



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Mendoza - 2017

TESINA DE LICENCIATURA

“Cáncer de mama en relación con las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia, en mujeres que se encuentran en una etapa de remisión”

Tesista: LAZZARINI, Betiana Gisel
Director de Tesina: Magter. Asid, M. Laura
Correo electrónico: betu_lazzarini@hotmail.com

HOJA DE EVALUACIÓN

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora Invitada: Lic. María Laura Asid

Nota:

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de la carrera tuve el apoyo de muchas personas que me alentaron para nunca abandonar este camino que muchas veces resultó cuesta arriba. Pero **MIS PADRES HUGO Y VIVIANA** son mi principal motor de aliento, motivación, ejemplo y perseverancia, que nunca dejaron de darme las palabras justas en momentos difíciles. Cada vez que consideré que no podía, ellos me tomaron fuerte de la mano y me alentaron a seguir sin nunca pensar que no se puede. Hoy les devuelvo un poco de todo lo que ellos hicieron y hacen por mí en el día a día. Gracias por confiar en mí, por darme la posibilidad de estudiar una carrera que me apasiona, por acompañarme, por no dejarme nunca sola, por escucharme siempre que lo necesité, por llorar conmigo las alegrías y ayudarme a pasar las tristezas. Simplemente.....¡¡GRACIAS!!

Agradezco a mis **HERMANOS GERMÁN Y ANGIE** que son mis mejores amigos. Han permanecido a mi lado en este camino y me han regalado grandes momentos juntos. Los quiero con el alma a ambos y rezo para que la vida nunca nos separe.

A mi vida llegó una persona que conquistó mi corazón, esta personita se llama **MARTÍN** y es mi novio y futuro marido. Llamarlo amigo es poco, por eso digo que él es mi confidente, cómplice, amor incondicional y el hombro de apoyo de todos los días. A mi compañero de ruta, le agradezco por brindarme amor y extenderme la mano para compartir nuestras vidas.

Conocí muchas personas en el trayecto de la carrera, algunas se quedaron en algún punto del camino y otras continuaron hasta el final del mismo. Compartí horas de estudio, mates, alegrías, derrotas, largas charlas y una sola pasión que a todas nos une: la PSICOLOGÍA. A **MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS DE LA FACULTAD**, les digo que las quiero mucho a todas y gracias por tanto, todo lo llevo guardado en mi corazón.

Agradezco a la **LIC. LAURA ASID** por ayudarme, orientarme en este camino y ser una buena profesional y profesora.

Agradezco a las **MUJERES QUE PARTICIPARON** por haber confiado en mí y haber decidido compartir sus historias de vida. De ellas aprendí que el cáncer es un batalla difícil y larga, pero nunca hay que perder la fe ni las esperanzas.

No quiero terminar esta parte de la tesina sin agradecer a mi gran compañera en la vida, la **VIRGEN DE LOURDES**. Ella más que nadie sabe todas las emociones que sentí a lo largo de la carrera. En todo momento sentí que estuve acompañada por ella. Aferrarme a la creencia en ella, me ayudó a creer en mí y a encontrar tranquilidad en un mar de mucha turbulencia.

RESUMEN

El propósito de esta investigación es 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 es 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. A través de las entrevistas, se conocen como han vivenciado y vivencian subjetivamente las mujeres el proceso de cáncer de mama y se describe como se encuentran las *Motivaciones Fundamentales de la Existencia*. Por proceso debe entenderse que abarca desde la etapa de afrontamiento de la enfermedad, hasta la etapa de recuperación.

Es relevante dejar en claro, que los resultados a los que se lleguen se ajustan a la muestra de la presente tesina.

Posterior a la recolección de información, a través del instrumento nombrado, se procedió al análisis y discusión de resultados, obteniendo 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).

ABSTRACT

The purpose of this research is to analyze and describe the state of the Fundamental Motivations of Existence in women diagnosed with breast cancer and who are in a stage of remission. It is based on the research, the Theory of Existential Analysis proposed by Alfred Längle.

It is a Qualitative Research, of descriptive scope and with a phenomenological design. As a research tool, the Semi-Structured Interview technique was applied to a sample of 3 women aged 45-75 years (sample of type cases), who have been through breast cancer and are now in a remission stage. This stage of recovery covers the first 3 years of main post-treatment controls, understood as: surgery, chemotherapy, radiotherapy, hormonal or biological treatments. Another requirement of selection was that the women had to reside in Greater Mendoza and belong to any social, economic and cultural level.

The themes guiding the interviews have been oriented to the Being to be, to like to live, to be allowed to be as it is and to the Sense of Life.

The intention of this study is to understand a reality according to those who experience it, taking into account the subjective experiences of the participants, and then describe how the phenomenon of study is manifested. Through the interviews, women are known to have experienced and subjectively experience the process of breast cancer and describes how the fundamental motivations of existence are found. By process should be understood that it covers from the transition stage of the disease, to the stage of recovery.

It is important to make it clear that the results to which they are submitted fit the sample of the present thesis.

After the collection of information, through the instrument named, we proceeded to the analysis and discussion of results, obtaining the following conclusions:

In the transition stage of the disease, the First Fundamental Motivation is the one that has scored the most positive results. The support of the loved ones and the faith, reinforce the Confidence and the courage to face the disease. However, this motivation is also negatively affected. The Second, Third and Fourth Fundamental Motivations of Existence, on the other hand, are affected at this stage of the breast cancer process.

In the recovery stage, we can see that all the Motivations are developed positively. The women interviewed showed greater confidence in the world and in themselves (1 ° MF), openness to life (2 ° MF), valuation, consideration and fair treatment by others and by itself, (3 ° MF) and orientation to the direction (4 ° MF)

ÍNDICE

Agradecimiento.....	4
Resumen.....	6
Abstract.....	8
Índice.....	10
Introducción.....	14

Parte 1: Planteamiento del problema

Capítulo I: Apartado Psicológico.....	17
I.1-Aportes desde el Análisis Existencial.....	18
I.1.1- Aproximaciones para una antropología analítico-existencial.....	18
I.1.2- Definiciones de Análisis Existencial.....	19
I.1.3- Terapia Analítica-existencial.....	20
I.2- Sobre la Existencia.....	23
I.3- Motivaciones Fundamentales de la Existencia.....	24
I.3.1- Concepto Existencial de Motivación.....	24
I.3.2- ¿Qué son las motivaciones fundamentales de la existencia?.....	24
I.3.3- ¿Cómo se forman las cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia?.....	25
I.3.4- Primera Motivación Fundamental de la Existencia: El Ser.....	28
I.3.5- Segunda Motivación Fundamental de la Existencia: La relación con la vida.....	33
I.3.5.1- La vivencia de entrar en movimiento.....	36
I.3.6- Tercera Motivación Fundamental de la Existencia: El ser sí mismo.....	37
I.3.6.1- Vivir auténticamente.....	40
I.3.7- Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia: El Sentido.....	41
I.3.7.1- El sentido de la vida humana.....	44

Capítulo II: Apartado Médico	46
II.1- ¿Qué es el cáncer?.....	47
II.1.1- Introducción.....	47
II.1.2- Definiciones.....	48
II.1.3- Origen del Cáncer.....	49
II.2- Cáncer de mama.....	50
II.2.1- Anatomía de la mama femenina.....	50
II.2.2- ¿Cómo se forma la glándula mamaria?.....	52
II.2.3 Conceptualización de cáncer de mama.....	53
II.2.4- Factores de Riesgo.....	53
II.2.5- Cifras en Argentina.....	55
II.2.6- Signos y Síntomas.....	55
II.2.7- Diagnóstico de cáncer de mama.....	56
II.2.8- Etapas o fases del cáncer de mama.....	57
II.2.9- ¿En qué consiste el proceso metastásico?.....	59
II.2.10- Tratamientos.....	60
II.2.10.1- Cirugía.....	60
II.2.10.2- Radioterapia.....	60
II.2.10.3- Quimioterapia.....	61
II.2.10.4- Tratamiento Hormonal.....	62
II.2.10.5- Tratamientos Biológicos.....	62
Capítulo III: Impacto Psicológico del cáncer de mama en las pacientes	64
III.1- Introducción.....	65
III.2- Imagen corporal, sexualidad y autoestima.....	66

III.2.1- Concepto de imagen corporal.....	66
III.2.2- Cambios físicos e impacto emocional.....	67
III.2.3- Variables que influyen en el cambio de la imagen corporal.....	68
III.2.4- Características clínicas de los cambios en la imagen corporal.....	69
III.2.4.1- Esfera emociona.....	70
III.2.4.2- Esfera Cognitiva.....	70
III.2.4.3- Esfera Conductual.....	71
III.3- Duelo y Depresión.....	72
III.4- Psicología y Oncología.....	74
III.4.1- Oncología.....	74
III.4.2- ¿Qué es la Psicooncología?.....	75
III.4.3- Objetivos de la Psicooncología.....	76
III.4.4- Intervenciones del Psicooncólogo.....	77

Parte 2: Marco metodológico

Capítulo IV: Metodología del trabajo.....	81
IV.1- Objetivos de la investigación.....	82
IV.1.1- Objetivo general.....	82
IV.1.2- Objetivos específicos.....	82
IV.2- Preguntas de investigación.....	82
IV.3- Metodología utilizada.....	83
IV.3.1- Tipo de Investigación.....	83
IV.3.2- Alcance del estudio.....	84

IV.3.3- Muestreo.....	84
IV.3.4- Diseño o abordaje de la investigación.....	85
IV.3.5- Recolección de los datos.....	86
IV.3.6- Procedimiento.....	88
Capítulo V: Presentación de resultados.....	93
V.1- Presentación de resultados.....	94
V.1.1- Presentación de la muestra.....	94
V.1.2- Presentación de resultados obtenidos en cada una de las entrevistadas.....	98
V.1.3- Presentación de resultados obtenidos de la muestra en general.....	100
Capítulo VI: Análisis y discusión de resultados.....	102
VI.1- Análisis de resultados.....	103
VI.2- Discusión de resultados.....	122
Conclusiones.....	135
Bibliografía.....	141
Anexos.....	146

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida el término “cáncer de mama” ha estado siempre ligado a personas que han llevado adelante largas batallas con algunos combates ganados y algunos perdidos.

El cáncer de mama es uno de los cánceres tumorales que se conoce desde antiguas épocas y desde hace varias décadas se ha incrementado en grado notable alrededor del mundo, sobre todo en países occidentales (Instituto Nacional del Cáncer, 2016). Este crecimiento permanece, a pesar de que existen mejores instrumentos de diagnóstico, diversos programas de detección temprana, mejores tratamientos y mayor conocimiento de los factores de riesgo.

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores en mujeres. Se producen 5.600 muertes por año por cáncer de mama (Instituto Nacional del Cáncer, 2016). El cáncer de mama afecta a mujeres de cualquier parte del mundo, de cualquier cultura y clase social, aunque el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control.

Aunque ha sido considerada una enfermedad de las mujeres, puede también afectar a los hombres con resultados igualmente letales.

Hablar de cáncer de mama es hablar de una enfermedad compleja tanto física como psicológicamente. Afrontar los muchos retos que supone su diagnóstico, como los tratamientos prolongados y efectos secundarios que generan tales tratamientos (náuseas, vómitos, caída del cabello, fatiga o linfedema, menopausia inducida por el tratamiento, inestabilidad emocional, entre otros) puede tener una repercusión significativamente negativa en las mujeres. Problemas como la depresión y la ansiedad pueden ser el resultado de la angustia a causa del diagnóstico, por el temor a una enfermedad considerada potencialmente mortal. Así como también pueden ser experimentados sentimientos de falta de control sobre su vida, sentimientos de soledad, miedo, temor y falta de recursos frente a una situación nueva y traumática.

La presente investigación tendrá como objetivo general: describir cómo se encuentran las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y que se encuentran en una etapa de remisión, y como objetivos específicos:

- Describir el estado de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama durante el transcurso de la enfermedad y posteriormente, en la etapa de remisión de la misma.

- Explorar cuál o cuáles de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia se encuentra/an más afectadas, en mujeres en proceso de recuperación de cáncer de mama.

- Identificar cuál o cuáles de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia se encuentra/an más desarrolladas, en mujeres en proceso de recuperación de cáncer de mama.

Hay quienes a pesar del diagnóstico y dificultades que deja el tratamiento oncológico, le dicen sí a la vida y deciden vivirla de forma plena, es decir, se presentan como una persona libre que vive aprobando su vida, disfrutando y buscando un sentido a la misma, tomando sus dificultades y haciéndose cargo de ellas. Esto implica que de esa persona sale un sí pleno (sí al Ser, sí al Vivir, sí a mí mismo como persona, sí al Sentido). Esto permite transitar el proceso de la enfermedad a la salud. Por otra parte, encontramos a aquellas mujeres que viven sufriendo esta enfermedad, donde todo aparece como terrible y no existe la posibilidad alguna de disfrutar o descansar, donde la vida misma no se construye como valor y donde no hay un sentido para la existencia.

Actualmente existen numerosas investigaciones sobre el cáncer de mama, sus síntomas, posibles factores, tipos, tratamientos, entre otros, pero escasos trabajos que abordan la temática del cáncer de mama en relación con las Motivaciones Fundamentales de la Existencia. Por lo presente expuesto, se intenta aportar una nueva mirada terapéutica, donde se tenga en cuenta la vivencia de cada paciente en relación a la enfermedad descripta, buscando encontrar factores promotores de salud.

PARTE 1

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

APARTADO PSICOLÓGICO

I.1. Aportes desde el Análisis Existencial

I.1.1. Aproximaciones para una antropología analítico-existencial

La palabra *análisis*, proviene del griego “*análysis*” que significa descomposición (Längle, 2005a). Según el Diccionario Enciclopédico Ilustrado (1997, 43) se entiende por la palabra análisis a la “separación y distinción de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios constitutivos”.

En cuanto a *existencial*, podemos decir que el existencialismo es la corriente filosófica más importante y tuvo su origen en el siglo XIX y se prolongó aproximadamente hasta la segunda mitad del siglo XX. Los filósofos existencialistas se centraron en el análisis de la condición humana, la libertad y la responsabilidad individual, las emociones, así como el significado de la vida.

El existencialismo surgió después de la Primera Guerra Mundial y tuvo un renacer después de la Segunda Guerra Mundial, época en la que se hizo popular a través de la proyección literaria, la proyección artística y también el existencialismo entendido como un modo de vida, aunque su cuerpo doctrinal siguió quedando en el ámbito de la Filosofía (Längle, 2005a).

El concepto básico del existencialismo, es la existencia como una “**vivencia íntima e intuitiva** del hombre” Längle (2005a, 4). La existencia comienza a ser entendida como el fruto de una experiencia personal en la que se siente un Yo. Este Yo es capaz de preguntarse por el ser. Con esto tenemos a un ser que se experimenta, vivencia y en este contexto, a diferencia de otros seres, el hombre es capaz de preguntarse por ¿Quién Soy? Es precisamente por esta pregunta que se hace el hombre, que la existencia no viene determinada, sino que moviliza al hombre hacia su búsqueda y con ello a su construcción.

Heidegger propone que lo peculiar de la existencia humana es que ésta no se le da hecha; muy por el contrario, la existencia se experimenta como el ser arrojado al mundo, como un imperativo frente al cual no hay apelación, frente a esta “libertad” es que este ser, capaz de preguntarse, debe ir construyendo. Con esto, el hombre se hace consciente de su propia finitud. A esto Heidegger lo llama Dasein. Es importante señalar que el Dasein “se caracteriza por *ser-en-el-mundo*, lo cual no se refiere a su ubicación espacial, sino que significa *estar-con-los demás-entes* (Existenzes) y los demás hombres (Daseins)” Längle (2005a, 4). Este Dasein estaría constituido por ciertos elementos existenciales, estos son: la angustia, la muerte, la temporalidad, la historicidad.

La angustia es imprescindible para llegar a la existencia auténtica. Tiene que ver con la nada, es la experiencia de encontrarse frente al vacío absoluto. Por otra parte, la muerte no es entendida como el fin de la vida, sino más bien un límite más de la existencia y determina la temporalidad y la historicidad. La historicidad tiene que ver con el compromiso por el momento histórico que le toca vivir al Dasein, siendo éste único e irreplicable, haciendo surgir su existencia en pos de su propia trascendencia. Finalmente, la temporalidad tiene que ver con sentirse

constituido por este presente en este aspecto, el Dasein se encuentra en proyecto de ser, siendo el tiempo ni lineal ni cíclico (Längle, 2005a).

Ahora bien, ¿cómo entendemos el Análisis Existencial? En una primera aproximación podemos decir que el Análisis Existencial vendría a ser el trabajo de descomponer y distinguir los elementos que forman y condicionan la existencia humana.

1.1.2. Definiciones de Análisis Existencial

Análisis Existencial es una orientación psicoterapéutica para el tratamiento de problemas anímicos y trastornos como angustias, depresiones, adicciones, psicosis, enfermedades psicosomáticas (Längle, 2009).

Fue fundado por el psiquiatra y neurólogo vienés Viktor Frankl en los años 30, y difundido sobre todo después de la 2ª guerra mundial.

En 1985 Alfred Längle, por entonces el principal discípulo de Frankl, junto a Gabriele Frankl (la hija de éste) funda y preside la GLE (sigla del nombre alemán, en adelante: Sociedad de Logoterapia y Análisis Existencial) con el fin de ampliar la escuela de Logoterapia, agrupando a los logoterapeutas, formando nuevos, difundiendo, discutiendo, cultivando y desarrollando este enfoque, principalmente a través de congresos anuales, de formación, de una revista y publicaciones. Frankl, que por entonces tenía 80 años y previamente había difundido y cultivado en forma muy individual la Logoterapia, publicando 26 libros y dando conferencias por todo el mundo, fue el presidente honorario de la GLE desde su fundación hasta 1991. En ese año decidió renunciar a la presidencia honoraria, por considerar que la línea del desarrollo de la GLE se estaba alejando de algunos de sus postulados, tanto en la aplicación clínica como en la formación de terapeutas. (Croquevielle y Traverso, s/f).

Para Frankl el Análisis Existencial *“es un intento de una antropología psicoterapéutica que precede cualquier terapia”* Längle (2005a, 5). Con esto el Análisis Existencial no era concebido para Frankl como un método, ya que el método que él utilizaba en la terapia para la búsqueda de sentido era la Logoterapia.

Frankl agrega *“el análisis existencial extiende su análisis a la totalidad del hombre que no es sólo psicofísico-organísmico, sino también espiritual-personal”* Längle (2005a, 8).

El tema central de su teoría fue siempre el sentido y el lema de la Logoterapia es *“a pesar de todo...decir sí a la vida”* Längle (2000a, 2). Así Frankl manifestaba que a pesar de todo hay que seguir adelante, porque es el espíritu quien es capaz de superar cualquier inconveniente, por lo tanto, para él, hay que ayudar al hombre-paciente que sufre a que encuentre un puente, un camino hacia el sentido de la vida (Längle, 2000a).

Con la Logoterapia se aspira a la búsqueda de sentido personal y concreto de la vida, ya que es ésta la motivación mayor y más profunda de la existencia humana.

Así mismo, llama Logoterapia a la praxis que desarrolló para la sanación del sufrimiento que genera la pérdida de sentido y lleva a la persona a un vacío existencial que, de sostenerse en el tiempo, puede derivar en adicciones, destructividad y suicidio. Pero Längle (2000b) consideró que una teoría centrada sólo en el sentido daba una base insuficiente para abordar toda la problemática recurrente en la psicoterapia. No todos los sufrimientos que requieren de atención en psicoterapia pueden reducirse a una pérdida de sentido, aunque muchos después conduzcan a ella.

Por estas causas mencionadas, el Dr. Längle postula como método de trabajo, ya no a la Logoterapia, sino al Análisis Existencial Personal.

I.1.3. Terapia Analítica-existencial

El término de Análisis Existencial desde la teoría de Längle, hace referencia como ya se explicó en el apartado anterior, ya no al marco antropológico en el que Viktor Frankl circunscribe la Logoterapia, terapia centrada en el sentido y desarrollada por el autor como complemento de la psicoterapia, sino a una psicoterapia completa en sí misma, que suple por entero (y no sólo complementa) las otras psicoterapias. Si bien evoluciona desde la Logoterapia, se comienza a diferenciar de ésta en los últimos 25 años bajo el amparo de la Sociedad de Logoterapia y Análisis Existencial (GLE), principalmente por los aportes de Alfred Längle (Croquevielle y Traverso, s/f).

El mismo autor ha postulado al Análisis Existencial como una psicoterapia fenomenológica-personal orientada a lograr una existencia libre (mental y emocional), a una toma de posición auténtica, a un trato responsable con la propia vida y con el mundo (Längle, 2009).

El objetivo del trabajo analítico-existencial, consiste en ayudar a las personas para que pueda vivir su propio obrar con aprobación y consentimiento interno; en ese consentimiento interno se expresa la autenticidad. En ello está la realización de la libertad de la persona, a la que acompaña emocionalmente un constante “sí” interior a su propia conducta. Sólo cuando la persona puede acceder a la propia vivencia, es cuando hay un consentimiento. Por esta razón, en la terapia analítico-existencial es central la movilización de la vivencia. Se busca la vivencia afirmativa de los valores, ya que en el compromiso con lo valioso el ser humano logra la plenitud de su existencia (Längle, 2009).

Con el Análisis Existencial se intenta sensibilizar la esencia del sujeto, su ser personal, reforzarlo y ayudarlo a su realización en medio de los cambios, las exigencias, las dificultades y las inquietudes de su mundo. El sujeto debe poder vivir por sí mismo. Se ayuda al paciente a obtener

el beneficio de una libre emocionalidad para encontrar así su posición auténtica interior (toma de posición) y una vía responsable de expresión y acción consigo mismo, con los demás y con las cosas.

Para que el paciente pueda lograr todo esto, se lo ayuda a entrar en el diálogo, en un intercambio oxigenador con el mundo. Pues sólo en el diálogo (con los otros, consigo mismo, con el mundo) puede el ser humano encontrarse a sí mismo. Pero la persona llega a ser partícipe en el diálogo, cuando puede recurrir a lo que es propio. Alrededor de estos pasos se construye el Análisis Existencial Personal.

Längle en el seminario donde expone las Motivaciones Fundamentales de la Existencia, se plantea la siguiente pregunta “¿cómo se puede hacer para descubrir un sentido donde no se ve ninguno?” Längle (2000a, 2). Algunos pueden tener la gracia de recibir un sentido, pero no todas las personas reciben esta iluminación.

Al respecto, este autor establece que el punto de partida del Análisis Existencial, es poder movilizar la capacidad del hombre para decidirse, lograr un movimiento en dirección al intercambio dialógico con el mundo (diálogo externo) y consigo mismo (diálogo interno) y el compromiso que esto implica, a partir de lo cual emerge la plenitud y el sentido.

Una vida plena comienza cuando surge de la persona una aprobación, cuando vive aprobando su vida, esto implica que no importa tanto qué haga, sino que en lo que haga, brote un sí pleno, salga un sí interior. Cuando la persona puede decirse a mí mismo *¡sí, yo estoy aquí!* es cuando empieza la vida plenamente vivida, es ahí donde toma una posición. Esto se puede resumir en una frase destacada por Längle (2000a, 2) “Una vida plena comienza cuando hay una aprobación de mi parte, cuando vivo aprobando mi vida”. En otras palabras, un sí que sea pleno, no sólo mental sino y sobre todo, un sí sentido (en el plano de los afectos, de las emociones). Sería decir “sí” y tomar eso como algo que tiene valor.

La realidad es que hay algunas personas que llegan a descubrir un sentido, pero hay otras que no, entonces para aquellas que se les hace más dificultoso se utiliza como método de trabajo el Análisis Existencial Personal (AEP). Método que parte con la definición de una vida plenamente vivida, es decir, vivir aprobando, diciendo sí:

Vivir aprobando

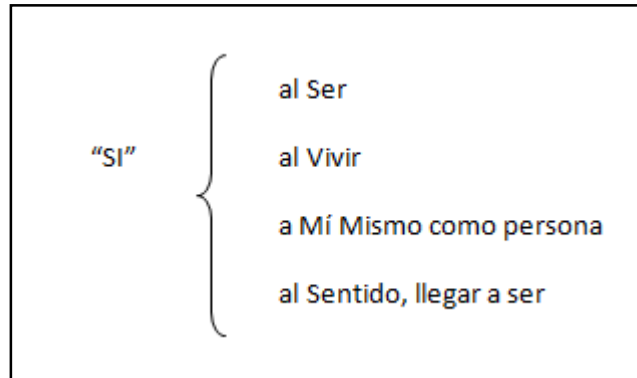


Figura N° 1: Vivir aprobando la vida

Antes de finalizar este apartado, se sintetiza el mismo sosteniendo que el ser humano sólo se puede comprender de forma dialógica, como se ilustra en la figura N° 2: el mundo interior está en continuo intercambio con el mundo exterior y el “Yo Personal” se realiza en la interconexión entre ambos, en el momento actual, tomando decisiones, desde su libertad, y actuando responsablemente conforme a ellas. La flecha simboliza el permanente intercambio, donde el Análisis Existencial opera para ayudar en los bloqueos que allí se producen (Croquevielle y Traverso, s/f).



Figura N° 2: Encuentro dialógico de este ser-en-el-mundo.

A través de esta teoría, se aspira a lograr una existencia personalmente fundamentada (Längle, 2009).

I.2. Sobre la Existencia

Längle en su escrito: “Las motivaciones personales fundamentales. Piedras angulares de la existencia”, postula a la Existencia como “*la plenitud de la persona*” Längle (2009, 11).

En el mismo escrito continúa diciendo:

Frankl (1987) describió el “autodistanciamiento” y la “autotrascendencia” como supuestos antropológicos de esta plenitud para poder responder a los requerimientos del mundo; por tanto, para alcanzar la Existencia, la persona debe, por una parte, poder ponerse a distancia de sí, lo que le da apertura y capacidad de disponer de sí misma; por otra, ser capaz de salir de sí y entregarse al mundo con sus requerimientos y ofrecimientos. De tal modo, puede acceder al tercer elemento constitutivo de la Existencia, el Sentido; puede así captar el “llamado del momento”, o sea lo que hay que hacer en determinadas circunstancias, e involucrarse en eso. (...) Si la persona está en esa actitud de apertura ante sí y el mundo, de modo que puede ver, sentir y experimentar de qué se trata en cada situación e involucrarse en ella, entonces accede a la Existencia. (p.11)

En otras palabras, el mundo presenta situaciones y depende de la persona como va a sentir, vivir y experimentar esa determinada situación y como va a involucrarse en ella. Aquí se pone en juego la libertad y responsabilidad, la decisión y elección de cada persona. Sin estas condiciones, no se puede pensar en una existencia satisfactoria. Ninguna persona puede ser feliz sin estar de acuerdo consigo mismo.

La persona es por su naturaleza libre, y cuando vive su vida con decisión, es cuando su vida llega entonces a la plenitud, a la Existencia (Längle, 2005b). Pero en sus decisiones, la persona necesita un algo, un otro, por lo cual se decide y así entra a jugar junto a la libertad de la existencia otro supuesto: la apertura hacia lo otro. Si la decisión realmente va a incluir a lo otro, se necesita un intercambio dialógico. El intercambio con lo otro, el diálogo, por tanto, es el puente a la existencia, el medio por el que la existencia alcanza su plenitud.

Para que el diálogo pueda instalarse y mantenerse, debe darse en él algo que sensibilice a la persona; la chispa que enciende el diálogo es una exigencia interna o externa. En esto se devela otro rasgo característico del pensamiento existencial: en todo lo que el ser humano vive, podemos ver una exigencia que se le plantea. Visto bajo una luz existencial, para el ser humano las cosas no están ahí simplemente, sino que le hablan, le preguntan qué conducta tendrá respecto a ellas, qué piensa hacer con ellas, cómo las puede experimentar, qué significan para él. Es por esto que todo vivir, interior o exterior, deviene en la exigencia de asumir una posición personal.

El ser humano es constantemente cuestionado, se siente rodeado de una gran variedad de deberes y dispone de capacidades, intereses, necesidades, para llevarlos a cabo; pero también se encuentra lleno de inseguridades, problemas, aflicciones.

Para alcanzar la plenitud y no caer en un “Stress existencial” Längle (2009, 12), es condición que la persona se mantenga en diálogo, en un intercambio que oxigene y en donde derive sus decisiones. Si éstas se descarrilan, se pierde la base existencial.

I.3. Motivaciones Fundamentales de la Existencia

I.3.1. Concepto Existencial de Motivación

Desde un punto de vista existencial, el diálogo es un constitutivo esencial en la comprensión de la esencia de la existencia humana.

Cuando el diálogo comienza, hay algo o alguien que llama a la persona, que la busca, la desafía, la provoca. Todo lo que lo confronta, es sentido como un desafío. Esta provocación es el punto inicial de cualquier motivación.

En otras palabras, podemos decir que la Motivación significa develamiento de la persona e involucra esencialmente a la persona con su habilidad específica de tomar decisiones en su mundo (Längle, 2003a).

Entonces, motivación es definida por Längle (2003a, 1) como “un proceso en movimiento dialógico desde el presente, haciendo realidad las metas e intenciones”.

Desde esta teoría, la motivación es una expresión, muchas veces inconsciente, de la intención humana de llegar a ser, de situarse en la existencia.

I.3.2. ¿Qué son las Motivaciones Fundamentales de la Existencia?

Mientras Frankl consideraba la búsqueda de sentido como la motivación más profunda de los seres humanos, recientemente el Análisis Existencial ha distinguido otras tres motivaciones existenciales que preceden a la motivación por el sentido y que mueven al ser humano profunda y constantemente.

Längle (2009) sostenía que la relación con el mundo, con la vida, consigo mismo y con el futuro corresponde a las categorías fundamentales de la existencia que contribuyen en la estabilidad de la persona. Si pueden ser vividas adecuadamente y percibidas en su profundidad, representan las condiciones fundamentales de una existencia plena. Sobre estas bases el sujeto forma su noción específica acerca de la realidad.

Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia, Längle (2003a, 7) las define como “las piedras fundamentales de la existencia”. Se tratan de estructuras basales para una existencia plena.

