Bernardo.

Quedarán excluidos de la investigación:

- Participantes que aun habiendo firmado consentimiento informado desistan de participar.
- Participantes que desarrollen en el transcurso de la investigación enfermedades asociadas al cáncer que afecte su continuidad.
- Pacientes que estén internados en terapia en el Hospital San Bernardo.

En esta investigación la muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, el interés estuvo puesto en la profundidad del tema a estudiar, para así entender el fenómeno a estudiar.

Recolección de datos

Como dice Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010) es el propio investigador quien mediante diversos elementos recogerá los datos, ya que él es el que observa, entrevista y conduce sesiones, es decir que el investigador es el medio de obtención de la información. El investigador debe ser una persona sensible y abierta, que respete a los participantes.

Para realizar la recolección de datos se utilizó los siguientes elementos:

- **Bitácora de campo**

Se utilizó para documentar el procedimiento, el investigador escribió lo que observó, escuchó y percibió a través de sus sentidos. Escribió sus vivencias, sucesos y datos. Se tuvo en cuenta: descripciones del ambiente o contexto, lugares (mapas, diagramas, organigramas) y participantes, relaciones y eventos, todo lo que se juzgó fue relevante para el planteamiento.

- **Entrevista**

La entrevista es el método de evaluación primordial, es el contacto directo. En esta investigación se realizó una entrevista semiestructurada la cual Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio definen como: “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados (es decir no todas las preguntas están predeterminadas)” (2010, p. 418).

Se realizó en primer lugar una entrevista para conocer, crear un clima adecuado, de confianza e interés con los adultos que padecen una enfermedad oncológica. El investigador a de conocer los datos sociodemográficos, la historia clínica y la información que proporcione el equipo médico del hospital.

A continuación, se muestra los ejes y datos de entrevista semiestructurada que se utilizaron para la investigación. En el apartado de Anexo 5 se encuentra la entrevista desarrollada en profundidad.

- **EJES TEMÁTICOS DE INDAGACIÓN EN LA ENTREVISTA**

1. **Datos personales.**

2. Datos familiares y su afectación.
3. Aspectos vinculares.
4. Problemáticas sociofamiliares y/o económicas.
5. Actividades que realiza.
6. Hábitos diarios.
7. Información que posee acerca de la enfermedad: diagnóstico, pronóstico, tratamiento y sintomatología.
8. Comprensión sobre la enfermedad.
9. Recursos del participante para hacer frente al problema.
10. Estados de ánimo.
11. Fortalezas y debilidades que se auto-reconoce.
12. Autoconcepto.
13. Actitud frente al dolor y el sufrimiento.
14. Actitud frente a su vida y a su enfermedad.
15. Concepción sobre la vida y la muerte.

Estos ejes permiten tener un conocimiento individual y personal de los participantes, lo cual ayudó a encontrar autoconocimiento, aceptación de sí mismo y de la enfermedad. Permitiendo revisar su experiencia presente, prever el futuro encontrando opciones de sentido y trascender. Profundizando en aquello que es esencial en el ser humano: su espiritualidad. Se buscó movilizar las capacidades existenciales frente a la enfermedad oncológica.

- **Escala Existencial**

Este instrumento (escala existencial) fue creado por A. L'Angle – C. Orgler – M. Kundi, el cual es difundido y utilizado en el estudio de la función existencial y personal de la persona. El mismo fue construido sobre las bases de las líneas de la teoría de Frankl, es un instrumento válido, confiable, unidimensional y consistente.

El objetivo de la Escala Existencial es: “documentar empíricamente la dimensión espiritual. Para ello evalúa las capacidades personales y recursos existenciales de la persona para poder tratar consigo misma y con el mundo” (A. L'Angle – C. Orgler – M. Kundi citado por Landaboure Boado N., 2002 p. 29).

Los Objetivos de cada sub-escala son:

- Autodistanciamiento: evaluar la capacidad para la organización del espacio libre interior.
- Autotrascendencia: evaluar la capacidad de percibir los valores, lo que se pone de manifiesto en la claridad de los sentimientos.
- Libertad: evalúa la capacidad de decisión que tiene la persona al encontrarse ante una posibilidad real de acción.
- Responsabilidad: evaluar la responsabilidad como disposición para comprometerse a partir de una decisión libre y siendo consciente de la obligación, de los valores y de la tarea que dicha decisión implica.

En esta investigación, se utilizó la escala existencial para poder conocer las capacidades existenciales propias de los participantes para poder hacer frente al momento crítico que están pasando (enfermedad oncológica) como así también en situaciones vitales difíciles. Esta escala permitió ver de qué modo o en qué momento de los cuatro pasos descriptivos se encuentra la persona.

Se tomó de forma individual, luego de un encuentro previo en el cual se realizó una entrevista semi-estructurada, para conocer en profundidad al participante.

En la sección de Anexos 6 de este trabajo se puede ver el protocolo de la Escala con su consigna.

Procedimiento de recolección de información

En primera instancia se procedió al contacto con el Hospital San Bernardo para tener la autorización correspondiente, se presentó el tema de investigación, sus objetivos, métodos y metas al comité de docencia de investigación del Hospital. En la parte de anexo (1) de este trabajo se encuentra la nota que se le presentó a dicho comité. En el segundo encuentro que se realizó con el comité se solicitó que la investigadora tenga un seguro de vida, por la situación actual de pandemia que se vive a nivel mundial. En la parte de anexo (2) se encuentra el seguro de vida.

Una vez obtenida la autorización, se realizó de manera presencial en dicho Hospital una reunión con la Psicóloga del Servicio de Oncología Lic. Ana Cobos Roncal. El fin de dicha reunión fue realizar una presentación formal, presentando una nota (presente en Anexo 3) y a su vez explicitar el objetivo de la investigación, su finalidad y obtener información necesaria respecto a los lineamientos del establecimiento, protocolos, información sobre los pacientes, establecer formas de contacto con los participantes.

Por la situación actual de pandemia, la Lic. Ana Cobos Roncal fue quien se encargó de preguntar a los pacientes, quien, de forma voluntaria aceptaría participar de la investigación. Una vez que los participantes accedieron, se le comunicó al investigador y se tuvo el primer contacto con ellos. Con aquellos que aceptaron participar, se acordó un día y un horario de acuerdo a sus disponibilidades.

En esta instancia se procuró crear un clima adecuado, de confianza e interés para tener este primer contacto. Llegado el día y horario pactado con cada participante, se procedió a realizarle a cada uno de ellos la entrevista semi-dirigida de manera individual, firmando previamente el consentimiento informado, detallándoles nuevamente de forma textual los objetivos, la finalidad y el propósito de la investigación. Finalizada la entrevista semi-dirigida, se volvió a acordar un día y horario de acuerdo a sus disponibilidades, para posteriormente dar comienzo a la aplicación de la escala existencial. Este instrumento fue aplicado de manera individual, y completado por cada uno de ellos en la biblioteca del Hospital.

Se logró realizar los dos encuentros pactados con cada uno de los participantes. A medida que se iban obteniendo los datos relevantes para esta investigación, se los fueron transcribiendo en computadora, tanto desde la inmersión inicial hasta los datos obtenidos en la inmersión profunda. El día que se procedía con la aplicación de una entrevista semi-dirigida o escala existencial, ese mismo día se transcribían para su próximo análisis e interpretación y lograr de esta forma, una conclusión acorde al problema de investigación, articulando bibliografía con los datos recolectados.

Se respetó la privacidad e integridad de los participantes, no revelando datos personales de los mismos.

Rigor de la investigación cualitativa

Credibilidad: Sampieri et al. (2010) citando a Mertens (2005) la define como “la correspondencia entre la forma en que el participante percibe los conceptos vinculados con el planteamiento y la manera como el investigador retrata los puntos de vista del participante” (p. 475). Se logró credibilidad en esta investigación a través de la bitácora de campo, entrevistas con los participantes, y con la evaluación de la escala existencial resguardando los datos y usando transcripciones textuales de los mismos; evitando que las creencias y opiniones del investigador interfirieran en la interpretación de los datos y a su vez ser conscientes de cómo influye el investigador a los participantes y como ellos afectan al investigador. También se triangularon los datos recogidos con las herramientas para demostrar coincidencia y congruencia de datos, para poder establecer evidencia que responda a los objetivos y preguntas de la investigación.

Confirmabilidad: Se minimizó los prejuicios previos a la investigación, se examinó investigaciones previas para constatar los resultados y verificar si se llegó a las mismas conclusiones. Los siguientes aspectos ayudaron a determinar que esta investigación cumpla con los criterios de confirmabilidad:

- Descripción de las características de los informantes y su proceso de selección.
- Uso de mecanismos de grabación.
- Análisis de la transcripción fiel de las entrevistas.
- Describir los contextos físicos, interpersonales y sociales.

Transferibilidad: se necesitó hacer una descripción detallada del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado, para saber si los datos que se obtuvieron son aplicables en otros contextos o si solo pueden contribuir a un mayor conocimiento del fenómeno y establecer pautas para futuros estudios.

Dependencia: se disminuyeron los sesgos del investigador en la sistematización durante la tarea en el campo y el análisis de los datos. Para ello se evitó creencias y opiniones que afecten la coherencia de la interpretación de los datos, no se estableció conclusiones anticipadas y se consideraron todos los datos para arribar a conclusiones de la investigación.

En la investigación se tuvo en cuenta siempre el planteamiento del problema, así se trató de comprender con mayor profundidad el tema de investigación, y a su vez se pudo captar las experiencias de los participantes respecto a los objetivos y preguntas de investigación. Se obtuvo en los resultados una coherencia entre el punto de vista de los participantes y los conceptos del planteamiento del problema.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El objetivo de ésta investigación fue describir la expresión de la realización existencial en adultos que tienen enfermedad oncológica que se encuentran en tratamiento en el Servicio de Oncología del Hospital San Bernardo de la Ciudad de Salta en el año 2021. En el siguiente apartado se darán a conocer como se llegó a los resultados obtenidos a partir de las entrevistas semi-estructuradas y de la escala existencial realizada a 2 participantes de la investigación.

Para el análisis de datos de este trabajo se realizó en principio una triangulación de datos, es decir que a partir de la utilización de los diferentes métodos de recolección de datos, entrevista y escala existencial, se obtuvo la información y paralelamente se fue analizando dichos datos. Como dice Sampieri et al. (2010) citando a Coleman y Unrau (2005) “la interacción entre la recolección de datos y el análisis de los mismos nos permite mayor flexibilidad en la interpretación de los datos y adaptabilidad cuando se elaboran las conclusiones” (p. 440). El análisis será moldeado por los datos.

En la inmersión al campo se empezó a responder sobre el planteamiento del problema de este trabajo, analizando el contexto, la muestra, y los datos recabados.

Luego se identificó y ordenó la información obtenida en la recolección de datos. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Es importante mencionar que se resguardó la identidad de los participantes.

En base a lo recolectado en la inmersión en el campo se anotó en la bitácora de análisis posibles categorías para ir agrupando los datos. Luego se determinó las categorías dependiendo de los temas, repeticiones y similitudes entre unidades que responden al marco teórico del trabajo. El investigador fue creando categorías a medida que hizo la recolección de datos y clasificó las mismas a partir de las diferencias. Si los datos fueron semejantes pertenecerán a la misma clasificación, pero al haber datos que difieren se les asignó categorías diferentes.

La categorización en este trabajo se empleó para organizar el material y también para privilegiar la información importante y desechar lo que no es pertinente.

Se concluyó con el análisis una vez que ya no había voluntarios participantes. Se integró los aportes provenientes del marco teórico y se elaboró las conclusiones para dar cuenta de la realización existencial en adultos con enfermedad oncológica.

Para favorecer la comprensión y análisis de los casos, se expondrán a continuación caso por caso. Los mismos serán presentados con una letra, para resguardar la identidad de cada uno.

En anexos se encuentra el modelo de la entrevista semi-estructurada, realizada a cada participante de la investigación y el modelo de la escala existencial.

Es importante señalar, que se tomó en un primer encuentro una entrevista semi-estructurada profunda, y en un segundo encuentro se administró la escala existencial.

A) PRESENTACION DEL CASO E.

E. es una mujer casada hace 20 años, vive en la provincia de Salta. Tiene 41 años. No tuvo hijos biológicos, pero si un hijo de crianza “...*No tengo hijos, yo no puedo tener hijos. Si tengo mi hijo de crianza, lo crie desde que tenía 6 meses...*”.

Su círculo familiar está compuesto por: su marido, su hijo de crianza, una hermana y tres sobrinas. Actualmente vive con su marido. Su familia es más extensa, pero desde el momento del diagnóstico solo decidió compartir el transcurso de la enfermedad con los mencionados anteriormente: “*De mi familia son ellos los únicos que saben de todo esto que estamos pasando de enero que me diagnosticaron, hasta el día de hoy que estoy haciendo la quimio. Porque así quise que sea y quiero que sea no tengo ganas de dar explicaciones a nadie, que me velen antes de tiempo, que me hagan el obituario ya, que les dé lastima. Es lo que me toca vivir a mí. No quiero contar, estoy en paz así, estoy bien, sabe la gente que quiero que sepa, es algo mío, íntimo. No me gusta divulgar y así me siento en paz*”.

La familia de la participante es concebida como uno de los pilares que la ayuda a sobrellevar la enfermedad, ella así lo refiere: “...*mi familia es la que siempre está, este vínculo es el que me va a proteger y yo los protejo a ellos. El vínculo familiar, la familia es lo que me permitió sobrellevar la enfermedad...*”.

La participante se mostró extrovertida, con necesidad de desahogarse sobre lo vivenciado en el transcurso de su enfermedad. Los encuentros fueron interpretados por E. como un espacio de escucha y catarsis en donde pudo hablar acerca de sus sentimientos y emociones, debido que en otros ámbitos no los pudo manifestar, como ser el familiar y personal “*hubo un momento en que me encerré, dije no les digo lo que me pasa, porque ellos me respondían no te tenés que poner así. Y porque no me voy a poner mal, si a mí me está pasando, yo soy la que pongo el cuerpo, a la que le juega en contra la cabeza*”.

Respecto a sus relaciones sociales, de amistad, E. infiere que no tiene amigos, que no comparte charlas, salidas, visitas con otras personas que no sean parte de su entorno familiar “*me doy cuenta que no tengo amigos*”.

E. alcanzó a terminar el secundario. Trabajo de empleada doméstica. Actualmente trabaja realizando disfraces, así lo refiere en la entrevista: “*antes era empleada doméstica,*

hoy en día solo realizo disfraces por encargo, tiene que ser con anticipación para que yo me pueda organizar". Es una mujer que le gusta y siente satisfacción al estar en su casa, atendiendo los quehaceres domésticos *"Yo disfruto estar en mi casa"*.

En enero del 2021 fue diagnosticada con cáncer de mama. Se encuentra actualmente realizando la tercera sesión de quimioterapia, en total son 6 sesiones, anteriormente fue operada, y luego de terminar todas las sesiones de quimioterapia tiene que realizar rayos como prevención.

La sensación que E. tuvo una vez obtenido el diagnóstico fue de miedo y angustia *"Para mi cáncer es muerte, desgracia, dolor, todo mal. Me desesperé"*. El momento del diagnóstico fue vivenciado como un infierno. Refiriéndose al tratamiento fue vivido con incertidumbre, miedo y sufrimiento, *"se me paralizaba el corazón de pensar en la quimioterapia, me estancaba, me paralizaba, tenía miedo"*.

Como proyecto personal quiere y pretende terminar de construir su casa, disfrutar de su nieta, irse de viaje, pasear y compartir con su familia.

B) ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ENTREVISTA (CASO E.)

Las categorías utilizadas para el análisis de las entrevistas son: capacidades existenciales, impacto y vivencia de la enfermedad, enfermedad oncológica como sinónimo de muerte y duelo de la enfermedad.

Capacidades existenciales

E. se llegó a formular una de las inevitables preguntas que la enfermedad oncológica suscita: ¿Por qué a mí?, pidiendo explicaciones de lo sucedido *“cuando yo dije porque a mí, me dije porque no a mí, si yo soy un ser humano tal cual como cualquier otro, y Dios sabe porque hace las cosas”*. Pero no llegó a poder formularse el “para qué”, es decir que aún, E. no logró preguntarse acerca del verdadero sentido de su enfermedad. Sin embargo, se puede decir que se encuentra en camino de construcción de su sentido de vida *“Todavía no pude deducir que me enseñó esta enfermedad...”*, *“Yo sé que la enfermedad se me puso para enseñarme algo, pero todavía no tengo definido que es, que quiso decir, que me quiere decir, todavía no lo tengo asimilado”*. La enfermedad, como se mencionó anteriormente, le generó cuestionamientos acerca de su vida que aún no logra responderse. Quizás en el proceso de la enfermedad es normal que aún no encuentre una respuesta. E. está en camino de un proceso de construcción de su existencialidad, aún no logró salirse de su cotidianidad, no pudo alcanzar su autenticidad, lo que se puede interpretar como uno de los causales del vacío existencial. Sin embargo, está respondiendo a las demandas que se le presentan en torno a su enfermedad y a su tratamiento.

Ahora bien, esta actitud de poder responder al tratamiento y a su enfermedad de manera positiva le brinda la oportunidad de reconstruir su propia vida *“Yo siento que es como un apretón de Dios para darme una oportunidad de cambiar. Pero estoy analizando que es lo que tengo que hacer”*. Este intento de superación de E., de querer salir a flote permitirá, en un futuro, poder llegar a su realización existencial, debido que no solo se preocupa por el sobrevivir sino también por la orientación y realización de su proyecto de vida.

En los encuentros, se evidencian momentos significativos que hacen reflejar su capacidad existencial: responsabilidad:

- Responsabilidad: E. asumió su responsabilidad frente al tratamiento y también tiene un compromiso frente al mismo: *“Yo quería que me den toda la información, quería saber qué hacer, para asumir un tratamiento, desde el día que comenzó mi infierno me propuse superarlo”*

Sin embargo, las otras capacidades se encuentran limitadas al no tomar conciencia de su realización personal, de su descubrimiento de sentido, presenta variabilidad emotiva, falta de decisión y dificultad para expresar sus emociones. Lo que no le permite a E. tomar decisiones y aceptar la enfermedad.