Estas Motivaciones Fundamentales tienen un orden o secuencia necesaria, donde cada una está sostenida sobre la anterior, no significando ello una jerarquía en importancia o preponderancia, sino como estructuras básicas para que la que la sigue, se pueda desarrollar.

Es importante destacar que para que estas actitudes existenciales sean favorables, es necesario que podamos experimentar *Condiciones Básicas* en cada Motivación.

A cada Motivación Fundamental le corresponde un *Plano de elaboración*:

1. **Percibir:** el mundo y uno mismo.
2. **Sentir:** emoción, que siente la persona en el mundo, que siente cuando percibe.
3. **Toma de posición personal:** juicio propio, reconocimiento. La posición que tiene en el mundo como ser único.
4. **Sentido:** acción, aparece el obrar para realizar valores.

Cuando el plano de elaboración no se puede alcanzar, surgen las denominadas *Reacciones de Coping* (Längle, 2000a). Las Reacciones de Coping son mecanismos de protección para lograr el dominio y superación de la situación. Son formas de conducta reactiva, automática que se desencadenan cuando la persona siente amenazada su existencia, como un mecanismo de defensa. Si bien pueden ser innatas o aprendidas, siempre son conductas no decididas por el sujeto. Todos los seres humanos pueden tener estas conductas reactivas, aunque no todos las generan con igual intensidad. La preferencia por determinadas Reacciones de Coping se relacionan con estilos de personalidad. Cuando estas Reacciones se vuelven rígidas y estereotipadas aparecen las patologías psíquicas.

I.3.3. ¿Cómo se forman las cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia?

Para explicar las Motivaciones, Längle toma como base la antropología de Frankl, el esquema de las tres dimensiones que parten del Hombre: somática, psíquica, noética. Estas dimensiones se abren a una cuarta que Frankl llamó la existencia como Autotrascendencia (AT) y que constituye el plano del decidir. (Längle, 2000a).

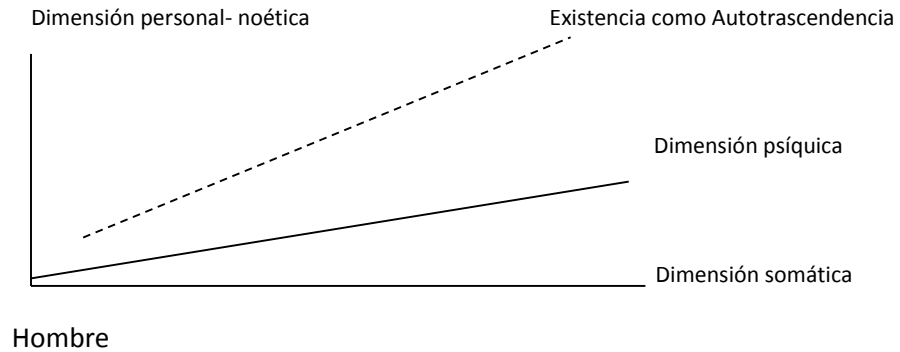


Figura N°3: Dimensiones que parten del Hombre

Pero, el “ser hombre es *ser-en-el-mundo*” Längle (2000a, 3), por lo que no podemos pensar al hombre sin contacto con el mundo, con el otro. Vivimos continuamente en un diálogo ineludible y necesario con el otro y con el mundo.

Desde lo corporal el ser humano recibe oxígeno, agua que luego se pueden transformar en lágrimas o en transpiración. En el plano de lo psíquico, a través del diálogo recibe impresiones que movilizan sentimientos sobre cuya base reacciona. Así surgen tensiones que, a veces, terminan en una explosión. Estas percepciones del mundo que llegan a nosotros, nosotros también las transformamos, y a veces salen por el choque y no siempre por la reflexión. De modo que siempre estamos influenciados por la atmósfera que nos rodea. También ocurre en la discusión con otras personas. Así Längle (2000a) afirma que el hombre está desplegado en el mundo.

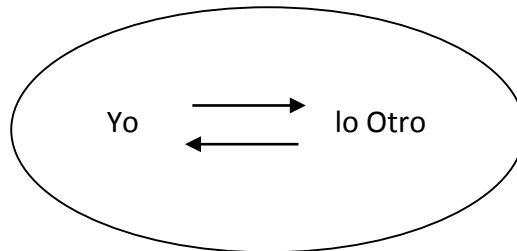


Figura N°4: ser hombre es ser-en-el-mundo

Las tres dimensiones ahora parten del mundo. Längle (2000a) postula al respecto:

En la base está el mundo es el *medio ambiente* (UM WELT). Luego, desde el punto de vista psíquico, el mundo es lo que llamamos el mundo con el otro, el *mundo vivenciado* (MIT-WELT). Desde el punto de vista de lo personal, el mundo es el mundo propio (EIGEN-WELT). En la dimensión de la *trascendencia* aparece como sentido. (p.3)

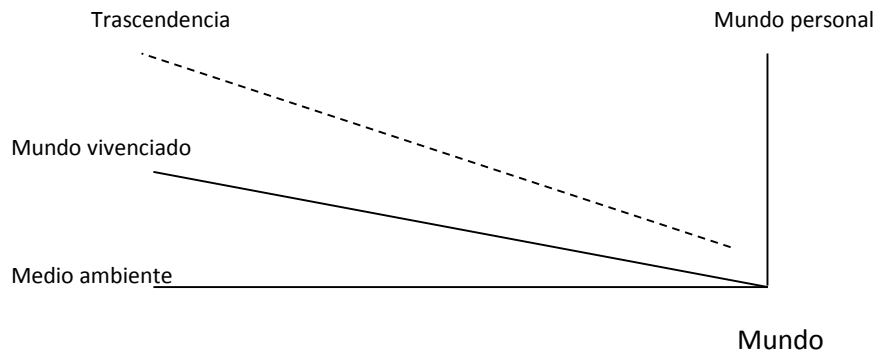


Figura N°5: Dimensiones que parten del mundo

Si integramos ambas figuras se observa que aparecen cuatro niveles: sostén, valor, otredad y sentido. De esta forma quedan delineadas las cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia (Längle 2000a).

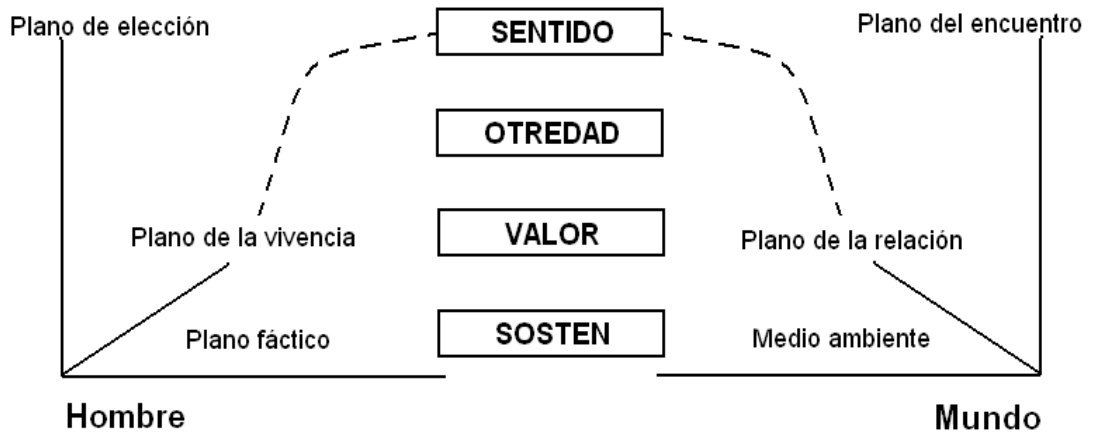


Figura N°6: Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia

En otras palabras, Längle (2000a) postula:

Que la persona es el núcleo y está tensada hacia cuatro direcciones: Ser, Vivir, Unicidad y Devenir. Esto constituye su *intimidad*. A su vez cada uno de estos vértices se relaciona con el mundo, constituyendo la *exterioridad*. Para el Ser, la exterioridad es el Sostén, para el Vivir es el Valor, para la Unicidad es la Otredad y para el Devenir es el Sentido (p. 4)



Figura N°7: Motivaciones Fundamentales de la Existencia

El hombre toma posición de lo que hay en el mundo y lo hace propio. Cuando el hombre puede decir Sí al Ser, a la Vida, a la Unicidad y al Devenir, se abre al mundo y consigue de él: Sostén, Valor, Otredad Y Sentido.

En las cuatro motivaciones están presentes las tres dimensiones del hombre oportunamente planteadas por Frankl.

A continuación, se desarrollarán cada una de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia.

I.3.4. Primera Motivación Fundamental de la Existencia: El Ser

El hombre llega a preguntarse por la existencia, partiendo desde un hecho básico que es que “yo soy”, “yo existo”, “estoy en el mundo”, “estoy aquí”. La Existencia comienza cuando hay un Yo.

El estar aquí, el existir, coloca a la persona frente a la pregunta fundamental de la existencia: “Yo soy –pero ¿Puedo Ser?” Längle (2000a, 11).

Esta primera motivación se refiere al Poder Ser o Estar en el mundo, en cuanto la persona es al mismo tiempo está en peligro de no ser, no hay garantías. El mundo de donde es la persona tiene sus propias leyes que debe respetar, así como debe aceptar las condiciones del mundo si es que quiere ser.

La condición del existir es el Poder Ser o Estar. Las fuentes del Poder Ser en cada uno son las propias capacidades, y las del Poder Ser en la situación son las posibilidades, “¿puedo pretender mi lugar en este mundo, bajo estas condiciones dadas, y con las posibilidades que tengo?” Längle (2003a, 8).

Para Poder Ser el ser debe aceptar, conocer, percibir y llegar a un acuerdo con las condiciones del mundo. Esto ayuda a sobrevivir, pues puede adaptarse mejor a ellas. Se necesita de la experiencia con el mundo, para poder conocerlo. Es necesario también tener el sentimiento de que se Puede Ser. Este no es un asunto sólo intelectual, sino también de experiencia en relación con el mundo ¿tengo el sentimiento que puedo ser en este mundo? ¿puedo ser con mi propio cuerpo? ¿con esta edad? ¿con mis incapacidades? ¿todo esto me deja vivir? ¿puedo vivir con mis dudas, con mis inseguridades? Puede suceder que de pronto se tenga el inesperado sentimiento de no puedo vivir en este mundo (Längle 2000a).

Aceptar es un hecho muy simple, pero muy difícil. En el plano del puro Ser significa: tú puedes ser, yo puedo ser, ambos podemos ser. El poder aceptar es fundamental para fundar la existencia. Todo lo que la persona acepta, la deja en tal paz que ahora Puede Ser viendo esto que está simplemente ahí. El aceptar es un sí a la vida.

Existen tres *Condiciones Básicas* para Poder Ser y aceptar (Längle, 2000a):

- Espacio-Cuerpo: al hablar de espacio nos referimos al espacio físico y psíquico. Ante esto surgen algunas preguntas como: ¿dónde tengo yo para mí un espacio? ¿tengo el sentimiento de que tengo un espacio en el que puedo estar, en el que me siento seguro, del cual puedo decir que es mi lugar? El espacio se refiere al sitio en donde el ser se siente seguro, protegido y cómodo: “mi lugar”. Es importante abrirse al espacio vital y tomar posesión de él. Al abordar este problema del espacio, es también referirse a la relación con el propio cuerpo y preguntarse: ¿puedo ser con mi cuerpo? ¿lo poseo totalmente? ¿mi cuerpo es más grande que yo? La actitud más simple con la que podemos comprobar si llenamos o no el cuerpo, es la respiración. Ésta es la base de la existencia y cuando hay un bloqueo en ella, se advierte que la existencia se hace más angosta, con la cual surge la angustia. Cuando no se puede respirar profundo, entonces no se está plenamente aquí. El cuerpo refleja el ser en el mundo. Para el Análisis Existencial el cuerpo es la expresión del espíritu, por lo tanto, es fundamental en psicoterapia un trabajo sobre el propio cuerpo.

- Protección: es el cobijo, el amparo dentro de las relaciones humanas al ser recibido y aceptado por otro. Es importante que este sentimiento aparezca, de alguna manera, en nuestra biografía. Cuando la persona reconoce y siente haber sido aceptado por otro, reconoce que junto a esa persona he podido ser y de este modo experimenta calma, agradecimiento, en caso contrario experimenta un dolor muy grande, indiferencia. Cuando no es aceptado, experimenta la falta de amparo y por lo tanto siente que a su existencia se encuentra amenazada.
- Sostén-Confianza: Es la tercera condición para poder ser ¿qué es lo que me da sostén en mi vida? En primer lugar, es el cuerpo el que nos sostiene, por eso cuando éste se enferma o se debilita, se crea una sensación de inseguridad. También da sostén y protección, todo lo que tiene regularidad, todo aquello por lo que experimentamos una fidelidad por parte del mundo. El mundo, el Otro, una relación, nos sostiene.

Längle (2000b) en su seminario sobre las Motivaciones Fundamentales de la Existencia, establece que de la experiencia de sostén resulta la *Confianza*: poder abandonarse a una estructura que sostiene. Todo ser humano necesita de esa confianza para vivir. No solo debe confiar en un sostén externo, sino que la confianza incluye la confianza en uno mismo. En la medida en que la persona puede ir encontrando estructuras firmes en sí que se mantienen y en las que se puede apoyar, va logrando la Autoconfianza. De ésta última experiencia surge la seguridad en sí mismo.

Se necesita de la confianza para seguir viviendo, es como un puente que traslada a la persona en lo inseguro, que le permite mantenerse en el mar de la inseguridad. Conectado a la confianza está el sentimiento que surge del fondo de nuestra vitalidad e implica tener suficientes fuerzas para hacerle frente al peligro y a lo inseguro que se nos presenta, a ese sentimiento lo denominamos *Coraje*. (Längle, 2000a)

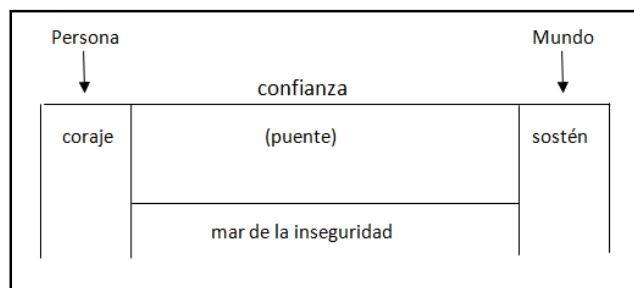


Figura N°8: Confianza como estructura firme para vivir

Todos estos aspectos están fundados sobre algo más profundo que es la *Confianza fundamental* (Längle, 2000a). Es la experiencia del fondo del Ser. Este fondo es la más profunda estructura en la que las personas se pueden apoyar; psicológicamente es aquello que queda y que puede sostener cuando los otros sostenes han caído. La confianza fundamental no es sólo un vínculo que se logra con las relaciones humanas, sino que incluye la naturaleza en general. Es la más profunda estructura que podemos tocar, a la cual nos podemos abrir. En la mayor parte de los hombres aparece la fe, una fe anterior a la religiosidad.

Las experiencias de la vida cotidiana influyen en la Confianza fundamental, a veces la fortalecen, pero también, a veces, la debilitan. Ante las distintas situaciones dolorosas por las que atraviesa el hombre y en donde él no puede soportar, aparece la fe en algo superior a sí mismo como último sostén.

Si se tiene la experiencia de no Poder Ser, el hombre se siente amenazado en su Ser y surge la angustia, inseguridad, miedo, intranquilidad y teme caer en el abismo ya que se da una falta de base para lograr la Confianza Fundamental.

Längle (2005c, 57) define a la angustia como “un estado generalizado de excitación, el que *psicológicamente* se traduce por un sentimiento de una amenaza o peligro, al que el hombre se siente *existencialmente* expuesto”. Ésta amenaza, física o psíquica, pone al hombre frente a la pérdida de sostén en el mundo y de estructuras ordenadas que le dan el suelo para el despliegue de su “poder ser”. Entonces, puede responder acudiendo a alguna de las cuatro reacciones básicas de defensa, las *Reacciones psicodinámicas o de Coping* (Längle, 2000a):

- Huida: es una reacción para tratar de escapar cuando se presenta una situación amenazante. Es un movimiento normal hacia un lugar seguro sea un espacio interno o externo, cuya finalidad es poder armarse para enfrentar la situación. Si este mecanismo de huida se fija o se hace rígido, aparecerán trastornos de ansiedad.
- Ataque a lo amenazante – Actividad (lucha) obsesiva: El hombre al no poder huir, lucha, reacciona ante el sentimiento de no poder ser, tratando de controlar y proporcionarse seguridad mediante estructuras de orden, rituales, pretendiendo así eliminar hasta el lógico grado de incertidumbre de la vida humana. La reacción de ataque o la lucha, cuando se rigidiza es típica de la neurosis obsesiva.
- Odio, agresión, ira: cuando se desarrolla la agresión, tiene como única finalidad aniquilación del enemigo. La persona se siente totalmente amenazada, llevándola al sentimiento de que “o es el otro o soy yo”. Con el odio se quiere aplastar, liquidar. Si

esta defensa se hace rígida aparece la imposibilidad de empatía, por lo tanto, se da el trastorno de personalidad antisocial.

- Reflejo de posición de muerto: cuando la persona no puede enfrentar la situación, cae en un estado total de pasividad, como si dijera: “no existo”. Aparece entonces parálisis de sentimientos, bloqueo, como una especie de congelamiento. Cabe aclarar que esta reacción no pertenece al repertorio de un psiquismo sano, por lo que se lo debe separar de los anteriores. Si esta reacción se fija aparece como patología la psicosis, como ruptura con el mundo.

Estos mecanismos de protección ante la angustia, son expresiones de un Ser amenazado no sólo de la existencia física, sino también de la existencia psíquica y espiritual. La amenaza pone en peligro las estructuras que dan sostén al hombre y que garantizan la conservación del Dasein. Sin sostén, el ser humano se siente desacomodado (Längle, 2005c).

Längle (2000a) sostiene que el plano en donde se elaboran estas Reacciones de Coping, es en el *Plano de la Percepción*. La persona siente su existencia amenazada, entonces tiene que mirar, percibir, poner delante de ella ese sentimiento que le afecta. De lo que se trata es de percibir la situación real, los hechos fácticos, lo que sucedió realmente. Este paso de lo psicodinámico a la percepción responde a un principio fundamental en la psicoterapia ya que, cuando una persona no puede percibir lo fáctico se produce un regreso a las reacciones psicodinámicas. No poder percibir siempre remite al plano donde la persona reacciona porque está sobre-exigida. Es normal que esto ocurra y en estas situaciones el terapeuta debe preguntarse si la persona está en condiciones de ver la realidad. Este paso es decisivo en el trabajo de la Primera Motivación.

Es muy difícil trabajar cuando el sentimiento que aparece es “no soporto esto”. Porque soportar, también es sostener algo que se puede mantener, sostener resistiendo su peso. Esta es la forma fundamental básica, el modo como se abre nuestro Ser: debemos resistir ante una amenaza soportando el peligro. Es necesario preguntarle a la persona si por un minuto puede soportar su dolor, si puede tomar conciencia de ese dolor que la sobrepasa. Porque de lo que se trata es tomar conciencia del poder que hay en ese soportar. Si esto ocurre se produce un paso fundamental, porque la persona pasa de la pasividad de ser víctima, a la actividad de ser protagonista. Ya no es solamente una persona sufriente, sino un actor, pues al soportar, está dando un pequeño paso hacia la aceptación de lo fáctico y está dando el primer paso hacia la vida. Sería como decir: “si esto que sucede, si esta situación, si este dolor puede ser, yo también puedo ser”. Sólo la aceptación genera el cambio. Este primer paso hacia la vida es el poder aceptar y es fundamental para poder fundar la existencia, porque todo puede ser si yo lo puedo aceptar. Esto significa que la persona se autoreferencia en sí misma como sostén.

La carencia de todo esto conduce a trastornos en el individuo, en vez de confianza surge la inseguridad, y por esta línea descubrimos todas las formas de angustia. La forma más severa es la Psicosis Esquizofrénica.

I.3.5. Segunda Motivación Fundamental de la Existencia: La relación con la vida

La primera motivación se trata de Poder Ser, de encontrar estabilidad, sostén, seguridad, sin lo cual la existencia se siente amenazada, lo que genera angustia.

Pero el humano no solo se descubre siendo ahí, sino que se ve viviendo, se descubre como viviente. Para que la vida sea buena, se necesita sentirla, vivenciarla.

Para una vida plena no es suficiente estar-en-el-mundo, sino que también cuenta la calidad del ser en el mundo, y la calidad de la vida la captamos con el afecto, con los sentimientos. Vivimos y esto implica estar en permanente recepción de lo que viene de afuera, es estar permanentemente relacionados, es *estar aquí*. Ese ser ahí es vivenciado, sentido. (Längle 2000a).

Croquevielle (2017) establece que ya no se trata de percibir la firmeza de las capacidades para vivir la vida, ni las posibilidades para experimentarla, sino de los sentimientos para vivenciarla. Esta segunda condición de la existencia, requiere que la persona se conecte con el Valor o los Valores que lo rodean y así sentirse atraído por ellos (Revista Interamericana de Análisis Existencial, 2017).

El *estar aquí*, el vivir, pone al hombre ante la pregunta fundamental de la vida: “*Yo vivo, pero... ¿Me gusta vivir?*” Längle (2000a, 22).

A la persona se le presenta la siguiente pregunta ¿qué es vivir aquí para mí? La respuesta podría ser que vive sufriendo, pero también vive teniendo alegrías. El sufrimiento pertenece a la vida como el día a la noche. Lo importante es saber si la persona a pesar del sufrimiento le gusta vivir.

Maturana (2017) expone que, desde el Análisis Existencial, la vida es entendida como una amplitud donde la alegría y el sufrimiento tienen un valor fundamental, entregan contenidos muy significativos sobre la resonancia con la vida. Es por esto, que no se puede negar el dolor, el sufrimiento, los duelos, porque también es una parte de la vida, que entrega esa profundidad y aprendizajes tan necesarios para que el retorno de la alegría sea con plenitud. No se busca, desde el Análisis Existencial, una apología al dolor y el sufrimiento, pero sí

relevarlos en el valor que tienen y no esconder la parte más dura de la vida (Revista Interamericana de Análisis Existencial, 2017).

En este gustar vivir, algo se pone en movimiento en nuestra existencia. La Primera Motivación implica reconocer un poder, un sostén, mientras que la Segunda Motivación trata de cómo la persona se siente con ese sostén.

Por medio del gustar tomamos relación con el asunto. Es indispensable que siempre exista la pregunta acerca del gusto. El hecho de que nos preguntemos esto, implica una toma de postura en lo afectivo, ya que aquello que hacemos con gusto fortalece la relación con la vida.

La condición para esta Segunda Motivación Fundamental de la Existencia, es el *Querer Vivir*.

Para que esta Motivación pueda darse, es necesario en primer lugar, un buen desarrollo de la Primera Motivación. Después para aprehender la vida, para amarla y sentir la vida se necesitan tres *Condiciones Básicas* (Längle, 2000a):

- Cercanía-Movimiento interno: implica una entrada en la propia existencia. Este movimiento interno es la vida sentida. Es tocado el núcleo, fuente desde donde brotan todos los afectos y sentimientos. Igualmente, la cercanía puede producir miedo porque podría estar asociada, para algunos, a recuerdos de sufrimiento y dolor.
- Tiempo-Valores: esta condición es análoga a la condición del espacio de la Primera Motivación. Los sentimientos requieren tiempo para surgir y movilizarse. El peligro surge cuando en las relaciones no se tiene tiempo. Tener tiempo implica darse tiempo para vivir y esto es lo que aparece como valioso.
- Relación-Sentimiento: el sentimiento es la base de la relación. Una relación sin afecto es imposible. La relación se establece automáticamente cada vez que estamos en contacto con otro, porque todo eso con lo que nos conectamos produce en nosotros un movimiento: crea sentimiento. La relación nos permite dedicarnos a esa cosa que viene del mundo.

Si estas tres condiciones se cumplen, es cuando el hombre puede experimentarse a sí mismo en armonía con el mundo y consigo mismo y puedo sentir la profundidad de la vida (Längle, 2003a). Estas experiencias forman el *Valor fundamental* (Längle, 2009). En la segunda motivación el valor fundamental está en relación recíproca con el Valor de Vida, es la relación más profunda que tengo en mi vida, el más profundo sentimiento hacia el valor inherente de la misma.

Pero ¿cómo descubro ese valor de la vida? Se descubre cuando el hombre es capaz de darle una respuesta a las siguientes preguntas ¿tengo realmente gusto por vivir? ¿me gusta vivir? ¿estoy agradecido por ello? ¿es bueno que yo exista o no? Pero para poder contestar a estas preguntas, se necesita coraje. Una vez que la persona puede hacerse estas preguntas, puede ver su vida y así puede sentir si le gusta o no.

El ser humano vive algo valioso en la medida en que alimenta su gusto por vivir, de lo contrario, todo aquello que está en contra de la vida, aquello que experimenta como no valioso lo enferma y trae dolor. Entonces, cuando se realizan cosas que no forman parte del gustar, hay una pérdida de la vitalidad, surgiendo las *Reacciones psicodinámicas o de Coping* (Längle 2000a):

- El retiro: reacción que consiste en sumergirse en el propio interior, como modo de procurarse protección ante lo desagradable.
- El activismo-desvalorización: cuando se trata de cubrir algo que es desagradable realizando mucha actividad. En una reacción paradójica en la que teóricamente se busca estar bien. Igualmente, aquí se puede recurrir a la desvalorización, en donde se le quita valor a eso que tanto lo afecta.
- La rabia: es la explosión. Constituye un intento de despertar la vida en el otro “Habla de una vez”, y no de aniquilarlo. Esta rabia no está a nivel del Ser, sino al nivel de Vivir. En otras palabras, cuando alguien manifiesta rabia está manifestando algo del vivir, no del ser.
- La resignación: es el agotamiento. Se agotan las energías y la persona se desconecta. “Ya no hay nada que hacer”.

El plano en donde se elaboran estas reacciones de Coping, es en el *Plano del Sentir* (Längle 2000a). Se busca trabajar el sentir, de revivirlo y ponerlo otra vez frente a la persona. No se trata de poner delante de uno el hecho de vivir, sino el sentimiento de vivir. Debemos ser capaces de dominar la situación, tratando de comprenderla y tomando una posición.

Para volver a sentir hay que ponerse delante del sentimiento y en la medida que puedo sostenerlo y así surgirá tarde o temprano el Duelo, definiendo al mismo como “la percepción de que algo era bueno para la vida pero que se perdió, es un valor que se ha perdido..” Längle (2000a, 24). En estos casos siempre percibimos que lo hemos perdido es Vida, se nos ha ido la vida de las manos y para aceptar esto se necesita coraje.

Al analizar más de cerca el duelo, vemos que se ha perdido algo, esto duele, hace sufrir a la persona. Pero cuando se tiene el coraje de sostener ese sufrimiento, aparece el llanto y esto produce en el ser humano algo nuevo. En el llorar es tocado por la vida. Del peso del

sufrimiento empieza a aflojarse algo, esto que comienza a fluir dentro de nuestro interior se expresa en las lágrimas. A través de las lágrimas, se deja fluir el sufrimiento. Este fluir que se emprende tiene un mensaje que es el siguiente: “todavía hay vida en mí, a pesar de la pérdida no estoy muerto, sino vivo” (Längle, 2000a, 24). En la persona que se inclina hacia la pérdida surge la vida, porque puede sentirla y eso es la vida misma. Luego el hombre debe inclinarse hacia sí mismo y hablar consigo con lo cual genera un sentimiento para sí, es el sentimiento de automisericordia, la persona tiene compasión de sí misma. Es importante este sentimiento para consigo mismo, porque sobre la base de esta autorrelación puede volver a tener relaciones con los demás que no estén impregnadas por aquella demanda de compasión. (Längle, 2000a)

Cuando se carece de las condiciones necesarias para poder relacionarse de una forma positiva con la propia vida, y cuando las reacciones para protegerse no son elaboradas o se rigidizan aparece la depresión. La depresión es considerada por Längle como un trastorno de la relación que la persona tiene con su propia vida, en donde se produce un disturbio en la vivencia del valor.

I.3.5.1. La vivencia de entrar en movimiento

En la primera motivación de lo que se trataba era de la estabilidad para la existencia, que se angustia ante el sólo pensamiento de su pérdida. Ahora aparece en el primer plano la movilidad, el dinamismo de la vida.

La segunda tarea existencial fundamental, es entrar en movimiento hacia las cosas, los otros y hacia sí mismo, donde la relación consigo es la condición de posibilidad de la relación con lo otro y los otros.

Pero Längle (2002a, 1) establece la siguiente pregunta “¿qué es lo que nos pone en movimiento o nos hace vivir?”. La respuesta a esta pregunta es simple, nos hace vivir aquello que me dice algo, lo que me atrae, lo que me da calor, lo que registro como valioso, lo que me interesa, lo que me mueve a actuar y crear. Pero también estamos movilizados cuando evitamos el dolor, cuando se busca lo bueno y lo mejor, cuando se tiene intencionalidad a algo positivo, cuando reflexiono: porque esto me hace bien, porque lo necesito, porque me gusta.

En relación, Croquevielle (2017) explica que el motor de la vida se pone en movimiento, siempre y cuando exista un valor (Revista Interamericana de Análisis Existencial, 2017).

Al experimentarse un movimiento de atracción, se dice que algo nos gusta y cuando se experimenta un movimiento de repulsión, es que eso no me gusta.

Längle (2002a) explica que para poder contactarse con lo que a uno le gusta, es muy importante una toma personal de relación y cercanía afectiva con lo otro, de este modo se posibilita el movimiento del gustar. En otras palabras, el movimiento es causado cuando la persona es capaz de una *toma de posición*. Caso contrario, cuando hay cosas que la persona debe hacer pero que no le gustan, surge un sentimiento de pérdida de vitalidad, se da un estancamiento o parálisis de la vida, que es preludio de la muerte.

I.3.6 Tercera Motivación Fundamental de la Existencia: El ser sí mismo

A pesar de estar en relación con la vida y la gente, la persona se da cuenta que permanece separado y diferente. Hay una singularidad que hace de mí un Yo y me distingue de cualquier Otro. Entonces, se cae en la cuenta de que uno es dueño de mí mismo y que debe guiar uno mismo su existencia.

Frente a este hecho, aparece la siguiente pregunta fundamental: “Yo Soy Yo, pero... ¿me permito ser como soy? ¿Me es permitido ser como soy?” Längle (2000a, 28).

Esto implica tomar en serio la individualidad, es decir, el carácter intransferible y singular de la existencia frente al Otro. Para ver y reconocer al Otro como un legítimo Otro, primero se necesita reconocerse a sí mismo, esto ayuda a diferenciarse y delimitarse de lo que no se es, distinguir lo propio de lo ajeno. Así se podrá dar el encuentro de uno mismo con el Otro, en otras palabras, se dará el encuentro de la propia persona con la persona del Otro. En este encuentro, se busca que el Otro también se sienta enriquecido.

Para llegar a percibir este Ser Sí Mismo plenamente y asumir la propia autenticidad, el hombre requiere ser visto y considerado por los Otros, haber sido tratado justa y equitativamente y haber recibido aprecio. A su vez, en el trato conmigo mismo requiere distanciarse para percibirse adecuadamente, tomarse a sí mismo en serio y tomar posición con respecto a sí para juzgarse apropiadamente. De este modo se desarrolla y fortalece el Autoestima mostrando su autenticidad al mundo, aunque sin desproteger su intimidad. (Längle, 2000a).

Las *Condiciones Básicas* para el *encuentro* son:

- **Consideración:** la posición corporal que corresponde aquí es la del abrazo, en el que se busca la cercanía y después se hace un poco de distancia para poder mirar al otro a los ojos y descubrir lo más propio y genuino de él. La consideración es una toma de relación, una referencia al otro, tomar al otro en serio en su esencia. Cuando podemos hacer esto, estamos creando una base para el encuentro además de enriquecerse ambos y madurar a partir de éste. Todo esto se produce si hay

reciprocidad. En caso contrario, cuando no somos vistos como personas, la consideración no se da. Es importante, entonces que el hombre se tome en serio a sí mismo, que todo lo que le pertenece, lo deje ser y que no se desvalore. Para esto es totalmente necesario ser honestos y veraces.

- **Apreciación valorativa, estimación:** Se produce en este plano la valoración del otro y la valoración de sí mismo. Podría preguntarme: ¿para qué debo apreciarme a mí mismo? Esta es una pregunta fundamental, porque con ella fundamos el valor del sí mismo.
- **Justificación:** aquí estamos frente a una cuestión fundamental de la existencia: ¿quién me da el derecho de ser como yo soy y de que me comporte como me comporto? Esta pregunta nos lleva a la instancia moral que puede ser personal (la conciencia moral) y la suprapersonal (el Superyo de la sociedad). Puede existir un conflicto entre ambas, pero para el Análisis Existencial hay una jerarquía de las instancias, ya que Frankl afirmó el valor de la conciencia personal como el valor fundamental del hombre. Es muy importante entonces la conexión con la propia conciencia, oírla, porque me da la autoridad natural, así yo mismo puedo estar apoyado en mí mismo.

Si la persona experimenta las tres condiciones básicas se encontrará a sí mismo, encontrará su autenticidad, su consuelo y respeto por sí mismo.

A partir de todo lo anterior llegamos a lo que está en el fondo de esta Tercera Motivación, el *Valor de sí mismo*. Es primordial tener una actitud con respecto a sí mismo, a lo que de uno viene, a lo que en uno empieza a hablar, a lo que es propiamente mío (Längle, 2000a). El valor más profundo que identifica a una persona en su núcleo: es su Autoestima. El hombre que se remite a su conciencia y se apoya en ella se consolida como persona y esa actitud hacia sí mismo es el valor de sí mismo.

Pero no es suficiente con que lo demás encuentren a la persona y la aprecien con sus valores, es necesario algo más que no viene de los otros sino de uno mismo, porque de lo contrario seríamos seres dependientes. Estamos hablando de una participación activa que consiste en ver a los demás, encontrarse con ellos y, al mismo tiempo, delimitarme y tomar una posición propia, y rechazar todo aquello que no le pertenece.

Cuando nuestro medio ambiente nos dificulta ser nosotros mismos, cuando no nos es permitido ser como somos, entonces surge una profunda y dolorosa herida por no ser vistos y considerados o por sentir que somos tratados de forma injusta o con desprecio, entonces

surgen las siguientes *Reacciones psicodinámicas o de Coping* como una forma de protección (Längle 2000a):

- **Tomar distancia:** implica no solo retirarse, sino quedarse callado, pasar a otro tema, ponerse impertinente. Se pone el cuerpo, pero sin ser actor de la situación. También se puede ganar distancia a través del perfeccionismo, de la concentración en alguna cosa.
- **Sobreactuar o dar la razón:** reacción análoga al activismo de la Segunda Motivación, pero aquí no importa nada de lo que está sucediendo, la persona se esconde y no muestra lo que siente para que el otro no tenga poder sobre él. En la maniobra de dar la razón, lo que hace es identificarse con el agresor sabiendo que no tiene razón, se la da igual para defenderse, no por convicción. El objetivo acá es buscar en otros la aceptación que todavía no se tiene de sí mismo. Si bien esto moviliza fuerzas, se convierte en vacío.
- **El fastidio o la ira:** el fastidio se da con uno mismo, tiene carácter de autocastigo por no haber tomado una precaución o prevención ante aquello que hiere. Mientras que la ira lo que persigue es poner al otro en su lugar, es castigo por la injusticia provocada hacia su persona “te castigo porque has sido injusto conmigo”.
- **La disociación:** la disociación entre la dimensión física y la psíquica, es la forma típica de reacciones de la histeria. Incluye aquellos fenómenos que tienen causa psíquica pero que no presentan sustrato orgánico, consiste en la división de la conciencia y voluntad por un lado y la reacción física por otro. También puede darse una disociación psíquica, entre la cognición y el sentimiento (emociones). Se instala en el momento mismo en el que se está viviendo la situación, como si el acontecimiento estuviera separado de la misma. No debe confundirse con el Autodistanciamiento del que habla Frankl, porque en la disociación la toma de distancia es automática, inconsciente, sin participación de la persona, como por ejemplo aquellas personas que relatan una vivencia dramática sin la correspondiente participación emotiva.

El *Plano de Elaboración* de estas reacciones es el Perdón y el Arrepentimiento (Längle 2000a). A través de aquello que le pasa a la persona, se busca que ésta forme una imagen de la situación, pueda tomar una posición, un enjuiciamiento. Para poder formar esta representación, primero debo retirarme, separarme del acontecimiento traumático. Por esto es que la toma de posición, esta distancia, es la tarea fundamental.

Se trata del levantamiento de la propia persona y para que la persona pueda ponerse de pie, es necesario que ésta capte su propia opinión. Considerar al otro desde una cierta

distancia, en relación consigo, pero desde la distancia que ha tomado de él y que se pregunte sobre la propia valoración del otro.

Ya no se trata del duelo como se trabajó en la segunda motivación, sino del perdón o arrepentimiento.

Max Scheler (citado en Längle 2000a, 31) sostiene que “el perdón siempre con respecto a otro cuando lo considero culpable”. Cuando capto que el Otro sufre por lo que él ha hecho y acepta que ha cometido una falta, puedo tomar entonces una decisión y perdonarlo y liberarlo de su culpa.

Continúa explicando el mismo autor, que el arrepentimiento es cuando la culpa la tiene la propia persona. Comienza con el enjuiciamiento para comprenderse, luego deja fluir el sentimiento y por último toma distancia con respecto a su falta y decide si se arrepiente o no.

Todo este trabajo de perdón y arrepentimiento desemboca en el encuentro. En el encuentro uno se dirige hacia lo que otro piensa, opina y también hacia lo que para uno es importante. Ambos, Yo y Tú, somos esenciales. El otro es respetado en lo que él es y lo mismo debe hacer la persona consigo misma. Si no ocurre esto, no hay encuentro sino oportunismo.

Los déficits en esta Tercera Motivación ocasionan complejos de síntomas histriónicos, así como trastornos de personalidad.

I.3.6.1 Vivir auténticamente

Längle (2002b) expresa que la autenticidad es el arte de ser uno mismo. El hombre vive en un intercambio permanente con los demás, dependiendo del mundo exterior, pero al mismo tiempo se diferencia del mismo. Es decir, por un lado, está condicionado por las exigencias, las leyes del mundo y es dependiente, hasta cierto grado, de esas leyes y reglas del mundo. Por otro lado, se presenta como un ser libre.

Mundo (realidad en la que estoy viviendo) y existencia (yo), son dos polos que necesitan estar en equilibrio en una persona, para que pueda la existencia alcanzar su cumplimiento. Längle (2002b, 1) establece “por un lado se necesita apertura hacia afuera y por el otro hacia adentro”. Es necesario encontrar un equilibrio entre la salida afuera y la intimidad (el estar con uno mismo). De lo contrario, si una prevalece y la otra se eclipsa tenemos la experiencia de que no llegamos a ser nosotros mismos.

Por lo anteriormente expuesto, es relevante que las personas se pregunten si pueden ser ellos mismos en medio de tantos deberes u obligaciones.

Längle en la conferencia dictada en la Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología, expuso el tema *“Ser Sí mismo, Vivir Auténticamente”* y trató las fuentes de la identidad presentando una pregunta básica y fundamental *“¿en qué puedo reconocer que yo soy yo?”* (2002b, 2) dando como respuesta, que esto depende:

1. De que tenemos un cuerpo que nos sostiene en la existencia y es un eslabón entre el yo y el mundo, éste es único e irrepetible, no hay otro igual.
2. De los sentimientos, estados afectivos, impulsos, deseos, son vivenciado de una manera única y sentimos que nos pertenecen. Por ejemplo, cuando siento una alegría, sé que es mí alegría, aun cuando me alegre de ti.
3. De la propia voluntad que nos dirige a la libertad. En este decidir o elegir la persona cumple su calidad de persona, la elección viene de uno mismo y ningún otro decide por uno. Es la propia persona la que le da forma a su vida.
4. De nuestro propio obrar y actuar en el mundo. La persona se descubre como autor y causa de los efectos en el mundo.

Resumiendo, este abrirse al interior de uno mismo, de los sentimientos, no debe entenderse como egoísmo, al contrario, esto es obrar como un hombre, seguir la evidencia de su ser. Su ser le habla y debe la persona ser fiel a sí mismo. En la medida en que obra de un modo más personal, más participa de ese común a todos los hombres y esta es la base para el auténtico encuentro entre los hombres.

Se finaliza el apartado tomando de Längle (2002b, 5) la siguiente expresión establecida por el propio autor: **“Yo vivo mi vida, yo soy yo en esta vida, me he encontrado y soy para mí algo en este mundo”**.

I.3.7. Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia: El Sentido

Si el hombre puede estar aquí, amando la vida y haberse encontrado a sí mismo/a, las condiciones se cumplen para la cuarta condición fundamental de la existencia; es capaz de reconocer su vida y descubrir de qué se trata. No es suficiente con, simplemente estar aquí y haberse encontrado. En cierto sentido, debe autotranscender si quiere encontrar realización. Sin esta Autotranscendencia, la persona está condenada a una vida trivial y solitaria (Längle, 2003a).

Trascender la vida, nos confronta con la pregunta por el sentido de nuestra existencia: “Yo estoy aquí – pero ¿para qué es bueno? Längle (2000a, 36).

El ser humano es llamado por el mundo, la situación le exige una respuesta. Vivir existencialmente, es sentirse preguntado, vivir interrogado y dar respuesta.

Las *Condiciones Básicas* para tener una vida con sentido, son:

- Campo de actividad/acción: donde se sienta necesitado, requerido, exigido, donde se pueda entregar, hacerse productivo. Sentir que puede contribuir con algo positivo en este mundo. Cuando ve ese campo en un contexto mayor, se convierte en un *deber*.
- Vinculación con un contexto mayor: es un horizonte en el cual el hombre hace algo, es activo y éste le da orientación. Es una estructura mayor. Por ejemplo: familia, empresa, religión, un ideal, etc.
- Valor en el futuro: su acción debe dirigirse hacia un valor, esa acción debe contribuir al devenir.

Längle (2000a) sostiene que el Sentido de la Vida es el valor central para el cual uno quiere vivir. Si estas condiciones se cumplen, la persona será capaz de tener *Dedicación y Acción*. Cabe destacar que no es suficiente con tener un campo de acción, tener un lugar dentro de un contexto y conocer valores para realizar en el futuro. Se requiere de una Actitud Fenomenológica, una actitud de apertura que representa el acceso existencial al sentido en la vida. La parte activa en esta actitud de apertura consiste en ponerse en concordancia con la situación, de examinar si lo que se está haciendo es realmente para otros, para uno mismo, para el futuro, para el entorno. Si se actúa en consecuencia, la existencia será plena (Längle, 2003a).

Si el sujeto no puede responder afirmativamente a estas condiciones, el resultado será un sentimiento de vacío, frustración, desesperación, acabando en una adicción o suicidio.

Antes de continuar, es relevante distinguir entre Sentido Ontológico y Sentido Existencial. En cuanto al Sentido Ontológico, es cuando nos preguntan por el sentido de la cosa en sí, de la situación, con independencia de la posición que ocupamos, ejemplo ¿por qué la vida me trae esto? ¿por qué el cáncer de mi esposo? ¿por qué me quedé sin trabajo? Normalmente a esto no hay respuesta concreta, se está esperando una respuesta que debe venir desde afuera. En la persona se da una actitud receptiva. En cambio, en el Sentido Existencial es la vida o el mundo los que nos interpelan con esta situación y nos preguntan, ejemplo ¿qué harías vos con esto que te está ocurriendo? Aquí sí se puede dar una respuesta.

Se responde a través de la acción ¡yo soy llamado a responder ante mis actos y mis hechos! (Längle, 2009).

Pasar de la pregunta por el Sentido Ontológico a la pregunta por el Sentido Existencial, es lo que llamamos el *Giro Existencial* (Längle, 2009): en lugar de preguntar a otros o al destino, es el hombre el preguntado.

Cuando no encontramos el sentido, el para qué, surgen en nosotros las siguientes *Reacciones psicodinámicas o de Coping* (Längle 2000a):

- Modo provisorio, pesimismo: se trata de un modo provisorio de vida, en donde no hay un compromiso verdadero con la situación. La vida se vive superficialmente.
- Fanatismo/Idealización: es un modo paradójal de ofrecer resistencia ante una situación sin sentido. Con el fanatismo se antepone un activismo, una idea, una tarea por la que la persona se obsesiona a fin de no darle un espacio a la duda. Se vive frenéticamente, pero no libremente. La idealización puede surgir como defensa ante éste vacío, pues se llena con alguna idea o persona que brille tanto que reemplace esa falta.
- Vandalismo/Cinismo/Sarcasmo: se trata de agredir al otro para hacerle saber de la falta de sentido y se hace causando destrozos, daños, destruyendo estructuras. El cinismo y el sarcasmo son expresiones de esto.
- Desesperación/Nihilismo: se cae en un estado de apatía, en una posición donde todo "da lo mismo". La actividad y la pasividad están implícitas. Surgen la desesperanza y victimización. Se llega a un estado de aturdimiento y de nihilismo, en donde no se cree en nada.

El *Plano de Elaboración*, es el Sentido (Längle, 2000a). Para poder superar la falta de Sentido a nivel existencial, se exige primero el conocimiento de lo que ocurre en la situación, desde la primera motivación es el poder percibir. Luego, evaluar y buscar una posibilidad valiosa, desde la segunda motivación es el sentir. Posteriormente la persona debe tomar la decisión de convertir la posibilidad en realidad y por último ir a la acción. Una acción para realizar aquello que esa situación exige. Se apunta a encontrar la posibilidad más valiosa en cada situación, descubriendo el Sentido aquí y ahora, teniendo siempre en cuenta el contexto total. Es un elemento esencial del Sentido, que el ser humano se incorpore en un contexto más amplio que en el que se encuentra ahora. Una situación tiene mayor importancia, en la medida en que es importante para algo más grande aún, que trasciende la situación en sí misma, esto constituye la trascendencia.

En cada respuesta está implicada tanto la concreción de la persona como también la concreción de la situación en la que se ve envuelta. Y de acuerdo a cómo sea la respuesta personal, ante las distintas situaciones de su vida, será su calidad de vida y su posibilidad de plenitud existencial.

I.3.7.1. El sentido de la vida humana

Längle (2005b) alega que la libertad es el gran anhelo del ser humano y sólo cuando podemos hacer aquello que queremos libremente, estamos más cerca de nuestro propio ser.

La libertad abre el camino a nosotros mismos, hacia nuestra esencia. Justamente, es por esa correspondencia que decimos que la libertad es un anhelo.

No obstante, la libertad pone al ser frente a un gran desafío, ya que ella le exige que sepa que es lo que realmente quiere, pero no siempre es tan claro como parece.

Längle (2005b) reconoce que la libertad consiste en no estar obligados, actuar con libertad significa que elijo, que quiero hacer lo que hago. En cambio, si tenemos el sentimiento de tener que hacer algo de manera obligada, entonces no somos libres porque estamos actuando bajo el imperativo de una coerción.

El máximo de la libertad se da cuando aquello que hacemos se corresponde a un sentimiento interior, que es muy diferente de cuando hacemos algo por pura cohesión.

La persona es libre, cuando frente a una situación puede corresponder con su decisión, es decir, si puede optar por esa situación única abandonando las otras múltiples posibilidades. Así la persona se despidе de las otras situaciones a favor de una posibilidad y su inherente valor. Aquí el actuar humano, tiene un carácter volitivo lo cual significa que cuando actúa quiere hacer eso o aquello, se decide por uno o lo otro. El carácter humano tiene una libre elección. Esta libertad Längle (2005b, 4) la define como la “libertad existencial”.

Sólo aquel que sepa qué posibilidad le corresponde en una determinada situación, que sepa cuál es la mejor posibilidad para él, podrá vivir la libertad con sentido y podrá realizarla constructivamente.

Längle (2005b, 7) habla sobre el “encuentro de sentido” y postula que el Sentido es un concepto central en la práctica de la libertad.

Como ya se explicó, la persona se realiza en el decidir, en el poder elegir, en su libertad y la capacidad de ser libre, la lleva a hacer esas decisiones. Pero antes de querer hacer algo, se necesita *entender* y *comprender* de qué se trata, para tener un contenido, ya que sin entendimiento es difícil realizar cualquier decisión. Cuando quiero entender de qué se trata mi vida, es cuando estoy preguntando por su sentido.

Ahora bien, ¿qué es el sentido? Es la dirección hacia lo positivo, hacia lo valioso en la vida, es la meta, el contexto más amplio que le concede valor a la vida. De tal modo que, para encontrar sentido, primero hay que postular valores. Así la vida está dirigida hacia algo valioso

y me veo dentro de ese contexto valioso. Längle (2005b, 14) define a este sentido, como “**sentido existencial**”.

Frankl (citado en Längle, 2005b) postuló tres categorías de valores que son tres vías hacia el sentido, estos son los valores vivenciales, valores creativos (corresponde al hacer algo) y valores de actitud (actitud frente a, manera de llevar el padecimiento o golpe del destino).

Siempre debe haber un valor con el cual me siento conectado y para lo cual soy responsable, esto es importante para la realización de mi vida. Längle (2005b, 11) expone: “**La búsqueda de sentido equivale a la búsqueda de un valor**”. La búsqueda de sentido, es equivalente a la necesidad de saber de qué se trata mi vida. Pero la realidad, es que no todas las personas pueden ver y sentir ese valor y es cuando aparece la falta de sentido.

En la vida de cada persona, se presentan tiempos difíciles, tan difíciles que a veces nos vemos a punto de perder la voluntad para seguir viviendo. El sentido tiene justamente, la función de ofrecernos una comprensión del contexto vital dentro del cual se presenta el infortunio. A través del mismo sentido, podemos movilizar fuerzas espirituales que nos permiten soportar tales situaciones de sufrimiento. Friedrich Nietzsche (citado en Längle, 2005b, 10) cita al respecto: “*Quién tiene un por qué para vivir soporta casi cualquier como*”. Quien ve un sentido tiene una razón de ser, que si bien no aligera la gravedad de la situación, sí nos puede disuadir de consumir el último paso (Längle, 2005b).

Längle (2005b,8) formula la siguiente pregunta “¿Cuándo buscamos sentido?” dando como respuesta:

- Cuando no podemos entender, cuando uno no sabe ni siente para qué vive, lo cual genera un sentimiento de desesperación.
- Cuando no tenemos una orientación para nuestras decisiones, cuando uno no sabe ni siente para qué hace algo determinado, lo cual genera un descontento, un vacío, presentándose como una verdadera crisis de sentido.

La falta de sentido o pérdida del mismo, Längle (2005b, 8) “lo denominó un **vacío existencial**”. Continúa explicando, que los seres humanos que padecen de vacío existencial se muestran apáticos, desinteresados y sufren de un sentimiento de sinsentido y de aburrimiento.

El vacío existencial, es un síntoma existencial que implica falta de orientación y de situación, pero si se prolonga constituye la base para el desarrollo de patologías tales como trastornos psicossomáticos, angustia, depresión, adicción, dependencia, histeria, impulsos al suicidio.

CAPÍTULO II

APARTADO MÉDICO

II.1. ¿Qué es el Cáncer?

II.1.1. Introducción

El cáncer, es una enfermedad que afecta a miles de personas en todo el mundo, sean hombres o mujeres. Es una de las principales causas de muerte en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud calcula que en 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produce en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer son limitados o inexistentes. Pero gracias a los conocimientos disponibles, todos los países, en alguna medida, pueden implementar los cuatro componentes básicos del control del cáncer: prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento y cuidados paliativos y de esta manera evitar y curar muchos cánceres, así como paliar el sufrimiento que provocan (Organización Mundial de la Salud, 2007).

El cáncer es en gran medida evitable. Muchos cánceres se pueden prevenir; otros se pueden detectar en las primeras fases de su desarrollo y ser tratados y curados. Incluso en etapas avanzadas del cáncer, se puede enlentecer su progresión, el dolor se puede controlar o reducir y se puede ayudar a pacientes y familiares a sobrellevar la carga (Organización Mundial de la Salud, 2007).

A lo largo de la historia, se han logrado importantísimos avances tecnológicos lo que da una mirada más optimista al problema. Aun así, se continúa trabajando para encontrar la cura de varios de ellos y para darle al paciente una mejor calidad de vida, no solamente a nivel orgánico sino también a nivel psicológico.

Esta enfermedad no es nueva ni poco estudiada. Si nos remontamos a documentos, artículos e informes que tratan de la historia del cáncer, podemos observar que el cáncer se menciona en documentos históricos muy antiguos, entre ellos papiros egipcios del año 1600 a.C. que hacen una descripción de la enfermedad. Se cree que fue el médico griego Hipócrates la primera persona en utilizar la palabra "carcinós" (cangrejo) para denominar el cáncer (Gandur, citado en el Manual de Enfermería Oncológica, s/f).

Simón (2010) determina:

Las formas corrientes de cáncer avanzado, adoptan una forma abigarrada con ramificaciones que se adhiere a todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino y de ahí deriva su nombre (p. 18)

II.1.2. Definiciones

Siempre que surge la palabra cáncer en cualquier ámbito, existe una primera reacción natural que es el miedo, por todo lo que viene detrás, por todo lo que implica en la vida de cualquier persona, de su familia, de sus amigos.

Para definir esas seis letras que tanto temor conllevan, se toma como referente la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) en los apartados Temas de Salud-Cáncer:

Es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. (Párr.1)

Según la Asociación Española contra el cáncer (2014) explica, que el término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo.

El cáncer, 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 (Gandur, citada en el Manual de Enfermería Oncológica, s/f). La misma autora continúa explicando, que existen cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos:

- Los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo.
- Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas.
- En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

II.1.3. Origen del Cáncer

El cáncer puede empezar en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Normalmente las células crecen, se dividen, reproducen y mueren a medida que se necesita para mantener el cuerpo sano. Este ciclo celular posee varios sistemas de regulación y control para que todos los engranajes de su sofisticada maquinaria funcionen como un perfecto reloj. (Bayo Calero, García Mata, Lluch Hernández y Maganto, 2007).

Sin embargo, a veces, el proceso se descontrola y las células se siguen dividiendo cuando no es necesario, pierden la capacidad para morir y se divide casi sin límite. En otras palabras, a medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman *tumores o neoplasias* que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales (Puente y De Velasco, 2017)

Lo recientemente explicado, puede apreciarse mejor en la siguiente figura establecida por los doctores Puente y De Velasco pertenecientes a la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) en el apartado Info Cáncer- ¿qué es el cáncer y cómo se desarrolla?:

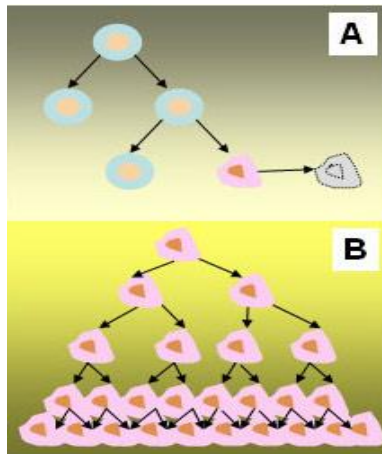


Figura N°9: División celular

A. Las células normales se dividen de forma controlada. Cuando una célula normal desarrolla mutaciones u otras alteraciones que no pueden ser adecuadamente reparadas activa su propio programa de muerte celular para así controlar su desarrollo y crecimiento.

B. Las células cancerosas desarrollan mutaciones que no son reparadas y pierden la capacidad para morir.

Algunos cánceres pueden no formar tumores, como sucede típicamente en los de origen sanguíneo. Los tumores malignos son cancerosos. Las células en los tumores malignos son

anormales y se dividen sin control ni orden. Las células cancerosas pueden invadir y destruir los tejidos de alrededor. Además, las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático, diseminándose a otras partes del cuerpo para formar nuevos tumores, que se conocen como metástasis. En estos casos han fallado los mecanismos de control y bloqueo del ciclo normal de una célula. (Bayo Calero et al., 2007).

Al contrario de los tumores malignos, los tumores benignos no se extienden a los tejidos cercanos y no los invaden. Sin embargo, a veces los tumores benignos pueden ser bastante grandes. Al extirparse, generalmente no vuelven a crecer, mientras que los tumores malignos sí vuelven a crecer algunas veces. Al contrario de la mayoría de los tumores benignos en otras partes del cuerpo, los tumores benignos de cerebro pueden poner la vida en peligro.

En otros términos, no todos los tumores son malignos (cancerosos). Hay tumores que crecen a un ritmo lento, que no se diseminan ni infiltran los tejidos vecinos y se los considera benignos (Puente et al., 2017).

Desde que comienzan las modificaciones en las células hasta que el tumor se hace palpable, se requiere que transcurran muchos años (Asociación Española contra el Cáncer, 2014).

II.2. Cáncer de mama

Existe una amplia gama de investigaciones que definen el término cáncer, sus signos y síntomas más comunes, factores de riesgo, la prevención, el tratamiento y los diferentes tipos de cáncer: de pulmón, de vejiga, de lengua, de colon y recto, leucemia, páncreas, próstata, entre otros, haciendo hincapié en esta investigación principalmente en el cáncer de mama.

A pesar de que el cáncer de mama es una enfermedad típicamente femenina, también puede presentarse en varones, aunque en un porcentaje mucho menor, representando menos del 1% de los tumores en el hombre. Su incidencia está aumentando, como ocurre en el cáncer de mama en la mujer (Asociación Española contra el Cáncer, 2014).

II.2.1. Anatomía de la mama femenina

El término médico usado para describir el seno es *glándula mamaria*, el cual nace del término “mamma” que en latín significa seno (Funes Illuminati, 2010).

Son órganos que se encuentran en ambos sexos, pero sólo en las mujeres por influencia de las hormonas segregadas a partir de la pubertad se desarrollan las glándulas mamarias y los

pezones. Es el único órgano que no está totalmente desarrollado en el momento del nacimiento (Funes Illuminati, 2010) y está sometida a alteraciones hormonales durante el ciclo menstrual, en el embarazo y la lactancia y hasta en la menopausia, incluso a edades avanzadas.

El Dr. Tijerina Sánchez (2008) explica en su libro como funciona la glándula mamaria y establece al respecto:

Imagina cada glándula mamaria como un conjunto de racimos de uvas. Cada seno o glándula está compuesto(a) de 15 a 20 racimos llamados lóbulos mamarios, mismos que se conforman de lobulillos, las uvas del racimo. Los lóbulos son las estructuras funcionales de la glándula porque son quienes producen la leche materna a través de células especiales en su interior, o bien, células dentro de las uvas. Cada lóbulo está rodeado por grasa protectora y por tejido de sostén. Los tallos entre las uvas son los canales que transportan la leche materna dirigiéndose a la aréola (el círculo de piel coloreada que rodea el pezón) y terminando su recorrido en la piel del pezón por donde sale la leche a través de pequeños poros (p. 7)

Cada mama tiene también ganglios linfáticos y vasos linfáticos. Los vasos linfáticos transportan un líquido casi incoloro entre los ganglios linfáticos, que se llama linfa. Estos conductos desembocan su contenido en pequeñas estructuras con forma de frijol llamadas ganglios que se encuentran en todo el cuerpo. Filtran sustancias en la linfa y ayudan a combatir infecciones y enfermedades, es decir, atrapan bacterias, células tumorales y otras sustancias nocivas. Hay racimos de ganglios linfáticos cerca de la mama en las axilas (debajo de los brazos), por encima de la clavícula y en el pecho (Tijerina Sánchez, 2008).