- Autotrascendencia: no puede ver más allá de ella y de su enfermedad *“no tengo ganas de dar explicaciones a nadie, que me velen antes de tiempo, que me hagan el obituario ya, que les dé lastima. Es lo que me toca vivir a mí”*
- Autodistanciamiento: no puede tomar distancia de ella misma y de su enfermedad *“Me voy yo acostumbrando, ya sé cuándo me toca la quimio y sé que durante una semana no puedo hacer nada por las repercusiones de las drogas. Entonces le digo a mi marido que no organice nada para esa semana porque ya sé cómo es...”*
- Libertad: la participante tiene límites en sus capacidades vitales y presenta indecisiones e incertidumbre. No logra cambiar de posición respecto a aquellas que le pusieron las circunstancias *“yo sentía mi vida limitada”, “...mucho miedo, incertidumbre, de no saber qué va a pasar, el no entender. Uno siempre lo mira desde lejos, nunca te va a pasar, y cuando te toca te das cuenta que la vida es tan vulnerable, somos tan vulnerables ante la vida...”*

La limitación en las capacidades existenciales, libertad, autodistanciamiento y autotrascendencia en E. se puede deber a ciertos factores que impiden su manifestación imposibilitando un pleno desenvolvimiento de las mismas: presenta inestabilidad del estado de ánimo, se encuentra aislada socialmente, presenta excesiva atención de su enfermedad, no encuentra respuestas a nivel existencial, se centra a nivel somático, porque presenta limitaciones físicas, sociales y familiares.

Impacto y vivencia de la enfermedad

Cuando E. se entera de su diagnóstico sintió un gran impacto, *“Yo sentí que se me cayó el mundo, sentí un gran peso...”*. Lo cual la llevo a cuestionarse sobre su vida *“Cuando me diagnostican la enfermedad yo me planteaba, no viví... En cualquier momento me sacan la vida y no viví. Yo decía que mi vida se está yendo y no aproveché”*. E. sintió a la enfermedad como una amenaza a su integridad psicofísica, esta percepción de la enfermedad la llevó a angustiarse, a aislarse, a sentir miedo y tristeza porque no puede hacer frente a las dificultades que le toca vivir. Para E. el diagnóstico fue un estresor, tuvo que lidiar con temas como la muerte, duelo y la pérdida. En conclusión, la participante se vio afectada tanto a nivel físico (dolor corporal, vómitos, cansancio, fiebre), como a nivel psicológico (tristeza, miedo, incertidumbre, angustia, incertidumbre sobre el futuro) y existencial (temor a la muerte, pérdida de sentido de la vida y la enfermedad), lo cual hace que se sus capacidades existenciales se limiten al tener una hiperreflexión sobre la enfermedad, es decir que E. no puede ver más allá de su nivel biológico y psicológico, no dejando expresar su nivel existencial.

Como se mencionó, la enfermedad de E. provocó vulnerabilidad y alteraciones en sus dimensiones generando una experiencia traumática, para la participante su enfermedad sigue representando una amenaza significativa a su integridad física y psicológica lo que le impide vivir una vida plena.

Los efectos secundarios del tratamiento, las preocupaciones y temores, sus emociones y sentimientos, sus pensamientos le han impedido la actividad normal de su vida. Esta inactividad y ausencia de gratificaciones aumentaron su tristeza *“Me la pasaba llorando, mi cabeza estaba en eso, no podía comer, no podía hacer nada, no podía dormir... yo sentía que no tenía más vida”*.

La transitoriedad de la vida es uno de los problemas que está enfrentado E. *“...y pensaba ¿Cuánto tiempo voy a durar, voy a estar?, pensaba en mi marido, en mi nieta. Me imaginaba hasta cuando la veré a mi nieta, yo sentía mi vida limitada... Cuando me dieron la noticia quería hacer todo junto, tenía ganas de salir de viaje, a trabajar, estar con mi familia, disfrutando cocinar, de mi casa”*. El futuro se le aparece como lejano *“cuando me dicen de la enfermedad no quería saber nada de la casa, no quería seguir construyendo, yo*

decía *¿para qué?*”, y el replanteo del pasado como no disfrutado *“Ahora que hago un retroceso de mi vida, me doy cuenta que no tengo amigos. Y me volvía a replantear no viví, desperdicié mi vida. Y de eso me arrepentía, me decía no viví y se me está acabando la vida”*. Esto conlleva a un desentendimiento del presente, del ahora, de lo inmediato de la vida.

Frente a la enfermedad E. tuvo que reorganizarse y acomodarse a la nueva situación que la misma exige, adaptarse al tratamiento y a lo que conlleva el mismo *“Si es horrible la sensación de que te están metiendo droga, pero bueno. Si salí muy cansada y los seis días que vinieron me sentí pésimo, es muy invasiva para el cuerpo, fiebre, cansancio, vómito, dolor de cabeza, es muy devastador, descompostura constante durante 6 días”*. Estos síntomas que llevan a la descompostura de E. condicionan su estilo y calidad de vida, los deterioros físicos por los efectos del tratamiento limitan su vida, así la participante se impregna de incomunicación, aislamiento, falta de curiosidad en la vida y de su futuro.

Enfermedad oncológica como sinónimo de muerte

Es imposible para esta participante separar, a la hora del diagnóstico, a la enfermedad oncológica de la proximidad con la muerte, *“A vos te dicen cáncer y es muerte... cáncer y muerte para mí iban unidos...”*, ya que supuso que esta enfermedad acarrea a la muerte, *“Para mi cáncer es muerte, desgracia, dolor, todo mal. Me desesperé”*. E. al hablar de la muerte se enfrenta a su propia angustia y dolor, no logra liberarse de sus pensamientos y sentimientos negativos, lo que no permite lograr una aceptación auténtica de la situación, presenta una pseudo-aceptación de la enfermedad.

Esta preocupación de la muerte frente a la enfermedad, depende mucho del modo en que vivió la vida la participante *“pensaba en la muerte yo decía siempre fui una persona tan cotidiana, siempre hago lo mismo, mismo trabajo, mismo recorrido de colectivo, en mi casa la misma rutina. Tengo una vida muy programada”*. Al no reconocer E. un obrar significativo en su vida aparece la intranquilidad de no haber realizado una vida plena de sentido *“Cuando me diagnostican la enfermedad yo me planteaba, no viví. Ahora que hago un retroceso de mi vida, me doy cuenta que no tengo amigos. Y me volvía a replantear no viví, desperdicié mi vida. Y de eso me arrepentía, me decía no viví y se me está acabando la vida, viví encerrada en cuatro paredes y no puedo cambiar eso. En cualquier momento me sacan la vida y no viví. Yo decía que mi vida se está yendo y no aproveché”*. Existe temor a la propia

conciencia por las oportunidades no aprovechadas, y a no disponer de tiempo de vida para realizar aquello que cree como pleno de sentido.

En esa vacilación entre el la muerte y la vida la participante muestra una actitud de incertidumbre frente a lo inevitable (enfermedad) *“Y llega el día en que te dicen estamos en esta posición, la mía no era mala, lo agarramos a tiempo. Mi quimio dura hasta septiembre, después me hago rayos y después si Dios y la Virgen quieren en noviembre ya estoy de alta. Y dejo este trago amargo atrás. Dios me dio otra oportunidad de seguir mi vida”, “Yo siento que es como un apretón de Dios para darme una oportunidad de cambiar. Pero estoy analizando que es lo que tengo que hacer”*.

Duelo de la enfermedad:

Las primeras reacciones que tuvo la participante ante la confirmación de su enfermedad fue de angustia, de miedo, temor y tristeza *“Yo la sentí a la muerte muy cerca, me angustio tanto, es como que te ponen limite a la vida, te ponen un tiempo, un horario. Y te falta tiempo”*. Si bien, E. aún continúa en tratamiento, pudo amoldarse a las nuevas situaciones que le tocan vivir *“Me voy yo acostumbrando, ya sé cuándo me toca la quimio y sé que durante una semana no puedo hacer nada por las repercusiones de las drogas. Pero ya sé cómo es”*.

Llegó a percibir que si lucha y acepta las circunstancias que le toca vivir puede superar la enfermedad *“Hoy estoy pasando el proceso de decir, tengo que hacer todo esto, es costoso, es doloroso, tengo que poner el cuerpo, pero es diferente mi situación con otras personas. Yo digamos que lo tengo solucionado, ya está, la quimio es por precaución. Otras personas no lo vencieron, hacen quimio todos los días y con la incertidumbre de no sé qué pasará cuando termine la quimio”*. E. pudo darse cuenta que, si hace un duelo apropiado sobre su enfermedad y tiene una aceptación genuina de la enfermedad, si no lo ignora y lo puede vivir y expresar, podrá tener tranquilidad, aunque manifiesta abiertamente que aún no lo logró *“yo siento que estoy haciendo el duelo hoy, ya está, ya pasó lo más feo, lo más horrible, los pensamientos negativos, la muerte, que el límite de vida, que dejó esto, ya está”*.

La participante pudo preguntarse por sus necesidades, empezó a darse cuenta de que nunca había prestado atención a sus deseos, sino que había dado por supuesto que eran los mismos que su familia *“...quiero hacer cosas que a mí me gustan, lo que a mí me hace*

feliz...”, “Hoy estoy tratando de hacer lo que a mí me gusta, lo que a mí me llena la vida, compartir con las personas que amo”.

C) ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LA ESCALA EXISTENCIAL (CASO E.)

Autotrascendencia

La participante al obtener una puntuación disminuida en esta sub-escala estaría demostrando una vida pobre en sentimientos, es decir que sus sentimientos pueden demostrar un desequilibrio emocional que coartan el proceso de realización de la persona. Se pudo identificar una trascendencia como indiferente, es decir que se desarrolla una existencialidad pseudo-significativa.

Autoditanciamiento:

Su puntuación disminuida en esta sub-escala estaría revelando una empobrecida distancia de sí mismo, generalmente unida a cierto estado de tristeza. Este empobrecimiento puede inducir a una exagerada preocupación por sí misma, generando sentimientos de autoreproche, hiperreflexión, excusas, aplazamiento o aislamiento frente a su enfermedad. No logra poner una distancia emocional para tener una nueva perspectiva de la enfermedad y de su vida. Por ende, tiene un vaivén entre una postura optimista o negativista ante su enfermedad oncológica.

La participante evidencia dificultades en tomar distancia de las situaciones que está viviendo, lo cual limita la manifestación de su libertad.

Libertad:

Al obtener baja puntuación significa que tiene inseguridades y debilidades en la toma de decisiones. Su capacidad de ejecución disminuida debido a su enfermedad, esto puede conducir a reacciones angustiosas y depresivas. Su libertad se ve cuestionada por todas las limitaciones físicas, sociales y familiares. La libertad aparece limitada por la enfermedad, no tuvo opción de elección, la enfermedad se le presentó como aquello que inevitablemente debía transcurrir, sin embargo si eligió aceptar el tratamiento y adherirse al mismo.

Responsabilidad:

En este caso al obtener puntuación alta en esta su-escala mostraría que asumió un compromiso frente a sus decisiones, a sus elecciones y a su actuar. Hay marcada conciencia de obligación sobre su deber hacer (por ejemplo: el tratamiento) E. tiene un compromiso asumido con los médicos, con su enfermedad y con su familia para afrontar todos los requerimientos que los médicos le indican, actúa con predisposición frente al tratamiento. Lo que explica que a través del tratamiento cuente con la esperanza de vida.

Capacidades existenciales:

Con los resultados obtenidos se podría decir que tiene una predisposición al retraimiento, esto se puede deber a que está ocupada excesivamente de sí misma debido a su enfermedad. El foco está puesto en la enfermedad y esto no le permite relacionarse con el mundo ni consigo misma. Demuestra ser una persona indecisa e insegura, sus compromisos con el mundo aparecen como respuesta a estímulos externos (por ejemplo: el tratamiento), pero no hay una profunda vocación interior.

D) CONCLUSIÓN DEL CASO E.

Una vez analizados por separado los datos de los instrumentos aplicados (entrevista semi- estructurada y la escala existencial), se llegó a las siguientes conclusiones del caso E.:

Se evidencia una actitud de pseudo aceptación sobre su enfermedad oncológica, E. vuelca toda su atención a la enfermedad en sí, es decir que reorganiza su vida en función de dicha enfermedad dejando de lado sus relaciones interpersonales, su trabajo, sus actividades, etc. Es decir que a nivel biológico y manifiesto hay un compromiso con su enfermedad, da prioridad al tratamiento de la misma. Sin embargo, frente a sus otras dimensiones no hay una aceptación genuina ya que las descuida, y las restringe, dejando de lado a aquello que está más allá de sí misma como su familia, sus allegados, su trabajo, etc.

La enfermedad llevó a la participante a cuestionarse sobre su propio desarrollo personal. Pero aun no logra responderse como la enfermedad puede ser una oportunidad para la resolución de su existencia, como a partir de esta experiencia puede crecer y madurar. A su vez el tema de la muerte aparece como próximo y moviliza a la participante, se acentúa una actitud temerosa ante la muerte, E. experimenta miedo e inquietud ante aquello que puede perder y dejar, como a su familia, sus ilusiones, sus proyectos futuros, etc. La participante experimenta emociones de tensión, desequilibrio y desarmonía, ubicándose en una posición de sufrimiento y abatimiento. Al hacer un retroceso de su vida y al no estar satisfecha con lo realizado, la idea de muerte se le aparece como angustiosa al no poder reconocer su sentido de vida, lo cual no permite llegar a una expresión de su realización existencial.

Con lo anteriormente dicho, se puede concluir que E. puede estar ante la presencia de una existencialidad pseudo-significativa, que se traduce en la dificultad de establecer dialogo con el mundo, en la falta de decisiones y en una vida pobre de relaciones. Al no llegar a descubrir su respuesta concreta y creadora al sentido de su existencia, no puede llegar a encarar su vida, transformar sus acciones, encarar sus valores y perfeccionar sus potencias.

Es necesario que E. pueda encontrar soportes internos sólidos para hacer frente a su crisis existencial para llegar a responderse sobre su verdadero sentido de vida, formar un proyecto de vida y poder lograr su realización existencial.

A) PRESENTACIÓN DEL CASO M.

M. es una mujer, separada, tiene 48 años. Tiene un hijo de 13 años, pero actualmente vive sola, ya que considera que es favorable para el proceso de la enfermedad que está atravesando “...*estar completamente sola a mí me ayudó mucho porque tenía un entorno tranquilo...*”. Respecto a la convivencia con su hijo es buena, pero no quiere que presencie el transcurso de la enfermedad, no quiere mostrarse quebrada, triste y adolorida frente a su hijo “*Él, presenció el comienzo de todo este tema de la enfermedad, y se puso bastante mal, entonces yo preferí que en esta etapa la paso yo sola y tener la tranquilidad de que mi hijo no se ponga mal*”.

Refiere que la convivencia con su pareja fue una experiencia negativa, por lo cual se separó “*con mi pareja tuve una convivencia terrible. Y yo creo eso me llevó a mi diagnóstico porque me acuerdo que discutí con él y no paraba de llorar. Me fui al médico y me dijo algo más tenés y me mandó a hacer estudios entre eso la mamografía y ahí me descubrieron el cáncer. Yo noto que esta situación emocional me llevó a mí al diagnóstico*”.

La participante se muestra tranquila, entusiasta y dispuesta a responder y contribuir con la investigación.

Actualmente su trabajo se encuentra limitado en tres horas a la semana “*estoy haciendo un reemplazo a mi prima que sería como cuidador terapéutico*”. A partir de la enfermedad dejó su trabajo de hace 17 años, en el sector administrativo.

En mayo del 2020 fue diagnosticada de cáncer de mama “*Cuando me diagnostican el cáncer de mama, me operaron y después eran seis sesiones de quimioterapia e hice solo tres y no lo soporte más*” Luego en noviembre por un dolor de espalda le diagnostican metástasis en los pulmones “*ahí empecé quimioterapia 18 sesiones esta vez, eran 6 ciclos, pero de tres sesiones cada uno*”. Se encuentra realizando la cuarta sesión de quimioterapia, y le quedan 14 sesiones, “*la primera quimioterapia, para el cáncer de mama, no la terminé, pero a la segunda la estoy haciendo y la voy a terminar*”.

M. tuvo la necesidad de buscar por páginas de internet más información, ya que consideró que los médicos solo dicen lo justo y necesario “*Yo me investigué todo porque para mí era importante saber para asumir bien la realidad y saber qué hacer y bueno hay*

muchas decisiones que uno tiene que tomar y tiene que estar dispuesta a enfrentarse a la realidad que nos toca”.

Frente al diagnóstico M. refiere que no tuvo tiempo de sentir, solo pensar en lo que venía como la operación y el tratamiento *“no tuve tiempo de sentir, era pensar en lo que se venía”*. Lo que M. exigía a los médicos que le den toda la información posible y que sea la verdad, así ella puede transitar tranquila el tratamiento *“Lo único que le pedía al oncólogo era que me diga la verdad con respecto a la enfermedad, así la fui transitando”*.

Es importante señalar, que se tomó en un primer encuentro una entrevista profunda, y en un segundo encuentro se administró la escala existencial.

B) ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LA ENTREVISTA (CASO M.)

Las categorías utilizadas para el análisis de las entrevistas son: capacidades existenciales, impacto y vivencia de la enfermedad, enfermedad oncológica como sinónimo de muerte y duelo de la enfermedad.