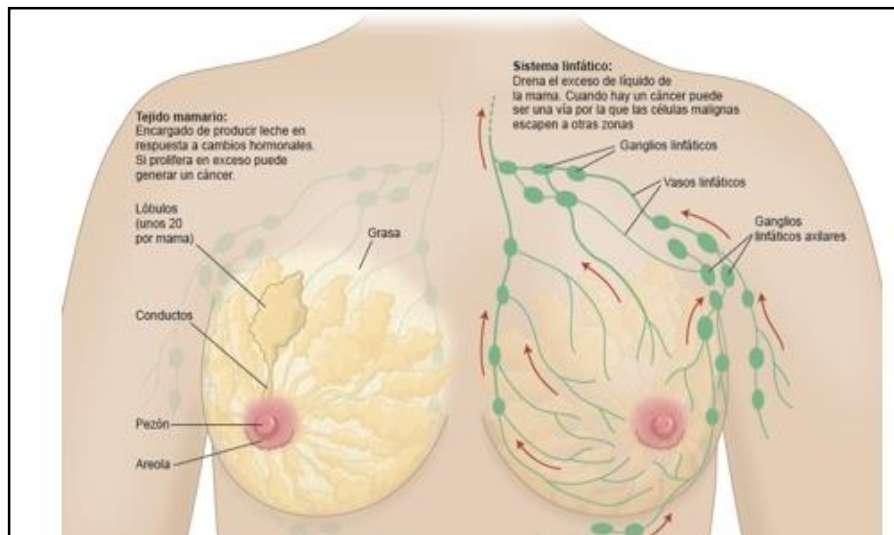


Figura N°10: Estructura y ganglios de la glándula mamaria

II.2.2. ¿Cómo se forma la glándula mamaria?

El Dr. Tijerina Sánchez (2008) aclara que la formación empieza a la sexta semana de embarazo, cuando el bebé aun es un embrión y se completa en el quinto mes. Durante este tiempo sólo existe una línea que recorre el cuerpo desde la ingle hasta la axila en cada lado; esta línea se llama surco mamario.

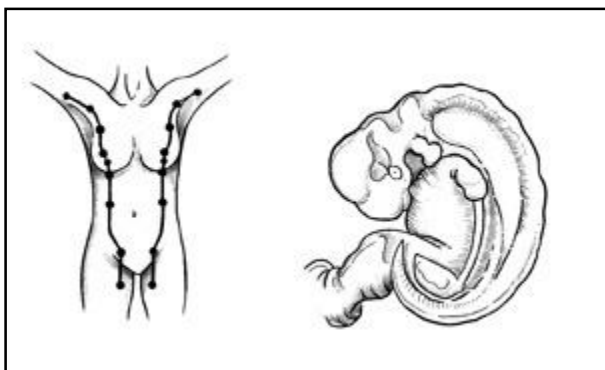


Figura N°11: Curso de la línea mamaria embrionaria y embrión en la sexta semana de embarazo.

El autor continúa explicando, que, en el tercer mes del embarazo, más de la mitad de este surco desaparece y sólo queda un bulto de células especiales que formarán cada seno. El bulto, o bien, el primordio mamario, se localiza en el nivel de la cuarta costilla.

En el quinto mes de gestación, comienzan a formarse los lóbulos, lobulillos y pequeñas glándulas denominadas bulbos que se agrupan para formar lobulillos y son quienes producen la leche. Llegado el séptimo y el octavo mes del embarazo, estos canales o conductos se abren en la superficie del pezón.

Al momento del nacimiento, ya están formadas las glándulas mamarias, pero estas no funcionan porque les falta el estímulo para crecer y cumplir su objetivo principal: producir leche materna; por eso, las niñas tienen un pequeño bulto en el área de las glándulas que permanecerá así hasta ser adolescentes. El estímulo necesario para seguir desarrollándose lo dan las hormonas, sustancias especiales que produce el cuerpo, viajan por el torrente sanguíneo y ponen en funcionamiento ciertos órganos y tejidos (Tijerina Sánchez, 2008).

En la pubertad el primer signo es el crecimiento de las glándulas mamarias. El inicio del desarrollo mamario se denomina telarquía. Ésta puede ocurrir entre los 8 y los 15 años, pero es más común tener ese signo a los 11 o 12 años. Sin embargo, el crecimiento pasa por un proceso de 5 etapas que dura de 4 a 5 años convirtiendo el pequeño bulto de cuando la

persona es niña, a la glándula mamaria ya desarrollada cuando se deja de ser adolescente (Tijerina Sánchez, 2008).

La mama en la madurez sexual, el pezón se hace prominente y con capacidad eréctil. La mama aumenta su tamaño, se vuelve más esférica y posee una fuerte inervación sensitiva. Completan su desarrollo las glándulas accesorias de la areola (sebáceas, sudoríparas y pilosas). Ya estamos ante la mama adulta. La proliferación del tejido adiposo proporciona la forma de la mama adulta. En la mama adulta se expanden la piel, los pezones, la areola y su pigmentación (Funes Illuminati, 2010)

II.2.3. Conceptualización de Cáncer de mama

El Instituto Nacional del Cáncer (INC), dentro del apartado denominado Acerca del Cáncer- Tipos de cáncer- Cáncer de mama, establece que el cáncer de mama:

Es una enfermedad causada por la multiplicación anormal de las células de la mama que forman un tumor maligno. Las células normales crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Algunas veces este proceso se descontrola formando una masa de tejido que es lo que se conoce como tumor. Este tumor se puede desarrollar en distintas partes del tejido mamario. (Párr. 1)

En la mama también pueden aparecer tumores benignos constituidos por células que se dividen en exceso, pero no pueden dañar o invadir otras partes del organismo. Los tumores malignos se originan en el tejido de la glándula mamaria. Cuando las células tumorales proceden del tejido glandular de la mama y tienen capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, hablamos de cáncer de mama (Asociación Española contra el Cáncer, 2014).

II.2.4 Factores de Riesgo

Actualmente, los factores de riesgo son uno de los principales temas de investigación. Por lo general, no es posible saber exactamente por qué una persona presenta cáncer de mama y otra no (Bayo Calero et al., 2007). Sin embargo, los estudios han mostrado que ciertos factores, llamados *factores de riesgo*, pueden aumentar las posibilidades de que una persona padezca de cáncer. Aunque algunos de estos factores de riesgo no pueden evitarse, como envejecer, por ejemplo, otros como el consumo de tabaco, sí se pueden evitar.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) en el apartado Temas de Salud-Factores de riesgos, establece que un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de

un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (párr.1). Son elementos que aumentan la posibilidad de contraer la enfermedad.

Es ciertamente erróneo pensar que la causa de esta enfermedad es una sola. Muchas causas o factores de riesgo pueden contribuir a la posibilidad de que una persona contraiga el cáncer de mama. Cada tipo de cáncer puede ser provocado por causas diferentes.

El cáncer de mama, se trata de una enfermedad que afecta mayoritariamente a mujeres de entre 45 y 70 años de edad. Se toma lo expuesto por Simón (2010) en su tesis de grado sobre “Cáncer de mama y sus repercusiones en el ámbito laboral”:

- Edad: el cáncer de mama raramente se da antes de los veinticinco años de edad, salvo en ciertos casos donde hay una fuerte herencia al mismo. La mayoría de los casos se produce en mujeres mayores de cincuenta años de edad.
- Menarquía: mujeres que han tenido su menarquía con menos de once años, presentan un riesgo aumentado del 20% en comparación con mujeres que ha pasado por su menarquía a los trece años.
- Antecedentes familiares de primer grado con cáncer de mama: el riesgo de cáncer de mama aumenta, cuanto más familiar de primer grado (madre, hermanas, abuelas maternas) hayan tenido.
- Lactancia materna: mientras mayor sea la duración de la lactancia materna, mayor es la reducción de riesgo de cáncer de mama.
- Dietas: las dietas a base de gran cantidad de grasa, aumenta el riesgo. Aunque hay estudios que no consiguen encontrar una firme relación.
- Exposición a radiaciones: mujeres expuestas a radiaciones, tienen mayor incidencia al cáncer de mama. El riesgo aumenta cuanto mayor es la edad y mayor dosis de radiación.
- Otros factores que aumentan las posibilidades de tener cáncer de mama y sobre los cuales se puede intervenir son: el sobrepeso, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo de alcohol en proporciones mayores a las recomendadas.
- El cáncer hereditario representa alrededor del 5-10% de todos los casos de cáncer de mama. Algunos genes mutados relacionados con éste tipo de cáncer son más

comunes en ciertos grupos étnicos. Los dos genes mejor caracterizados son los llamados BRCA1 y BRCA2, cuyas mutaciones confieren un riesgo aumentado de tener cáncer de mama y otros tumores en edades especialmente jóvenes (Instituto Nacional del Cáncer).

- Predisposición hormonal: Significa que la paciente es susceptible de padecer ciertos trastornos endocrinos, es decir, que las hormonas, fundamentalmente los estrógenos, no cumplen correctamente su función (Roche, 2011).

II.2.5. Cifras en Argentina

El Instituto Nacional del Cáncer (INC) en su apartado Acerca del cáncer-Tipos de cáncer-Cáncer de mama, establece que el cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores en mujeres. El cáncer de mama es el cáncer de mayor incidencia en mujeres, con una tasa de 71 casos por cada 100.000 mujeres. Se producen 5.600 muertes por año por cáncer de mama. Se estima que se producirán más de 19.000 nuevos casos por año, lo cual representa el 16,8% del total de incidencia de cáncer en Argentina.

Argentina, luego de Uruguay, es el país de América con la tasa de mortalidad más alta por cáncer de mama (con 19,9 y 22,7 defunciones cada 100.000 mujeres respectivamente). Mientras que Bolivia y Perú tienen las tasas más bajas (con 7,2 y 8,4 defunciones cada 100.000 mujeres respectivamente).

Las tasas de mortalidad por cáncer de mama más elevadas se dan entre los 50 (41,6 cada 100.000 mujeres) y los 80 años o más (215,8 cada 100.000 mujeres).

Para el cáncer de mama la detección temprana es fundamental, ya que los tumores de menos de 1 centímetro tienen hasta el 90% de probabilidades de curación.

Como se puede observar, el cáncer de mama se ha convertido en una enfermedad de importancia creciente tanto en la Argentina como en todo el mundo, constituyendo un problema sanitario a nivel mundial.

II.2.6. Signos y Síntomas

Una parte importante de la salud de las mamas consiste en saber cómo se ven y se sienten normalmente las mamas. Descubrir el cáncer de mama tan pronto como sea posible, da más probabilidades de que el tratamiento sea eficaz. No obstante, conocer los signos a los que se debe prestar atención no reemplaza a las mamografías ni a otras pruebas de detección. Las

pruebas de detección pueden ayudar a encontrar el cáncer de mama en sus etapas iniciales, incluso antes de que aparezca algún síntoma.

Los signos de advertencia del cáncer de mama pueden ser distintos en cada persona. Algunas personas no tienen ningún tipo de signos o síntomas. Una persona puede descubrir que tiene cáncer de mama por medio de una mamografía de rutina.

En la fase inicial de la enfermedad, cuando la lesión es muy pequeña, no aparece ningún tipo de sintomatología, es lo que se denomina **“fase preclínica”** de la enfermedad (Asociación Española contra el Cáncer, 2014, 6). Pasado este tiempo, el cáncer de mama puede manifestarse de diversas formas.

Según la Asociación Española contra el Cáncer, en su apartado Inicio- Sobre el cáncer- Cáncer por localización -Cáncer de mama-Síntomas, los síntomas más frecuentes por los que la mujer acude al médico son:

- Aparición de un nódulo en la mama o en la axila, doloroso o no, que previamente no existía.
- Dolor en la mama a la palpación.
- Cambio de tamaño de la/ las de las mama/s.
- Irregularidades en el contorno.
- Menor movilidad de una de las mamas al levantar los brazos.
- Alteración en la piel de la mama como: úlceras, cambios de color y aparición de lo que se denomina piel de naranja (por su aspecto similar a la piel de dicha fruta).
- Cambios en el pezón, como puede ser la retracción del mismo (hundimiento) o llaga en esta zona.
- Aparición de un nódulo en la axila.
- Existen otros síntomas como son el cansancio o el dolor óseo localizado, que pueden aparecer en las fases más avanzadas de la enfermedad.
- Dolor. El dolor de mama no es signo de cáncer, aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar.

II.2.7 Diagnóstico de cáncer de mama

El diagnóstico precoz del cáncer de mama es fundamental para conseguir un buen pronóstico de la enfermedad. El examen por parte del especialista y las mamografías son técnicas que ayudarán a conseguir este objetivo.

En las revisiones ginecológicas anuales, el ginecólogo/a realizará un examen de las mamas y axilas con el objetivo de descartar alteraciones palpables en las mismas (Asociación Española

contra el Cáncer, 2014). Al mismo tiempo, va trazando una historia clínica donde se interroga sobre antecedentes personales y familiares, hábitos de vida y otros problemas de salud.

Dado que el cáncer de mama es muy poco frecuente en mujeres con edad inferior a los 30-35 años, no es probable que el ginecólogo solicite pruebas diagnósticas complementarias a esta edad, salvo si observara alguna alteración en la exploración. Sin embargo, si en la familia existen antecedentes familiares o alteraciones genéticas conocidas, probablemente complementará esta exploración con otras pruebas diagnósticas como la mamografía o ecografía mamaria (Asociación Española contra el Cáncer, 2014).

Así mismo, el ginecólogo/a debe enseñarle al paciente a realizarse la autoexploración de las mamas. Para iniciar el autoexamen de forma correcta, hay que situarse delante de un espejo, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo. Es importante relajarse y asegurarse de que se puede hacer sin prisas y sin interrupciones (Roche, 2011).

Roche (2011), aconseja para el autoexamen de las mamas:

1 Comprobar si en la piel de las mamas aparecen nódulos o protuberancias. Observar si se ha producido algún cambio en el tamaño o aspecto de las mamas. Ver si los pezones están normales (que no estén retraídos o hundidos). **2 Realizar** las mismas observaciones colocando **las manos primero sobre las caderas** y, después, **detrás de la nuca**. **3 Colocar** una mano detrás de la nuca. **Examinar la mama** izquierda con la mano derecha, presionando con las puntas de los dedos y realizando un movimiento circular. **4 Examinar** también el pezón tratando de detectar la posible presencia de nódulos o si se produce algún tipo de secreción de líquido. **5 Realizar** una última palpación del área cercana a la axila (que también puede contener algo de tejido mamario). **6 Proceder** a realizar las mismas operaciones en la otra mama. También es recomendable realizar la misma exploración en posición horizontal, colocando alternativamente una almohada bajo los hombros (p. 17)

Es imprescindible trabajar en campañas de prevención y promoción que enseñen, por un lado, a las mujeres como realizarse la autoexploración y, por el otro, alentarlas a que acudan a un médico especialista en el caso que en este autoexamen ellas detecten algo anormal.

II.2.8. Etapas o fases del cáncer de mama

Después del diagnóstico de cáncer de mama, los médicos averiguarán si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Los médicos especialistas hacen una clasificación por etapas.

La etapa o fase de un cáncer habla sobre la extensión o gravedad de la enfermedad (Roche, 2011). Y es un dato sumamente relevante para el oncólogo, pues le permitirá pronosticar cómo puede seguir avanzando el cáncer y así definir qué tipo de tratamiento debe

aplicarle al paciente, con qué urgencia lo necesita, y cuáles son las posibilidades de recuperación.

Existen diferentes formas de clasificar la etapa en la que se encuentra el cáncer de mama. En esta investigación se toma lo establecido por Roche (2011):

- **Etapa 0:** Carcinoma in situ, que quiere decir que el cáncer se encuentra todavía concentrado en su lugar original y aún no se ha esparcido a otros órganos. Son tumores no invasivos. Carcinoma Ductal In Situ: ocurre cuando el cáncer del seno está en sus primeras etapas y generalmente es tan pequeño que no forma masa.
- **Etapa I:** estos cánceres de mama aún son relativamente pequeños (mide menos de 1 pulgada de ancho, es decir, 2 centímetros) y no se han propagado a los ganglios linfáticos ni a otras partes del cuerpo.
- **Etapa II:** Hay dos posibilidades:
 - el tumor sigue siendo inferior a 2 cm, pero se extiende a los ganglios de la axila
 - el nódulo ha crecido, sin sobrepasar los 5 cm, con un 50% de probabilidades de haberse extendido a los ganglios axilares.

Estos cánceres de mama son más grandes que los cánceres en etapas I y/o se han propagado a unos pocos ganglios linfáticos adyacentes.

- **Etapa III:** También hay dos posibilidades:
 - el nódulo no ha alcanzado aún 5 cm, pero se ha extendido ya a las axilas
 - el tumor se extiende por los tejidos cercanos a la glándula mamaria.

El cáncer de mama que se encuentra en etapa III, el tumor es más grande o invade los tejidos cercanos o se ha propagado a muchos ganglios linfáticos adyacentes.

Entre más alto sea el número de la etapa quiere decir que el cáncer se ha extendido más, ya sea porque el tumor ha crecido o porque ha invadido órganos vecinos.

- **Etapa IV:** Cuando el cáncer se ha esparcido haciendo metástasis en otros órganos, es decir, ha formado nuevos tumores en otras partes del cuerpo.

II.2.9. ¿En qué consiste el proceso metastásico?

Roche (2011) postula:

Las metástasis son grupos de células tumorales que se diseminan por el cuerpo y se alojan en lugares distintos a aquél en que se originó el tumor. Tanto localizado como metastásico, el cáncer se continúa tratando (p. 9)

Es importante tener en cuenta que puede darse: una *metástasis linfáticas o ganglionares*, donde se da un alojamiento de las células tumorales en los ganglios linfáticos (vía linfática), se considera un tipo de enfermedad loco-regional y es absolutamente curable o *metástasis a distancia*, donde el alojamiento se da en las células de otros órganos o partes del cuerpo como: pulmón, hígado, huesos, cerebro, transportadas por la sangre (vía hemática) (Roche, 2011).

Es relevante tener en cuenta, que cuando el cáncer se disemina a otras partes del cuerpo, con mayor frecuencia se ven afectados los huesos, los pulmones y el hígado. Con menos frecuencia, el cáncer de mama puede diseminarse al cerebro.

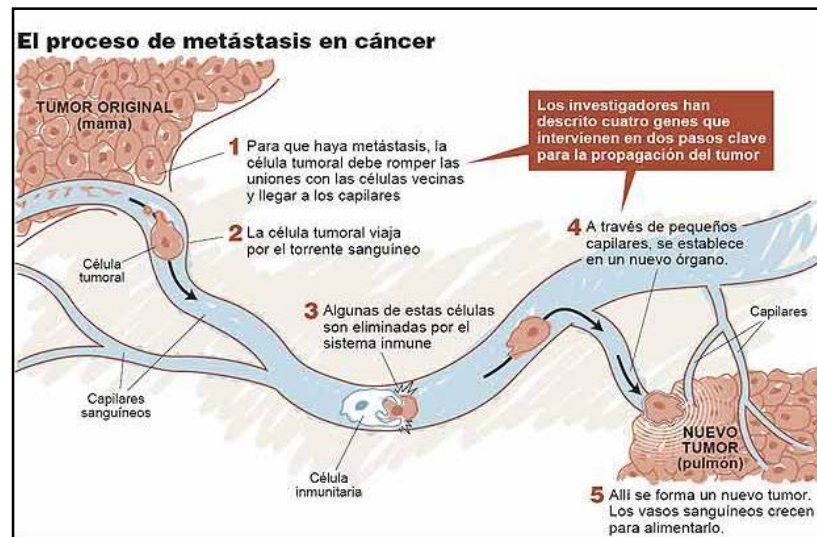


Figura N°12: El proceso de metástasis en cáncer de mama

II.2.10. Tratamientos

Existen varios métodos mediante los cuales es posible tratar el cáncer de mama: cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal y terapia biológica, pero será un equipo multidisciplinar, compuesto por oncólogos, cirujanos, expertos en patología mamaria (senólogos), ginecólogos y radioterapeutas, el que decida el tratamiento más adecuado en cada caso concreto, dependiendo de la etapa o fase del cáncer de mama, las características del tumor, el estado de salud de la paciente, entre otros (Roche, 2011).

II.2.10.1. Cirugía

En general, el primer tratamiento que se aplica es la cirugía. La técnica quirúrgica utilizada varía en función del tipo de lesión y su extensión (Asociación Española contra el Cáncer, 2014):

- Mastectomía radical modificada: Se conservan los músculos pectorales, extirpándose sólo la glándula mamaria y los ganglios axilares. Es posible realizar una reconstrucción mamaria.
- Cirugía conservadora o cirugía de preservación del seno: se basa en la extirpación del tumor (tumorectomía) o de un cuadrante de la mama (cuadrantectomía) y de los ganglios axilares. Esta técnica tiene que ir siempre complementada con un tratamiento de radioterapia. Con la cirugía de preservación del seno el cirujano extirpa solamente su cáncer y algunos tejidos normales alrededor. Este tipo de cirugía mantiene su seno intacto; es decir, con una apariencia muy similar a la que tenía antes de la cirugía. En la actualidad se tiende a realizar este tipo de cirugía siempre que sea posible.

II.2.10.2. Radioterapia

Se utiliza como tratamiento complementario a la cirugía conservadora y en algunos casos tras mastectomía. Consiste en la aplicación de radiaciones ionizantes en la mama o en la pared torácica y en ocasiones en las cadenas ganglionares a las que drena (axila y cadenas supraclaviculares) para destruir las posibles células cancerosas que pudieran haber quedado tras la operación (Asociación Española contra el Cáncer, 2014)

Roche (2011), expone que hay dos formas de aplicar la Radioterapia:

- Radioterapia externa: es el método más habitual, se acostumbra a administrar en breves sesiones diarias y la paciente no tiene en ningún momento contacto directo

del cuerpo con la máquina a través de la cual recibe el tratamiento. El tratamiento estándar de radioterapia se administra durante unas 5 a 7 semanas, con una duración diaria de pocos minutos. Es frecuente que la radioterapia externa provoque diversas alteraciones cutáneas en la zona donde se está recibiendo la radiación (enrojecimiento, descamación, edema, inflamación) que desaparecerán unas semanas después de finalizado el tratamiento.

- Radioterapia interna o braquiterapia: es la introducción de material radiactivo cerca o dentro del tumor o de las zonas donde se sospecha que pueda haber células tumorales. Dichas sustancias se retiran al cabo de unos días. Como tratamiento, la radioterapia interna tiene la ventaja de ser muy localizada y de prolongarse poco en el tiempo. Es un tratamiento complementario a la radioterapia externa.

II.2.10.3. Quimioterapia

Es la administración de fármacos, habitualmente por vía intravenosa, aunque cabe destacar que en la actualidad hay tratamientos de quimioterapia que pueden ser administrados por vía oral, para destruir las células cancerosas que han podido dispersarse por el organismo, a las que ni la cirugía ni la radioterapia pueden alcanzar. También se utiliza para prevenir que el cáncer de seno vuelva a aparecer en cualquier parte de su cuerpo (Asociación Española contra el Cáncer, 2014).

Se puede administrar antes o después de la cirugía o sin que se haya realizado una intervención quirúrgica. La Asociación Española contra el Cáncer (2014, 15), aclara que el “tratamiento complementario al tratamiento local se llama tratamiento adyuvante. En ocasiones, la quimioterapia se utiliza para reducir el tamaño del tumor antes de la intervención quirúrgica, se llama quimioterapia neoadyuvante”.

El tratamiento con quimioterapia suele acompañarse de una serie de efectos secundarios, esto va a depender de los fármacos que se administren a la paciente. Estos medicamentos son tóxicos para las células cancerosas, lo que significa que logran destruirlas o evitar que se reproduzcan. Sin embargo, también inciden –aunque en menor medida– en las células normales. Éste es el motivo de que se produzcan efectos secundarios, entre los que cabe destacar: náuseas y vómitos, molestias musculares, cansancio, trastornos intestinales, caída temporal del cabello, deficiencia de glóbulos blancos con lo que cabe la posibilidad de que disminuyan las defensas del organismo, diarrea, úlceras en la boca y en el aparato digestivo, alteraciones cardíacas, cese de la menstruación (amenorrea) o adelanto de la menopausia (Roche, 2011)

El tratamiento se administra en ciclos que puede ser cada 2 a 5 semanas. En los períodos entre tratamientos, su cuerpo tiene la posibilidad de recuperarse. El tratamiento completo suele durar entre 3 y 6 meses. El tiempo dependerá del caso en particular (Asociación Española contra el Cáncer, 2014).

II.2.10.4. Tratamiento Hormonal

Las células de la mama poseen la característica de ser estimuladas por las hormonas sexuales femeninas, fundamentalmente los estrógenos y la progesterona. Cuando las células tumorales conservan dicha característica, medida por la presencia de receptores hormonales en las mismas, es posible administrar un tratamiento hormonal adyuvante o complementario, que ha demostrado tener una elevada eficacia en reducir el riesgo de recaída del tumor y mejorar la supervivencia (Asociación Española contra el Cáncer, 2014).

Tamoxifeno constituye el tratamiento hormonal utilizado con más frecuencia en el cáncer de mama. Este fármaco evita la acción de los estrógenos sobre la célula, bloqueando su receptor con el fin de que las células afectadas por el cáncer no sigan dividiéndose. El tipo de fármaco que se utiliza dependerá también de la situación hormonal de la paciente, por lo que se valorará si se trata de una mujer menopáusica o no. La administración de la terapia hormonal puede ser oral e intramuscular (Roche, 2011).

La terapia hormonal es un tratamiento sencillo que generalmente se administra por vía oral, con pocos efectos secundarios. La duración del tratamiento hormonal adyuvante debe ser prolongada, como mínimo durante 5 años.

Los efectos secundarios de estos fármacos son parecidos a los síntomas que se dan en la menopausia, es decir, sofocos, nerviosismo, dolores articulares, entre otros síntomas (Roche, 2011).

II.2.9.5. Tratamientos Biológicos

Los tratamientos biológicos son fármacos cuya acción se dirige específicamente a las células cancerosas e interfiere con su capacidad de crecimiento (Roche, 2011)

El receptor HER2 es una proteína que se encuentra en la superficie de muchas células. En algunos cánceres de mama, las células cancerosas tienen un número anormalmente elevado (sobrexpresión) de receptores HER2, lo que hace que las células se dividan y proliferen más rápidamente, confiriendo al cáncer más agresividad. Este tipo de tumores se llaman HER2 positivos (Roche, 2011).

El fármaco Trastuzumab es un anticuerpo monoclonal que se dirige específicamente contra el receptor HER2, y se utiliza para el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama HER2 positivo, tanto en estadios precoces como avanzados de la enfermedad. Tiene la característica de actuar destruyendo solamente las células tumorales sin actuar sobre las células sanas. Se puede administrar como único tratamiento o en combinación con quimioterapia u hormonoterapia en pacientes con enfermedad avanzada. También ha demostrado ser eficaz en el tratamiento adyuvante de los cánceres de mama HER2 positivos, debiéndose mantener durante un año (Roche, 2011)

Se está investigando mucho con nuevos fármacos que actúan sobre la célula tumoral exclusivamente. Son fármacos dirigidos a moléculas específicas de la célula tumoral.

CAPÍTULO III

IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS PACIENTES

III.1 Introducción

En el capítulo anterior, se expuso y explicó las consecuencias de la enfermedad y los tratamientos. Entre los tratamientos, nos encontramos con la mastectomía, que Martínez Basurto, Lozano Arrazola, Rodríguez Velazquez, Galino Vázquez y Alvarado Aguilar (2014) definen como:

La extirpación de la mama, gran parte de piel de la pared torácica y nódulos. Se puede hablar de una mastectomía uni o bilateral, cuya secuela física inmediata y permanente en muchos casos es una mutilación (p.55)

Dicha mutilación, despierta en la persona diferentes conflictos, ya que culturalmente los senos son concebidos como símbolo de mujer, femineidad y capacidad reproductora, erotismo, sensualidad y sexualidad (Martínez Basurto et al., 2014).

Los autores (antes mencionados) continúan explicando, que esta concepción es valorada por las mujeres de manera significativa, es por eso que ante la pérdida de un seno, las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en la autoimagen, puesto que física y visualmente constituye una deformidad importante sobre el cuerpo de la mujer y se ha comprobado que mientras una paciente presente mayor deformidad y disfunción, la probabilidad de que desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales es alta.

El impacto que el diagnóstico de la enfermedad genera en la persona, va a estar determinado por los rasgos de personalidad del paciente, contexto familiar y cultural en el que se encuentra inmersa, historia previa del mismo y la experiencia que ha tenido en relación a la enfermedad, por ejemplo, que un pariente haya fallecido por igual patología.

Durante muchos años, se ha asociado al cáncer con la muerte, ya que al hablar de cáncer de mama lo primero que se dice es que “es la principal causa de muerte a nivel mundial”. A lo largo de la historia se ha concebido dicha enfermedad, como un mal sin cura y con tratamientos muy carentes, aumentando así el miedo y la angustia ante el diagnóstico de la enfermedad. Por esto, se convirtió en una enfermedad rodeada de mitos, tabúes y silencios.

Por todos estos motivos, el cáncer ha sido visto como sinónimo de muerte, por lo cual el diagnóstico provoca un gran impacto psicológico, ya que nos enfrenta a nuestra propia muerte.

Es fundamental que se comience a desterrar los mitos acerca de que el cáncer es sinónimo de muerte. Desmitificar esas creencias, permitirá que la población en general (pero más precisamente la población femenina) pierda el miedo ante este diagnóstico y que las mujeres puedan realizarse los estudios y tratamientos sin temor ni prejuicios.

Por esto, es importante que se propague la idea de que el cáncer de mama, es una enfermedad que puede ser tratada con éxito si es detectada a tiempo. Aunque su incidencia ha ido aumentando, la mortalidad se ha estabilizado gracias a los programas de detección precoz, a mejores instrumentos de diagnóstico, mejores tratamientos y mayor conocimiento de los factores de riesgo. Es importante e indispensable que el paciente esté al tanto de estos avances tecnológicos y de tratamiento, ya que esto le permitirá ampliar su mirada y pararse desde un lugar más optimista.

Es necesario por otro lado, romper con la idea de que los estudios de control son dolorosos, como, por ejemplo, la mamografía. De esta manera solo aumenta el miedo al sufrimiento en los pacientes y se convierte en la mayor causa por la que no asisten a los controles.

III.2. Imagen corporal, sexualidad y autoestima

III.2.1. Concepto de imagen corporal

La Fundación imagen y autoestima (ima) postula a la imagen corporal, como:

Aquella representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico. Es cómo la persona se ve a sí misma y cómo se percibe cuando se mira al espejo, es decir, cómo la persona *cree* que es. La imagen corporal también tiene que ver con los sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo y *dentro* de su propio cuerpo (parr. 1).