Capacidades existenciales

Se infiere que es una persona que presenta inseguridad, apatía, inestabilidad emocional y soledad, es decir que se encierra en su mundo para poder sobrellevar su enfermedad, dejando de lado su trabajo y separándose de su familia. *“No tengo trabajo, por el tema de la enfermedad...”* *...yo preferí que en esta etapa la paso yo sola y tener la tranquilidad de que mi hijo no se ponga mal...”* *...no tuve tiempo de sentir, era pensar en lo que se venía... Así que cuando me dieron la noticia no fue una cosa devastadora, para mi familia sí...”*

En los encuentros, se evidencian momentos significativos que hacen reflejar su capacidad existencial: responsabilidad:

- Responsabilidad: M. asumió una obligación frente al tratamiento y también tiene un compromiso frente al mismo *“Me sentí como que no sabía si podía soportar lo que se venía, pero bueno si puedo está en mí...”*

M. transcurre su enfermedad en aislamiento, perdiendo los vínculos primarios como sostén, los cuales son necesarios para enfrentar su enfermedad. M. está encerrada en sus creencias, frustraciones, en su angustia, lo que la remite a un vacío significativo. La participante no puede tomar decisiones y aceptar su enfermedad, por ende, no logra poner en marcha sus capacidades existenciales.

- Autotrascendencia: no logra ver más allá de ella y de su enfermedad, encerrándose y aislándose en sí misma *“El poder sentarte a respirar tranquila es algo impagable. Eso aprendí...”* *... aprendí que no hay que depender de nadie, yo puedo sola con la enfermedad...”*
- Autodistanciamiento: no logra tomar distancia de sí misma, ni de las situaciones de vida que le tocaron vivir *“...yo creo que yo llegué al cáncer por toda la vida que*

traigo no voy a culpar solo a mi pareja. Pero lo desencadenó la mala convivencia que traía con él... Yo noto que esta situación emocional me llevó a mí al diagnóstico..."

- Libertad: presenta inseguridad en sus elecciones. No logra cambiar de posición respecto a aquellas que le pusieron las circunstancias *"Me sentí como que no sabía si podía soportar lo que se venía, pero bueno..."*

En conclusión, se puede inferir que las capacidades existenciales de M. si se encuentran restringidas, debido que su habilidad para tomar distancia de sí permanece bloqueada, apegándose a sus opiniones y argumentos, poca capacidad de manejar sus emociones ante las circunstancias que le toca vivir y no a encontrando pasión en las actividades que realiza, se aísla frente al mundo externo presentando dificultad de abrirse y encontrarse existencialmente.

M. tiene que potenciar sus capacidades existenciales para que lleguen a su plenitud y pueda alcanzar su realización existencial. Si bien no encontró un sentido a su enfermedad, la misma le está dejando varias enseñanzas que pueden llegar a expresar un pseudo sentido de vida *"que tu cuerpo esté sano, no tiene precio. El poder sentarte a respirar tranquila es algo impagable. Eso aprendí... sí, el deseo por la vida, el que la vida es linda, es hermosa y es valiosa. El hecho de estar vivo es algo muy bueno, es excelente. Y también me di cuenta que no se trata de las cosas materiales que uno puede tener, se trata de tener vida y salud y con eso todas las cosas pueden ser hermosas, todo lugar puede ser distinto, depende de vos, de tu comportamiento y depende de cosas que no son materiales. El dolor nunca se va, el dolor lo transformas."* La participante se encuentra en un proceso de superación del dolor y sufrimiento, propio de la enfermedad.

Impacto y vivencia de la enfermedad

Cuando a M. le dan la noticia de su enfermedad, solo pensaba en cómo iba a trascurrir la misma, en cómo enfrentarla, para eso no le bastaba la información que el personal médico le podía brindar, tuvo que investigar mucho más allá, *"Yo me investigué todo porque para mí era importante saber para asumir bien la realidad y saber qué hacer..."* M. tiene la necesidad de encontrar información que alivie el impacto de lo "no conocido aún", el miedo se hace presente en la participante porque teme a aquello que pudiera ocurrir, a un

acontecimiento inesperado. Esta información recolectada en su conjunto, le permitió a M. asumir un compromiso responsable para afrontar su enfermedad, su realidad *“Hoy llego a la conclusión de lo que te hace mal es el desconocimiento de la enfermedad”*.

Luego de la operación *“me sacan el tumor, el ganglio y 4 ganglios más”* realizó quimioterapia, la cual abandona en la tercera sesión y después de unos controles le descubren metástasis en los pulmones *“hubo unos controles que mostraban unos nódulos muy chiquitos en el pulmón, pero al principio el médico me dijo no son nada, pero después cuando pasó el tiempo crecieron y efectivamente era la metástasis”*. Cuando hizo metástasis la participante volvió a investigar de qué se trataba *“sabía que las metástasis iban al estómago, a los pulmones, a los huesos y al cerebro y también sabía de las posibilidades, de los resultados, de todo. Lo único que le pedía al oncólogo era que me diga la verdad con respecto a la enfermedad, así la voy transitando”*

La participante considera que el tratamiento es aterrador *“...resultó ser que la operación y post operatorio era lo de menos con lo que se venía después...”*. Los efectos secundarios de la quimioterapia la llevaron a una descompensación que no la pudo aguantar, por lo que en la tercera sesión de quimioterapia de la primera parte de su tratamiento abandonó *“la quimioterapia muy fuerte, con tres drogas, cuando empiezan los efectos secundarios es terrible. Lo peor fue el vómito, una descompensación mal. Que se te cae el pelo es la nada, aunque si te afecta. Tuve vómitos, diarrea, yagas en la boca, te sangra la boca, después vas al baño y haces sangre por todos lados, no podía comer, no podía tomar por tres o cuatro días. Estaba muy mal y era un cuadro muy horrible”*. Sin embargo, cuando le diagnosticaron metástasis en los pulmones tuvo que volver a hacer quimioterapia, esta vez la está realizando y no está pensando en abandonarla.

M. ilustra a la quimioterapia como *“un animal envenenado, la quimioterapia es eso, es un veneno, es indescriptible con palabras. Uno siente cuando le pasa la droga y tu cuerpo lucha por volver al estado normal y tu estómago te rechaza todo y después que pasan esos días de rechazo te produce el efecto contrario, querés comer y tomar todo”*. Para la participante los efectos del tratamiento condicionan y limitan su calidad de vida. M. no solo enfrenta padecimientos a nivel biológico, sino que también se observa alteraciones en sus

otras dimensiones (psicológicas, social y espiritual) representando a la enfermedad como una amenaza que le impide vivir una vida plena.

Frente a la enfermedad M. manifestó que es fundamental y necesario un equipo interdisciplinario de médicos para sobrellevar la enfermedad *“yo tuve este equipo psicólogo, psicooncólogo, psiquiatra, oncólogo y la nutricionista. Un equipo bárbaro y creo que es necesario para todos los pacientes con cáncer”*.

Actualmente la participante se encuentra estable *“cómo me siento hoy, yo diría que sí, me siento muy bien”*. Según refiere a que nota la diferencia de cuando estás con el cáncer en tu cuerpo y cuando estás luchando por curarte *“es increíble. Antes de tener la certeza del diagnóstico sentía que me estaba muriendo y hoy no siento eso, siento como que voy a empezar a vivir. Siento que quiero hacer muchas cosas, y siento que no voy a morir de esta enfermedad”*.

Enfermedad oncológica como sinónimo de muerte

Frente al tema de asignarle al cáncer una connotación de muerte, M. hace una diferencia de cuando ella no estaba bien informada respecto a su enfermedad, a ahora que ya conoce que es el cáncer. Al principio ella consideraba que la enfermedad oncológica era sinónimo de muerte *“Para mí antes sí tenía un sinónimo a muerte porque uno que escucha fulano murió ¿Qué le pasó? tenía cáncer...”*. Sin embargo, al transcurrir la enfermedad y al tener más conocimiento de la misma, cambio su manera de pensar, *“Uno desconoce que se puede curar, que depende de cuando te lo descubren, que sos vos la que tenés que hacer las cosas bien. Es el desconocimiento lo que te asocia la palabra cáncer a la muerte. Hoy en día yo ya no lo veo así. Cuando uno transita la enfermedad ya sabe que hasta lo último tenés posibilidades de curarte y tiene que ver con tu actitud. La peor guerra que se puede dar es en la cabeza de uno”*.

Para M. su enfermedad tiene una connotación de muerte, de agobio y sufrimiento, lo que no le permite transcurrir este proceso con tranquilidad, por lo que presenta sensación de soledad y aislamiento. Por más información brindada acerca de su enfermedad, no es suficiente para afrontar su realidad en el aquí y ahora.

Duelo de la enfermedad

La participante pasó por distintas etapas del duelo, desde el aislamiento “...yo estaba como muy confundida hasta llegado un momento le dije que no me quería operar, quiero morir...”, ira “cuando dejé la quimioterapia dije y si lucho para nada, porque se te plantean todas las preguntas, y si lucho para nada, y si la paso mal con la quimio y el tratamiento no hace efecto, igual me voy a morir”, depresión “analice un montón de cosas a partir de tratar con la psicooncóloga, y el psiquiatra y fue como salirme de mí yo y verme aparte y era una situación triste muy triste, muy deprimente y me empecé a preguntar ¿para qué? y ¿Por qué?: para que me voy a levantar y porque, para que voy a comer, porque voy a alimentar a este cuerpo enfermo”, pseudo-aceptación “con los profesionales fui madurando esta situación, me pude concientizar de muchas cosas...” y esperanza “hoy siento como que voy a empezar a vivir. Siento que quiero hacer muchas cosas, y siento que no voy a morir de esta enfermedad”.

M. está viviendo en estos momentos el duelo de su enfermedad, está intentando expresarse y tener una aceptación de la enfermedad, pero aún no logra afrontar a nivel espiritual su realidad.

C) ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA EXISTENCIAL (CASO M.)

Autotrascendencia

Al obtener una puntuación baja en esta sub-escala se infiere que M. no logra evaluar su capacidad de percibir sus valores, de sensibilizarse frente a los demás, solo lo hace por sí misma. Lo que lleva a que M. no pueda tener un compromiso firme con el mundo externo.

M. no logra abrirse al mundo y a las relaciones. Estaría demostrando una vida con falta de sentimientos y emociones, una marcada estrechez afectiva. Esto impide poder pensar sobre su propia realización existencial.

Autodistanciamiento

Al obtener una puntuación disminuida en esta sub-escala se puede decir que M. no deja de pensar en su proceso de la enfermedad, es decir que no puede dejar de mirarse a sí misma y no logra percibir más allá de sí.

Esta falta de distancia de sí misma, de sus temores, preocupaciones generan su aislamiento frente a los otros. Presenta preocupación por sí misma.

La participante evidencia dificultades en tomar distancia de las situaciones que está viviendo, lo cual limita la manifestación de su libertad.

Libertad

La participante obtuvo una puntuación baja en esta sub-escala se infiere que M. ante las opciones de elección y decisión siente inseguridades y desorientación valorativa. Esto puede deberse a la ausencia de fuerzas para llevar adelante una decisión. Su libertad se ve cuestionada por todas las limitaciones físicas, sociales y familiares.

La libertad aparece limitada por la enfermedad, ya que al encontrarse ante una posibilidad real de acción presenta una incapacidad de decisión.

Responsabilidad

M. obtuvo una puntuación alta en esta sub-escala, esto mostraría que es consciente de sus obligaciones y asumió un compromiso frente a sus a sus elecciones y a su actuar. Se hace evidente la facultad de perseverar en su accionar, hay marcada conciencia de obligación sobre su deber hacer (por ejemplo: el tratamiento).

Capacidades existenciales

Con los resultados obtenidos se puede decir que M. tiene el foco puesto en la enfermedad lo cual no le permite relacionarse con el mundo externo, con los otros. Presenta una predisposición al retraimiento, es decir que solo está pendiente excesivamente de sí misma y de la enfermedad. Demuestra ser una persona con incapacidad para decidir pero que frente a sus compromisos con ella misma tiene una clara conciencia de obligación.

D) CONCLUSIÓN DEL CASO M.

Una vez analizados por separado los datos de los instrumentos aplicados (entrevista semi-estructurada y la escala existencial), se llegó a las siguientes conclusiones del caso M.:

La información detallada sobre la enfermedad promueve a M. a cambios de actitud y conducta, así logra eliminar las concepciones erróneas sobre la enfermedad que ella tenía, ayuda a regular su actitud frente a la misma y a corregir las distorsiones e ideas erróneas asociadas al cáncer como ser la muerte. Antes de la enfermedad, cáncer y muerte eran sinónimos para la participante después de una información precisa M. dejó de considerar esta enfermedad como próxima a la muerte y así lograr una actitud de lucha y esperanza frente a la enfermedad.

Si bien se evidencia una actitud de lucha y de pseudo-aceptación frente a la enfermedad oncológica y frente a la realización del tratamiento, M. ante su dolor y sufrimiento tiende al retraimiento y aislamiento, dejando de lado a su familia, sus relaciones interpersonales, su trabajo, sus actividades, etc. Esta pseudo-aceptación pone a flor de piel sus vulnerabilidades y debilidades, impidiendo fortalecerse, madurar y potenciar su vida.

La enfermedad le deja enseñanzas personales a la participante. Pero aún no logra responderse como la enfermedad puede tener un sentido para su existencia, como a partir de esta experiencia puede llegar a una construcción de su realización existencial.

M. tiene la capacidad de superar esta crisis existencial, siempre y cuando pueda actualizar sus capacidades existenciales para que puedan manifestarse y así poder llegar a responderse sobre su verdadero sentido de vida, formar un proyecto de vida y poder lograr su realización existencial.

Con lo anteriormente dicho, se puede concluir que M. puede estar ante la presencia de una existencialidad pseudo-significativa, que se traduce en la dificultad de establecer diálogo con el mundo, en la falta de decisiones y en una vida pobre de relaciones. Al no llegar a descubrir su respuesta concreta y creadora al sentido de su existencia, no puede llegar a encarar su vida, transformar sus acciones, encarar sus valores y perfeccionar sus potencias.

CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones a las que se arribaron tras la investigación realizada. Las mismas surgen a partir del análisis de las entrevistas y de la aplicación de la escala existencial en el caso E. y caso M. En simultáneo con la aplicación de estos instrumentos, se utilizó la bitácora de campo, en donde se registraron los datos relevantes para esta investigación.

Previo a la aplicación de la entrevista semi-dirigida y de la escala existencial, se le pidió a cada participante voluntario que conformó la muestra, la firma del consentimiento informado. En el mismo se detalló la información necesaria acerca de la finalidad de la investigación.

Como se detalla en la nota del anexo 9, se trabajó con una muestra compuesta por dos personas, las mismas cumplían con los requisitos de inclusión y exclusión de la muestra. Las personas que están internadas y se encuentran en etapa de riesgo quedaron excluidos de la investigación, por no cumplir con los requisitos de inclusión. Por último, de los pacientes que cumplían con los requisitos de la investigación, solo aceptaron voluntariamente dos. Los demás pacientes del servicio de oncología no aceptaron participar de la misma, ya que con la situación actual de pandemia se sentían en riesgo y vulnerables a contraer la enfermedad COVID-19.

Los datos obtenidos permitieron responder a los objetivos de la investigación. Se pudo identificar en las participantes (adultos con enfermedad oncológica) cuáles son las capacidades existenciales que se encuentra inhibidas, restringidas o bloqueadas, las cuales no permiten una expresión de la realización existencial, y cuáles son las capacidades existenciales que se encuentran plenas.

Al comienzo del proceso, surgieron temas relacionados a los síntomas físicos, psicológicos, funcionales y existenciales que experimentaron frente al proceso de la enfermedad y frente a los efectos del tratamiento:

1. Físicos: dolor, vómito, diarrea, cansancio, etc.
2. Psicológicos: experiencia de vulnerabilidad, estrés, ansiedad, angustia, depresión, miedo, preocupaciones, cambios de humor, creencias de la enfermedad, etc.

3. Sociales: disminución de la actividad social, pérdida de contactos, aislamiento, etc.
4. Funcionales: limitaciones de capacidades y autonomía, cambios en rutinas cotidianas, necesidad de ayuda por parte de otros, etc.
5. Existencial: cuestionamiento de sus valores y del sentido de la propia vida, interrogantes acerca de la muerte y sobre lo que deja a sus allegados, afrontamiento y/o resolución de asuntos pendientes, reconciliación con los propios errores y los daños sufridos, etc.

Estas alteraciones en las diferentes dimensiones, generan experiencias inesperadas, traumáticas y de incertidumbre, debido que la enfermedad oncológica representa una amenaza significativa de la integridad física, psicológica, social y espiritual limitando su accionar para una vida plena. Las participantes modificaron sus vidas, sus rutinas y sus planes a partir de sus síntomas físicos, haciendo una reducción importante en las actividades de la vida diaria. Por lo anterior, se vieron perjudicados sus estados de ánimo, reaccionando de manera depresiva y angustiada. No solo como consecuencia del propio tratamiento, sino más bien, como elección direccionada al vacío y sin sentido.

Más allá del aspecto físico de la enfermedad, las pacientes padecen comorbilidad en la dimensión psíquica. Esta reacción psicológica les provocó impacto emocional, falta de energía, abulia, anhedonia, tristeza, pérdida de la capacidad de actuar libremente, incertidumbres, nerviosismo, aplanamiento afectivo, falta de control, afecciones en las relaciones interpersonales y desequilibrio en su estado de ánimo: de la intensa angustia a la bronca, impotencia, ansiedad. Estos factores favorecen a una desmejora en la calidad de vida de las participantes.

Por ende, se tiene un emergente de carencia de sentido que las lleva a un vacío existencial al no reconocer lo que quieren, al perder su orientación y al subestimar sus capacidades existenciales. Además, se ve afectada y comprometida sus capacidades para realizar valores. Así, se limita las posibilidades de desarrollo espiritual frente a la enfermedad corporal quedando impotente y bloqueada sin poder expresarse, aferrándose solamente a paliar los efectos somáticos propios de la enfermedad.