Cash y Cash y Pruzinsky (1994 y 1990, citados en Sebastián, Manos, Bueno, Mateos, 2007, 139) postula que la “imagen corporal es un constructo que implica lo que uno-a piensa, siente, y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo”.

El desarrollo de la imagen corporal depende en gran medida de nosotros mismos, pero inevitablemente se ve influenciada también por las personas de nuestro entorno y por la sociedad en general. A menudo recibimos mensajes, explícitos e implícitos de familiares y amigos sobre nuestro cuerpo y sobre el valor de la imagen en la actualidad. Los medios de comunicación también nos envían mensajes sobre la importancia de la imagen y el culto al cuerpo, a menudo mensajes con una influencia muy negativa en el desarrollo de nuestra imagen corporal, ya que suelen mostrar como modelos de belleza cuerpos irreales e inalcanzables.

Es muy importante indagar sobre aquellos sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo y dentro de su propio cuerpo.

III.2.2. Cambios físicos e impacto emocional

Con frecuencia el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen. Estos cambios pueden ser temporales, como la caída del cabello, las alteraciones en la piel, en las uñas o los cambios de peso; otros serán permanentes, como los efectos de algunas cirugías (cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría, linfedema). Algunos afectan únicamente a nivel estético mientras que otros conllevan además una incapacidad funcional (Fernández Crespo, 2004).

Estas alteraciones debidas al cáncer, influyen de forma negativa en la imagen que uno/a tiene de su cuerpo, por lo tanto, se altera la autoimagen (Sebastián et al., 2007) trayendo consigo trastornos afectivos y alteraciones en la sexualidad y la autoestima.

Estos cambios no sólo afectan la relación de la mujer consigo misma, sino también con los demás, pudiendo surgir sentimientos de minusvalía, soledad, vergüenza, conductas de aislamiento, de rechazo hacia el contacto social y sexual, entre otros.

En el cáncer de mama, a diferencia de otros tipos de cáncer, cobra especial relevancia el tema de la autoimagen debido a las connotaciones psicosociales que esta enfermedad conlleva para la mujer, ya que la mama puede llegar a tener una importancia crucial en la identidad femenina. Para muchas mujeres la pérdida de un pecho equivale, entonces, a la pérdida de la feminidad. Además, las mamas se relacionan fuertemente en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad y el atractivo físico, siendo un elemento valorado y apreciado por su contenido sexual. Por último, el pecho también está relacionado con la maternidad y la lactancia y para algunas mujeres sufrir la enfermedad supone renunciar a sus deseos de tener hijos. (Sebastián et al., 2007)

Entonces, debemos considerar a la mama como un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja. Y, debido a ello, comprender que el diagnóstico, tratamiento y secuelas de este tipo de cáncer van a ser percibidos y vividos por la paciente de una manera singularmente delicada. Es decir, que el impacto emocional que puede traer consigo el tratamiento y posteriores secuelas, va a depender de cómo la mujer vivencia la enfermedad y los significados que le atribuye a ésta. Por ejemplo, la alteración de la simetría corporal puede ser vivenciada por algunas pacientes como una deformidad o bien una pequeña cicatriz.

Por otro lado, la pérdida del cabello, es otro de los efectos más temidos y que genera un gran impacto emocional en las mujeres. Esto ocurre, porque de alguna manera, la imagen de una persona sin cabello es "sinónimo de cáncer" y vuelve pública la enfermedad.

Sin olvidar, que muchas mujeres cuando reciben quimioterapia entran en la menopausia, sobre todo si estaban cerca de ella en el momento del tratamiento y aunque ya no deseen

tener hijos, pueden experimentar la menopausia como una pérdida significativa de su feminidad y tener por ello más problemas con su imagen corporal. Asimismo, la quimioterapia o las terapias hormonales pueden causar sequedad vaginal, por lo que, a menudo provocan un descenso significativo de su actividad sexual. (Sebastián et al., 2007)

En consecuencia, ocurre que para estas pacientes, el hecho de sentir que su cuerpo ha cambiado, que ya no es el mismo de antes o incluso que no les pertenece, puede interferir frecuentemente con la continuidad o el establecimiento de relaciones interpersonales.

La capacidad de la persona para aceptar y adaptarse a estos cambios, va a estar mediada por los estilos de afrontamiento con los que cuentan las mujeres (Martinez Basurto et al., 2014). Así mismo, el apoyo familiar y social juega un papel fundamental e indispensable en el proceso de percepción de sí misma, aceptación y autoestima.

En este sentido, se puede deducir que aquellas mujeres que poseen altos niveles de autoestima, apoyo social y familiar y mejores estilos de afrontamiento, tendrán un mayor bienestar psicológico, según García y González (2007, citados en Martinez Basurto et al., 2014).

III.2.3 Variables que influyen en el cambio de la imagen corporal

Conocer las variables que influyen en el desarrollo de la imagen corporal y el tipo de cambios que las pacientes oncológicas experimentan en los distintos niveles de respuesta, nos va a ayudar a la hora de realizar el proceso de evaluación y va a servir de guía en el diseño de la intervención más eficaz en cada caso.

Fernández Crespo (2004) es quien establece una serie de variables que influyen en el cambio de la imagen corporal:

- El tipo de cambio físico que experimenta, la localización y el grado de discapacidad asociado: se ha comprobado que los enfermos con mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y sociales, son aquellos que presentan una mayor deformidad y disfunción física. La carga emocional invertida en la zona de cabeza y cuello es mayor que la de cualquier otra parte del cuerpo, debido al valor que la integridad facial tiene en la interacción social y en la comunicación y expresión emocional. Las alteraciones faciales suponen un ataque directo a la propia identidad personal y a la autoestima. La morbilidad psicológica es aún mayor cuando, además, se añade la pérdida de una función corporal.

- Reacción del entorno y el apoyo social percibido: la vergüenza y el temor al rechazo por parte de las personas del entorno llevan a los pacientes a la evitación de las relaciones sociales y al aislamiento. Como afirma Raich (citado en Fernández Crespo 2004, 172) “la imagen corporal se forma a lo largo del proceso de desarrollo en función de la interacción con los demás”. No es fija e inamovible, va variando en función de las experiencias. Por ello, la aceptación y el apoyo por parte de familiares y amigos, juega un papel muy importante para facilitar la propia aceptación de la nueva imagen corporal. El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante su presencia, son cruciales para generar emociones positivas asociadas a su nueva imagen y facilitan la reintegración social.
- Disponibilidad y acceso a los recursos necesarios: el uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada persona, de ropa especial, el hecho de poder aprender nuevas formas de arreglarse o cuidarse, el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica o a cualquier otro recurso va a ayudar a reducir los efectos negativos de estos cambios corporales y va a facilitar que la persona se pueda sentir más cómoda consigo misma y menos limitada.
- Valoración o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta: mientras que para unos una cicatriz puede atacar dramáticamente su autoestima y constituir un recuerdo permanente de la enfermedad y la muerte, para otros es sinónimo de vida y representa la posibilidad de control o curación de su enfermedad.
- Optimismo disposicional: Abend y Williamson (citados en Fernández Crespo 2004, 172) establecen esta variable como una variable que fortalece la adaptación psicológica ante los cambios en la apariencia física en mujeres con cáncer de mama. El optimismo se ha considerado como una variable protectora en el cáncer de mama, en el sentido que aumenta el bienestar emocional.

En resumen, el bienestar emocional de las mujeres que padecen cáncer de mama se ve afectado por diversas variables de todo tipo. Es importante en un primer momento detectar dichas variables que pudiesen estar influyendo y trabajar en la medida de lo posible sobre ellas.

III.2.4 Características clínicas de los cambios en la imagen corporal

La imagen corporal está conformada por *emociones*, *cogniciones* y *conductas* que se encuentran interrelacionados entre sí. Son estas 3 esferas las que se ven afectadas de manera

drástica en aquellas mujeres que reciben la noticia de padecer un cáncer de mama (Martinez Basurto et al., 2014).

III.2.4.1 Esfera emocional

Las emociones son consideradas como una expresión interpersonal o social como: la rabia, placer, tristeza, entre otras, o reacciones psicofisiológicas: donde la ansiedad está asociada con el incremento de la tasa cardiaca, presión arterial, circulación sanguínea en músculos o decremento de la irrigación sanguínea en la piel (Martinez Basurto et al., 2014). Ante el diagnóstico de cáncer, durante el proceso de tratamiento y después del mismo, en muchas mujeres se producen sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal, que despiertan emociones negativas en ellas.

No obstante, las emociones negativas pueden hacer que las mujeres dejen de hacer cosas que son buenas para ellas y que comiencen a hacer cosas que son malas para cualquiera. Por ejemplo, pueden empezar a comer en menor cantidad y a seleccionar alimentos con bajo nivel nutricional. También pueden dejar de hacer ejercicio y pueden incluso tener problemas para dormir bien de noche, así como distanciarse de familiares y amigos. Al mismo tiempo, estas mujeres pueden recurrir al alcohol, al tabaco, a la cafeína y a otras drogas en un intento por calmarse.

Pocas enfermedades producen un impacto psicológico tan intenso como el cáncer. La probabilidad de que se produzcan trastornos emocionales durante el curso de la enfermedad es elevada. La pérdida de un seno (a causa del cáncer de mama) está asociada a diversas emociones, como frustración, tristeza, enojo, entre otras. Sin embargo, diversos autores como Fernández, Gil, Costa, Deanna y Lentz (citados en Martinez Basurto et al., 2014) coinciden en que las pacientes mastectomizadas presentan con mayor regularidad trastornos de ansiedad y depresión, donde la depresión está acompañada por la tristeza, la culpabilidad, impotencia o desesperación.

III.2.4.2 Esfera Cognitiva

Las cogniciones, mejor conocidas como creencias, ideas y pensamientos, son otro componente psicológico a considerar; éstas regulan las emociones y por ende las conductas (Martinez Basurto et al., 2014).

Según Ellis (1975, citado en Martinez Basurto et al., 2014, 56) “las cogniciones son la interpretación de la realidad, inferencias o evaluaciones que se hacen las personas sobre sí mismos, sobre los demás y el mundo que los rodea”.

Según Cassell (1982, citado en Demaria, s/f) nos señala que no es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede sólo al cuerpo. La persona que sufre no es solamente de su pulmón; por ejemplo, es también la vivencia de amenaza que le proporcionan su desamparo, su soledad y su dolor. No es solamente el diagnóstico del cáncer de mama lo que resulta problemático, sino el significado que el individuo le atribuye a la enfermedad: dolor, hospitalización, deformidad, deudas, inhabilidad para cuidar de uno mismo o de la familia, pérdida de atractivo y/o función sexual, incapacidad para mantener el empleo, y posible muerte.

La valoración está mediada por las creencias que cada individuo tiene con respecto a la enfermedad. Si las cogniciones son irracionales, es decir, interpretaciones poco funcionales, ilógicas, poco empíricas, inconsistentes con la realidad empírica, dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo (Ellis, 2002, citado en Basurto et al., 2014), en el caso de la salud pueden llegar a afectar las oportunidades de mantener un estado físico saludable, así como también llegan a producir emociones poco funcionales para las pacientes.

Una de las distorsiones cognitivas que presentan estas pacientes, se da principalmente por la atención selectiva que se tiene sobre la zona afectada (seno o senos mutilados), la alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una “deformidad” según Rojas (2006, citado en Basurto et al., 2014, 56) y suelen magnificar el tamaño de las cicatrices, y esto a su vez, provoca creencias disfuncionales relacionadas con la pérdida del atractivo personal, de su valor como persona y de la identidad sexual.

La mujer puede percibirse “deformada” y esto impide en muchas ocasiones mantener relaciones sociales adecuadas, evitando determinadas situaciones, como la interacción con otras personas.

III.2.4.3. Esfera Conductual

La conducta de un individuo se ve afectada por las emociones, creencias, ideas y pensamientos que se tengan. Si las creencias son funcionales, la conducta va a ser adaptativa, pero si creencia o ideas son irracionales, la conducta va a ser desadaptativa.

Fernández (2004, citado en Martínez Basurto et al., 2014) sostiene que en el caso de las mujeres mastectomizadas se pueden identificar ciertas conductas desadaptativas, tales como las refiere

- Comportamientos de evitación de las relaciones sociales y aislamiento: debido a la vergüenza y temor al rechazo por parte de las personas del entorno.
- Evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada: a menudo tienden a magnificar la percepción y tamaño de las cicatrices, así como ver de deformidad en su cuerpo.
- Cambio en el estilo de ropa:

sobre todo para ocultar la parte operada. • Problemas sexuales: dado que los senos tienen un valor cultural importante sobre la sexualidad y la percepción corporal (p.56).

III.3. Duelo y Depresión

Como ya se expuso y explicó en apartados anteriores, normalmente se suele entender y, los estudios así lo avalan, que las pacientes con cáncer de mama tienen mayor propensión a la depresión y ansiedad después de serles diagnosticada la enfermedad y tras el tratamiento, debido tanto a la posible mutilación de la mama como a los efectos secundarios de la quimioterapia como: quemaduras en la piel, pérdida de la fertilidad, aparición de sintomatología menopáusica prematura, entre otros.

Desde una mirada analítico existencial, continuamente nos encontramos en relación con el entorno, con la vida misma y fundamentalmente, con uno mismo y con nuestro cuerpo. Como consecuencia de estas relaciones se manifiestan emociones positivas. Pero cuando perdemos algo o a alguien valioso, aparecen las emociones negativas tales como: pena, tristeza, sufrimiento, entre otros. Como consecuencia de esto, damos curso al *Duelo*. Cuando no podemos realizar correctamente este proceso de duelo y perdemos el valor fundamental de la existencia, aparece la *Depresión* como una verdadera muerte en vida (Casanova, 2006).

El duelo es una reacción natural ante la pérdida de una persona, un objeto o evento significativo; de algo que merece ser vivido, es una pérdida de vida. Se da a causa de perder algo a lo que la persona le tiene apego. Es una reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción que incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcional a la dimensión y significado de la pérdida (Casanova, 2006).

Cuando la persona puede comprender y tomar una posición frente a la pérdida, comienza el trabajo de duelo. Esto permite enfrentarse al sufrimiento, hacerlo propio, hacerse sensible a él, poder sentirlo.

El duelo es la forma más madura de tratar una pérdida. Consiste en dedicarse a lo doloroso y permitir así ser tocado por la vida (Casanova, 2006).

Frente a la situación de pérdida, cuando la persona puede llorar, puede contactarse con esto que ha perdido, puede despedirse de eso que se perdió, que ya no está, es cuando puede hacer el duelo e iniciar una nueva relación con la vida y con uno mismo.

Cuando la persona puede elaborar el duelo, siente que, a pesar de lo doloroso de la pérdida, es bueno ser, está protegido y cuidado. Al dejarse ser, siente el fluir de la vida a través

del llanto que comienza a curar la herida. Esto le indica a la persona que está viva, que la vida sigue y puede vivir una vida que puede ser buena para él (Casanova, 2006).

Al final de este trabajo de duelo, la persona puede experimentar una pérdida, pero a través de ello ha recuperado una vida (Casanova, 2006)

Pero ¿qué pasa cuando la elaboración del duelo se dificulta? En estos casos, se da una intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre entonces a conductas desadaptativas o permanece en ese estado sin llegar a la resolución.

Cuando el valor fundamental de la existencia es negativo, aparece la depresión. En la persona se manifiesta una actitud negativa hacia la vida, falta de voluntad para confrontar la vida, no poder soportar la misma y sus preocupaciones y falta de disposición para situarse en un contexto pleno de sentido.

Según Gómez Sancho (citado en Casanova, 2006, 13) se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando:

El dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo, cuando la intensidad o sus características no cuadran con la personalidad previa del deudo, cuando impide o dificulta amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando la persona se ve invalidada en su vida diaria, siendo incapaz de hacer frente a sus responsabilidades y vive retraído.

La tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas, al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son en sí patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un determinado momento de su vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad, que se conoce como depresión.

Si la persona manifiesta cinco o más de los síntomas presentados a continuación durante dos semanas o más y si los mismos son lo suficientemente graves como para interferir con su funcionamiento normal, se recomienda que un profesional especialista en salud mental evalúe al paciente para detectar depresión:

- Un estado anímico de tristeza o “vacío” casi diariamente durante la mayor parte del día.
- Pierde el interés o el placer en las actividades que una vez le eran agradables.
- Problemas con la alimentación (pérdida del apetito o comer en exceso), o pérdida o aumento de peso significativo.
- Trastornos en el sueño (no puede dormir, despertarse temprano o dormir demasiado).

- Cansancio o tiene menos energía casi todos los días.
- Intranquilidad marcada o reducción de la actividad, casi diariamente.
- Sentimientos de culpa y desvalimiento.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Ideas suicidas o relacionadas con la muerte, o intentos de suicidio.
- Cambios en el estado de ánimo, desde periodos de depresión a momentos de agitación y gran energía.

Las mujeres que han sufrido cáncer de mama, deben elaborar un duelo por todo aquello perdido a lo largo del tratamiento, para así poder restablecer la relación con el entorno, consigo misma y con este nuevo cuerpo en el que hoy se encuentra viviendo. De lo contrario, se encontrarán presas de una imagen no deseada y dolorosa para ella, donde la falta de sentido, falta de actitud positiva y falta de voluntad, la sumergirán en una depresión.

III.4. Psicología y Oncología

III.4.1. Oncología

Al hablar de cáncer, inmediatamente trasladamos nuestros pensamientos, en cuanto a estudio y tratamiento del cáncer, a la Oncología como disciplina fundamental que se encarga de esa enfermedad.

La Fundación Arturo López Pérez (2006, citado en Reiner, 2007) explica el concepto de Oncología y dice al respecto:

La Oncología es una especialidad médica dedicada a los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación del enfermo con cáncer, incluyendo la participación en investigación y docencia". Estudiando tanto los tumores benignos como malignos. Llamándoseles a los profesionales de esta área oncólogos" (p. 56).

Es importante entender, que el cáncer es una enfermedad que involucra al sujeto en su totalidad, es decir, en sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual y con ello al entorno que lo rodea, en particular a la familia.

Hace ya varios años se reconoce que el tratamiento de la enfermedad oncológica no es solo un tema facultativo de los médicos, sino que involucra a una gama cada vez más amplia de profesionales: psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos, educadores, enfermeros y técnicos de enfermería (Ruda, 2013).

Desde esta línea, está claro que con el pasar de los años se han modificado varios conceptos. Por lo pronto, ya no solo importa hablar de índices de supervivencia sino de calidad

de vida y bienestar del paciente y su familia en un sentido amplio (Almanza-Muñoz y Holland, 2000; Grupo Madrileño de Psicooncología, 2003, citados en Ruda, 2013). Al mismo tiempo, se abandona la concepción que se limita al tratamiento médico y se habla ya de un abordaje interdisciplinaria de la intervención, en la que el psicólogo esté integrado cabalmente al equipo y comparta incluso el mismo espacio físico de trabajo (Alvarado, Genovés y Zapata, 2009; Sanz y Modolell, 2004, citados en Ruda, 2013).

Hoy en día no es cuestión solo pensar en la importancia de un diagnóstico temprano, sino en reducir la incidencia de la enfermedad e incluso pasar a una posición que busca la promoción de estilos de vida saludables (Cruzado, 2003; Grupo Madrileño de Psicooncología, 2003; Rivero y otros, 2008, citados en Ruda, 2013), donde la labor del psicólogo es fundamental para comprender los factores de comportamiento implicados y la resistencia que con frecuencia se observa respecto a la modificación de los estilos de vida.

En consiguiente, la psicología como disciplina ha ido integrándose progresivamente a esta línea de trabajo y definiendo de manera cada vez más clara y consistente las formas en que puede aportar al interior de los equipos interdisciplinarios comprometidos en la lucha contra el cáncer, al punto de configurar una especialización denominada Psicooncología (Ruda, 2013).

III.4.2- ¿Qué es la Psicooncología?

Hasta fines de los 70' los psicólogos aparecían relegados a un segundo plano, o al papel de meros colaboradores, ya que las incipientes miradas en psicooncología eran dominadas por médicos y psiquiatras que incorporaban los estudios de aspectos biológicos del cáncer a la investigación psicológica y sus interacciones (Durá y Ibañez, 2000, citados en Rojas Jara y Gutiérrez Valdes, 2016).

En la década del 80' serán las variables psicosociales las que despertarán el interés de los psicólogos asumiendo un mayor protagonismo en la investigación y desarrollo en el área. Como señala Middleton (2002, citado en Rojas Jara et al., 2016) recién en los 80' la Psicooncología es considerada una rama de la psicología y se funda la International Psychooncology Society en 1984.

Como se observa la unión disciplinar de la psicología y la oncología es relativamente reciente, por tanto, su aproximación conceptual también es fresca y con diversos matices. La psicooncología ha sido referenciada desde miradas conceptuales de corte netamente biomédicas hasta propuestas integradoras, lo que da cuenta de la multiplicidad de variables que incluye como también de las dificultades innatas de otorgarle un encuadre único y totalizador (Rojas Jara et al., 2016).

Hay autores que la definen como una sub-especialidad de la Oncología. Esto implica una mirada parcializadora de los aportes que esta disciplina puede otorgar a la comprensión y la terapéutica en el plano oncológico, dado que aparece como un apéndice o una subcategoría de algo mayor. El prefijo sub viene a pormenorizar el real aporte que la psicooncología ofrece (Rojas Jara et al., 2016).

Cruzado (2003), define la Psicooncología como:

Campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad (p. 9)

Malca (2005, citado en Rojas Jara et al., 2016) conceptualiza la Psicooncología como:

Una especialidad de la psicología que ofrece soporte a los pacientes afectados por cáncer, sus familiares y los profesionales de la salud, ayudando a manejar los diversos cambios que se producen a lo largo del desarrollo de la enfermedad (p. 35)

Esta disciplina se ocupa de la respuesta psicológica a lo largo de todo el proceso de la enfermedad del paciente con cáncer, desde el diagnóstico hasta la fase de curación o la fase terminal. A la vez se ocupa de hacer un acompañamiento en los procesos de duelo en personas que han perdido algún familiar por esta enfermedad.

Es una labor interdisciplinaria que incluye el trabajo del: psiquiatra de enlace, oncólogo, médico clínico, enfermería, trabajo social, psicólogo, servicio pastoral, así como la valiosa participación de voluntarios como sobrevivientes al cáncer o familiares (Almanza Muñoz, Holland, 2000)

III.4.3. Objetivos de la Psicooncología

Una vez definida la Psicooncología, se verá más en detalle los objetivos de la misma.

El objetivo central, radica en aumentar la calidad de vida de la persona con diagnóstico oncológico. También es coincidente que esta búsqueda de mejora sea dirigida paralelamente a su grupo familiar, personas significativas y/o cuidadores, incluyendo a su vez, explícitamente al equipo de salud tratante. Los equipos están expuestos, a una actividad profesional de alta carga emocional que puede decantar peligrosamente en un desgaste por sobreexposición sin mediar estrategias claras de autocuidado (Rojas Jara et al., 2016).

Ruda (2013) expone en su escrito, que los objetivos principales de esta disciplina, los mismos que serán cubiertos a través del ejercicio de cuatro funciones básicas:

- la asistencia clínica: al paciente y sus familiares está orientada a facilitar la adaptación y la mejora de la calidad de vida durante todo el proceso de enfermedad. Preparar al paciente para el proceso de hospitalización y tratamientos. Proporcionar un tratamiento adecuado posterior al diagnóstico con el fin de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas asociadas al proceso de la enfermedad. Incrementar la percepción de control y el papel activo del paciente en el proceso. Ayudar al paciente en la toma de decisiones y en la solución de problemas. Dotar al paciente de estrategias de afrontamiento adecuadas.
- la docencia: está dirigida a los médicos, personal de enfermería y profesionales de la salud mental que interactúan con la población afectada, y busca promover las habilidades de comunicación y manejo de situaciones estresantes o de crisis que se producen en la relación con ellos. Facilitar la comunicación del paciente con su familia y con los profesionales sanitarios.
- la prevención: se enfoca en la generación, ejecución y monitoreo de programas adecuados de educación para la salud, el aprendizaje de hábitos saludables preventivos del cáncer, la identificación de conductas de riesgo, el apoyo e intervención en consejo genético y la conciencia de llevar a cabo periódicamente los chequeos médicos necesarios que favorezcan la detección precoz de la enfermedad. En otras palabras, busca promover estilos de vida saludables así como una mayor conciencia sobre la importancia de la prevención y detección precoz. Implementar programas psicoeducativos dirigidos a pacientes y familiares.
- la investigación en el área: se centra en la identificación de los aspectos comportamentales y sociales presentes en la etiología del cáncer, al igual que en la de aquellos que favorecen sus tratamientos y la adaptación a su nueva condición personal.

III.4.4. Intervenciones del Psicooncólogo

La intervención del Psicooncólogo difiere dependiendo de la evolución de la enfermedad. Malca Scharf (2005) establece al respecto:

- *Fase de diagnóstico:* Se caracteriza por ser un período de mucha incertidumbre, tanto el paciente como la familia, se encuentran en un estado de impacto psicológico intenso. Se presentan diferentes emociones, como ira, negación, culpa, desesperación, entre otros.

La intervención del Psicooncólogo en esta fase, consiste en detectar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que puedan estar presentando el paciente y su familia, con el objetivo de orientarlos. De igual forma, debe ofrecer apoyo emocional al enfermo y su familia, facilitar la percepción de control sobre la enfermedad, es decir, ayudarles a que perciban que aun contando con ese diagnóstico, hay cosas que se pueden poner en marcha para hacerle frente al cáncer.

- *Fase de tratamiento:* la calidad de vida del paciente se puede ver comprometida, por los efectos secundarios de los diversos tratamientos a los que esté sometido. Algunos de los efectos que pueden desencadenar los distintos tratamientos oncológicos son: alteración en la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos o instrumentos que suministran los tratamientos, malestar físico, dolor, entre otros. Debido a estos y otros efectos, puede generarse una dificultad para adherirse al tratamiento, lo cual da como resultado el abandono del mismo.

Por lo tanto, la intervención del Psicooncólogo en esta fase radica principalmente en potenciar estrategias de afrontamiento, que permiten ayudar a la adaptación del paciente y su familia.

- *Fase de intervalo libre de la enfermedad:* la amenaza de volver a presentar la enfermedad, aumenta debido a los controles médicos que suelen realizarse en esta etapa. Se incrementan los niveles de angustia, tanto del paciente como de los familiares, lo cual desencadena un mar de dudas y temores.

La intervención del Psicooncólogo en esta fase, se basa en facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, tanto del paciente como de sus familiares. Para ello es importante establecer empatía y una buena comunicación, abordar las alteraciones emocionales que se estén dando y, de esta forma, proporcionar las estrategias para promover e incentivar la realización de diversos planes y actividades.

- *Fase de supervivencia:* mediante el apoyo psicológico se procura facilitar la adaptación del paciente a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generar. A su vez, se trabaja en la reincorporación a la vida cotidiana y se brinda ayuda para la reinserción laboral u otras actividades o intereses del paciente.
- *Fase de recidiva:* se caracteriza por un estado de choque aún más intenso que el que suele experimentarse en la fase de diagnóstico. Esto se debe al regreso de la enfermedad; por lo tanto, son muy comunes los estados de ansiedad y depresión del paciente, de los familiares e incluso de los profesionales de la salud.

La intervención del Psicooncólogo en este periodo, consiste en abordar y tratar los estados depresivos que puedan generarse. De igual forma, es esencial trabajar en la adaptación al nuevo estado patológico.

- *Fase final de la vida:* en esta etapa se aborda al paciente mediante tratamientos paliativos, es decir, el objetivo de la terapia cambia de curar a cuidar. Con la llegada de este cambio, las reacciones emocionales, tanto en el enfermo como en los familiares, suelen ser muy intensas. La negación, rabia, depresión, aislamiento, agresividad y miedo a la muerte, son algunas de las muchas emociones que suelen aflorar en esta fase.

La intervención del Psicooncólogo, se basa en ofrecer una mejor calidad de vida al paciente y a los familiares. Para ello es necesario detectar y atender las dificultades psicológicas y sociales que pueda presentar. También ayuda a controlar el dolor y los síntomas físicos, ofrecer apoyo emocional y potenciar estrategias de afrontamiento, como la de toma de decisiones y de control.

En esta fase surge, la tarea de acompañar al paciente en el proceso del morir y a su familia en la elaboración de duelo, con el objetivo de prevenir un duelo traumático.

Además de ejecutar estas tareas, el Psicooncólogo ejerce otras funciones, no sólo de prevención (educando a la población sobre el cáncer, tipos de cáncer, factores de riesgo, etc) y promoción de la salud (debe abordar las necesidades del paciente, sus familiares y al personal profesional). En relación con la asistencia ofrecida a los profesionales de la salud, es esencial brindar un espacio en el cual sus dudas, temores y emociones, puedan ser debidamente abordados y valorados y de esta forma, poder prevenir el síndrome de Burnout.

PARTE 2

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA DEL TRABAJO

IV.1. Objetivos de la investigación

IV.1.1. Objetivo general

- Describir cómo se encuentran las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y que se encuentran en una etapa de remisión.

IV.1.2. Objetivos específicos

- Describir el estado de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama durante el transcurso de la enfermedad y posteriormente, en la etapa de remisión de la misma.
- Explorar cuál o cuáles de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia se encuentra/an más afectadas, en mujeres en proceso de recuperación de cáncer de mama.
- Identificar cuál o cuáles de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia se encuentra/an más desarrolladas, en mujeres en proceso de recuperación de cáncer de mama.

IV.2. Preguntas de Investigación

- ¿Cómo vivencian las mujeres, que han tenido cáncer de mama, su proceso de recuperación?
- ¿Cómo se encuentran las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, durante el transcurso de la enfermedad y posteriormente, en la etapa de remisión de la misma?
- ¿Cuál/les de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia se encuentra/n más afectada/s durante el periodo de recuperación de cáncer de mama en mujeres?
- ¿Cuál/les de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia se encuentra/n más desarrollada/s durante periodo de recuperación de cáncer de mama en mujeres?