Es decir que, la realización existencial no se puede expresar al dejarse gobernar por el cuerpo físico o por las condiciones psicológicas. Esta incapacidad de oponerse y tomar distancia de las demandas psicofísicas es lo que no permite la manifestación de las capacidades existenciales y por ende, se tornan vulnerables. Es importante mencionar que, las fluctuaciones respecto a la aceptación de la enfermedad mantienen su desenvolvimiento en la misma de manera no lineal, sino dinámica, pudiendo negar, aceptar, enojarse, aislarse, cuestionar, pactar y tener esperanza, intermitentemente, pasando de una a otra sin orden alguno.

Se puede decir que no reconocen las crisis que están viviendo a nivel espiritual, porque su responsabilidad está centrada sobre lo físico y psicológico, y no llegan a movilizar sus otras capacidades existenciales hacia su realización existencial. Además, se centran en sus intereses, dolores, sufrimientos, miedos, temores particulares dejando de lado las otras dimensiones que componen al ser humano.

Se puede evidenciar diferentes etapas por las que transitaron las participantes: confusión, depresión, retracción, y pseudo-aceptación de la enfermedad, desde su diagnóstico hasta las operaciones y tratamientos, tanto desde el punto de vista médico como el psicológico. Las participantes colaboraron activamente en el tratamiento, siguiendo las pautas médicas para el manejo de sus síntomas. Sin embargo, como se viene mencionando, se vio comprometida de manera significativa sus capacidades existenciales, salvo la responsabilidad, estando restringidas las demás (autotrascendencia, autodistanciamiento y libertad). Estas capacidades bloqueadas en las participantes no permiten que puedan asumir con plena aceptación y autenticidad su enfermedad.

Las participantes, a nivel manifiesto dan una fachada de aceptación de su enfermedad. Ellas manifiestan que pueden darse cuenta que a pesar de su enfermedad hay esperanza y que pueden vivir más de lo previsto, sin embargo, a nivel latente las secuelas son distintas.

A medida que recibieron información sobre la enfermedad que padecen, las participantes tuvieron una mirada retrospectiva de su propia historia, se enfrentaron al valor de su pasado, de su vida y se cuestionaron si pudieron sentirse conforme con lo realizado. Esto sucede porque les inquieta el tema de la muerte, por ejemplo ¿Cómo será morir? ¿Qué será de la familia?, ¿Qué se sentirá al morir? El tema de la muerte hace que las participantes

se enfrenten a su propia angustia. Al no poder asimilar este tema no logran liberarse de sus pensamientos y sentimientos para lograr una plena aceptación de su condición actual. Esto impide que las participantes sean capaces de adaptarse a su realidad.

La angustia, que atraviesan transversalmente, está penetrada por el temor a no poder, a no tener tiempo para realizar todas las cosas que se quieren hacer, por ende, los valores de creación de cada participante no les permiten responder significativamente a las demandas de los quehaceres cotidianos. Los valores de experiencia no se manifiestan como adecuados para culminar con sus búsquedas personales y sus valores de actitud no los instrumentan para resolver su posición ante lo inevitable. De modo que, al estar los valores encasillados en sus intereses particulares y bloqueados frente al mundo y los otros, al presentar hiperreflexión, inactividad, ánimo depresivo, no tener un proceso reflexivo de su enfermedad, las participantes no llegan a descubrir su sentido, su realización personal.

Lo que frustra las posibilidades de la expresión de realización existencial es la indiferencia en el aquí y ahora, obstaculizando su espontaneidad, sus emociones y sus actividades en general, se pierde la naturalidad con la que se deberían hacer las cosas, pierden el rumbo, caen en un conformismo, quizás propio de aquellas situaciones límites de la vida. Pero curiosamente, son ellas las que tienen que lograr despertar aquellas capacidades para mantener la vida, caso que así se requiera.

El siguiente gráfico ayudará a comprender, como las participantes no llegan a manifestar sus capacidades existenciales, generando una pseudo existencialidad.

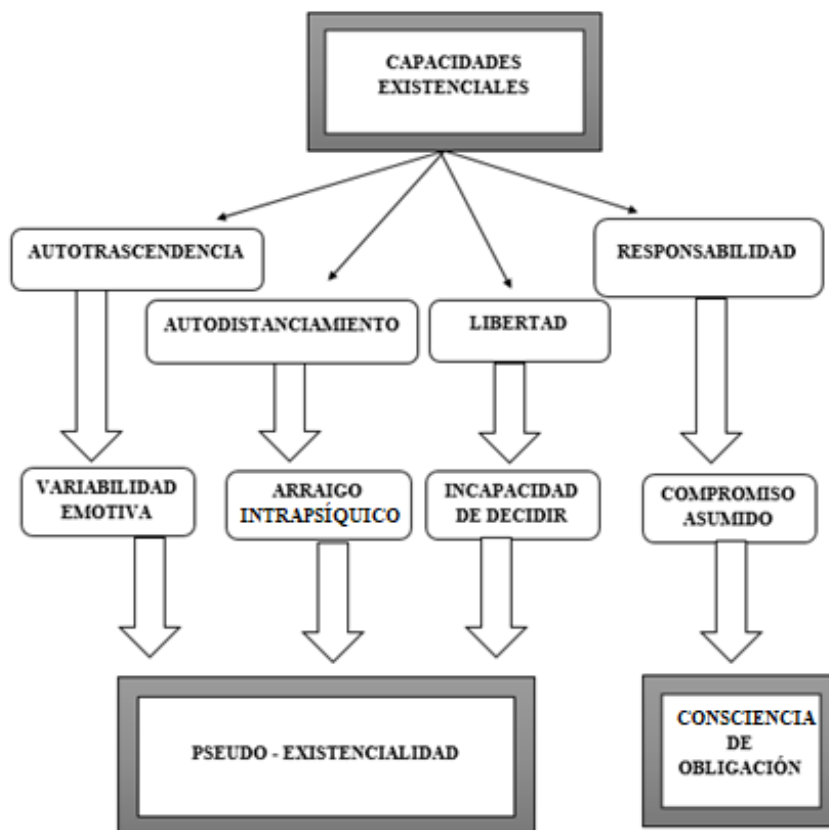


Figura 8

Su propio desarrollo y realización aparecen con dificultad debido a que no pueden salirse de sí mismo, al encuentro del mundo y del otro. El proceso de búsqueda de sí mismo queda restringido y presentan inestabilidad del estado de ánimo e indecisión. La enfermedad como suceso imprevisto que irrumpe en la vida de las participantes, las llevó a desorientarse, distraerse y confundirse respecto a sus proyectos personales.

Se observó que los condicionamientos psicofísicos restrictivos de las participantes imposibilitan la manifestación de monitorear y regular sus propios procesos emotivos y cognitivos. Es por ello que se concluye que las participantes mantienen un arraigo intrapsíquico, que les impide verse a sí mismas en situación, se les hace difícil percibir otras opciones de sí mismas, hasta pueden llegar a un estado de hiperreflexión, es decir a una excesiva atención de uno mismo, excesiva auto-observación de sus padecimientos. No logran tomar distancia de sus padecimientos, tensiones y decidir qué actitud adoptar ante ellos, es decir que no tienen la capacidad de sacar a la enfermedad del centro de sus intereses. Esto se

debe a que su marco de acción se centra en el tratamiento descuidando sus tareas, relaciones, proyectos, valores, etc.

Además, ambas participantes presentan variabilidad emocional, es decir inestabilidad y fluctuaciones de sus estados de ánimos, no logran una conexión consigo mismas, con los demás y con su entorno, lo cual no permite elaborar un proceso madurativo y de realización. Al no poder ser auténticas ni poder soltarse de sí mismas, no pueden generar un cambio frente a su padecimiento, por ende la no aceptación de su adversidad se convierte en sufrimiento.

También, se observó que hay una incapacidad de decisión. Las participantes sufren límites en sus capacidades vitales, y en sus rutinas cotidianas lo cual pone en cuestionamiento sus elecciones ante la actitud que toman frente a la enfermedad. Es por ello que aparecen dudas, inseguridades y desorientación valorativas. La enfermedad deja marcas que por su profundidad, duración y reiteración en el tiempo influyen en la toma de decisiones y en la capacidad de discernir y elegir la actitud que quieren frente a su enfermedad. Ambas pierden su autonomía, es más importante sobrevivir que trascender y alcanzar la plenitud existencial.

Ahora bien, las participantes tienen un compromiso asumido, cumplir con el tratamiento que le asignan los médicos, son conscientes de sus propias responsabilidades. A pesar de las inseguridades y fluctuaciones de elección y decisión frente a la enfermedad. E. y M. asumen sin discutir ese compromiso, sin embargo, ellas no lo eligen, es impuesto. Es decir que, son capaces de responder responsablemente a las demandas que la enfermedad les plantea, se hacen cargo de su tratamiento reaccionando a los métodos y procesos que los médicos indican.

En síntesis, la restricción de las capacidades de autodistanciamiento, autotranscendencia y libertad limitan su desarrollo personal e imposibilita a las participantes llegar a su realización. Es decir, que tengan plena responsabilidad de sus actos y compromisos asumidos frente a la enfermedad, no posibilita el despliegue de la dimensión espiritual.

Es así que las participantes llegan a una pseudo-existencialidad. La enfermedad como situación límite, condujo a las participantes a un cambio en el modo de observar la vida, una transición entre un estado y otro, lo que las llevo a una transformación. Pero no llega a ser una transformación madura, auténtica porque si bien aceptan sus dificultades y reconocen

actualmente que pueden “ganar la batalla al cáncer”, aún no llegan a manifestar plenamente sus capacidades existenciales para convertir esta situación límite en un medio o en un camino de oportunidad para realizarse. Las participantes no logran asumir con madurez su enfermedad y sus capacidades para desarrollar seguridad, confianza y valor en sí misma.

Su realización existencial queda cuestionada, ya que los diversos proyectos que tenían antes de la enfermedad tienden a ser anulados o modificados por la situación vivida. Se evidencia que las participantes aún les falta madurar y crecer para poder trascender y transformar su enfermedad en un sentido.

La enfermedad, la muerte, el aislamiento, los proyectos frustrados a lo largo de la vida y la pseudo-aceptación son factores que ocupan y preocupan a las participantes. No permiten asumir la enfermedad oncológica, lo que impide buscar dentro de ellas mismas soportes que les permitan modificar esa actitud de soportar o resistir con sacrificio sus realidades. Estos factores son fuente de angustia, hacen que se alejan del nivel espiritual y se acentúa la gravedad de tener posibilidades para su realización existencial.

Al no expresarse la realización existencial en las participantes no logran poder responder sobre su propio ser y de manera real a su enfermedad, inhibiendo el despliegue de las capacidad de las pacientes, bloqueando la elaboración de futuros proyectos. Entonces se puede decir que, la vivencia de la enfermedad no solamente se reduce a la aceptación de la misma, sino al desafío de poder enfrentar la adversidad logrando un sentido, aceptando la condición real personal, integrando el pasado, elaborando el presente, y proyectando el futuro como aquella motivación que mueve la vida.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

A partir de las conclusiones obtenidas surgen las siguientes recomendaciones:

La continuación del estudio, ampliando sobre la realización existencial de los pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica, pudiendo tomar nuevos casos, incluyendo personas hospitalizadas o en remisión.

Asimismo, se recomienda ampliar la información tomando como muestra un número mayor de personas con las características tomadas de esta investigación para lograr mayor profundidad de los datos.

Además, las capacidades existenciales, el sentido de vida, su autonomía, la muerte, la fugacidad de la vida son cuestiones que ocupan y preocupan al enfermo oncológico. Por ello, es en parte fundamental investigar estas preocupaciones esenciales y humanas, y por otra parte es fundamental estar atentos a los aspectos psicológicos que se manifiestan como la tristeza, el estrés, el desaliento, el miedo a morir, etc.

Es importante establecer programas de prevención centrados en la dimensión espiritual y proporcionar a los pacientes abordajes terapéuticos que involucren dicha dimensión. De esta manera se buscará potenciar el manejo de factores de riesgo frecuentes en la población estudiada en esta investigación, para enfrentar problemáticas como la deserción al tratamiento, la poca adherencia al tratamiento, resistencia al cumplir con prescripciones médicas, limitación de su calidad de vida, acortamiento de su esperanza de vida, pérdida del espíritu de lucha, etc. Es importante acompañar al enfermo con cáncer en sus planteos existenciales.

REFERENCIA

- Allasina Cecilia. (2013). “La terapia psicológica del paciente oncológico”. Universidad de Studio di Torino. Disponible en <https://www.tesionline.it/tesi/la-terapia-psicologica-del-paziente-oncologico/50841>
- Álvarez Silvia Lorena. (2013). “La realización existencial en los adolescentes que asisten a los centros de actividades juveniles”. Universidad Católica de Salta. Disponible en: <https://es.calameo.com/read/0010340198ae2dae25388>
- Ballestero Isabel y Abriata Graciela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2015). Boletín vigilancia epidemiológica. Análisis de situación de salud por cáncer. Un aporte para la toma de decisiones en salud pública basadas en información. Buenos aires.
- Bayés, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Beltrán Cancela María. (2005). El impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en el paciente. Universidad Católica de Salta.
- Biblioteca Universidad Católica de Salta. (2020). Recuperado de: http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/do_pret.php?lvl=pret&id_notice=22777&id_bulletin=0&oresa=popup
- Boado de Landaboure Noemí. (2002). Escala existencial de A. Langle, C. Orgler, M. Kundi. Buenos Aires. Ed: Dunke.
- Bustos, Leonardo Daniel. (2017). “Análisis de la Toma de Posición en un caso de adulto joven con cáncer desde la perspectiva Existencial” Universidad del Aconcagua Mendoza, disponible en: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/733>
- Cáceres Zurita, Ruíz Mata, Germà Lluch y Busques. (2007). Manual para pacientes oncológicos y su familia. España. Ed.
- Cananea Chiara Della. (2006). Intervento-psicologico-nei-malati-oncologici. Universidad de Roma la Sapienza. Grado de nivel II (Especialista) Recuperado de:

<https://www.tesionline.it/tesi/preview/intervento-psicologico-nei-malati-oncologici/20430/1>

Cerezo Gonzales y López Casero. (2011). Cuidados paliativos en el paciente oncológico. Ed: Visión libro.

Chiozza Luis. (2010). Cáncer: ¿Por qué a mí, por qué ahora? 1ª ed. Buenos Aires. Libros del zorzal.

Deixa Moreno y Carrillo Javier. (2019). Manual of the American Psychological Association. Normas APA. Guía de citación y referenciación. 7º ed.

Federación de Psicólogos de la República Argentina FePRA. (2013). Obtenido de http://fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf.

Fernández Díaz Edulgerio. (2015). “La dimensión espiritual del paciente oncológico desde la bioética personalista”. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo Perú. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/550/1/TM_Fernandez_Diaz_Edulgerio.pdf

Ferrández Formoso Raquel. (2019). “La dimensión noética de la salud en la Logoterapia de Viktor Frankl”. Recuperado de: <https://doi.org/10.12795/themata.2019.i60.02>

Frankl Viktor E. (1979). El hombre en búsqueda del sentido. Barcelona. Ed: Herder.

Frankl Viktor E. (1982). Psicoterapia y Humanismo. Ciudad de México. Ed: Fondo de Cultura Económica.

Frankl Viktor E. (1987). El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia. Ed: Herder.

Frankl Viktor E. (1992). Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial. Barcelona. Ed: Herder.

Frankl Viktor E. (2002). La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia. Con una colaboración de Elisabeth S. Lukas. Barcelona, Ed: Herder.

- Frankl Viktor E. (2003a). Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia. Ed: Herder.
- Frankl Viktor E. (2003b). Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre la logoterapia. Barcelona. Ed: Herder.
- Frankl Viktor E. (2011). Logoterapia y análisis existencial. Texto de cinco décadas. Barcelona. Ed: Herder.
- Frankl Viktor E. (2012). Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia. Barcelona. Ed: Herder.
- Gandur. (2008). Manual de enfermería oncológica. Instituto Nacional del Cáncer. Argentina. Ministerio de Salud, presidencia de la Nación.
- García Pintos Claudio. (2006). Cita a ciegas: sobre la imprevisibilidad de la vida: reflexiones a partir de la obra Sincronización en Birkenwald de Frankl Viktor. 1ª ed. Buenos Aires. Ed: San Pablo.
- García Pintos Claudio. (2009). Sentido del Humor. Terapéutica para la vida. Sofía Sáenz Valiente... [et.al.] (2009). Logoterapia en acción. Aplicaciones prácticas (pp174-183. 1ª ed. Buenos Aires: San pablo.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, Pilar. (2010). Metodología de la Investigación. Ed: 5ª México D.F.: Editorial McGRAW-HILL.
- Hospital San Bernardo (s.f). Historia del hospital. Disponible en:
<http://www.hospitalsanbernardo.gob.ar/>
- “Huamani Julio Cesar y Arohuanca Milagros. (2019). “Sentido de vida en pacientes diagnosticados con cáncer”. En revista de la Universidad de Lima. Perú. Vol. 2. pp 93 – 109. Disponible en: [https://doi.org/10.26439/persona2019.n022\(2\).4566](https://doi.org/10.26439/persona2019.n022(2).4566)
- Jofré Daniela. (2017). “Las capacidades personales y existenciales de estudiantes universitarios de la carrera de Traductorado Público de Inglés. Un acercamiento a su

sentido de vida”. Universidad del Aconcagua Mendoza. Disponible en:
http://190.183.61.20/objetos_digitales/735/tesis-5522-las.pdf

Kübler Ross Elisabeth. (1993). Sobre la muerte y los moribundos. 4ª ed. Barcelona. Ed: Grijalbo.

Latorre Carola Sandra. (1995). “Cáncer y vacío existencial”. Universidad Católica de Salta.

Lazzarini Betiana Grisele (2017) “Cáncer de mama en relación con las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia, en mujeres que se encuentran en una etapa de remisión”. Universidad del Aconcagua, Mendoza disponible en:
<http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/715>

Ledesma Natalia Lucia. (2010). “La aceptación en la enfermedad del Cáncer mediante la actualización del valor de actitud”. Universidad Católica de Salta.

Ley N° 6063. (11 de Febrero de 1983). Ley Provincial de la Profesión del Psicólogo. Capítulo V. Art 15. Obtenido de
<http://psicologossalta.com.ar/wpcontent/uploads/2011/11/ley-6063.pdf>

Loto Romina. (2008). “Segundo fundamento del análisis existencial”. Recuperado de:
<http://logoactitud.blogspot.com/2008/08/>

Lukas Elisabeth. (2008). Psicoterapia en dignidad. Apoyo para la vida con orientación hacia el sentido según Frankl Viktor. 2ª ed. Buenos Aires: San Pablo.

Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). Estadísticas e Incidencias. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>

Mori Harald. (2009). Psico-oncología orientada hacia el sentido en la práctica psicoterapéutica. Sofia Sáenz Valiente... [et.al.] (2009). Logoterapia en acción. Aplicaciones prácticas (pp 334-341). 1ª ed. Buenos Aires: San pablo.

Ochoa Arnedo, Cristian & Maté, Jorge & Carreras, Bernat & Segalàs, Cinto & Hernández, Rosa & Moncayo, Francisco. (2013). Cap. 8 Ansiedad y Miedo. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. (pp.244-253). Edición: 3ª.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Depresión. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Reyes-Ticas Américo en su libro. (2005). “Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Honduras, Editorial Pfizer, impreso en Costa.

Sáenz Valiente Sofía... [et.al.]. (2009). Logoterapia en acción. Aplicaciones prácticas. 1ª ed. Buenos Aires: San pablo.

Soma Carlos Nicolás. (2015). “El sentido de vida familiar sostenido por el vínculo en el niño con enfermedad oncológica” Universidad Católica de Salta disponible en la biblioteca de dicha Universidad.

Tussi Laura. (2008). “Autobiografía e disagio esistenziale” Universidad Studi di Milano – Bicocca. Grado de Nivel II (Especialista). Recuperado de: <https://www.tesionline.it/tesi/autobiografia-e-disagio-esistenziale/24845>

Vidal María del Carmen y Benito. (2012). Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer. 2ª ed. Buenos Aires. Editorial Polemos.

Yélamos, García, Fernández y Pascual. (2010). El cáncer en los niños. Madrid: Herder.

Referencia de tablas

Gandur. (2008). Manual de enfermería oncológica. Instituto Nacional del Cáncer. Argentina. Ministerio de Salud, presidencia de la Nación. [Tabla 2].

Ballesteros Isabel y Abriata Graciela (2018). Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín vigilancia epidemiológica. Análisis de Situación de Salud por Cáncer. Un aporte para la toma de decisiones en salud pública basadas en información. Buenos aires. [Tabla 1].

ANEXO

ANEXO 1: Autorización de la Investigación

AL COMITÉ DE DOCENCIA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL SAN BERNARDO

Quien suscribe María Eugenia Altobelli de Priego, DNI 38.740.382, alumna de la Universidad Católica de Salta (UCASAL), de la facultad de Artes y Ciencias de la carrera de Licenciatura en Psicología ante usted me presento y expongo: solicitar y poner en consideración su aprobación para realizar mi proyecto de investigación titulado: **“Realización existencial en adultos que tienen enfermedad oncológica.”** en su institución. Dicho proyecto ya se encuentra aprobado y admitido por la Universidad Católica de Salta.

Para el logro de este proyecto se requiere autorización para realizar entrevistas y toma de una escala a adultos que estén en tratamiento oncológico en el Hospital San Bernardo.

Así mismo me comprometo a cumplir con las buenas prácticas de investigación, las recomendaciones de los comités revisores y con el cronograma de supervisión de la ejecución según corresponda.

Se adjunta presentación y proyecto de tesis.

María E. Altobelli de Priego
DNI 38740382

DICTAMEN

En el día de la fecha 28 de Abril de 2.021, el Comité Asesor de Docencia e Investigación ha evaluado y aprobado el Proyecto de Investigación "*Realización existencial en Adultos que tienen Enfermedad Oncológica*", presentado por la alumna María Altobelli de Priego de la Universidad Católica de Salta - carrera de Licenciatura en Psicología. Se adjunta copia de dicho Proyecto.

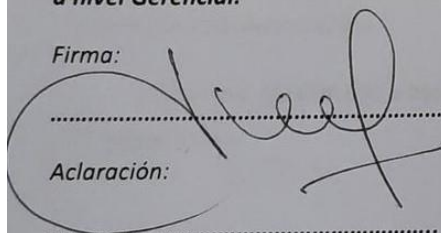
Responsable:

- **Responsable del proyecto:** MARIA EUGENIA ALTOBELLI DE PRIEGO
- **Documentación presentada:** PROYECTO
- **Tutor Institucional:** Lic. ANA COBOS RONCAL

DICTAMEN:

Este Comité eleva el mismo a fin de aprobación por su programa y dictamen interno a nivel Gerencial.

Firma:

.....


Aclaración:

.....
 Cargo: *Corbalán Norberto Bernabe*
 COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
 Hospital San Bernardo

ANEXO 2: Seguro de vida



Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscip. SSN 0880

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000001

Datos del Tomador				
Contratado por	Póliza N°	Endoso N°	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
ALTOBELLI DE PRIEGO, MARIA EUGENIA	00017329	00000000	23/03/2021	23/09/2021
Dirección:	MANZANA 54 6		CUIT	
	4427 - SAN FELIPE (DPTO. SAN CARLOS), SALTA		27387403820	

Datos Personales del Asegurado		
MARÍA EUGENIA ALTOBELLI DE PRIEGO	Fecha Nacimiento	Tipo y N° de Documento
ACTIVIDAD: PSICOLOGO (CONSULTORIO EN SU CASA UNIC)	26/02/1995	DNI 38740382
Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 23/03/2021 hasta su cancelación.		

Tipo de Póliza: ACCIDENTES PERSONALES LABORAL INDIVIDUAL

Detalle de las Coberturas	Suma Asegurada Asegurado Titular	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de permanencia
MUERTE ACCIDENTAL	\$ 500.000,00	14	64	65
INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE	\$ 500.000,00	14	64	65
REINTEGRO DE GASTOS POR ASIST. MEDICA	\$ 75.000,00	14	64	65

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Relación/Parentesco	% del Beneficio
ALTOBELLI DE PRIEGO, MARÍA EUGENIA	DNI 38740382		100,00

Emitido en , 22 de Marzo de 2021

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite del cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito, sin ninguna otra formalidad.

Para consultas o reclamos, comunicarse con Experta Seguros S.A.U. al 0800-777-7278

Importante: La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.expertaseguros.com.ar.

En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gov.ar o formulario web a través de www.argentina.gov.ar/ssn.


Juan Pablo Charist
Apoderado

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

EXPERTA SEGUROS S.A.U. 30-71459054-1 Avenida del Libertador 6902 - Piso 12 (C1429BMP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Centro de Atención al cliente: 0800-777-7278 clientes@experta.com.ar | www.experta.com.ar

ANEXO 3: Modelo de autorización para el servicio de oncología

FECHA_____

HOSPITAL SAN BERNARDO

SVS. PSICOLOGÍA/ONCOLOGÍA

A QUIEN CORRESPONDA

Quien suscribe María Eugenia Altobelli de Priego, con D.N.I 38.740.382, se dirige a usted con el fin de solicitarle autorización para realizar entrevistas a adultos que estén en tratamiento oncológico en el Hospital San Bernardo, con intervención de la escala existencial de A. LÄngle – C. Orgler – M. Kundi, en el concepto de mi tesis de grado: **“La realización existencial adultos con enfermedad oncológica”**

Firma y Aclaración

FECHA 20/05/2021

HOSPITAL SAN BERNARDO**SVS. PSICOLOGÍA/ONCOLOGÍA****A QUIEN CORRESPONDA**

Quien suscribe María Eugenia Altobelli de Priego, con D.N.I 38.740.382, se dirige a usted con el fin de solicitarle autorización para realizar entrevistas a adultos que estén en tratamiento oncológico en el Hospital San Bernardo, con intervención de la escala existencial de A. L'Angle – C. Orgler – M. Kundi, en el concepto de mi tesis de grado: **“La realización existencial adultos con enfermedad oncológica”**.

Saludo a usted atentamente.

ANA COBO RONCAL
Psicóloga Esp. Psicooncología
y Cuidados Paliativos
M.P. 009. N. N. 44.62

Firma y Aclaración

ANEXO 4: Consentimiento informado

“La realización existencial en adultos con enfermedad oncológica”

Por la presente yo _____
con D.N.I. _____ declaro que:

He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad que se seguirán a lo largo del proceso.

He comprendido que la participación en la investigación es voluntaria y he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes. Tengo conocimiento de que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Por lo que AUTORIZO a **María Eugenia Altobelli de Priego** a realizar la citada investigación.

FIRMA Y ACLARACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO**“La realización existencial en adultos con enfermedad oncológica”**

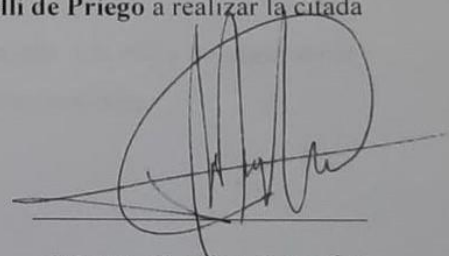
Por _____ la _____ presente
yo EVA _____ con
D.N.I. _____ — _____ declaro que:

He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad que se seguirán a lo largo del proceso.

He comprendido que la participación en la investigación es voluntaria y he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes. Tengo conocimiento de que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Por lo que AUTORIZO a **María Eugenia Altobelli de Priego** a realizar la citada investigación.

**FIRMA Y ACLARACIÓN**

CONSENTIMIENTO INFORMADO**“La realización existencial en adultos con enfermedad oncológica”**

Por _____ la _____ presente
yo Mirta _____ con
D.N.I. _____ declaro que:

He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad que se seguirán a lo largo del proceso.

He comprendido que la participación en la investigación es voluntaria y he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes. Tengo conocimiento de que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Por lo que AUTORIZO a **María Eugenia Altobelli de Priego** a realizar la citada investigación.



FIRMA Y ACLARACIÓN

ANEXO 5: Guía de entrevista semi-dirigida

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar: _____

Entrevistado/a: _____ Edad: _____

Sexo: _____

Introducción

Se brindará información de las características generales de la investigación: objetivos, utilización de los datos y confidencialidad.

- Nombre:
- Edad:
- ¿Trabaja? Actividad que realiza o realizaba antes del diagnóstico
- Datos sobre su familia
- Relaciones interpersonales
- Hoy, ¿Cómo se siente usted?
- Me cuenta un día de su vida.
- ¿Cómo se describiría usted?
- Si estuviera en el pasado ¿Me diría lo mismo?
- ¿Qué tipo de cáncer tiene?
- ¿Qué tipo de tratamiento está realizando?
- ¿Tiene información acerca de su enfermedad? ¿Cuál?
- ¿Quién le dio la noticia? ¿A qué edad?
- ¿Cómo vive usted esta enfermedad?
- Si pudiera y quisiera comentar ¿Cómo fue el día del diagnóstico? ¿Cómo fue el momento en el que se le informó que padece esta enfermedad?
- ¿Cómo se sintió en ese momento? ¿Piensa en algo en especial? ¿Cómo lo vivenció?
- Nadie está preparado para recibir una información así. ¿Qué actitud tuvo en ese momento? ¿Qué considera que fue lo que más le cambió?
- ¿Considera que hay que realizar un duelo en la enfermedad? ¿Usted considera que lo hizo? ¿Cómo definiría el transitar del mismo?
- Sabemos que el tratamiento conlleva sacrificios ¿Usted cómo lo vivió?
- ¿Se encuentra acompañado/a durante esta etapa de su vida? ¿Por quiénes?

- ¿Si tuviera un día malo, hace algo para cambiarlo o superarlo?
- ¿Qué aspectos personales lo/la ayudan a sobrellevar la enfermedad?
- ¿Considera que hay cuestiones/temores para afrontar la enfermedad?
- ¿Qué actitud toma cuando siente dolor y sufrimiento?
- ¿Creé que depende de usted tener o no una buena actitud frente a la enfermedad?
¿Qué lo/la ayuda a que tenga una buena actitud?
- ¿La palabra cáncer tiene una connotación de muerte para usted?
- ¿Cree que puede superar esta enfermedad?
- ¿Qué opinión tiene sobre los pronósticos?
- ¿Cómo se ve usted a futuro?
- ¿Considera que el hecho de que sucediera esto ha servido para encontrarle sentido a su vida, a su familia y a usted mismo? ¿Y a la enfermedad?
- Ha pensado ¿Cuál es el sentido de su vida en este mundo? Es decir, ¿Cuál es su misión, su lugar?

ANEXO 6: Modelo de la escala existencial

Nombre: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Motivo de consulta y/o diagnóstico presuntivo: _____

Fecha: _____

CONSIGNA: Por favor marque el círculo en la escala que está más cerca de como usted generalmente se siente, aparte de ocasionalmente o leves fluctuaciones.

Siempre Moderadamente Muy pocas veces

O-----O-----O-----O-----O-----O

Frecuentemente Rara veces Nunca

¿En qué medida me conciernen las
siguientes afirmaciones?

S

N

- 1) Interrumpo actividades importantes porque las considero demasiado para mí. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 2) Me siento personalmente motivado por mis tareas. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 3) Para mí algo es significativo, sólo cuando corresponde a mi propio deseo. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 4) En mi vida no hay nada especial. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 5) Prefiero ocuparme de mí mismo, mis propios deseos, sueños, preocupaciones y temores. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 6) Estoy distraído. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 7) Me siento insatisfecho aún después de una actividad intensa, pensando que habría cosas más importantes para hacer. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 8) Yo me guío según las expectativas de otros. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 9) Yo intento aplazar, sin mayores reflexiones las decisiones difíciles. O-----O-----O-----O-----O-----O

- 10) Me distraigo fácilmente, incluso durante actividades que realizo con gusto. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 11) No hay realmente algo en mi vida a lo que quisiera dedicarme. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 12) No entiendo porque debo ser yo precisamente el que haga determinada cosa. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 13) Yo pienso que mi vida, en la forma en que actualmente la llevo, no vale nada. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 14) Encuentro difícil comprender el significado de las cosas. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 15) Me gusta la forma en que me trato a mí mismo. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 16) No me tomo el tiempo suficiente para las cosas que son importantes. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 17) No me es inmediatamente claro lo que puedo hacer en cada situación. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 18) Hago las cosas porque tengo que hacerlas y no porque quiero. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 19) Cuando surgen problemas pierdo fácilmente la cabeza. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 20) Casi siempre hago cosas que perfectamente podría dejar para más tarde. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 21) Tengo interés por ver que me brinda el nuevo día. O-----O-----O-----O-----O-----O

- 22) No me doy cuenta de las consecuencias de mis decisiones, sino hasta que las llevo a cabo. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 23) Si tengo que decidirme no confío en mis sentimientos. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 24) Cuando el resultado de una empresa me parece inseguro, me abstengo de realizarla aunque quiera hacerla. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 25) No sé con certeza para qué soy competente. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 26) Me siento interiormente libre. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 27) Me siento desfavorecido por la vida, ya que mis deseos no han sido cumplidos. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 28) Es un alivio para mí ver que no tengo opciones. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 29) Hay situaciones en las que me siento completamente desamparado. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 30) En muchas de las cosas que hago, tengo el sentimiento de no saber bien cómo se hacen. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 31) No sé qué es lo importante en una situación. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 32) El cumplimiento de mis deseos tiene prioridad. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 33) Me resulta difícil comprender a otros en su situación personal. O-----O-----O-----O-----O-----O

- 34) Sería mejor que yo no existiera. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 35) En el fondo muchas de las cosas con las que tengo que ver me parecen ajenas. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 36) Prefiero formarme mis propias opiniones. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 37) Me siento desgastado porque realizo varias cosas al mismo tiempo. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 38) Me faltan fuerzas, incluso para perseverar en lo importante. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 39) Hago muchas cosas que en realidad no quiero hacer. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 40) Una situación es para mí interesante únicamente si corresponde a mis deseos. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 41) Cuando estoy enfermo sé que no debo comenzar algo nuevo. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 42) Soy consciente de que cada situación ofrece diferentes posibilidades de actuación. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 43) Encuentro monótono mi medio ambiente. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 44) La cuestión de si yo quiero hacer algo se presenta raras veces, ya que casi siempre hay algo que tengo que hacer. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 45) Nada es realmente bello en mi vida porque todo tiene sus pros y sus contras. O-----O-----O-----O-----O-----O
- 46) Mi propia dependencia y falta de libertad internas me crean muchos problemas. O-----O-----O-----O-----O-----O

HOJA DE EVALUACIÓN**Medida P:****Medida E:****Valor total:****OBSERVACIONES CUALITATIVAS:**

HOJA DE EVALUACIÓN**MEDIDA P:**

A.D	
ÍTEMS	PTS.
3	
5	
19	
32	
40	
42 .	
43	
44	
TOTAL	

A.D:
A.T:
MED. P:

A.T	
ÍTEMS	PTS.
2 .	
4	
11	
12	
13	
14	
21 .	
27	
33	
34	
35	
36 .	
41	
45	
TOTAL	

MEDIDA E:

L	
ÍTEMS	PTS.
9	
10	
15 .	
17	
18	
23	
24	
26 .	
28	
31	
46	
TOTAL	

R	
ÍTEMS	PTS
1	
6	
7	
8	
16	
20	
22	
25	
29	
30	
37	
38	
39	
TOTAL	

L: R: MED. E:
--

Nota: los ítems señalados . son los que se puntúan en forma inversa, es decir 654321

VALOR MEDIO PARA TODOS LOS VALORES SEGÚN GRUPOS DE EDAD

Edad	<19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69
Medida P	101,92	107,55	107,81	108,03	105,82	103,48
Medida E	101,40	107,14	109,50	109,95	107,54	110,34
AD	33,60	35,41	35,51	36,17	35,53	35,02
AT	68,33	72,13	72,30	71,86	70,29	68,45
L	48,24	50,88	50,98	51,62	49,67	50,85
R	53,37	56,29	58,51	58,33	57,87	59,49
VALOR TOTAL	203,33	214,70	217,31	217,99	213,37	213,83

ANEXO 7: Entrevista y escala existencial E.