IV.3. Metodología utilizada

Hasta este momento de la investigación, ya se planteó el problema de estudio, es decir, ya se definieron los objetivos. El siguiente paso, consistió en sustentar teóricamente el estudio a través de teorías, conceptualizaciones, investigaciones previas y antecedentes en general que se consideraron válidos para el correcto encuadre del estudio.

En este apartado de la investigación, se presentan los procedimientos metodológicos que ayudarán a alcanzar los objetivos planteados.

IV.3.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo se realizó desde un *Enfoque Cualitativo*. Según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010, 7) los enfoques cualitativos “utilizan la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación”. Aquí se evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación con respecto a la realidad (Corbetta, 2003, citado en Hernández Sampieri et al., 2010).

El investigador se centra en las vivencias de los participantes tal como fueron o son sentidas y experimentadas (Sherman y Webb, 1988, citados en Hernández Sampieri et al., 2010) se introduce en las experiencias de los mismos y construye el conocimiento, siempre consciente de que es parte del fenómeno estudiado.

Según Hernández Sampieri et al. (2010, 17) la investigación cualitativa “proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. También aporta un punto de vista “fresco, natural y holístico” de los fenómenos, así como flexibilidad”.

A diferencia de una investigación cuantitativa que inicia con una teoría particular y posteriormente el investigador va al mundo empírico para confirmar si ésta es apoyada por los hechos, el investigador cualitativo comienza examinando el mundo social y a través de lo que observa, desarrolla una teoría coherente con los datos. Dicho de otra forma, las investigaciones cualitativas se basan en explorar y describir para luego generar una perspectiva teórica. Se va de lo particular a lo general (Hernández Sampieri et al., 2010).

IV.3.2. Alcance del estudio

Como se acaba de señalar, la intención de este estudio es comprender una realidad de acuerdo a quienes la experimentan y en este sentido describir los fenómenos, situaciones, contextos y eventos, es decir, como son y cómo se manifiestan.

Hernández Sampieri et al. (2010) establecen que los *Estudios de alcance Descriptivo*:

Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indagar como se relacionan éstas. (p. 80)

En otros términos, una investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describiendo tendencias de un grupo o población (Hernández Sampieri et al. 2010). No se busca conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, variables o categorías en un contexto en particular, sino simplemente describirlos.

En esta investigación se busca conocer cómo vivenciaron y vivencian las mujeres de la muestra el proceso de cáncer de mama y describir cómo se encuentran las Motivaciones Fundamentales de la Existencia.

La información que se obtenga, se leerá en el marco de una mirada analítica existencial.

IV.3.3. Muestreo

El muestreo en la investigación cualitativa, se puede determinar durante o después de la inmersión inicial, se puede ajustar en cualquier momento del estudio, no es probabilístico y no busca generalizar resultados (Hernández Sampieri et al. 2010).

La muestra en el proceso cualitativo, “es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia”. Hernández Sampieri et al. (2010, 394).

El tipo de muestra que se utilizó en la investigación, es una *Muestra de Casos-Tipo*. El objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social (Hernández Sampieri et al. 2010).

Los criterios de selección que se utilizaron para formar la muestra, fueron: mujeres de entre 45-75 años, que han atravesado por cáncer de mama y que 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, es que las mujeres debían residir en el Gran Mendoza y pertenecer a cualquier nivel social, económico y cultural.

La muestra quedó compuesta por un total de tres mujeres que cumplieran con los requisitos anteriormente establecidos.

Es importante dejar en claro, que las conclusiones a las que se lleguen solo son válidas para los sujetos que han sido investigados, ya que no sería pertinente generalizar al resto de la población debido al número de participantes.

IV.3.4. Diseño o abordaje de la investigación

A diferencia del enfoque cuantitativo, en las investigaciones cualitativas los diseños adquieren otro significado distinto. Las investigaciones cualitativas no se plantean con detalles ni están sujetas a las circunstancias de cada ambiente o escenario en particular, sino que en el enfoque cualitativo el diseño se refiere al abordaje general que habremos de utilizar en el proceso de investigación (Hernández Sampieri et al. 2010).

Es importante resaltar que los diseños cualitativos son flexibles y abiertos y su desarrollo debe adaptarse a las circunstancias del estudio.

En esta investigación se trabajará con un *Diseño de tipo Fenomenológico* donde se busca describir, comprender e interpretar como han vivenciado existencialmente, y de manera subjetiva, las mujeres el afrontamiento de la enfermedad y la etapa de recuperación.

Mentens (2005, citado en Hernández Sampieri et al. 2010, 515) agrega: “lo **diseños fenomenológicos**, se enfocan en las experiencias individuales subjetivas de los participantes”. Lo que distingue a estos diseños, es que la o las experiencias del participante o los participantes es el centro de la indagación. A través de las experiencias de cada una de las mujeres se pretende analizar, desde una mirada existencialista, el significado que tiene el haber atravesado por cáncer de mama.

IV.3.5. Recolección de los datos

En las investigaciones cualitativas, la recolección de datos no es estandarizada ni completamente predeterminada, no se efectúa una medición numérica, es decir, no se busca medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadísticos. Por lo cual el análisis no es estadístico. Aquí la recolección de datos consiste en obtener las perspectivas y punto de vista de los participantes (emociones, experiencias, significados, entre otros). Todo esto se recaba a través del lenguaje escrito, verbal, no verbal, visual (Todd, 2005, citado en Hernández Sampieri et al., 2010)

Según Hernández Sampieri et al. (2010, 409) la recolección de datos “ocurre en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis”.

La recolección tiene la finalidad de analizar y comprender para así dar respuestas a las preguntas de investigación y generar conocimiento.

El instrumento utilizado para la recolección de datos en la actual investigación, fue la *Entrevista semiestructurada* (Hernández Sampieri et al., 2010).

King y Horrocks (2009, citados en Hernández Sampieri et al., 2010, 418) aportan “la *entrevista cualitativa* es más íntima, flexible y abierta”. Esta se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre el entrevistador y el entrevistado u otros entrevistados. Es a través de la entrevista, que se logra una comunicación y construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998, citado en Hernández Sampieri et al., 2010).

El propósito de las entrevistas es obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, lenguaje y perspectiva del entrevistado.

Rogers y Bouey y Willing (2005, 2008, citados en Hernández Sampieri et al., 2010) exhiben características esenciales de las entrevistas cualitativas, tomándose algunas de ellas: el proceso de las entrevistas es flexible, el orden de las preguntas se adecúa a los participantes, el entrevistador ajusta las entrevistas y comunicación al lenguaje del entrevistado, tiene un carácter más amistoso, entrevistado y entrevistador comparten el ritmo y dirección de la entrevista.

La entrevista semiestructurada, se basa en una guía de preguntas donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para obtener más información sobre los temas deseados (Hernández Sampieri et al., 2010). En esta investigación, las entrevistas fueron guiadas por preguntas que remitieron al tema central: Motivaciones Fundamentales de la Existencia y a los subtemas: Condiciones Básicas, con el fin de obtener información más

específica en relación a los objetivos del trabajo. Por medio de éste método de recolección de datos, se podrán conocer las vivencias de las mujeres con respecto a la enfermedad.

Las entrevistas fueron guiadas por las siguientes preguntas:

- ¿Cuántos años tiene actualmente?
- ¿Cuál es tu estado Civil? ¿Cómo está constituida tu familia actualmente y como es la relación con cada uno de ellos?
- ¿A qué se dedica? ¿Le gusta lo que hace?
- ¿Cuántos años tenía cuando le diagnosticaron el cáncer de mama?
- ¿Cómo era su vida antes de enterarse del diagnóstico de cáncer de mama? ¿Cómo era su salud en ese momento?
- ¿Cómo descubrió que tenía cáncer? ¿Cómo fue ese momento? ¿Cómo tomó la noticia? ¿Qué sintió?
- ¿Qué o quién la sostuvo en ese momento?
- ¿Qué hizo cuando se enteró que tenía cáncer de mama?
- ¿Cómo influyó esta noticia en su vida?
- ¿Sintió que podía hacer frente a ese hecho?
- ¿Se sintió sostenida por algo o por alguien?
- ¿En qué condiciones se dio la enfermedad? ¿Sintió que podía ser bajo esas condiciones y con las posibilidades que tenía?
- ¿Qué tratamientos debió seguir? ¿Cómo vivió esa etapa de tratamiento? ¿Cómo se sentía cuando debía asistir a los tratamientos? ¿Cómo actuó esa vivencia sobre usted?
- ¿Qué fue lo más difícil que le tocó vivir en el proceso de tratamiento? ¿Qué le dio fortaleza en ese momento para sostenerte?
- ¿qué secuelas dejó el tratamiento?
- ¿Esto modificó la relación con usted misma y con los demás?
- ¿Cómo fue el trato de los otros hacia su persona durante el tratamiento y ahora? ¿Experimentó y experimenta reconocimiento, respeto, aprecio por parte de los demás?
- ¿Cómo es la relación con tu entorno: grupo de amigos, comunidad, compañeros de trabajo?
- ¿Se siente valorada y comprendida?
- ¿Experimentó y experimenta reconocimiento, respeto y aprecio por usted misma?
- ¿Qué cree usted que le ayudó a superar la enfermedad?
- ¿Siente que su vida cambió a partir de todo esto?
- ¿Siente que se ha dado el tiempo necesario para dejar surgir sus sentimientos?
- ¿Siente que perdió algo a causa de esta enfermedad? ¿Ganó algo?

- ¿Cómo se siente ahora? ¿Cómo actúa esta vivencia de recuperación en usted?
- ¿Qué le da fortaleza en este momento para seguir adelante?
- ¿Cómo siente su cuerpo hoy?
- ¿En qué condiciones se encuentra hoy en día? ¿Siente que puede ser bajo esas condiciones y posibilidades que tiene actualmente?
- ¿Qué significa para usted esta recuperación?
- ¿Cómo es su relación con su vida ahora?
- ¿Qué es lo que le gustaría comenzar a hacer?
- ¿Siente que después del tratamiento y recuperación, sigue siendo usted misma? ¿Siente que ha cambiado en algunos aspectos de su personalidad?
- ¿Puede describirse a sí misma con sus aspectos positivos y negativos?
- ¿Qué actividades la hacen sentir productiva?
- ¿Se ve en un futuro haciendo algo que hasta el momento no ha realizado en su vida?
- ¿Qué lugar tuvo en su vida este hecho?
- Toda esta experiencia ¿piensa que pudo dejarle algo?
- ¿Qué considera importante hoy?

IV.3.6 Procedimiento

En primera instancia, se realizó el rastreo bibliográfico en: libros, revistas, artículos digitales, artículos impresos, entre otros, con el objetivo de darle forma al marco conceptual de referencia desde el cual se sustenta y justifica la investigación.

Luego, se procedió a analizar sobre que procedimiento metodológico sería el más adecuado para la presente investigación.

Una vez establecida la parte metodológica, se pasó al trabajo de campo. Como ya se explicó en el apartado de muestreo, el tipo de muestra que se utilizó en la investigación, es una muestra de casos-tipo y se tuvo en cuenta los siguiente requisitos: tres mujeres de entre 45-75 años, que han vivenciado el cáncer de mama y que se encuentran en una etapa de remisión, la etapa de recuperación debía abarcar los 3 primeros años de controles post tratamiento principal, las mujeres debían residir en el Gran Mendoza y pertenecer a cualquier nivel social, económico y cultural.

Las mujeres con las que se trabajó, no formaban parte de una institución. Fueron contactadas de manera particular.

Antes de comenzar con las entrevistas, se les dio una breve explicación de los objetivos de la investigación, se les explicó que su participación era voluntaria y que siempre se respetaría el anonimato, firmando a priori a la entrevista un consentimiento informado (ver anexo).

Como ya se estableció, se trabajó con entrevistas semiestructuradas. Cabe destacar que estas entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo de manera individual. Se realizó una entrevista por mujer, con una duración de aproximadamente una hora y media y fueron grabadas previo proceso de consentimiento informado, con el objetivo de que no se escaparan datos relevantes.

Una vez recolectada la información necesaria de cada mujer entrevistada, se transcribieron los datos para posteriormente proceder al análisis de información.

Según Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez (1999):

La recogida de datos no es suficiente en sí misma para alcanzar las conclusiones de un estudio. Los datos no son más que un material bruto a partir del cual el investigador debe realizar las operaciones oportunas que le lleven a estructurar el conjunto de información en un todo coherente y significativo (p. 200).

En el análisis de datos se manipulan, transforman, reflexiona y se comprueban los datos obtenidos con el fin de extraer significados relevantes en relación a un problema de investigación (Rodríguez Gómez et al., 1999). Este tipo de análisis, es un proceso aplicado a alguna realidad que nos permite discriminar sus componentes, describir las relaciones entre tales componentes y utilizar esa primera visión conceptual del todo para llevar a cabo síntesis más adecuadas (Bunge, 1985, citado en Rodríguez Gómez et al., 1999).

Cuando se habla de análisis de datos cualitativos, se hace alusión a tratamientos que se llevan a cabo generalmente preservando su naturaleza textual, poniendo en práctica tareas de categorización y sin recurrir a las técnicas estadísticas.

Como instrumento, para optimizar la riqueza de la información obtenida en las entrevistas, se utilizó el Análisis de Contenido Categorical. Cada entrevista fue descompuesta en unidades y estas unidades fueron clasificadas en categorías y subcategorías. A cada categoría y subcategoría se les asignó un código con la finalidad de que el análisis sea más manejable y sencillo de realizar, además es una forma de distinguir a una categoría o subcategoría de otras.

Es relevante destacar que las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia constituyen las categorías y las Condiciones Básicas de cada motivación constituyen las subcategorías.

Para el análisis se eligió al tema como unidad de registro, la oración como unidad de contexto y la frecuencia como regla de enumeración. El proceso que se empleó para la

categorización, fue el procedimiento por casillas, seleccionándolas del material recogido para el marco teórico.

A continuación, se definen operacionalmente las categorías y subcategorías:

CODIGO	CATEGORIAS	DEFINICION
1° MF	Primera Motivación Fundamental "El Ser"	Categoría relacionada con el "estar en el mundo", con el "poder ser". Esta primera condición toma en consideración tanto las circunstancias concretas (hechos) del ser aquí en primer lugar, así como también el propio poder para soportar o cambiar las actuales condiciones de mi vida.
2° MF	Segunda Motivación Fundamental "La Relación con la Vida"	Categoría relacionada con el "valor que tiene la vida", con el "gustar vivir". La persona comienza a vincularse con la vida, a través de sus relaciones y sentimientos. Esta motivación habla del libre fluir de la vida y del papel que juega en ello el Gustar, que abre al placer y también a los valores.
3° MF	Tercera Motivación Fundamental "Ser sí Mismo"	Categoría que marcará aquel contenido que date sobre el "Poder Ser sí Mismo". Aquella posibilidad del sujeto de alcanzar claridad acerca de sí, de tomar en serio su propia individualidad.
4°MF	Cuarta Motivación Fundamental "El Sentido"	Categoría que representará aquel contenido que date sobre la posibilidad de visualizar un "Sentido", un "para que es bueno estar aquí, en este contexto y en esta situación". Se refiere a un actuar, a un hacer, a un salir desde sí y trascender de sí para ir al mundo. Poder ubicar sus acciones en un contexto más amplio.

Tabla N°1: Categorías

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	COD.	DEFINICIÓN
1° MF	Protección-Ser aceptado	PRO	Subcategoría que representará la experiencia de amparo, de cobijo, de ser recibido y aceptados tanto por otros como por sí mismo.
	Espacio-Cuerpo	ESP	Subcategoría que representará la vivencia del propio cuerpo y del espacio físico para poder ser.
	Sostén-Confianza	SOS	Subcategoría que representará la posibilidad o no del sujeto de abandonarse a una estructura que lo sostenga.
2° MF	Cercanía-Movimiento interno	CER	Subcategoría que representará aquel contenido que date de la presencia de un contacto con lo valioso, donde la vida, el corazón de la persona es tocado y eso despierta sentimientos, emociones, afectos en ella y surge así un movimiento interno.
	Tiempo-Valores	TIE	Subcategoría que representará el contenido que date de la posibilidad o no del sujeto de darse tiempo para que surjan y se movilicen los sentimientos.
	Relación-Sentimiento	RE	Subcategoría que representará la posibilidad o no del sujeto de establecer una relación con lo otro.
3° MF	Consideración	CON	Subcategoría que representará el contenido que date de la experiencia o no de ser reconocido, ser tenido en cuenta tanto por los otros como por sí mismo.
	Apreciación Valorativa	APRE	Subcategoría que representará el contenido que date de la experiencia de valoración del otro y la valoración de uno mismo.
	Justificación	JUS	Subcategoría que marcará aquel contenido que date de la vivencia de ser tratado justamente o injustamente, tanto por el otro como por sí mismo.
4°MF	Campo de acción/actividad	CAA	Subcategoría que marcará aquellas vivencias que daten sobre sentirse o no requerido, productivo, necesitado para contribuir con algo

			positivo en el mundo.
	Vinculación con un contexto mayor	VINC M	Subcategoría que representará aquella posibilidad o no de contar con un horizonte que brinde orientación.
	Valor en el futuro	VAF	Subcategoría que marcará aquella vivencia o no de tener algo por realizar o lograr en la vida.

Tabla N°2: Subcategorías

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

V.1. Presentación de resultados

En este capítulo se presentarán los resultados obtenidos de las entrevistas semiestructuradas administradas a las participantes.

Para hacer manejable y accesible la información, se ordenará a la misma en dos grandes cuadros. Los cuadros se podrán apreciar en el apartado de Anexos.

En ambos cuadros se colocarán las referencias que hagan las entrevistadas en sus discursos en relación a las Condiciones Básicas para una existencia plena correspondientes a cada Motivación Fundamental. En el primer cuadro se presentará toda información relacionada con la *etapa de afrontamiento de la enfermedad* que abarcará desde el momento en que es diagnosticado el cáncer de mama, hasta la finalización de los tratamientos. En el segundo cuadro se presentará la información correspondiente a la *etapa de recuperación* que abarcará toda la etapa de recuperación con una visión de futuro.

A cada subcategoría le va a corresponder un (+) o (-), lo cual va a permitir discernir si lo descrito por las entrevistadas data de una fortaleza (influencia positiva) para la vida de ellas, o una debilidad (influencia negativa).

Cada categoría y subcategoría estarán representadas con un determinado color que se utilizará en las entrevistas para marcarlas cada vez que aparezcan y así facilitar el pasaje de los fragmentos de las entrevistas a los cuadros de presentación de resultados.

Una vez realizada dicha tarea, se procederá a presentar las frecuencias de aparición de las Condiciones Básicas correspondientes a cada Motivación Fundamental ya mencionadas. Primero se expondrán los resultados correspondientes a cada una de las participantes en cada una de las etapas y luego los resultados generales.

Antes de exhibir los cuadros con las frecuencias, se realiza una pequeña exhibición de cada una de las participantes con información relevante a fin de caracterizar adecuadamente la muestra.

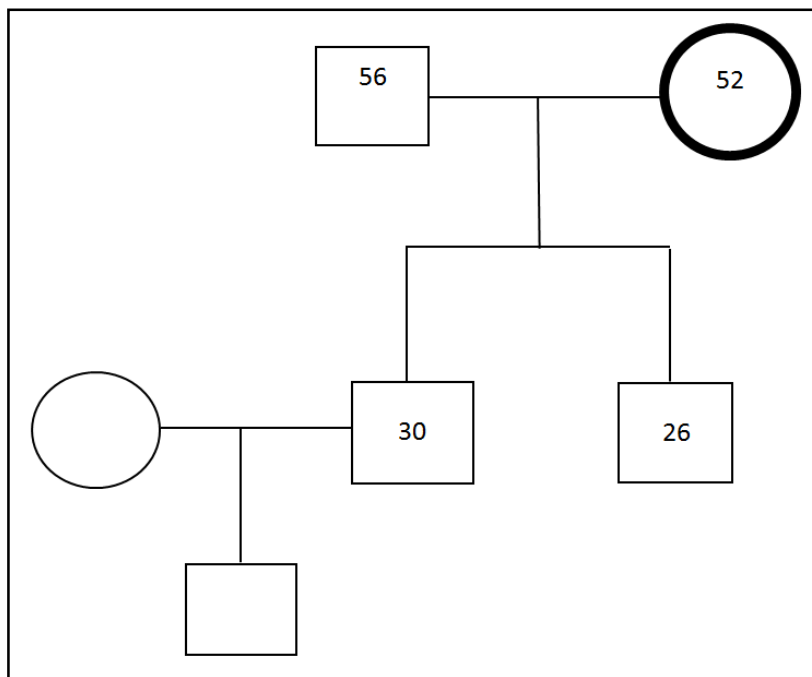
V.1.1. Presentación de la muestra

❖ Primera entrevistada

Edad actual: 52 años

Edad cuando se enfermó: 50 años.

Familiograma: Actualmente vive con su marido e hijo menor. El mayor se casó y vive con su esposa e hijo. Casada hace 25 años.



Ocupación: Contadora Pública Nacional.

Vida y su salud antes de enterarse del diagnóstico de cáncer de mama: ***“gozaba de buena salud. Trabajaba, hacía las cosas de la casa, iba a natación dos veces a la semana. Me sentía muy bien. Antes de que me descubrieran el cáncer, nunca fui operada de nada y cuando el médico me dijo que tenía cáncer y debía operar, eso despertó en mí mucho miedo”.***

A lo largo de la entrevista la mujer cuenta que ella antes de enfermar ocupaba el mayor tiempo en sus tareas laborales, olvidándose así de valorar ***“las pequeñas cosas de la vida”***. Al respecto, ella expresa ***“Yo sé que antes de que me pasara todo esto, mi mayor tiempo lo ocupaba en mi trabajo y no me detenía para vivir cosas tan simples como esas que llenan tanto el alma y alegran tanto los días”***. ***“Muchas veces por cumplir con mis obligaciones laborales, no me daba el tiempo para disfrutar un día al aire libre en el río, en la montaña, en un parque o simplemente en una plaza”***.

Tratamientos: cirugía con conservación del seno, radioterapia, quimioterapia.

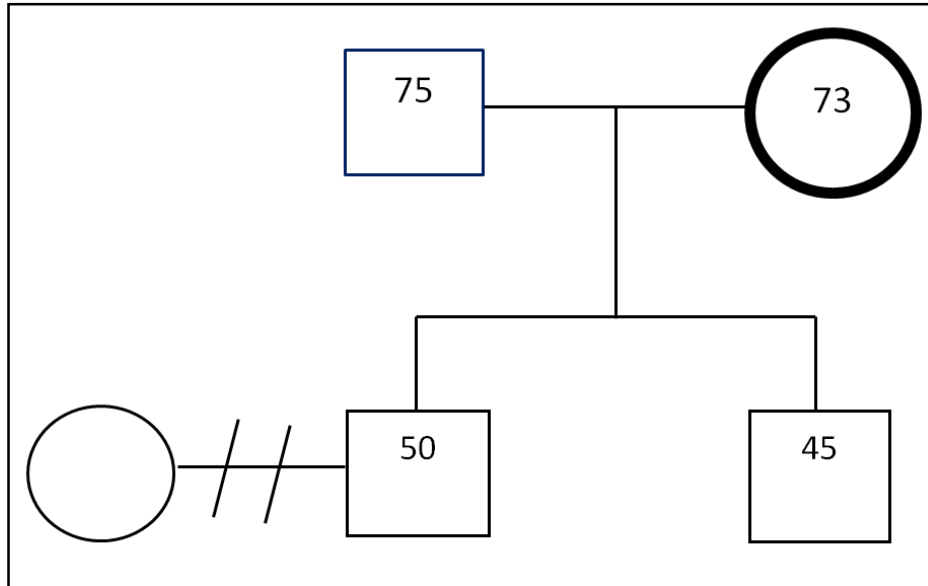
Secuelas: ***“Una cicatriz en mi pecho, no tengo fuerza en mi brazo derecho, sé que quemé un poco la piel cerca de la axila y problemas a nivel sexual”***.

❖ Segunda entrevistada

Edad actual: 73 años.

Edad cuando se enfermó: 70 años.

Familiograma: Vive actualmente con su marido. Sus hijos están casados y viven con sus respectivas familias.



Ocupación: realiza algunos trabajos a domicilio de peluquería.

Vida y su salud antes de enterarse del diagnóstico de cáncer de mama: ***“atendía la peluquería y hacía los quehaceres de la casa, salía a caminar siempre. En cuanto a mi salud, siempre tuve muy buena salud y no tomaba ningún remedio, salía a caminar, me iba al centro de jubilados de Coquimbito y a veces bailábamos porque solía ir una chica que daba baile 1 vez a la semana”.***

Meses antes de ser diagnosticada con cáncer de mama, la entrevistada estaba elaborando un duelo por la separación matrimonial de uno de sus hijos. A causa de esta separación, ella asistía al psiquiatra y tomaba ansiolíticos ya que lloraba mucho, se sentía muy angustiada y nerviosa. Estuvo en tratamiento con el psiquiatra un año, luego estuvo algunos meses sin ir y en este intervalo es cuando se descubre el cáncer. Ella explica que al momento en el que le dan la noticia de la enfermedad, aún no superaba la separación de su hijo y por recomendaciones de los médicos debió volver al psiquiatra y comenzar con un psicólogo.

Ella siente que la duración del tratamiento psiquiátrico, en relación a la separación de su hijo, no fue suficiente y quedaron “cosas” por trabajar, **“pero cuando fui por la enfermedad, trabajé muchas cosas, me enseñaron a darme tiempo para aceptar cuestiones propias del tratamiento y me enseñaron estrategias para afrontar la situación”**.

En la actualidad ella siente que esa separación no le ha dejado de doler, pero **“ya no la ahoga”** y considera que una de las causas que desencadenó el cáncer de mama fue la angustia que estaba pasando por la separación de su hijo.

Tratamientos: cirugía con conservación del seno, radioterapia, quimioterapia.

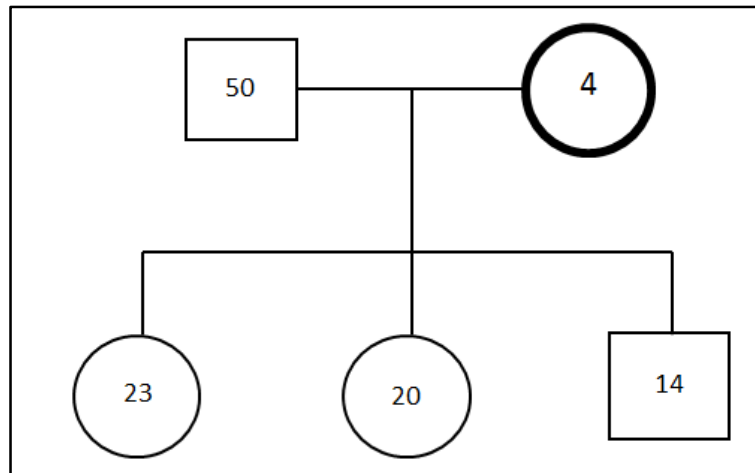
Secuelas: **“Una cicatriz en la mama, se me pone dura la mano del lado donde me han operado y por eso ando siempre con una pelotita porque si no se me adormece y se me ponen duros los pies. Me ha quedado duro a donde me han operado y me pasa que no puedo levantar el brazo”**, en otra parte de la entrevista ella cuenta que con la enfermedad perdió el deseo sexual, **“me dijo la doctora que son las pastillas las que me dan sequedad vaginal”**

❖ Tercera entrevistada

Edad actual: 49 años.

Edad cuando se enfermó: 47 años.

Familiograma: Vive con su marido y sus tres hijos. Casada hace 24 años. Su hija mayor tiene 23 años, la hija que le sigue tiene 20 años y el varón de 14 años.



Ocupación: Docente hace 14 años de alta costura en el Instituto de diseño X y diseñadora de vestuario.

Vida y su salud antes de enterarse del diagnóstico de cáncer de mama: ***“Sólo seguía un tratamiento por gastritis. Me hacían estudios, tomaba pastillas esofágicos, me hacían la endoscopia y tenía un micropuntillado de bacterias, que es la famosa bacteria de la gastritis. Pero sólo eso, no padecía ningún otro problema, ni tomaba medicamentos para otras cosas, mi salud era buena”.***

La entrevistada cuenta que antes de enfermar, ella estaba pasando por un momento crítico a nivel laboral y considera que todos los problemas laborales, fueron la causa de su cáncer de mama.

Tratamientos: mastectomía, radioterapia, quimioterapia.

Secuelas: ***“Una cicatriz en el pecho, una pequeña quemadura en la piel y dolores en los pies y las manos a causa de la quimio ya que se han dañado las terminaciones nerviosas”.***

V.1.2. Presentación de resultados obtenidos en cada una de las entrevistadas

Primera Entrevistada

Etapa de afrontamiento de la enfermedad

Influencia	1°M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUST	CAA	VINC	VAF
+	2	1	10	-	1	2	1	2	2	-	-	-
-	-	-	7	-	1	1	-	2	-	-	-	-

Etapa de recuperación

Influencia	1°M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUST	CAA	VINC	VAF
+	-	-	3	-	2	11	3	4	2	2	1	2
-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-

Segunda Entrevistada

Etapa de afrontamiento de la enfermedad

Influencia	1°M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUST	CAA	VINC	VAF
+	5	1	15	-	1	3	3	4	-	-	-	-
-	-	-	2	1	1	3	-	2	-	-	-	-

Etapa de recuperación

Influencia	1°M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUST	CAA	VINC	VAF
+	-	-	1	-	1	8	5	6	-	3	-	3
-	-	-	-	1	-	2	1	1	-	-	-	-

Tercera Entrevistada

Etapa de afrontamiento de la enfermedad

Influencia	1°M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUST	CAA	VINC	VAF
+	-	-	15	2	5	5	2	2	1	-	-	-
-	-	-	6	-	-	4	-	3	-	-	-	-

Etapa de recuperación

Influencia	1°M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUST	CAA	VINC	VAF
+	1	-	4	-	3	13	3	9	2	2	-	4
-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-

V.1.3. Presentación y descripción de resultados obtenidos de la muestra en general

Etapa de afrontamiento de la enfermedad

Influencia	1°M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUST	CAA	VINC	VAF
+	7	2	40	2	7	10	6	8	3	-	-	-
-	-	-	15	1	2	8	-	7	-	-	-	-

Tal como se muestra, la condición que presenta una mayor cantidad de influencias positivas en la Primera Motivación Fundamental de la Existencia, es **Sostén-Confianza**. Se puede apreciar que no solo es la condición más desarrollada en la primera motivación, sino que presenta una mayor cantidad de influencias positivas en comparación con el resto de las motivaciones. Si bien, se observa que ha obtenido puntajes negativos, también se aprecia que representa menos de la mitad del total de las influencias positivas. Las condiciones de **Espacio-Cuerpo y Protección**, se observa que solo han recibido puntajes positivos en esta etapa del proceso.