Nombre: E.

Sexo: femenino

Edad: 41 años

Diagnóstico: cáncer de mama

Fecha de confirmación del diagnóstico: enero 2021

Tratamiento: Quimioterapia – Rayos

Investigador: ¿Con quiénes vivís actualmente?

E: Vivo con mi marido hace 20 años. Pero tengo un hijo de crianza tiene 28 años y tengo una nieta de 7 años. Con mi marido no tenemos hijos biológicos.

Investigador: ¿Cómo es la relación con su marido?

E: Yo salí del seno de mi casa para vivir con mi marido, nos pusimos de novios cuando teníamos 20 años y estamos hasta el día de hoy. Esa es mi familia mi marido.

Investigador: ¿Me puede comentar un poco más sobre su familia?

E: Somos una familia muy grande, somos 11 hermanos, 2 de mis hermanos ya fallecieron. Pero de toda mi familia, con las personas que comparto únicamente es con una sola hermana. Nosotras decimos mi familia es chiquitita: nosotras dos, mi marido, mi hijo, mi cuñada y mi sobrina. Mi cuñada es como mi hermana. De mi familia son ellos los únicos que saben de todo esto que estamos pasando de enero que me diagnosticaron, hasta el día de hoy que estoy haciendo la quimio, no lo sabe más nadie, más que nosotros. Porque así quise que sea y quiero que sea y lo único que estoy rogando es que no se me caiga el pelo para no tener que dar explicación a nadie. Quiero que esta enfermedad quede en la intimidad de nosotros, en mi familia que somos 5. Tengo 42 sobrinos, pero de todos ellos, solo tengo una relación inseparable con una de ellas que es la mayor. Con los otros no tengo un vínculo. No tengo hijos, yo no puedo tener hijos. Si tengo mi hijo de crianza, lo crié desde que tenía 6 meses y

esto me ayudó a pasar tranquila la enfermedad porque yo tenía en algo menos en que pensar, en que si lo dejaba solo, sin madre. Vivo en paz hoy.

Investigador: ¿Cómo está usted?

E: Yo estoy bien, así como me ves estoy. Si hay días que estoy mal, en cama y no me levanto, pero generalmente siempre estoy tratando de estar bien y siempre estoy así medio bien.

Investigador: ¿De qué trabajo o trabaja actualmente?

E: Antes era empleada doméstica, hoy en día solo realizo disfraces por encargo, tiene que ser con anticipación para que yo me pueda organizar. Yo disfruto estar en mi casa, aunque te parezca una locura yo amo por ejemplo limpiar las ventanas de mi casa, lo disfruto. Me gusta estar en mi casa. A mí la pandemia me vino de 10, imagínate vivía en mi casa, no necesitaba salir para nada.

Investigador: ¿Usted me puede comentar que tipo de cáncer tiene?

E: Tengo cáncer de mama

Investigador: ¿Cuándo la diagnosticaron?

E: En enero. Yo me lo descubrí en octubre, pero me lo diagnosticaron en enero hasta que conseguí turno y todo eso. En febrero me operaron me sacaron la cuarta del pecho y bueno empecé a hacer la quimio en marzo.

Investigador: ¿Me puede comentar un poco sobre su tratamiento?

E: Ahora estoy haciendo quimioterapia y después tengo que hacer rayo y después ya estaría de alta.

Investigador: ¿Recuerda la fecha en que le diagnosticaron la enfermedad?

E: Yo me lo encuentro en octubre, el 19 de enero tenía turno con el especialista en mama. Voy al hospital nuevo y ya estaba asustada, yo presentía algo, tenía mucho miedo, mi hermano lo minimizo a no es nada, capaz que es una grasita, capaz que te golpeaste. Voy ese día al doctor y le explico lo que me encontré, me acuesto, me revisa y apenas me toco empezó,

como yo digo, mi infierno. En marzo tuve el diagnóstico la respuesta de todo, hasta eso fue un infierno mi vida.

Investigador: ¿Cómo le dijo el médico que tenía cáncer de mama?

E: Cuando el médico me revisa, puso una cara, que yo dije Dios mío esto está muy mal, me manda a hacer la mamografía, después a la tarde me encuentro con él en el consultorio, me hace una ecografía. El médico me dijo te tengo que decir la verdad esto es cáncer. A mí se me cayó el mundo.

Investigador: ¿Quién la acompañó a que le digan el diagnóstico?

E: Mi hermana, porque yo ya no estaba bien, yo de por sí soy maricona y peor con todo esto. Mi hermana me consiguió el turno con la junta médica, acá en el hospital. Hago la junta médica y me vuelven a decir lo mismo, que era positivo. Paso una semana y me dan el turno para operarme. El 12 de febrero me operaron. Mi hermana me busco la psicóloga después del diagnóstico porque yo estaba muy angustiada, muy asustada. Porque primero fue la detección del cáncer y fue todo rápido.

Investigador: ¿A qué relaciono la palabra cáncer cuando se la dijo el médico?

E: A vos te dicen cáncer y es muerte. Entonces yo lo miraba a mi nieto, a mi marido, a mi hijo y yo ya veía que abandonaba todo, que mi vida llegaba hasta acá nomas, es terrible como te trabaja la cabeza. Para mi cáncer es muerte, desgracia, dolor, todo mal. Me desesperé.

Investigador: ¿Qué información le da el medico? ¿Qué información tiene usted de la enfermedad?

E: El médico me dice esto es cáncer, yo no te voy a mentir, es cáncer. Hay que operar lo antes posible, urgente, y después de la operación se hacen análisis para saber que cáncer es y el que pasará, para donde se extensión, si se extendió. Pero para mí era cáncer nada más, por ende, muerte. Yo quería que me de toda la información, quería saber qué hacer, para asumir un tratamiento, desde el día que comenzó mi infierno me propuse superarlo.

Investigador: ¿En qué pensaba en ese momento?

E: Pensaba mucho en mi marido, en dejar todo acomodado, yo decía lo dejo solo a él. Yo le fui diciendo de apoco. La primera que se entera de todo es mi hermana, es la que me acompañó. Cuando llegué a la casa él tenía la esperanza de que no sea nada, pero le dije todo lo que me dijo el médico.

Investigador: ¿Su marido la acompaña en este momento?

E: Si, yo soy todo para él y él es todo para mí, nuestro vínculo de vida es que todo lo hacemos juntos. Yo en lo único que pensaba era: me voy y lo dejo solo. Te trabaja la cabeza y los sentimientos en ese momento muy mal, muy angustiante.

Investigador: ¿Después de la operación como fue informada que tenía que seguir un tratamiento oncológico?

E: Yo estaba medio volada, la verdad que no sé qué médica vino, me imagino que debe ser la patóloga, yo estaba devastada, angustiada, atemorizada, estaba muy mal anímicamente. Mi marido no quería que me digan a mi nada, él quería que hablen con él o mi hermana primero. Y la médica dijo en ese momento: la verdad es que ella tiene cáncer. Yo sentí que se me cayó el mundo, sentí un peso, yo no la miraba a la doctora. Y en ese momento pensaba ¿Cuánto tiempo voy a durar, voy a estar?, pensaba en mi marido, en mi nieta. Me imaginaba hasta cuando la veré a mi nieta, yo sentía mi vida limitada. Y bueno la médica después dijo que había que esperar 20 días para que me den bien la información de cómo seguía este tratamiento.

Investigador: ¿Cómo vivió esos 20 días de espera?

E: Esos 20 días fueron fatales, fatales, fatales para mí. Me la pasaba llorando, mi cabeza estaba en eso, no podía comer, no podía hacer nada, no podía dormir. Pesaba en que lo iba a dejar solo a mi marido, esa era mi preocupación. Yo sentía que no tenía más vida. Y me acordaba de mi hermana, ella falleció hace un año, ella era el amor de mi vida, y cuando ella falleció a mí se me vino el mundo abajo, no tenía visión, caí en la depresión, no me levantaba de la cama. Mi marido me bañaba, me daba de comer, me hacía todo lo que yo no me hacía a mí. Y me imaginaba: yo que había perdido todo lo que tenía (mi hermana), me imaginaba a mí marido solo y eso me carcomía la cabeza y así estuve todos esos 20 días esperando los resultados.

Investigador: ¿Qué información le dieron después de esos 20 días?

E: Me llama mi hermana y me empecé a imaginar lo peor, empezó diciendo que ya tenía los resultados, que agarramos el cáncer a tiempo, que sacaron todo y que me tengo que hacer quimio y rayo por prevención para que si llego a quedar algo se lo saque y se lo mate. Cuando me dijo eso mi hermana me vino un alivio en el alma, yo ya no veía a la muerte, y después comenzó el sufrimiento de la quimio.

Investigador: ¿El tratamiento le causó dolor o sufrimiento?

E: Todas las personas que conocí que se hicieron quimio me empezaron a decir que es horrible, devastador. Y yo decía Dios mío lo que me espera, encima que soy maricona para las agujas. Y la cabeza me daba vueltas y vueltas, se me paralizaba el corazón de pensar en la quimioterapia, me estancaba, me paralizaba, tenía miedo. Cuando mi hermana me avisa que ya podía retirar las drogas sentía una sensación de que se me caía el mundo encima. Se me estaba haciendo realidad la otra parte de la enfermedad. Me acompañó mi hermana a buscar las drogas y ella me lleva en ese momento a la Doctora Cobos, para que me haga bien y no me paralice cada vez que tenía que enfrentar algo. Yo no podía respirar del miedo que sentía, del terror a la quimioterapia. Pensaba en la fecha que me habían dado y no quería saber nada. Pero cada vez la fecha estaba más cerca y el sufrimiento también. El día que llegó la quimioterapia, mi hermana me fue a buscar y fuimos. Me impactó mucho ver a otras personas también haciendo quimio. No podía respirar, se me cerraba el pecho. Mi espíritu se retorció y temblaba, entonces todos me preguntaban si era mi primera quimio. Y cuando pasó la quimio dije no es fantástico, pero no era tanto, no era lo que yo esperaba. Si es horrible la sensación de que te están metiendo droga, pero bueno. Si salí muy cansada y los seis días que vinieron me sentí pésimo, es muy invasiva para el cuerpo, fiebre, cansancio, vómito, dolor de cabeza, es muy devastador, descompostura constante durante 6 días.

Investigador: ¿Por cuánto tiempo es su tratamiento?

E: Son seis sesiones de quimioterapia, ahora estoy por la tercera. Físicamente es invasivo, no puedo ni comer ni tomar nada por una semana. La primera quimio fueron días fatales, la segunda no la sentí tan invasiva. Y ahora en la tercera esperando a que la Virgen y Dios me ayuden para que sea más leve, calculo yo que el cuerpo se irá acostumbrando a las drogas y será más leve. Me voy yo acostumbrando, ya sé cuándo me toca la quimio y sé que durante

una semana no puedo hacer nada por las repercusiones de las drogas. Entonces le digo a mi marido que no organice nada para esa semana porque ya sé cómo es, me hacen muy mal esas drogas.

Investigador: ¿Cómo es su vivencia del momento de la quimioterapia?

E: Y cuando llego nos ponemos a charlar, con los que también hacen quimio, y ahí caí en cuenta que siempre hay alguien peor que uno. Uno piensa esto me pasa a mí, me quiero morir y siempre hay algo más agudo que uno. Hay un chico que hace quimio todos los días, y yo que hago una vez al mes me devasta, me imagino a él ¿Cómo hace para soportar eso? Y él es el que nos entretiene, es charlatán y habla, habla. Y cada uno cuenta su experiencia y ahí te das cuenta de la realidad de lo que se vive, de la cantidad de gente que tiene cáncer en distintos lugares del cuerpo, más grave, menos graves.

Investigador: ¿Qué aspectos personales le hicieron sobrellevar esta enfermedad?

E: Viste que hay una frase, tenés que sacar algo bueno de todo lo malo. Bueno, yo toda mi vida trabajé, nunca estuve en mi casa, me la pasé trabajando y ahora me dí cuenta que mi familia es la que siempre está, que este vínculo es el que me va a proteger y yo los protejo a ellos. El vínculo familiar, la familia es lo que me permitió sobrellevar la enfermedad, las personas que no te preguntan porque, porque no trabajas, o no salís de tu casa. Así que si mi familia, y el saber que contás con personas que están, y van a estar y que hice bien el no decirle al resto de mi familia, mi madre no lo sabe ni lo va a saber, mis otros hermanos tampoco saben.

Investigador: ¿Por qué tomaste esa decisión de seleccionar a quien contar sobre tu enfermedad?

E: Lo único que pido a Dios es que no se me caiga el cabello, pero no por lo estético sino porque no tengo ganas de dar explicaciones a nadie, que me velen antes de tiempo, que me hagan el obituario ya, que les dé lastima. Es lo que me toca vivir a mí. No quiero contar, estoy en paz así, estoy bien, sabe la gente que quiero que sepa, es algo mío, íntimo. No me gusta divulgar y así me siento en paz.

Investigador: ¿Qué actitud usted toma frente a esta enfermedad, frente al dolor y el sufrimiento?

E: Al principio era mucho miedo, incertidumbre, de no saber qué va a pasar, el no entender. Uno siempre lo mira desde lejos, nunca te va a pasar, y cuando te toca te das cuenta que la vida es tan vulnerable, somos tan vulnerables ante la vida, ante todo y no podía creer que me estaba pasando a mí. Cuando me dieron la noticia quería hacer todo junto, tenía ganas de salir de viaje, a trabajar, estar con mi familia, disfruto cocinar, de mi casa y ahora que sé que está todo bien que tengo que pasar solo la quimio disfruto de todo. Y también buscaba una razón por la cual seguir viviendo y una de ellas fue mi marido, no lo quería dejar solo.

Investigador: ¿Cómo cayó en cuenta de lo que le estaba pasando?

E: Con mi hermana y mi marido, pero hubo un momento en que me encerré, dije no les digo lo que me pasa, porque ellos me respondían no te tenés que poner así. Y porque no me voy a poner mal, si a mí me está pasando, yo soy la que pongo el cuerpo, a la que le juega en contra la cabeza. Y después fui yo diciendo y bueno y porque no a mí.

Investigador: ¿Se logró responder la pregunta porque a mí o porque no a mí?

E: Cuando yo dije porque a mí, me dije porque no a mí, si yo soy un ser humano tal cual como cualquier otro, y Dios sabe porque hace las cosas. Todavía no pude deducir que me enseñó esta enfermedad. Viste que dice que todo te deja una enseñanza, yo lo baso en la familia, en que mi vínculo familiar es lo que yo quiero y después el tratar de disfrutar y de apreciar a las personas que amo.

Investigador: ¿Usted considera que hay que hacer un duelo de la enfermedad?

E: Yo pienso que es según la situación que te toque, en mi caso yo siento que estoy haciendo el duelo hoy, ya está, ya pasó lo más feo, lo más horrible, los pensamientos negativos, la muerte, que el límite de vida, que dejo esto, ya está. Hoy estoy pasando el proceso de decir, tengo que hacer todo esto, es costoso, es doloroso, tengo que poner el cuerpo, pero es diferente mi situación con otras personas. Yo lo tengo solucionado, yo lo vencí, ya está, la quimio es por precaución. Otras personas no lo vencieron, hacen quimio todos los días y con la incertidumbre de no sé qué pasara cuando termine la quimio. Yo ya lo tengo vencido, y eso ya me entro en la cabeza. Porque antes seguía diciendo sí. Pero es cáncer, y si no me sacaron todo, y si sigo con la enfermedad. Yo la sentí a la muerte muy cerca, me angustio tanto, es como que te ponen limite a la vida, te ponen un tiempo, un horario. Y te falta tiempo.

Investigador: ¿Usted pensaba en la muerte?

E: Sí, pensaba mucho, cáncer y muerte para mí iban unidos. En ese momento en que pensaba en la muerte yo decía siempre fui una persona tan cotidiana, siempre hago lo mismo, mismo trabajo, mismo recorrido de colectivo, en mi casa la misma rutina. Tengo una vida muy programada. Nunca fui a un boliche, a un bar, sentía no que no viví. Y me arrepentía de no haber vivido, de no haber hecho, no sé, un descontrol. Cuando me diagnostican la enfermedad yo me planteaba, no viví. Ahora que hago un retroceso de mi vida, me doy cuenta que no tengo amigos. Y me volvía a replantear no viví, desperdicié mi vida. Y de eso me arrepentía, me decía no viví y se me está acabando la vida, viví encerrada en cuatro paredes y no puedo cambiar eso. En cualquier momento me sacan la vida y no viví. Yo decía que mi vida se está yendo y no aproveché. Me quería ir de viaje, quería tener amigos para decirle salgamos, vamos a tomar algo, hagamos lo que hacen lo demás.

Investigador: Este replanteo que se hace es hacia su pasado, ahora bien, como vive después de decir supere la enfermedad.

E: Disfruto mucho de mi nieta, cada vez que puedo salgo con ella a pasear, la pandemia nos limita un poco pero cada vez que se puede salimos, la disfruto demasiado. Ahora hago las cosas por mí, antes era para no fallarles a los demás, y eso estoy tratando de cambiar.

Investigador: ¿La enfermedad la llevó a cambiar su forma de vida?

E: Sí, la enfermedad y también que hago terapia, eso me ayuda bastante, ahí es donde logro expresarme, decir lo que siento, desahogarme. A mí me ayuda, me hace bien.

Investigador: ¿Considera que el hecho de que sucediera esto ha servido para encontrarle sentido a su vida, a su familia y a usted mismo? ¿Y a la enfermedad?

E: Me di cuenta de que la vida es frágil, que a uno le puede pasar, y que a pesar de que son momentos tan duros, porque no solo a mí se me cruzaba la muerte sino también a mi familia, algo nos venía a enseñar. Al principio era de no entender que estaba pasando, porque a nosotros. Viste que el ser humano siempre dice: si te pasa eso es por algo, Dios te quiso castigar, algo malo hiciste. Y ahí aprendí que no es porque te tiene que pasar, una enfermedad no te elige, es. Le puede pasar a cualquiera. Yo sé que la enfermedad se me puso para enseñarme algo, pero todavía no tengo definido que es, que quiso decir, que me quiere decir,

todavía no lo tengo asimilado. Pero yo sé que si es para algo, porque digo por algo me paso. Yo siento como que me tiraron una bomba y fue para que yo abra los ojos, para que te des cuenta, pero ahora que me quiere mostrar, que es lo que tengo que sacar de todo esto no lo sé todavía, no lo definí. Pero sé que es una enseñanza. Yo siento que es como un apretón de Dios para darme una oportunidad de cambiar. Pero estoy analizando que es lo que tengo que hacer.

Investigador: ¿Considera a la enfermedad como una oportunidad de cambio?

E: Yo sé que esta es una oportunidad que me está dando la vida, Dios. De decir te puede pasar, viste que te pasó. En unas horas te cambia la vida, de pronto yo a las 9 de la mañana del 19 de enero estaba todo bien, después de las 9 y media mi vida estaba devastada porque ya el médico me dijo: esto es esto, estoy seguro que es eso. Y a mí se me cayó el mundo, sentí un gran peso. Y cuando pasó todo el proceso de los médicos, de los estudios hasta que me operaron no lo podía creer. Y después que me operaron había que operar y seguir esperando que pasa, si es extremo, leve, a que tenés que exponerte. Y llega el día en que te dicen estamos en esta posición, la mía no era mala, lo agarramos a tiempo. Mi quimio dura hasta septiembre, después me hago rayos y después si Dios y la Virgen quieren en noviembre ya estoy de alta. Y dejo este trago amargo atrás. Dios me dio otra oportunidad de seguir mi vida.

Investigador: ¿Tiene planes a futuro?

E: Quiero terminar mi casita, cuando me dicen de la enfermedad no quería saber nada de la casa, no quería seguir construyendo, yo decía ¿para qué? Ahora cuando sé que está todo bien, que hay cosas positivas, que puedo vivir, ahora sí quiero seguir construyendo mi casita. La quiero terminar, para disfrutar la casa, quiero hacer cosas que a mí me gustan, lo que a mí me hace feliz: salir de viaje, a pasear, compartir con mi hermana, con mi familia, hacer cosas juntos, llevar a mi nieta al colegio (antes nunca la llevaba) hacerle hacer la tarea, buscarla del colegio, jugar con ella. Hoy estoy tratando de hacer lo que a mí me gusta, lo que a mí me llena la vida, compartir con las personas que amo.

Investigador: Muchas gracias por responder a todas mis preguntas, por su disposición y por compartir conmigo su vivencia y experiencia de la enfermedad y de la vida. La espero en el próximo encuentro.

2° Encuentro:

Investigador: Hola buenas tardes E. ¿cómo se encuentra hoy?

E: Estoy bien, hoy salí con mi hermana, la llevé a mi nieta al colegio. Disfrutando de mis hermanas, compartiendo con ellas.

Investigador: Hoy el encuentro se trata de responder una escala, son 46 afirmaciones

E: Perfecto

Investigador: Por favor marque el círculo en la escala que está más cerca de como usted generalmente se siente, aparte de ocasionalmente o leves fluctuaciones.

- 25 minutos responde a la escala.

Investigador: Muchas gracias por responder, le pregunto ¿Algo más que quiera agregar, comentar o decirme? Por mi parte, ya está, solo me queda volver a agradecerle por su tiempo y voluntad. Muchas gracias.

E: No, también agradecerle por darme un espacio para contar, para hablar, estos lugares los aprovecho mucho porque es donde puedo contar lo que siento, donde me puedo desahogar, así que muchas gracias.

¿En qué medida me conciernen las siguientes afirmaciones?

S N

- 1) Interrumpo actividades importantes porque las considero demasiado para mí.
- 2) Me siento personalmente motivado por mis tareas.
- 3) Para mí algo es significativo, sólo cuando corresponde a mi propio deseo.
- 4) En mi vida no hay nada especial.
- 5) Prefiero ocuparme de mí mismo, mis propios deseos, sueños, preocupaciones y temores.
- 6) Estoy distraído.
- 7) Me siento insatisfecho aún después de una actividad intensa, pensando que habría cosas más importantes para hacer.
- 8) Yo me guío según las expectativas de otros.
- 9) Yo intento aplazar, sin mayores reflexiones las decisiones difíciles.
- 10) Me distraigo fácilmente, incluso durante actividades que realizo con gusto.

- 11) No hay realmente algo en mi vida a lo que quisiera dedicarme. O-----O-----●-----O-----O-----O
- 12) No entiendo por qué debo ser yo precisamente el que haga determinada cosa. O-----O-----O-----O-----O-----●
- 13) Yo pienso que mi vida, en la forma en que actualmente la llevo, no vale nada. ●-----O-----O-----O-----O-----O
- 14) Encuentro difícil comprender el significado de las cosas. O-----O-----O-----O-----●-----O
- 15) Me gusta la forma en que me trato a mí mismo. O-----O-----O-----O-----O-----●
- 16) No me tomo el tiempo suficiente para las cosas que son importantes. O-----O-----O-----O-----O-----●
- 17) No me es inmediatamente claro lo que puedo hacer en cada situación. ●-----O-----O-----O-----O-----O
- 18) Hago las cosas porque tengo que hacerlas y no porque quiero. O-----O-----●-----O-----O-----O
- 19) Cuando surgen problemas pierdo fácilmente la cabeza. ●-----O-----O-----O-----O-----O
- 20) Casi siempre hago cosas que perfectamente podría dejar para más tarde. O-----O-----O-----O-----O-----●
- 21) Tengo interés por ver que me brinda el nuevo día. ●-----O-----O-----O-----O-----O
- 22) No me doy cuenta de las consecuencias de mis decisiones, sino hasta que las llevo a cabo. O-----O-----O-----O-----O-----●

- 23) Si tengo que decidirme no confío en mis sentimientos.
- 24) Cuando el resultado de una empresa me parece inseguro, me abstengo de realizarla aunque quiera hacerla.
- 25) No sé con certeza para qué soy competente.
- 26) Me siento interiormente libre.
- 27) Me siento desfavorecido por la vida, ya que mis deseos no han sido cumplidos.
- 28) Es un alivio para mí ver que no tengo opciones.
- 29) Hay situaciones en las que me siento completamente desamparado.
- 30) En muchas de las cosas que hago, tengo el sentimiento de no saber bien cómo se hacen.
- 31) No sé qué es lo importante en una situación.
- 32) El cumplimiento de mis deseos tiene prioridad.
- 33) Me resulta difícil comprender a otros en su situación personal.
- 34) Sería mejor que yo no existiera.
- 35) En el fondo muchas de las cosas con las que tengo que ver me parecen ajenas.

- 36) Prefiero formarme mis propias
opiniones.
- 37) Me siento desganado porque realizo
varias cosas al mismo tiempo.
- 38) Me faltan fuerzas, incluso para
perseverar en lo importante.
- 39) Hago muchas cosas que en realidad no
quiero hacer.
- 40) Una situación es para mí interesante
únicamente si corresponde a mis deseos.
- 41) Cuando estoy enfermo sé que no debo
comenzar algo nuevo.
- 42) Soy consciente de que cada situación
ofrece diferentes posibilidades de actuación.
- 43) Encuentro monótono mi medio
ambiente.
- 44) La cuestión de si yo quiero hacer algo se
presenta raras veces, ya que casi siempre hay
algo que tengo que hacer.
- 45) Nada es realmente bello en mi vida
porque todo tiene sus pros y sus contras.
- 46) Mi propia dependencia y falta de
libertad internas me crean muchos problemas.

HOJA DE EVALUACIÓN

AUTODISTANCIAMIENTO	
ÍTEMS	PTS.
3	6
5	6
19	1
32	6
40	6
42	6
43	1
44	1
TOTAL	33

LIBERTAD	
ÍTEMS	PTS.
9	3
10	2
15	1
17	6
18	3
23	6
24	1
26	6
28	6
31	6
46	1
TOTAL	41

AUTOTRASCENCIA	
ÍTEMS	PTS.
2	6
4	6
11	3
12	6
13	1
14	5
21	6
27	6
33	6
34	6
35	1
36	6
41	1
45	6
TOTAL	65

RESPONSABILIDAD	
ÍTEMS	PTS
1	3
6	5
7	1
8	5
16	6
20	6
22	6
25	6
29	6
30	6
37	6
38	6
39	1
TOTAL	63

$AD + AT + L + R = 202$

ANEXO 8: Entrevista y escala existencial M.

Nombre: M.

Sexo: Femenino

Edad: 48 años

Diagnóstico: Cáncer de mama con metástasis en el pulmón

Fecha de confirmación del diagnóstico: Mayo del 2020

Tratamiento: Quimioterapia

Investigador: ¿Con quién convive actualmente?

M: Yo vivo sola. En este tiempo de pandemia, la tome así porque era favorable para el proceso de la enfermedad en que estaba atravesando. Yo soy una persona que reacciona a todo lo exterior y todo me altera y necesitaba tranquilidad y el hecho de estar completamente sola a mí me ayudó mucho porque tenía un entorno tranquilo y como no tenía los medios económicos para estar con mi hijo decidí estar sola.

Investigador: ¿Tiene un hijo?

M: Si, tiene 13 años. El presencié el comienzo de todo este tema de la enfermedad, y se puso bastante mal, entonces yo preferí que en esta etapa la paso yo sola y tener la tranquilidad de que mi hijo no se ponga mal. Porque si él se pone mal yo me pongo peor y no me ayuda a la enfermedad. Esa es mi circunstancia actual.

Investigador: ¿Usted trabaja? ¿Tiene alguna actividad?

M: No tengo trabajo, por el tema de la enfermedad y por la edad, acá en Salta hasta los 31 años conseguí trabajo más o menos. Actualmente estoy haciendo un reemplazo a mi prima que sería como cuidador terapéutico 3 horas a la tarde percibo 5000 pesos mensuales, no me alcanza para nada, pero bueno algo es algo.

Investigador: ¿Antes de su diagnóstico realizaba algún trabajo?

M: Si, trabajé en el sector administrativo por 17 años

Investigador: Respecto a su enfermedad ¿Usted sabe qué tipo de cáncer tiene?

M: Tengo cáncer de mama, yo investigué todo, ahora que hay acceso a la tecnología, busqué todo, en las páginas apropiadas obvio.

Investigador: ¿Necesitó investigar más de lo que te decía el medico?

M: Totalmente, porque bueno, yo no sé si es el tema de los médicos, pero ellos te dicen lo justo y lo necesario. De hecho, cuando hice metástasis, el doctor me dijo parece... ser una metástasis, me preocupan dos manchas que tenés, vamos a hacer el tratamiento. Cuando ahora en el tratamiento el doctor me dice tenías cáncer en los dos pulmones, o sea recién utilizó la palabra cáncer en los dos pulmones y bueno estoy saliendo porque el tratamiento funciona, o sea la información que el médico te da es lo justo, yo me investigué en la página esta que se llama la sociedad americana del cáncer, que es muy buena, te da toda la información inclusive para un estadio terminal, una ayuda psicológica muy buena. Yo me investigué todo porque para mí era importante saber para asumir bien la realidad y saber qué hacer y bueno hay muchas decisiones que uno tiene que tomar y tiene que estar dispuesta a enfrentarse a la realidad que nos toca.

Investigador: ¿Qué decisiones tuvo que tomar?

M: Y por ejemplo yo dejé la quimio en la primera etapa no la toleraba, el si me operaba o no. Son muchas cuestiones que uno se pregunta.

Investigador: ¿A qué edad le diagnosticaron la enfermedad?

M: a los 45 años

Investigador: ¿Qué tipo de tratamiento realizó?

M: Quimioterapia, a la primera no la terminé, pero a la segunda la estoy haciendo y la voy a terminar.

Investigador: ¿Por qué no la terminó?

M: No sabes lo que es, no se lo deseo pero a nadie. Era una quimioterapia muy fuerte, con tres drogas, cuando empiezan los efectos secundarios es terrible. Lo peor fue el vómito, una descompensación mal. Que se te cae el pelo es la nada, aunque si te afecta. Tuve vómitos,

diarrea, yagas en la boca, te sangra la boca, después vas al baño y haces sangre por todos lados, no podía comer, no podía tomar por tres o cuatro días. Estaba muy mal y era un cuadro muy horrible. En ese momento me recomendaron la psicooncóloga, yo no fui, yo pensaba que lo único que me iba a aliviar en el momento era que me digan no tenés cáncer y eso no era posible. Entonces no fui. Cuando me diagnostican la metástasis ahí fui con un equipo completo, era o haces o haces.

Investigador: ¿Cuándo le diagnostican la metástasis, tuvo que volver con el tratamiento de quimioterapia?

M: Cuando me diagnostican el cáncer de mama, eran seis sesiones de quimioterapia e hice solo tres y no lo soporte más. Cuando empecé con dolores de espalda, me hicieron una tomografía y estaban los pulmones perforados, con muchos nódulos, entonces ahí empecé quimioterapia 18 sesiones esta vez, eran 6 ciclos pero de tres sesiones cada uno, con una sola droga pero que igualmente te trae los efectos secundarios y como el médico ya me conoce y sabe que si me dice que me va a dar esos efectos es porque si me van a dar. Estoy en la 4 sesión. Pero bueno lo soporté, aparte como estaba con la nutricionista me ayudó bastante para que pueda comer y tomar. El tratamiento es muy fuerte. Yo lo ilustro como un animal envenenado, la quimioterapia es eso, es un veneno, es indescriptible con palabras. Uno siente cuando le pasa la droga y tu cuerpo lucha por volver al estado normal y tu estómago te rechaza todo y después que pasan esos días de rechazo te produce el efecto contrario, querés comer y tomar todo.

Investigador: ¿Se sintió acompañada por los médicos?

M: Yo tuve este equipo psicólogo, psicooncólogo, psiquiatra, oncólogo y la nutricionista. Un equipo bárbaro y creo que es necesario para todos los pacientes con cáncer. Actualmente estoy tomando una medicación que me la recetó el psiquiatra exitalopran.

Investigador: ¿Para qué es la medicación?

M: Para la vida. Para todo. Me doy cuenta que tendría que haber estado medicada desde hace mucho tiempo, desde toda la vida. Yo era una niña pequeña de 7/8 años y tenía una circunstancia difícil, compleja en mi casa y yo rezaba a Dios que se muera mi mamá y me muera yo. Imagínate eso no es normal para una niña de esa edad. Hoy digo las circunstancias

fueron, existieron, fueron realidades que fueron pasando el tema es como las tomé yo, como las asimilé. Este tema de vivir una y otra vez lo mismo. Yo tenía un problema y era un efecto dominó que me llevaba a esa niñez como yo la viví y claro, ahora me doy cuenta que eso me generó frustración, dolor, miedo. Y con la medicación que tengo es increíble pero esta etapa de la metástasis fue entre comillas muy buena. La situación era difícil. Es normal tener días buenos, días malos pero con la medicación yo pude enfrentar de la mejor manera la enfermedad.

Investigador: ¿Tuvo compañía de sus allegados en el momento del diagnóstico o en el proceso del tratamiento?

M: Es complejo el tema, estaba en pareja. Pero yo creo que yo llegué al cáncer por toda la vida que traigo no voy a culpar solo a mi pareja. Pero lo desencadenó la mala convivencia que traía con él. Eso fue una cosa terrible, porque yo hoy noto la diferencia y me siento feliz. Estoy re bien así, no me hace falta nada, con mi pareja tuve una convivencia terrible. Y yo creo eso me llevó a mi diagnóstico porque me acuerdo que discutí con él y no paraba de llorar. Me fui al médico y me dijo algo más tenés y me mandó a hacer estudios entre eso la mamografía y ahí me descubrieron el cáncer. Yo noto que esta situación emocional me llevó a mí al diagnóstico.

Investigador: ¿Usted comenzó con el diagnóstico de cáncer de mama y de ahí se le hace metástasis al pulmón?

M: Claro, a mí me operan ya se había producido una metástasis. Era todo nuevo, viene el doctor y me hace la ecografía después de la mamografía. Yo me había sentido el nódulo en septiembre y cuando me hace esos estudios era mayo del otro año. Y ahí el doctor me dice esto es un cáncer y por el tamaño que tiene ya hizo metástasis, así que vos ayer ya tenías que haber entrado a cirugía, así que me hice urgente todo para la internación. Cuando me operaron se dieron con que el cáncer ya estaba en el ganglio centinela, entonces me sacan el tumor, el ganglio y 4 ganglios más. Y después de eso hubo unos controles que mostraban unos nódulos muy chiquitos en el pulmón, pero al principio el médico me dijo no son nada, pero después cuando pasó el tiempo crecieron y efectivamente era la metástasis.

Investigadora: ¿Qué sintió en el momento del diagnóstico?

M: No me sentí mal, ni abrumada, porque yo recuerdo que el día que me fui a bañar y sentí la pelotita en el pecho me dije tengo cáncer, y a medida que pasaba el tiempo yo sentía que crecía. Investigué, más lo que me dijo el doctor, no tuve tiempo de sentir, era pensar en lo que se venía, siempre escuché la palabra quimio y no sabía lo que era. Y resulto ser que la operación y post operatorio era lo de menos con lo que se venía después. Así que cuando me dieron la noticia no fue una cosa devastadora, para mi familia sí.