En cuanto a la Segunda Motivación Fundamental, es la condición **Relación-Sentimiento** la que posee el mayor puntaje positivo en comparación con las otras dos condiciones básicas que forman parte de ésta segunda motivación. Aunque también es la condición que más puntajes negativos ha recibido. **Tiempo-Valores y Cercanía-Movimiento interno**, han obtenido tanto puntajes positivos como negativos.

En la Tercera Motivación Fundamental, la **Apreciación Valorativa** resulta la condición con más influencias positivas dentro de ésta motivación. Sin embargo, también es la condición que más influencias negativas ha recibido.

En la Cuarta Motivación Fundamental, ninguna de las tres condiciones básicas ha recibido puntajes positivos ni negativos.

Etapa de recuperación

Influencia	1°M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUST	CAA	VINC	VAF
+	1	-	9	-	6	32	11	19	4	7	1	9
-	-	-	-	1	1	2	3	2	-	-	-	-

En la Primera Motivación Fundamental, **Sostén-Confianza** es la motivación más desarrollada positivamente.

Relación-Sentimiento es la condición básica con mayor puntaje positivo en la Segunda Motivación Fundamental, y a diferencia del resto de las motivaciones, recibiendo solo dos puntos negativos. La condición **Tiempo-Valores** presenta una diferencia significativa en puntajes positivos y negativos.

En esta etapa de recuperación, las condiciones básicas **Apreciación Valorativa, Consideración y Justificación**, presentan puntajes positivos siendo la **Apreciación Valorativa** la condición más desarrollada en la Tercera Motivación Fundamental de la Existencia. Se contempla que existen puntajes negativos, pero en una suma significativamente menor a los puntajes positivos.

En la Cuarta Motivación Fundamental, las tres condiciones básicas se encuentran desarrollada positivamente.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

VI.1. Análisis de resultados

A partir de la presentación de las tablas con las frecuencias que se expusieron en el capítulo anterior, se procede al análisis e interpretación de la información obtenida en cada una de las entrevistadas.

Primera Entrevistada

Etapa de afrontamiento de la enfermedad

En cuanto a la Primera Motivación Fundamental, se puede observar que la condición más desarrollada es el *Sostén-Confianza*, obteniéndose un puntaje de 10 en las influencias positivas. Pero también puede observarse que esta misma condición es la única que ha recibido influencias negativas.

La entrevistada relata en la entrevista, que antes de enfermarse ella gozaba de buena salud y de un cuerpo sano y nunca había sido operada anteriormente. En el momento en el que le dan el diagnóstico de cáncer de mama, la doctora explica que debían practicarle una operación con el objetivo de extirpar el cáncer de la mama. En ese momento se despierta en ella miedo ya que consideró que por más simple que sea la operación, no dejaba de tener riesgos y ponía en peligro su existencia.

En el momento en el que la doctora confirma el diagnóstico, la mujer sintió que el piso firme que la había sostenido durante toda su vida, se había derrumbado generando un gran monto de angustia:

“Ella me termina confirmando que lo que yo tenía era cáncer de mama. En ese momento se me cayó el mundo, me invadió una angustia muy grande”.

Aquel cuerpo sano y saludable que le permitía realizar actividades, comienza a sentirse débil, cansado y enfermo despertando gran aflicción.

Frente a esta situación, en algunos momentos, la confianza en sí misma comienza a tambalearse. Se despertaba la duda de no saber si iba a poder sostener su fuerza de voluntad:

“Los primeros meses estaba muy pensativa, pensaba como iba a ser este proceso, si iba a poder sostener mi fuerza de voluntad”.

Sin embargo, esta confianza no estaba totalmente perdida. A pesar de sus miedos y de la ansiedad que la invadía, nunca consideró la posibilidad de morir y ella sabía que con su fuerza de voluntad iba a salir adelante, le iba a ganar al cáncer e iba a recuperar su aspecto físico y su

salud ***“Más allá de toda esa angustia que me invadía, yo sentía que iba a salir adelante y lo iba a poder superar. Tenía miedo, pero mucha fuerza de voluntad”***. Esta fuerza de voluntad se reforzó gracias al sostén que encontró en el trabajo de los profesionales tratantes, en el poder de la oración y de su fe, en el cariño de sus familiares y amigos:

“Mis hijos...cuando estuve con el tratamiento, me ayudaban a hacer las cosas de la casa y no me dejaban que yo hiciera fuerza ni nada de eso”

“Creo mucho en la fuerza del rezo y en los momentos más angustiantes de mi vida, siempre le he pedido a la Virgen que me guíe y no me suelte y yo sé que ella me da la fuerza para seguir adelante”

“Mi marido estaba conmigo en el momento que la doctora me dio el diagnóstico, me agarró de la mano y me dijo que iba a estar todo bien. Cuando él me agarró de la mano yo sentí que iba a poder y que no me iba a morir”

“Yo me entregué a la doctora y le pedí a Dios que me acompañara en este camino”

“Tengo una familia increíble y junto a ellos sentía que era posible”

“Mi familia, mis hermanos y amigos, fueron mi gran sostén”

La participante cuenta que la enfermedad se dio cuando ella transitaba un lindo momento de su vida, ya que su hijo más chico estaba por recibirse y el hijo más grande iba a ser padre. Estas dos condiciones le dieron ánimo para operarse, llevar a cabo los tratamientos y pensar en la recuperación. Sintió que bajo estas condiciones y con las posibilidades que tenía, sí podía ser:

“Pensé en mis hijos, se encontraban en un excelente momento de sus vidas y eso me alegraba mucho y me daba fuerza para operarme y seguir con quimioterapia y rayos. Sólo pensaba en curarme rápido y poder estar presente en esos dos pasos grandes que estaban a punto de dar mis hijos. Siempre he dicho que mi marido es la principal persona que me dio fuerzas en la etapa de la enfermedad”.

Se puede inferir, que a pesar de toda la intranquilidad que generó el diagnóstico de cáncer de mama, existía en ella un motivo por el cual luchar y por el cual seguir existiendo y fue a través de la esperanza, la fe y su familia, que ella sintió que tenía el apoyo necesario para superar la enfermedad.

El sostén familiar resultó ser tan importante en la vida de esta mujer, que ella guardó para sí sentimientos con el objetivo de que su familia no se angustiara y decayera, y de este modo

perdiera el apoyo indispensable para seguir adelante **“yo los necesitaba fuertes para que me ayudaran a salir y sentía que, si yo caía, quizás ellos también podían caer”**.

En cuanto a la condición de *Protección*, se sintió no sólo sostenida por su familia y por su fe, sino también amparada y acobijada:

“Yo sabía que con la protección de la Virgen todo iba a salir bien”

“Mi marido y mis hijos realizaban los deberes de la casa. Me cuidaron mucho durante el tratamiento”

Con respecto al *Espacio-Cuerpo*, cuenta que varias veces antes de asistir a los tratamientos, lloraba y rezaba dentro del baño. El baño representaba un lugar de alivio y de cobijo donde ella podía ser con sus sentimientos.

En cuanto a la Segunda Motivación Fundamental, ante la pregunta ¿en qué condiciones se dio la enfermedad? La entrevistada dio la siguiente respuesta **“estaba viviendo un momento feliz y grandioso en mi vida que me llenaba el corazón de alegría”**, esta respuesta nos habla de una *Relación-Sentimiento* positiva. El momento por el que estaba atravesando, producía en ella una vibración interna positiva que despertaba sentimientos que alimentaban su gusto por la vida, esto le dio fuerzas para seguir adelante. (*Cercanía-Movimiento interno* positivo).

También se destaca, bajo la condición *Relación-Sentimiento*, la relación con los otros. Recuerda que la relación con su familia, hermanos y amigos, nunca cambió durante esa etapa y remarca la relación con una amiga en particular, amiga que la acompañó durante todo el proceso de tratamiento.

En esta entrevistada se aprecia que pudo conectarse con la situación, tomar conciencia de la realidad por la que estaba atravesando y que aun debía atravesar y esto despertaba tristeza que se demostraba a través de las lágrimas.

Se aprecia que *Tiempo-Valor* ha recibido una influencia negativa. Si bien ha demostrado su angustia a sus seres queridos, también se aprecia que en varias ocasiones no se ha dado el tiempo necesario para expresar sus emociones **“guardé muchos sentimientos”**. Como ya lo vimos en la condición de sostén, la entrevistada no dejó fluir ni movilizar sus sentimientos para que su familia no perdiera su fortaleza de la cual ella se apoyaba.

Esta mujer antes de enfermar trabajaba en un estudio como contadora, actividad que se llevaba a cabo con placer y gusto. Al enfermar debió suspender sus actividades laborales, realidad que no resultó de su agrado. Todo aquello que se hace con gusto, es lo que activa el motor de la vida. Al perder eso que pone en funcionamiento la vida y que es considerado como un algo valioso, se despiertan sentimientos desagradables. Su anhelo se centraba en que

pasara rápido el proceso de tratamiento para así poder volver a realizar su vida con normalidad. (*Tiempo-Valores* positivo)

La Tercera Motivación Fundamental de la Existencia, la *Apreciación Valorativa* obtuvo la misma cantidad de puntajes positivos y negativos.

Cuando ella comienza el tratamiento y su aspecto físico comienza a cambiar, aparecen sentimientos como: **“no me sentía para nada sexy”, “me daba tanta vergüenza”** y **“no gustar verse así”**. Se observa como la valoración de sí misma se encontraba afectada, observándose una disminución del autovalor.

Pese a esta situación, ella se sintió valorada, comprendida, respetada y querida, por su familia, sus amigos, compañeros de trabajo y profesionales.

A lo largo de la entrevista, ella remarca la relación con su marido y agrega, que él fue la principal persona que estuvo a su lado en todo momento, que era como su ángel guardián, que la amaba y la consideraba bella, así como estaba. Esto refleja que *Consideración* y *Apreciación Valorativa* se mantuvieron positivas durante el afrontamiento de la enfermedad.

La *Justificación*, se ve influenciada positivamente. Considera que el respeto en relación a sus decisiones siempre estuvo tanto por parte suya como por parte de su familia. Esto habla de la posibilidad por parte de la participante de tomar en serio sus propias elecciones y tener la experiencia de que le es permitido ser tal cual es por parte de los demás, haber sido aceptada y tratada justamente.

Por último, puede apreciarse que la Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia no presenta ni influencias positivas ni influencias negativas.

Cuando ella enferma, debió dejar de trabajar en el estudio. Esta realidad resultó movilizante ya que ella hacía años trabajaba ahí, amaba lo que hacía y era un trabajo que le posibilitaba seguir aprendiendo. Es decir, a nivel laboral ella contribuía con algo positivo en el mundo. Sumado a esto, debió dejar la natación y algunos deberes de la casa. Durante el periodo de transición de la enfermedad se suspendieron temporalmente algunas de las actividades que realizaba para contribuir con algo bueno en el mundo. Durante esa etapa, no lograba verse en un contexto más amplio, ni trascender a un futuro. Lo cual es comprensible, ya que, para poder trascender primero es necesario que la existencia esté asegurada (Primera Motivación Fundamental) y en este caso se encontraba en riesgo por la enfermedad.

Etapa de recuperación

En cuanto a la Primera Motivación Fundamental de la Existencia, la tabla de recuperación nos muestra que no hay puntajes negativos, sino que sólo presenta influencias positivas, es decir, que las condiciones básicas para esta primera motivación se encuentran desarrolladas.

En cuanto a las condiciones *Sostén-Confianza*, en esta etapa ella vivencia un cuerpo sano, con mayor movilidad que le permite poder volver a realizar actividades como, por ejemplo, retomar su trabajo y continuar natación, así como también tareas cotidianas como, por ejemplo, limpiar y cocinar. Este cuerpo le da sostén y confianza para volver a las actividades que había suspendido a causa de la enfermedad.

Además, a lo largo de esta etapa de recuperación, tuvo la dicha de ver a su hijo más chico recibirse y ver nacer a su nieto. La entrevistada considera que tiene motivos suficientes para sentir que puede ser bajo estas condiciones.

En la Segunda Motivación Fundamental, la condición *Relación-Sentimiento* es la que mayor puntaje ha obtenido en esta motivación.

La entrevistada destaca no sólo la relación positiva con los demás y con ella misma ***“la relación con los demás, nunca cambió” “mimo todo el tiempo mi cuerpo y quienes están a mi lado también me miman” “mi nieto que está hermoso, es la locura y la luz de mis ojos. Dios me lo mandó para seguir adelante y alegrarme la vida, después de tantas tristezas y preocupaciones que pasé” “lo más importante, es que puedo alzar a mi nieto y jugar con él”,*** sino también la relación con la vida hoy ***“siento que aprendí a valorar las pequeñas cosas de la vida y sin dudas aprendí que el amor de mi marido, es inmenso e incondicional” “pienso que Dios me dio una segunda oportunidad y debo aprovecharla al máximo y por eso decidí cambiar mi modo de vivir” “ahora me siento fantástica, agradecida de la vida, con muchas ganas de vivir y disfrutar” “mi hijo chico me dio la felicidad de recibirse hace unos meses atrás y me sentí feliz de haber podido estar ahí con él, compartiendo tan inmenso logro” “para mí la recuperación significa mucho, porque tengo la posibilidad de seguir abrazando a mis seres queridos y gozando de las cosas lindas de la vida” “mi vida hoy la vivo como una nueva oportunidad para hacer todo lo que no he hecho hasta el momento”.***

Vemos el fortalecimiento de los lazos con su marido, con su cuerpo, con sus seres queridos y principalmente, con su vida. El valor de su vida ha adquirido un peso significativo para ella, donde es experimentada como una nueva oportunidad y debe ser vivida a pleno.

Esto va de la mano con la condición *Tiempo-Valores*, condición que se encuentra enriquecida en esta etapa. La mujer cuenta que antes de enfermar ocupaba el mayor tiempo

en sus tareas laborales, olvidándose así de valorar *“las pequeñas cosas de la vida”*. Al respecto, ella expresa:

“Yo sé que antes de que me pasara todo esto, mi mayor tiempo lo ocupaba en mi trabajo y no me detenía para vivir cosas tan simples como esas que llenan tanto el alma y alegran tanto los días”

Continúa diciendo ***“aprendí a darme tiempo para disfrutar una sonrisa, un abrazo, una reunión familiar, una caricia, sentarme en una plaza a sentir el aire, esas cosas” “hoy disfruto de todo eso y aprendí a equilibrar los tiempos para las dos cosas”***.

Se aprecia que la participante hoy se da el tiempo para vivir. Antes su vida estaba muy limitada al trabajo y perdían valor las demás esferas de su vida.

En la Tercera Motivación Fundamental de la Existencia, puede observarse que también predominan las influencias positivas.

En cuanto a las condiciones *Apreciación Valorativa* y *Consideración*, existe en ella una gran valoración de sí misma, se considera valiente, inteligente, luchadora, gran madre y esposa, una mujer fuerte que ha perdido miedos, siente mucho amor por sí misma.

Hoy observa un cuerpo recuperado que despierta amor y orgullo por su figura ***“ya me ha crecido bastante el pelo, las uñas las tengo divinas, retomé natación y eso me está ayudando a bajar de peso, yo me miro al espejo y me siento divina”***.

Antes se consideraba a sí misma, una persona con dificultades para demostrar lo que sentía y hoy se considera más amorosa y demostrativa (*Consideración* positiva). Siente que nunca dejó de recibir amor y respeto por parte de profesionales, familiares, amigos y compañeros del trabajo (*Apreciación Valorativa* positiva).

Algunas secuelas quedaron como consecuencia de los tratamientos y una de ellas es la disminución del deseo sexual. Esta disminución del deseo sexual genera en ella un malestar. Su marido le ha propuesto acudir a un profesional que los ayude y guíe, encontrándose totalmente de acuerdo con la propuesta ya que considera que todo lo que aporte cosas positivas a la relación, será bienvenido. Esto refleja la condición de *Justificación* positiva, ya que ella es consciente de su malestar y toma su propia decisión en relación a la propuesta del marido.

La Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia únicamente presenta influencias positivas en el desarrollo de todas sus condiciones, dando cuenta que la participante en la actualidad, es capaz de dilucidar un Sentido, logrando visualizar un futuro y un proyecto de vida.

En primer lugar, ha logrado encontrar un *Campo de Acción* en su trabajo, en el cual se siente útil y productiva. Así mismo, desea ayudar a otras mujeres que se encuentran atravesando por la misma enfermedad sosteniendo como lema principal ***“no hay batalla perdida, si se lucha”***.

También sostiene el interés por remodelar su oficina de trabajo, lo que nos habla de una positiva *Vinculación con un Contexto Mayor*.

Por último, se analiza la condición de *Valor de Futuro* y al respecto la entrevistada expresa el deseo de emprender un viaje junto a su esposo. Vivencia tener algo por realizar y lograr en la vida a la par de su compañero de ruta.

Segunda entrevistada

Etapas de afrontamiento de la enfermedad

En cuanto a la Primera Motivación Fundamental de la Existencia, la condición *Sostén-Confianza* es la que ha obtenido influencias positivas y negativas.

Al momento en el que la entrevistada recibe la noticia de que tenía cáncer de mama, sobrevino una gran angustia:

“Conmigo había ido mi hermana y la doctora le dijo a ella que dos habían salido mal. Cuando mi hermana me dio la noticia, yo vomité, me cayó tan mal la noticia. Mi marido nos fue a buscar y cuando le dimos la noticia se puso muy nervioso y a la vuelta chocamos, yo venía en el auto ida por la noticia que me habían dado. En ese momento sí que la pasé mal”.

Frente a ésta situación, se sintió sostenida por su marido y su hermana que se encontraban a su lado ***“ellos dos me contuvieron mucho, yo lloraba y ellos me abrazaban y me decían que lo iba a superar”***. Así mismo, ella sintió apoyo en Dios a quien le pidió siempre que le diera fuerzas para superar la enfermedad y fuerzas a su familia (principalmente a su marido). En todo momento creyó en el poder del rezo y se entregó a esta creencia ***“yo soy muy creyente. Me acuerdo que cuando me dijeron que tenía cáncer de mama, estaba muy mal y me sentía caída, pero yo rezaba igual y le pedía a Dios”***.

Ella sabía que podía hacerle frente a esta enfermedad, a pesar que no se encontraba atravesando un buen momento debido a la separación de su hijo más grande. Tuvo la posibilidad de comenzar terapia donde trabajó la separación y la enfermedad, lo que le permitió un pensamiento más positivo en cuanto a sentir que iba a salir adelante y aprendió estrategias para afrontar ambas situaciones:

“No eran las mejores condiciones en las que me encontraba cuando se dio la enfermedad, porque estaba aún atravesando la separación de mi hijo, pero nunca sentí que no podía ser, que no tenía posibilidades. Tuve la posibilidad de ir a un psiquiatra y trabajar varias cosas”

La entrevistada tenía la confianza de que no iba a morir, siendo su fe la principal causa que le ayudó a superar la enfermedad ***“yo hablé con el cura de acá y él me dijo: a vos te sanó la fe que vos tenías, a parte de la medicina. Desde que me operaron, yo rezo el rosario todos los días, si no pude en el día lo hago en la noche, porque para mí me salvo eso, me ayudó a levantarme. La oncóloga me decía que hay muchas personas que se caen mucho, que se dejan caer, pero yo con la fe no caí”***.

Los profesionales que la atendieron: Oncóloga, médicos, psicólogos, psiquiatras, entre otros, también jugaron un papel muy importante en su vida. Se sintió contenida, acompañada y comprendida siempre por el cuerpo de profesionales:

“Al principio lloraba mucho yo, pero a medida que fui yendo a las sesiones me fui sintiendo más fuerte y eso fue gracias a que tuve el apoyo de los profesionales”

“El médico X fue el médico que me operó y me habló re bien, me explicó todo, parece que le caí re bien porque él es medio idiota. Yo me sentí contenida por ese médico”

“Cuando me mandan al COIR me atiende el médico X y él me dijo: mamita vos tenés cáncer y vamos a luchar juntos, tenés que poner mucha parte tuya, no te tenés que caer”

Su cuerpo no le daba seguridad para su existencia y cuando se le bajaban las defensas recibía transfusión de sangre, lo que generaba en ella ***“un bajón emocional”***. Sumado, se presentan problemas en la columna por lo que comienzan a realizarle rayos en esa zona y existía el miedo a quedar en silla de ruedas.

En la entrevista, la mujer cuenta que mostró varias veces lo que le generaba tener la enfermedad y atravesar por los diferentes tratamientos, pero también ocultó sentimientos para no poner mal a su familia porque ella los necesitaba fuertes ya que ellos eran su punto de apoyo en esa etapa y era gracias a esto, sacaba fuerzas para luchar.

En la condición *Protección*, se observa que aquellas personas que representan el sostén para esta mujer, también representan protección. Su marido, en particular, la cuidó en todo el proceso de la enfermedad y se encargó de todos los deberes de la casa. En relación a los profesionales ella cuenta:

“G. que es la oncóloga me acompañó siempre, el médico que me operó y el oncólogo que trabajaba con G., y que también me trató, me hablaron muchísimo y me trataron excelente, yo me sentía que estaba en buenas manos y que ellos hacían todo para que yo me curara. Cuando salí de la operación, el médico que me operó me besaba la cabeza y me decía que tuviera fuerzas”

En la fe no solo encontró un apoyo firme, sino también amparo ***“Dios y la Virgen...me iban a proteger para que yo saliera adelante” “también le pedía que me envolviera en su manto y me mandara bendiciones para poder sobrellevar lo que venía”.***

En la condición *Espacio-Cuerpo*, puede pensarse que el baño simbolizaba un lugar donde ella podía ser, donde ella podía desplegar su existencia, donde encontraba alivio y tranquilidad ***“hubieron varias veces que antes de ir a radio o quimioterapia, mientras me lavaba en el baño la cara, yo lloraba”.***

La entrevistada expresa ***“el médico dijo que yo me había portado muy bien, yo no pregunte casi nada...porque yo sabía que tenía algo adentro”.*** Este fragmento demuestra el despliegue de la *Huida* como Reacción de Coping. Ella buscó evitar saber más en profundidad de la enfermedad por miedo a conocer lo peor de la misma. Si bien ella tenía la confianza de que no iba a morir, también sentía que podía suceder.

La Segunda Motivación Fundamental de la Existencia, la condición de *Relación-Sentimiento* es la que presenta la mayor cantidad de contenidos positivos y negativos, en comparación con las condiciones restantes de la presente motivación.

Antes de enfermar, trabajaba en la peluquería. Ella amaba su trabajo. Cuando enferma debió dejar de trabajar y esto provocó sentimientos de amargura. El trabajo representaba para ella una actividad muy valiosa y que despertaba: ganas, alegría, entusiasmo, productividad. En otras palabras, ella sintió la pérdida de la realización de algo valioso.

En cuanto a la relación con los demás, los médicos recomendaron no estar en contacto con mucha gente porque sus defensas estaban bajas y podía contraer cualquier enfermedad, pero a pesar de estas recomendaciones, sus amigas, vecinas y familiares, nunca dejaron de ir a verla ni de compartir con ella gratos momentos. Sentía que estas visitas la ayudaban a no estar ***“bajoneada”*** y le levantaban el ánimo.

Con las únicas con las que siente que cambió su relación, fue con sus hermanas ya que ellas no comprendían que no podía asistir a lugares donde hubiese enfermos ni a velorios ya que los médicos le aconsejaron no pasar por situaciones que influyeran en su estado anímico.

En relación a la condición *Tiempo-Valores*, la participante cuenta ***“yo siento que demostré todo lo que más pude de lo que me pasaba, pero también soy consciente que no me di el tiempo de llorar varias veces porque no quería ponerlos peor a mi marido e hijos”.*** No se dio el tiempo suficiente para dejar brotar todo lo que sentía por miedo a perder la firmeza familiar. Sin embargo, en terapia ella aprendió a darse tiempo para aceptar cuestiones propias del tratamiento y aprendió estrategias para afrontar la situación.

La condición *Cercanía-Movimiento interno*, se ve afectada negativamente. Al adoptar conocimiento sobre los tratamientos y sus efectos secundarios, cada vez que debía asistir a quimioterapia o radioterapia ella lloraba. No conocía bien que sentía, pero eso desconocido despertaba todo un movimiento interno que lo manifestaba a manera de tristeza.

En la Tercera Motivación Fundamental, en la *Apreciación Valorativa* se observan influencias positivas como negativas.

A causa de las quimioterapias, la entrevistada pierde su cabello, siendo el pelo la parte de su cuerpo con mayor peso significativo y que simboliza para ella la belleza. Esta pérdida despierta una valoración negativa de su imagen corporal femenina:

“En la primera quimio se te va a empezar a caer el pelo y vas a quedar peladita y eso fue lo peor que yo sentí que me dijeron. Imaginate que yo toda mi vida fui peluquera y el pelo era lo más importante para mí. Una mujer con el cabello arreglado, es una mujer hermosa.....Me sentía muy rara sin pelos y no me gustaba así como estaba”

Pese a esta valoración personal de sí misma, ella reconoce que su marido le dio fortaleza para superar esta situación ***“recuerdo que él me dijo que si yo quería usar pelucas él lo aceptaba pero que él me quería así como estaba”***. Considera a su marido como un gran compañero que nunca la dejó sola y la aprecia mucho. De parte de su marido ha recibido mucho amor y afecto, quien a pesar de sus cambios físicos continuó mirándola como aquella mujer bella que siempre fue.

Por parte de sus amigas y vecinas, siempre se sintió comprendida y valorada, nunca sintió la falta de cariño por parte de sus clientas ya que iban a verla y le daban aliento para seguir adelante.

La participante expresa que, a pesar de haber dejado de realizar determinadas actividades por recomendaciones de los médicos, ella nunca se sintió una ***“enferma incapacitada”***. Siempre se respetó a sí misma con sus decisiones y al mismo tiempo vivenció respeto por parte de los demás en sus decisiones ***“siempre me respeté, respeté mis decisiones y cuando no tenía ganas de hacer cosas, no las hacía”***. Todo lo mencionado influencia positivamente al desarrollo de la *Consideración*.

En cuanto a la *Cuarta Motivación Fundamental*, no se registran ni influencias positivas ni negativas.

Antes de enfermar, la entrevistada trabajaba en la peluquería, salía siempre a caminar con una vecina, realizaba todos los deberes de la casa, asistía al centro de jubilados para tomar clases de baile. Cuando enferma, se *Campo de Acción* se vio limitado.

Etapa de recuperación

En la Primera Motivación Fundamental, la condición *Sostén-Confianza* es la única condición que ha obtenido puntaje.

En esta etapa de recuperación, la entrevistada siente que sus hijos y principalmente su marido, le dan fuerzas para seguir adelante. El mayor sostén, durante el afrontamiento de la enfermedad y en proceso de recuperación, lo ha obtenido del marido:

“el marido es el que te entiende en todo, sea bueno y malo, el marido es el gran compañero de la vida, los hijos hasta ahí. Él me bañaba, él me hacía de comer, él tendía la ropa y hoy puedo hacer muchas cosas, pero lo que no puedo hacer lo hace él”

Con respecto a la Segunda Motivación Fundamental de la Existencia, la condición *Relación-Sentimiento* es la más desarrollada, aunque también presenta influencias negativas, pero en menor porcentaje.

Ella siente que hay días donde la relación con su marido se hace difícil a causa de sus nervios y su rebeldía. Remarca que una de las consecuencias de la enfermedad, fue la pérdida de la sexualidad. Si bien este hecho a ella le genera incomodidad, considera que lo más importante es acompañarse el uno al otro y estar siempre juntos compartiendo momentos pequeños, pero lindos.

La relación con los vecinos ha sido siempre muy buena y fraternal ***“me llevo muy bien con todos y se preocupan mucho por mí” “yo quiero mucho a los vecinos, porque ellos me apoyaron mucho y siempre tuve una relación excelente con ellos, muchas vecinas me cuidaban los niños cuando yo tenía que ir al centro a hacer trámites y ahora cuando estuve enferma, también han estado”***.

Este contacto positivo no sólo se da con sus seres queridos, sino también con la propia vida. Se puede deducir que la relación con su vida tuvo un giro y una reestructuración. Esta etapa de recuperación, para la entrevistada, representa alivio y eso despierta en ella sentimientos satisfactorios ***“ahora siento alivio, mucho alivio, me siento contenta”***. Que ella no pueda trabajar en la peluquería al ritmo con el que trabajaba antes, no habla de una limitación ya que hoy en día continúa realizando algunos trabajos ***“le corto el pelo a la señora de la vuelta, le hago los rulos a mi vecina de al lado, todos los viernes voy a la casa de una señora a peinarla y me está esperando porque me quiere un montón, le hago la permanente a Marta que es la señora del kiosco”***. Esta etapa la vive a pleno, ama su vida y todo esto la hace muy feliz.

Al plantearse una nueva relación con la vida propia, se aprecia y da valor a la condición *Tiempo*. En esta etapa la participante asume que aprendió a darse tiempo para llevar a cabo más cosas importantes y lindas y dejar de quejarse por cuestiones insignificantes.

La condición de *Cercanía-Movimiento interno*, presenta influencias negativas. La entrevistada hay días que se siente nerviosa, rebelde, ansiosa, enojada y esto afecta en la relación con su marido y despierta en ella bronca consigo misma ya que no sabe porque le pasa esto y no puede controlarlo.