Investigador: ¿Qué sintió cuando le dijeron que tenía metástasis?

M: Y ahí empecé a averiguar todo, sabía que las metástasis iban al estómago, a los pulmones, a los huesos y al cerebro y también sabía de las posibilidades, de los resultados, de todo. Lo único que le pedía al oncólogo era que me diga la verdad con respecto a la enfermedad, así la fui transitando.

Investigador: ¿Qué sintió en ese momento que le informan que tiene metástasis en los pulmones?

M: Le pedí al oncólogo que se directo y que me diga toda la verdad, entonces eso me dejó más tranquila, mas todo lo que yo averigüé. Me sentí como que no sabía si podía soportar lo que se venía, pero bueno si puedo esta en mí. Hoy llego a la conclusión de lo que te hace mal es el desconocimiento de la enfermedad.

Investigador: ¿Considera que hay que hacer algún duelo de la enfermedad?

M: Sí, y creo que ya lo hice, con el psiquiatra yo estaba como muy confundida hasta llegado un momento le dije que no me quería operar, quiero morir. Después cuando dejé la quimioterapia dije y si lucho para nada, porque se te plantean todas las preguntas, y si lucho para nada, y si la paso mal con la quimio y el tratamiento no hace efecto, igual me voy a morir. Entonces empecé a hacer un balance y empecé a visualizar a mi hijo, fue en el momento que dije no va a hacer lo mismo que esté yo o que no esté yo, entonces fue como poner un motivo para seguir adelante, porque hay alguien que de verdad me necesita y bueno analicé un montón de cosas a partir de tratar con la psicooncóloga, y el psiquiatra y fue como salirme de mí yo y verme aparte y era una situación triste muy triste, muy deprimente entonces dije si voy a hacer la quimio por mí y por mi hijo. Y me empecé a preguntar ¿Para qué? y ¿Por qué? Para que me voy a levantar y porque, para que voy a comer, porque voy a

alimentar a este cuerpo enfermo, o sea era como una depresión. Y en la consulta con los profesionales fui madurando esta situación, me pude concientizar de muchas cosas.

Investigador: ¿Qué pudo concientizar?

M: Antes de la enfermedad uno tiene una vida, todo pasa rápido, no te das cuenta de lo que tenés y una visión de las cosas y después de la enfermedad cambia. Y me encantaría decirles a las personas que la vida es valiosa con cada respiro que se tiene, con cada paso que uno da. Que lo que tiene valor es la vida porque con la vida podés ver las cosas lindas, o vivir con lo que tenés y apreciar la vida es el único bien, el único valor porque sin vida no sirve nada. Yo fui atravesando esas etapas para llegar a varias conclusiones, hoy me siento bien. Aunque sigo luchando porque si algo te duele o te molesta es inevitable pensar en que es cáncer.

Investigadora: ¿Para usted tiene connotación de muerte la palabra cáncer?

M: La mayoría de la gente dice cáncer sinónimo de muerte. Para mí antes si tenía un sinónimo a muerte porque uno que escucha fulano murió ¿Qué le paso? Tenía cáncer. Eso se escucha. Uno desconoce que se puede curar, que depende de cuando te lo descubren, que sos vos la que tenés que hacer las cosas bien. Es el desconocimiento lo que te asocia la palabra cáncer a la muerte. Hoy en día yo ya no lo veo así. Cuando uno transita la enfermedad ya sabe que hasta lo último tenés posibilidades de curarte y tiene que ver con tu actitud. La peor guerra que se puede dar es en la cabeza de uno.

Investigador: ¿Qué actitud piensa que tuvo usted para sobrellevar esta enfermedad?

M: Escuchar y leer a mi cuerpo, saber que el cuerpo pide cosas y que cuando uno hace lo que no corresponde o no le responde al cuerpo, el cuerpo reacciona. Empecé a valorar lo que soy y lo que tengo y la vida principalmente. Te pasas la vida con sacrificios, con trabajo, pensando en lo material y traté de despejar eso, fue cambiar tu punto de vista y empezar a valorar la vida para valorarse uno y valorar todo lo que te rodea y tenés y aceptar eso. Porque vivir resentida, con las cosas que uno no puede solucionar, con el pasado, con algo que ya no se puede solucionar no sirve.

Investigador: ¿Pudo llegar a cambiar ese punto de vista que usted me menciona? Esto de dejar de pensar en lo material, en el pasado para empezar a valorar la vida y a uno mismo.

M: Hay un ejercicio que encontré en internet que me ayudó mucho para cambiar este punto de vista. El ejercicio era visualizar en chiquitito a tus padres y verlos como esos niños que crecieron, que les pasaron cosas, tratar uno de entenderlos, de abrazarlos, de darles cariño como si fuéramos los padres, perdonarlos. Y eso me ayudó muchísimo y me dio tranquilidad y pude sanar el pasado.

Investigador: ¿Qué temores tuvo que afrontar para hacerle frente a la enfermedad?

M: Sí, temor a la propia enfermedad y a lo que genera la mente.

Investigador: ¿Considera que depende uno mismo tener una buena actitud frente a la enfermedad?

M: Sí, aprendí que no hay que depender de nadie, yo puedo sola con la enfermedad. Creo que depende de mí misma, totalmente. Tengo una firme convicción de cómo me siento yo, entonces como que dentro mío tengo un convencimiento de que es imposible que a mí me gane una enfermedad.

Investigador: ¿Usted cree que ya superó la enfermedad?

M: Por cómo me siento hoy, yo diría que sí, me siento muy bien. Notó la diferencia de cuando estás con el cáncer en tu cuerpo y cuando estás luchando por curarte. Es increíble. Antes de tener la certeza del diagnóstico sentía que me estaba muriendo y hoy no siento eso siento como que voy a empezar a vivir. Siento que quiero hacer muchas cosas, y siento que no voy a morir de esta enfermedad.

Investigador: ¿Considera que el hecho de que sucediera esta enfermedad ha servido para encontrarle sentido a su vida, a su familia y a usted mismo? ¿Y a la misma enfermedad?

M: No, no, no...

Investigador: ¿Le dejó alguna enseñanza?

M: Enseñanza te deja, hasta que no te pasa es imposible comprender la enfermedad por más que lo expliques. El valor a la salud, esto me hizo valorar que tu cuerpo esté sano, no tiene precio. El poder sentarte a respirar tranquila es algo impagable. Eso aprendí.

Investigador: Ha pensado ¿Cuál es el sentido de su vida en este mundo?

M: Estoy en dudas, creo tiene que ver con lo religioso, valorar a Dios y seguir sus normas.

Investigador: Usted encontró un sentido ¿Para qué seguir viviendo?

M: Si, el deseo por la vida, el que la vida es linda, es hermosa y es valiosa. El hecho de estar vivo es algo muy bueno, es excelente. Y también me di cuenta que no se trata de las cosas materiales que uno puede tener, se trata de tener vida y salud y con eso todas las cosas pueden ser hermosas, todo lugar puede ser distinto, depende de vos, de tu comportamiento y depende de cosas que no son materiales. El dolor nunca se va, el dolor lo transformas.

2° Encuentro

Investigador: Hola, buenas tardes M. ¿Cómo se encuentra hoy?

M: Estoy bien, hoy fui a trabajar y me siento muy bien.

Investigador: ¿Algo que me quiera contar, comentar sobre el encuentro anterior?

M: No, me sentí muy a gusto, gracias por escuchar.

Investigador: Bueno, hoy el encuentro se trata de responder una escala, son 46 afirmaciones

M: Bueno

Investigador: Por favor marque el círculo en la escala que está más cerca de como usted generalmente se siente, aparte de ocasionalmente o leves fluctuaciones.

- 17 minutos responde a la escala.

Investigador: Muchas gracias por responder, le pregunto ¿Algo más que quiera agregar, comentar o decirme? Por mi parte ya está, solo me queda volver a agradecerle por su tiempo y voluntad. Muchas gracias.

E: También agradecerle por el espacio y por escucharme, muchas gracias.

- 11) No hay realmente algo en mi vida a lo que quisiera dedicarme
- 12) No entiendo por qué debo ser yo precisamente el que haga determinada cosa.
- 13) Yo pienso que mi vida, en la forma en que actualmente la llevo, no vale nada.
- 14) Encuentro difícil comprender el significado de las cosas.
- 15) Me gusta la forma en que me trato a mí mismo.
- 16) No me tomo el tiempo suficiente para las cosas que son importantes.
- 17) No me es inmediatamente claro lo que puedo hacer en cada situación.
- 18) Hago las cosas porque tengo que hacerlas y no porque quiero.
- 19) Cuando surgen problemas pierdo fácilmente la cabeza.
- 20) Casi siempre hago cosas que perfectamente podría dejar para más tarde.
- 21) Tengo interés por ver que me brinda el nuevo día.
- 22) No me doy cuenta de las consecuencias de mis decisiones, sino hasta que las llevo a cabo.

- 23) Si tengo que decidirme no confío en mis sentimientos. O---O---O---O---O---O---O
- 24) Cuando el resultado de una empresa me parece inseguro, me abstengo de realizarla aunque quiera hacerla. O---O---O---O---O---O---O
- 25) No sé con certeza para qué soy competente. O---O---O---O---O---O---O
- 26) Me siento interiormente libre. O---O---O---O---O---O---O
- 27) Me siento desfavorecido por la vida, ya que mis deseos no han sido cumplidos. O---O---O---O---O---O---O
- 28) Es un alivio para mí ver que no tengo opciones. O---O---O---O---O---O---O
- 29) Hay situaciones en las que me siento completamente desamparado. O---O---O---O---O---O---O
- 30) En muchas de las cosas que hago, tengo el sentimiento de no saber bien cómo se hacen. O---O---O---O---O---O---O
- 31) No sé qué es lo importante en una situación. O---O---O---O---O---O---O
- 32) El cumplimiento de mis deseos tiene prioridad. O---O---O---O---O---O---O
- 33) Me resulta difícil comprender a otros en su situación personal. O---O---O---O---O---O---O
- 34) Sería mejor que yo no existiera. O---O---O---O---O---O---O
- 35) En el fondo muchas de las cosas con las que tengo que ver me parecen ajenas. O---O---O---O---O---O---O

- 36) Prefiero formarme mis propias opiniones.
- 37) Me siento desganado porque realizo varias cosas al mismo tiempo.
- 38) Me faltan fuerzas, incluso para perseverar en lo importante.
- 39) Hago muchas cosas que en realidad no quiero hacer.
- 40) Una situación es para mi interesante únicamente si corresponde a mis deseos.
- 41) Cuando estoy enfermo sé que no debo comenzar algo nuevo.
- 42) Soy consciente de que cada situación ofrece diferentes posibilidades de actuación.
- 43) Encuentro monótono mi medio ambiente.
- 44) La cuestión de si yo quiero hacer algo se presenta raras veces, ya que casi siempre hay algo que tengo que hacer.
- 45) Nada es realmente bello en mi vida porque todo tiene sus pros y sus contras.
- 46) Mi propia dependencia y falta de libertad internas me crean muchos problemas.

HOJA DE EVALUACIÓN

AUTODISTANCIAMIENTO	
ÍTEMS	PTS.
3	5
5	6
19	2
32	6
40	4
42	6
43	3
44	2
TOTAL	34

LIBERTAD	
ÍTEMS	PTS.
9	4
10	1
15	3
17	4
18	3
23	5
24	2
26	6
28	5
31	5
46	1
TOTAL	39

AUTOTRASCENCIA	
ÍTEMS	PTS.
2	6
4	5
11	4
12	6
13	3
14	4
21	6
27	5
33	6
34	6
35	2
36	6
41	3
45	4
TOTAL	66

RESPONSABILIDAD	
ÍTEMS	PTS.
1	6
6	6
7	3
8	5
16	5
20	4
22	6
25	6
29	6
30	6
37	6
38	6
39	2
TOTAL	67

$AD + AT + L + R = 206$

ANEXO 9: Constitución de la muestra

FECHA: 14/07/2021

HOSPITAL SAN BERNARDO

SVS. PSICOLOGÍA/ONCOLOGÍA

LIC. ANA COBOS RONCAL:


Mediante la presente nota se deja constancia de la finalización del trabajo realizado en la toma de entrevistas y aplicación de la escala existencial, enmarcadas en el proyecto de tesis de grado "**La realización existencial en adultos con enfermedad oncológica**". El mismo fue avalado por el comité de docencia e investigación del Hospital San Bernardo y se efectuó en el periodo de abril a junio en las instalaciones del Hospital.

Por motivos de la situación actual sanitaria y por las restricciones de inclusión y exclusión de la tesis, se trabajó con una muestra compuesta por dos participantes. No todos los pacientes que cumplían con los requisitos de inclusión para la investigación, optaron por participar de la misma, debido a que con la situación epidemiológica se sentían en riesgo y/o vulnerables. Por lo tanto, la muestra quedó constituida por dos participantes, para priorizar la salud de los mismos.

A los fines del proyecto final de carrera se considera suficiente para profundizar y recolectar calidad de información en los resultados obtenidos y así responder a la investigación en cuestión.

Sin otro particular saludo a usted atentamente.

Visto bueno


ANA COBOS RONCAL
Psicóloga Esp. Psicooncología
y Cuidados Paliativos
M.P. 859 M.N. 44182

ANEXO 10: Bitácora de análisis

Para poder recolectar datos específicos, se utilizó un cuaderno borrador, en el cual se iban anotando los datos que se consideraron relevantes, para lograr de esta manera poder realizar el análisis e interpretación correspondiente de los mismos.

Para el inicio de la realización de este trabajo se tuvo contacto personal el día 22/03/2021 con el jefe de recursos humanos del Hospital San Bernardo, Corbalán Norberto Bernabé. Se le expresó verbalmente, en principio, la finalidad del trabajo. Luego, al día siguiente, se presentó una nota escrita dirigida al Comité de docencia de investigación (CADI) solicitándole autorización formal, para realizar la inmersión en el campo.

Al principio no se autorizaba la investigación, debido a que se consideraba riesgoso involucrar a pacientes con enfermedad oncológica en una investigación en contexto de pandemia. El comité consideraba a las pacientes como vulnerables y de alto riesgo.

Posteriormente se realizó una reunión el día 20/04/2021 a las 7:00 AM., con todos los directivos del Comité, para poder explicar los fundamentos de la investigación y poder cumplir con los requisitos que el Comité exigía para la aprobación de la investigación:

- Contratar un seguro de vida distinto al que la Universidad Católica brinda.
- Cumplir con los protocolos sanitarios.
- Tener como tutora institucional a la Lic. Ana Cobos Roncal.
- Hacer la recolección de datos en la biblioteca del Hospital San Bernardo.

El día 28/04/2021 el Comité autorizó la investigación. Luego con la nota correspondiente del Hospital, autorizando la investigación, se tuvo contacto con la Lic. Ana Cobos Roncal, mediante una reunión personal para explicar la manera de proceder, y la forma de tener contacto con los pacientes.

El día 20/05/2021 mediante una nota, la Licenciada en psicología aprueba la investigación y acepta ser la tutora institucional de la misma, accediendo a poner en contacto a la investigadora con los futuros participantes. Se llegó a preguntar a toda la población que incluía la muestra, si aceptaban o no participar de la investigación. Del total de la población, solo dos pacientes accedieron voluntariamente a participar de la investigación.

Para la recolección de datos se utilizaron distintas herramientas: entrevista semi-estructurada y la escala existencial. Todos los datos obtenidos fueron transcritos en la investigación, sin modificación alguna.

La aplicación de los instrumentos se realizó en la biblioteca del Hospital. Citando a cada una de las participantes en distintos días y horarios. Ambas participantes firmaron el consentimiento informado, leyéndolo detalladamente. El motivo de este hecho, fue que no querían que se revelara datos confidenciales de ellas.

La entrevista semi-estructurada se fue modificando y adaptando en cuanto orden y respuestas que iban brindando las participantes. Las preguntas fueron formuladas de manera que pudieran ser comprendidas por los receptores. No se registró inconvenientes a la hora de responder a cada pregunta. Se indagó sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sobre su transcurso y como impactó la misma, sobre la temática de la muerte, sobre sus relaciones familiares e interpersonales, sobre sus ocupaciones o actividades diarias, también se preguntó sobre el sentido que tiene la enfermedad para las participantes y como sobrellevan la misma.

Con respecto a la aplicación de la escala existencial, no hubo inconveniente alguno, las participantes leían las afirmaciones y respondían desde su punto de vista.

El análisis de datos, se abordó caso por caso. Se realizó una triangulación de la información, entre los datos obtenidos de la entrevista semi-estructurada y la escala existencial, permitiendo arribar a diferentes categorías para analizar e interpretar. Estas categorías atraviesan transversalmente el problema de investigación: capacidades existenciales, impacto y vivencia de la enfermedad oncológica, enfermedad oncológica como sinónimo de muerte y duelo de la enfermedad.

Analizada la información recabada durante todo el proceso de investigación, se logró responder a los objetivos y preguntas de investigación de este trabajo.

Los casos evaluados, fueron registrados los siguientes días, detallándose la duración de la aplicación de cada instrumento.

CASO E.

- Entrevista semi-estructurada:

Fecha de aplicación: 24/05/2021

Duración total: 1 hora 30 minutos.

- Escala Existencial:

Fecha de aplicación: 27/05/2021

Duración total: 25 minutos.

CASO M.

- Entrevista semi-estructurada:

Fecha de aplicación: 1/06/2021

Duración total: 1 hora 15 minutos

- Escala Existencial:

Fecha de aplicación: 4/06/2021

Duración total: 17 minutos.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



Alumno/a: Altobelli de Priego María Eugenia D.N.I: 38.740.382

Director: Lic. Soma Carlos Nicolás

EVALUACIÓN

- Decisión:
- Tribunal evaluador

Jurado:

Jurado:

Jurado:

- Lugar y Fecha