En la Tercera Motivación Fundamenta, se aprecia un cambio en las valoraciones de sí mismo y de los otros. La participante cuenta que después de atravesar situaciones difíciles como un cáncer de mama, las personas aprenden a valorarse más a sí mismo y a los demás **“yo creo que en algo cambió, maduramos después de situaciones como estas y aprendemos a valorar más al otro y a uno mismo”**. A esto ella agrega que se quiere y observa a su cuerpo, como un cuerpo **“divino”**, se mira al espejo y se ve **“espléndida”**, en relación cuenta **“cuando me baño me miro al espejo y me digo: ¡qué bien que estas y ahora si estas linda y alegre como lo fuiste siempre!”**. La condición *Apreciación Valorativa* se encuentra en esta mujer desarrollada positivamente. Aunque no se siente valorada ni reconocida por sus nietos, ella no pierde las esperanzas de que algún día sea posible.

Siempre se sintió apreciada y comprendida por su marido, sus hijos, sus amigas, vecinas y compañeras de yoga. Considera a su marido como una persona comprensiva, buena y excelente hombre que la entiende y la acepta. Así mismo, se considera una persona buena, cariñosa, alegre, conservadora, sociable y no sostiene la idea de que haya cambiado a causa de la enfermedad. Frente a lo expuesto, se concluye que la condición *Consideración* se encuentra en esta entrevistada desarrolla positivamente.

En la Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia tanto la condición *Campo de Acción* y *Valor de Futuro*, presentan influencias positivas.

El continuar realizando trabajos relacionados a la peluquería, la hacen sentir útil y activa y eso despierta felicidad. Siente que todavía puede llevar adelante actividades que le hacen bien como por ejemplo hacer yoga y esto genera en ella aún más ganas de realizar cosas. Su deseo está puesto en ayudar a personas enfermas, ofreciéndoles su compañía **“ayudar a los enfermos en lo que pueda, porque es muy triste estar enferma y no ser acogida por alguien. Yo he tenido muchos a mi lado por suerte, pero hay gente que no tiene esa suerte”**.

Puede proyectarse a lo largo del tiempo y verse aun viviendo con su marido y envejecer juntos.

Tercera entrevistada

Etapa de afrontamiento de la enfermedad

En relación a la Primera Motivación Fundamental de la Existencia, el *Sostén-Confianza* es la única condición que presenta influencias positivas y negativas.

Cuando su marido le entrega el sobre con el resultado de la biopsia y ella corrobora que había dado positivo, le pide a su familia que no lloren, que debían sacar fuerzas y no caer y así podrían salir adelante. La misma actitud optó cuando les comunicó la noticia a sus padres por teléfono.

Por un lado, se puede pensar que ella optó por esta decisión por miedo a perder el sostén q recibía de sus seres queridos y que gracias a esta contención ella se sentía fuerte y positiva. Ante el diagnóstico de la enfermedad, aparece la Huida como Reacción de Coping de la Primera Motivación Fundamental. Al respecto, verbaliza ***“tratamos que la vida siguiera igual” “mi vida y la de mi familia yo siento que continuaron siendo las mismas, no siento que haya cambiado drásticamente después de la noticia”***.

Los tratamientos que debió seguir, fueron: mastectomía, quimioterapia y radioterapia. A causa de la quimioterapia, su cuerpo presentaba debilidad, cansancio, rostro pálido, caída de cabello, náuseas, vómitos, daño de las terminaciones nerviosas, glóbulos rojos bajos, entre otros. Cada sesión de quimioterapia, bajaba sus defensas y la obligaba a tener que acostarse ya que se sentía decaída. Este cuerpo no representaba seguridad, ya que era un cuerpo débil y cansado. Una buena salud es la base de la existencia, el cuerpo al estar enfermo pone en peligro la existencia y eso genera angustia.

La entrevistada considera que ***“el sostén está adentro, bajo el mismo techo, en la casa. Después hacia fuera sería el sostén de los amigos, de las familias que están alrededor, que muchas veces esos saludos hacen bien, son sanos. En tercer lugar, el sostén depende de cómo se fue formando esa persona”***. Frente a este fragmento, se puede analizar que vivenció sostén, apoyo, acompañamiento y fuerzas por parte de su marido y sus tres hijos.

Por otro lado, experimentó sostén afuera de su casa en sus padres, sus hermanos, sus alumnas y algunas amigas. Ella remarca que estas personas representaban el 80% que siempre había estado a su lado alentándola para que no bajara los brazos. Pero también considera que existió un 20% restante de relaciones que desaparecieron cuando se enteraron que tenía cáncer y ese distanciamiento lo vivió con dolor.

El peluquero también significó para ella una persona que le dio fuerzas, ya que él también había atravesado un cáncer y a través de su propia experiencia le dio aliento y seguridad de que se puede superar la enfermedad.

Su fe significó mucho en esta etapa de enfermedad. Ella dejó su vida en manos de Dios y de la Virgen. Su fe la acompañó en todo momento y fue a través de ella que encontró tranquilidad y paz:

“yo le dije a mi familia que lo dejaba en manos de los médicos y en manos de Dios también. Yo soy muy religiosa, muy católica y rezo mucho pidiendo ayuda y sanación en mis oraciones. Para mí fue una ayuda celestial. Es más, cuando yo entré al quirófano cerré los ojos pensando, rezando y comencé a ver un humito verde y dije: ¡acá está la salud! Y me quedé re dormida”

En cuanto al sostén interno, que ella lo define como aquel sostén que depende de cómo se formó esa persona desde pequeño hasta ser grande, se puede analizar que se considera a sí misma una mujer fuerte y que va para adelante. Pero ella se atribuye tanta fortaleza, que no se permite llorar ya que eso representa debilidad y le daba vergüenza mostrarla ante los demás. Pero se observa que por más que ella intentó constantemente guardar esa debilidad, existieron momentos donde flaqueo y rompió en llanto:

“Obvio que por ahí me quebraba, estaba capaz que mirando una novela y pasaban un caso parecido y me largaba a llorar, porque recordaba por lo que estaba pasando...pero me desahogaba y se me pasaba”

“Recuerdo un día que fuimos con una amiga a la Virgen del Challao y le dije al padre que tenía cáncer y él me empezó a hablar y exploté en llanto y me daba cosa por estar llorando así en público”

La enfermedad se dio bajo una presión laboral donde sentía que no podía ser. Su jefe era violento y ella le tenía miedo y considera que se encontraba presionada por la situación, ya que por su parte su marido le decía que no debía ir más a ese trabajo porque le pagaban poco, en negro y no reconocían su trabajo y por otro lado se encontraba su deseo de continuar ya que ella amaba lo que hacía y le daba la posibilidad de trabajar fuera de su casa.

De acuerdo a la Segunda Motivación Fundamental, la condición *Tiempo-Valores* presenta solo influencias positivas.

En los diferentes fragmentos presentados por la entrevistada en relación al tiempo, ella remarca la importancia del mismo. Existía mucha preocupación por parte de ella de que el cáncer se diseminara a otra parte del cuerpo y sentía que se encontraba en ***“contra tiempo”*** y por eso rogaba ser operada lo antes posible. El haber sido operada a tiempo, trajo a su vida alegría y alivio ***“más feliz que me lo hayan descubierto y que me lo hayan sacado a tiempo.***

Para mí era tan importante que me operaran rápido, mira si esperaba un mes más capaz que me agarraba todo el brazo o me agarraba otra parte del cuerpo”.

En el periodo de licencia laboral, ella optó por dar clases particulares en su domicilio. Sentía que dando clases era una manera de no sentirse mal y le levantaba el ánimo ***“eso fue el entretenimiento durante muchos meses”.***

La condición *Relación-Sentimiento*, obtuvo puntajes positivos y negativos. Durante la etapa de afrontamiento de la enfermedad, ella debió restringir sus salidas y visitas a personas conocidas debido a sus bajas defensas y propensión a contraer cualquier enfermedad. Sin embargo, nunca dejó de sentirse acompañada por su familia, familiares, sus amigas y alumnas, al respecto dice ***“cuando estaba en tratamiento, las chicas me mandaban mensajitos para juntarnos y yo les explicada que si estaban enfermas por favor no vinieran porque mis defensas no estaban bien y si no les decía que se vinieran con un barbijo y listo y las chicas se reían y a veces venían con barbijo o me pedían porque yo acá tenía. Nunca me dejaron de venir a ver, aunque sea con barbijo (se ríe)”.*** Siente que la relación con estas personas nunca cambió, así como la relación consigo misma tampoco cambió.

Asistir a quimioterapia y radioterapia resultaba para ella agobiante, pero para no contactarse con esa preocupación, evitaba pensar la situación. A pesar de que se ve obstaculizado el contacto con sus sentimientos, hay momentos en los que logra ponerse en relación con ellos y deja que surjan a través de la emoción.

En la Tercera Motivación Fundamental, la *Apreciación Valorativa* ha obtenido más influencias negativas, que positivas.

La entrevistada no se sintió valorada ni tomada en cuenta por esas personas que desaparecieron cuando ella estuvo enferma. Esto despertó un cierto monto de enojo y tristeza. Así como también considera que su jefe nunca valoró su trabajo ni los años de carrera que lleva en el lugar y sostiene una apreciación negativa del mismo.

Por parte de su familia, sus padres, sus alumnas, amigas de siempre, ella experimentó respeto, aprecio, amor, interés a través de un llamado o una visita. El peluquero a través de su experiencia personal, también le dio valor para que ella no tomara la falta de cabello de una forma drástica.

En cuanto al aprecio de sí misma, ella cuenta que lo más difícil que le tocó vivir en el proceso de tratamiento, fue que se le cayera el pelo ***“cada pelito largo que tenía se me iba cayendo como las hojitas en otoño”.*** Esta analogía puede pensarse como aquella estación que representa para ella estados de tristeza, cuando caen las hojas algo se pierde. Frente a estas pérdidas, se debe elaborar un duelo y vemos que en ella esta elaboración se dificulta. Perder el cabello, es hacer un duelo por la antigua imagen de sí misma y dejar surgir los sentimientos

propios de la pérdida. Pero ella considera que hay dos tipos de personas: aquellas que decaen y se deprimen y aquellas que van para adelante y son fuertes, ella se incluye en este último grupo. Ser fuerte para ella, es controlar los sentimientos y mantenerlos ocultos. Se observa que hay una *Disociación* de sus sentimientos (Reacción de Coping).

En cuanto a la *Consideración*, ella se considera luchadora, perseverante, valiente y corajuda y nunca dudó que iba a salir adelante.

En la Tercera Motivación se observa la aparición de la Reacción Psicodinámica de *Sobreactuación*. Para explicar mejor esta reacción, se toman dos fragmentos que hacen alusión a lo expuesto **“entré con una sonrisa y me saqué una foto saludando antes de entrar y se las envié a todos mis contactos y ellos me decían que estaba loca” “yo entré con alegría”**. (Refiriéndose al momento en que entraba al quirófano para que le extirparan el tumor). Se deduce que, a través de la sonrisa ella quiere demostrar que esa situación no la derrumba porque es fuerte y de este modo seguir manteniendo el control.

En la Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia, hay ausencia de inferencias positivas y negativas. Posiblemente debido a sus esfuerzos por afianzar las tres motivaciones anteriores, por lo cual en ese periodo resultaba difícil poder trascender a otro plano.

Etapa de recuperación

En la Primera Motivación Fundamental de la Existencia, la *Protección* y el *Sostén-Confianza* se encuentran desarrolladas positivamente.

El *Sostén-Confianza* es la condición que ha recibido la mayor cantidad de puntajes positivos en esta motivación. La fuerza para seguir adelante no sólo proviene de su familia, sino también de sus padres, hermanos y su fe en Dios. Su familia representa el apoyo fundamental para que ella hoy en día pueda realizar sus actividades como dar clases en el instituto y en su casa, dar catequesis y formar parte del coro de la iglesia. Ella siente que bajo estas condiciones puede ser y puede continuar con el curso de sus tareas.

A pesar de las secuelas que han quedado en su cuerpo como consecuencia de los tratamientos, con la ayuda de la kinesióloga y de la actividad física, la participante siente que su cuerpo ha mejorado. Su brazo ha recobrado gran parte de su movilidad, ya puede peinarse y cambiarse sola, ha bajado 10 kilos. A pesar de las secuelas, este cuerpo le da seguridad para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

El sostén también es proporcionado por todo aquello que tiene regularidad, en el caso de la entrevistada ella cuenta **“me aferré a todo lo bueno y lindo que tiene la vida desde que nos**

levantamos hasta que nos acostamos". Todo aquello por lo que se experimenta una fidelidad por parte del mundo, genera en la persona un sentimiento de sostén, se siente protegido dentro de este ritmo.

De acuerdo a la condición *Protección*, el grupo familiar no solo es sentido como un apoyo y firmeza en la vida de esta mujer, sino también como aquellas personas que la cuidan y la protegen a cada momento. Ellos significan para la entrevistada, su fortaleza para continuar con este proceso de recuperación. Así mismo, considera que su fe la ha protegido y la protege a cada momento.

En la Segunda Motivación Fundamental de la Existencia, la *Relación-Sentimiento* es la condición más desarrollada.

En la relación con los otros, destaca la buena relación que tiene con sus hijos, con su marido, remarcando el amor que siente por los cuatro. También habla de la buena relación con sus alumnas y con sus padres. De sus padres comenta que ellos ya son grandes de edad y por esto cada vez que puede va a verlos y les lleva obsequios. Hoy prioriza la relación con sus papás, dejando todo actividad de lado por ir a pasar un momento con ellos ***"si tengo que dejar la limpieza de mi casa por ir a ver a mis papás, lo hago porque ellos ya son grandes y no sé cuánto tiempo más los tenga"***. Disfruta la compañía de ellos y siente gran alegría de aún tenerlos y tener la oportunidad de continuar compartiendo junto a ellos muchos momentos.

En cuanto a la relación con la vida, en esta etapa ha logrado dar un paso muy importante ***"aprendí a emocionarme por cada cosa linda que me regala cada día"***. Como ya se trabajó, en la etapa de la enfermedad la participante mostró dificultades para conectarse y poner en movimiento sus sentimientos, ocultando gran parte de las emociones. Hoy en día vive con plenitud el presente y se permite disfrutar cada momento del día y de la vida.

Cuando la oncóloga le da la aprobación para retomar sus tareas, ella no solo retoma su trabajo de profesora en el instituto, sino que decide comenzar actividades nuevas como dar catequesis, formar parte del coro de la iglesia y comenzar Zumba. Así mismo, decide emprender un viaje junto a su familia donde vive uno de los momentos más esperados de su vida y que la llenó de gran felicidad:

"Ya había pasado por radio, quimio, remedios y tenía desesperación por disfrutar. Iba a la playa en las mañanas con lentes, remera, gorrita, protector solar 65, pero yo estaba chocha y sino estaba bajo la sombrilla mirando el agua. Yo disfrutaba de esto que nos da Dios y que es la vida, el día a día y agradezco también la compañía de mi familia y de todos los santos"

El regreso a la rutina laboral, fue vivido con una inmensa alegría ya que esto implicaba volver a la actividad que tanto ama y le gusta y llena su corazón de momentos hermosos:

“Hay me sentí feliz, me encanta hacer esto, dar clase y estar rodeada de gente que escuche mis teorías y prácticas, me encanta”

“Me encanta dar clases y me hace muy bien y me da mucha alegría hacerlo”

El atravesar por un cáncer de mama, la llevó a la participante a replantearse y modificar el contacto con su vida. Siente que hoy tiene una relación más íntima con la vida, aferrándose a lo bueno y lindo de esta y permitiéndose emocionar frente a cada regalo que ofrece el día a día. Vive plenamente el presente y disfruta cada momento del día.

Se observa como la entrevistada luego de comprender que la ***“vida no está comprada”***, logró darle un giro a la relación con lo otro y poner el peso en las pequeñas cosas que hacen valioso el día a día y más importante aún, logra darle un giro a la relación con sus afectos, sentimientos y emociones.

De acuerdo a la condición *Tiempo-Valores*, tiene mayor peso las influencias positivas que negativas en esta etapa.

Su labor en la parroquia dando catequesis y formando parte del coro, es considerada por la participante como una ***“asignatura pendiente”***. Desde muy pequeña ella ayudaba en la parroquia de San Martín y cantaba en el coro. Cuando se casa los tiempos no acompañaban para la realización de estas tareas, se le complicaba dar catequesis siendo madre, ama de casa y trabajar en el instituto.

Antes de enfermar, la mayoría de su tiempo solo estaba dedicado al trabajo, descuidando a su familia, su salud y a sus padres. El giro en la relación con la vida, también está determinado por la valoración del tiempo. En esta etapa la mujer resalta la importancia de vivir cada segundo que nos regala el día a día y la importancia de equilibrar tiempos. Aprendió a distribuir los tiempos para ella, para su familia, para su trabajo, para visitar a sus padres.

En otras palabras, el tiempo para disfrutar la vida juega un papel muy importante para ella en esta etapa de recuperación. Antes priorizaba el trabajo y dejaba de lado tanto a su familia como a ella misma:

“Hoy en día si no tengo ganas de seguir cocinando, guardo todo y me doy el tiempo para disfrutar una novela o lo que estén dando en la tele y sino me voy a dormir, antes me quedaba hasta las cuatro de la mañana para terminar mi trabajo”

En la Tercera Motivación Fundamental, la *Apreciación Valorativa* es la condición con mayor influencia positivas y la única con influencias negativas.

A nivel personal, ella sostiene que continúa siendo la misma persona alegre y positiva que siempre ha sido, existe amor y aprecio hacia sí mismo. Aunque la pérdida de su cabello es un

tema que repercute en su imagen corporal, ya que ella considera que el pelo largo ayuda a la seducción y la hace más sexy. También sostiene que la etapa del cabello corto es transitoria y que va a volver a tener su bello pelo largo.

La falta total de su pecho, se infiere que aún no ha logrado ser asimilada. Ella dice que le ha quedado una "cicatriz", pero no habla de pérdida o falta **"perdí mi pelo y mi pecho, pero siento que no hay nada que con el tiempo no se pueda recuperar"**.

Considera que todo lo vivido le enseñó a tener más valor por ella como persona, pero se lamenta porque a nivel laboral siente que esto no existe **"en el ámbito laboral no me sé respetar, es decir, siento la necesidad de dar cariño y recibir por parte de las alumnas, pero lastimándome con un jefe que no me reconoce"**. Esto da cuenta de ciertas influencias negativas en cuanto a la condición *Apreciación Valorativa*.

Se considera luchadora, amable, perseverante, servicial, humilde, pero a su vez una persona con poco carácter para enfrentar a su jefe y poder decir todo lo que no le gusta. Lo cual refleja influencias negativas en la condición de Consideración.

Siente que ha sido valorada y comprendida por el 80% de las personas que siempre han estado a su lado y de quienes recibe constantemente cariño. Se aprecia como el contacto con esas personas, ha significado un legítimo encuentro. Sin embargo, ese otro 20% representa el abandono y la falta de interés por la salud y el bienestar de la entrevistada. Reflejando influencias negativas en la condición de *Apreciación Valorativa*.

De acuerdo a la condición *Justificación*, la experiencia de haber transitado por una enfermedad tan movilizante como lo es el cáncer de mama, le dejó herramientas y un pensamiento más reflexivo, con un mayor valor de sí misma y mayor disfrute de la vida, así como valoración por el bienestar de su cuerpo y de su familia **"tenía antes un desorden en la forma de vivir y jugaba con mi salud sin darme cuenta, yo creo que exageré y desatendí mi propia salud y por eso terminé enfermado"**. La entrevistada ha podido plantearse la importancia de vivir equilibradamente, lo esencial que es cuidar su salud y lo importante que resulta darle tiempo a su propia familia. Puede tomar una posición personal ante su propia vida. Lo que se vincula con un desarrollo armónico de la condición *Justificación*.

Hay un tema en el cual se observan dificultades para tomar una postura personal, nunca se ha sentido considerada ni reconocida por su jefe, lo define como un **"monstruo"** de quien debe protegerse. En ese ámbito en particular, las tres condiciones de la Tercera Motivación se encuentran afectadas negativamente. Se analiza que su jefe no le ha permitido ser ella misma, por lo que surge una dolorosa y profunda herida por no ser vista, ni ser reconocida ni tratada justamente. En este tema no logra tomar una postura personal, ya que a pesar de darse cuenta

de no ser tratada justamente por su jefe decide volver a trabajar con él, aun teniendo la oportunidad de abrir su propio instituto.

En cuanto a la Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia, se concluye que encuentra un sentido para seguir adelante en su vida.

Con respecto a la condición *Campo de Acción*, la participante manifiesta sentirse productiva dando clases y se siente muy feliz de enseñarles a sus alumnas sus teorías, lo cual constituye una influencia positiva, ya que se observa un deseo por continuar realizando aquello que la hace sentir requerida y necesitada por otros.

Por otro lado, se observa que la participante posee metas a futuro, como el tener su propio atelier y su salón para dar clases. También busca realizar algo valioso como ayudar a todas las mujeres que estén atravesando un cáncer de mama. Estas características mencionadas dan cuenta de que la entrevistada tiene desarrollada la condición de *Valor en el Futuro*, ya que existe en ella la vivencia de tener algo por realizar en la vida.

VI.2. Discusión de resultados

Una vez analizados los resultados obtenidos en cada una de las entrevistadas, se procede a la discusión general de los datos. El objetivo del presente apartado, apunta a integrar el marco teórico que se utilizó de referencia, los datos obtenidos en el campo y los objetivos planteados al comienzo de la investigación y que han sido la guía a lo largo del trabajo.

Etapas de afrontamiento de la enfermedad

Según Längle (2000a) la Primera Motivación Fundamental de la Existencia hace referencia al Poder Ser o Estar en el mundo y para poder ser la persona requiere de tres Condiciones Básicas: *Sostén-Confianza*, *Protección* y *Espacio-Cuerpo*. La condición *Sostén-Confianza* es la condición con mayor puntaje positivo de esta Primera Motivación y la única con puntaje negativo, aunque presenta un porcentaje mucho menor.

Al recibir el diagnóstico de cáncer de mama, las dos primeras entrevistadas lo manifestaron a través de la angustia, llanto y miedo, ante la incertidumbre e intranquilidad ya que su existencia se veía amenazada. Así mismo, el someterse a una intervención quirúrgica y a los diferentes tratamientos indicados, también fue vivido como un peligro para sus vidas.

Esto se encuentra asociado con lo que Martínez Basurto et al. (2014) establecen en relación al cáncer y la muerte. Ellos explican que el cáncer, hace muchos años, se convirtió en una enfermedad rodeada de mitos, creencias y tabúes. Se asocia al cáncer con la muerte, ya que, al hablar de cáncer, inmediatamente se remarca que es una de las principales causas de muerte. Por esta razón, aquellas personas diagnosticadas de cáncer, experimentan un gran impacto emocional ya que se enfrentan a su propia muerte.

A pesar de esta difícil situación por la que se encontraban atravesando, todas las participantes encontraron contención y apoyo en sus familias. La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento. La familia para una mujer que atraviesa por un cáncer de mama, es un elemento de suma importancia, donde el respaldo y el apoyo son básicos en este proceso de salud-enfermedad. Se destaca el acompañamiento del grupo familiar y la comprensión frente a los cambios en el humor, cambios emocionales y cambios psicológicos, así como el apoyo y la ayuda en los cambios de hábitos y rutinas.

Dentro de este importantísimo apoyo familiar, se debe destacar la relevancia del apoyo por parte de los maridos a lo largo de esta etapa de enfermedad. Ellos nunca dejaron de sostener la mano de sus esposas y alentarlas para seguir juntos adelante, dándoles fuerzas en este proceso que no solo resultaba difícil para ellas, sino también para ellos. Quien enfrenta la enfermedad en compañía, tiene más probabilidades de sobrevivir y si una pareja se mantiene unida y atraviesa con éxito una experiencia tan dura como el cáncer, tiene una muestra poderosa de que es un matrimonio sólido.

Familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, profesionales, también aportaron su parte en esta vivencia de sostén. Estas personas siempre les regalaron las mejores energías y un acompañamiento incondicional en todo el proceso.

Según la American Cancer Society (2017) las personas con cáncer de mama se benefician de la ayuda y el apoyo de otras personas, ya sea amigos, familiares, grupos religiosos, grupos de apoyo, consejeros profesionales, entre otros. A estas personas las considera un tipo de apoyo que ofrece fortaleza y consuelo. Vemos que lo expresado por la American Cancer Society, coincide con lo vivenciado por la muestra entrevistada.

De estas experiencias de sostén, aparece la Confianza (Längle 2000a). Esta confianza de la que habla Längle no se trata solo de confiar en un sostén externo, sino que esta confianza incluye la confianza en sí mismo, más precisamente, debe darse la Autoconfianza (Längle 2000a). A pesar de la angustia que las invadía, ellas tenían la seguridad de que iban a salir adelante e iban a ganarle la batalla al cáncer. Existía confianza en sus capacidades para enfrentar la enfermedad y superarla.

Cuando Längle (2000b) habla de la condición Espacio-Cuerpo, hace referencia a un espacio físico y psíquico. Se trata de un espacio donde la persona se siente segura y desde el cual puede decir “este es mi lugar”. Para las dos primeras entrevistadas, el baño representaba, en varias ocasiones, un lugar de alivio y tranquilidad donde ellas sentían que podían “sacar” toda aquella angustia que irrumpía en sus vidas y tanto peso generaban en sus almas. Esto data de una condición *Espacio* desarrollada.

La tercera entrevistada, también vivió la experiencia de no poder ser ante la noticia. Se deduce que tal noticia también despertó en ella angustia ya que ella verbaliza al respecto **“me temblaban las manos porque para mí era como un examen donde me había sacado un uno, la peor nota”**. Pero se observa que, en lugar de aceptar las condiciones de la situación, ella huye de esa sensación de no poder ser. Se infiere que utilizó la *Huida* como Reacción de Coping.

Las tres mujeres pudieron soportar lo negativo de la enfermedad y del tratamiento, gracias a lo que Längle (2000a) denomina Confianza Fundamental. El mismo autor dice al respecto, que esta confianza es la más profunda estructura en la que la persona se puede apoyar y sostener cuando los otros sostenes han caído. En las tres mujeres aparece la esperanza en la medicina y en lo religioso como confianza fundamental. Ellas decidieron entregarse a la fuerza de la oración y a los conocimientos de los médicos. Hay personas que profesan alguna religión buscando refugio en seres sobrenaturales, de tal manera que le den fuerza para enfrentar la crisis en salud que vive. La fe ayuda a afrontar situaciones difíciles y a encontrar un sentido a la vida.

Conectado a la confianza, tenemos el coraje que llevó a las mujeres a tener el sentimiento de disponer de suficientes fuerzas para hacerle frente a lo peligroso e inseguro de la enfermedad.

La familia y la religión, no solo representan sostén para estas mujeres, sino también *Protección*. Durante la etapa de la enfermedad, las mujeres experimentaron amparo y cuidado por parte de sus maridos y sus hijos y se sienten muy agradecidas por ello. La creencia en un ser superior, las acompañó y amparó en todo el proceso, entregándose a esa estructura que no solo fue experimentada como protección, sino también como salvación. Längle (2008) sostiene que la religión es la salvación que se presenta al hombre como una gracia que le da esperanza, que le permite esperar, contra toda desesperanza humana. Ellas consideran que la fe fue lo que las ayudó a superar la enfermedad:

Entrevistada n°1: **“Yo sabía que, con la protección de la Virgen, todo iba a salir bien” “la fe y la esperanza, es lo que me ayudó a superar la enfermedad”**.

Entrevistada n°2: **“Le pedí a Dios....que me envolviera en su manto y me mandara bendiciones para poder sobrellevar lo que venía” “yo rezo el rosario todos los días, si no puedo en el día, lo**

hago en la noche, porque para mí me salvó eso, me ayudó a levantarme” “creer y rezar mucho es lo que me ayudó a superarla”.

Entrevistada n°3: ***“Yo soy muy religiosa, muy católica y rezo mucho pidiendo ayuda y sanación.....para mí, fue una ayuda celestial. Cuando entré al quirófano cerré los ojos pensando, rezando y comencé a ver un humito verde y dije: ¡acá está la salud!” “Dios y mi fe, me ayudaron a superar la enfermedad”.***

Al mismo tiempo, esta condición de *Sostén-Confianza* resulta afectada de manera negativa. Antes de enfermar, las participantes gozaban de buena salud lo que les permitía llevar a cabo sus diferentes actividades y mantener una regularidad en la realización de las mismas. Ellas disponían de las capacidades necesarias para poder desplegar su accionar en el ámbito de trabajo y personal. Cuando enferman y a causa de los tratamientos, ya sea quimioterapia o radioterapia, como consecuencia el cuerpo comienza a ser vivenciado como un cuerpo cansado y enfermo. Este cuerpo no les proporcionaba las posibilidades para seguir adelante con las tareas que con tanto amor y placer realizaban. Comienzan a verse limitados los ámbitos en los cuales poder desplegar su existencia.

Lo negativo de esta condición, también puede apreciarse a través de aquellos relatos donde cuentan el estado del cuerpo luego de cada sesión de quimioterapia. Esta etapa fue vivida como una etapa caótica. La enfermedad las enfrentó a condiciones somáticas desfavorables, realidad que despertó la sensación de no poder ser en el primer espacio vital, que es su propio cuerpo. Al respecto, Längle (2000b) expresa que en primer lugar es el cuerpo el que le da sostén a la persona en su vida. Si el cuerpo enferma, se crea una sensación de inseguridad. La persona necesita de esta seguridad, para vivir.

La Segunda Motivación Fundamental corresponde a la dimensión de las relaciones y de los sentimientos, es decir, al vínculo con lo otro y con los otros.

Específicamente, la condición *Relación-Sentimientos* es la condición más desarrollada por las participantes dentro de esta Segunda Motivación y a su vez resulta ser la más afectada.

Se analiza al respecto, que las tres mujeres han experimentado, durante el transcurso de la enfermedad, relaciones afectivas saludables, positivas y enriquecedoras, manteniendo vínculos de cercanía y calidez con sus allegados, ya sea con sus familias, hermanos, parientes, amigos, vecinos. Estas relaciones son registradas como valiosas ya que no sólo aportaron al sostén de cada una de ellas, sino que también despertaron sentimientos de alegría, gusto y placer. Aunque también experimentaron el alejamiento de algunas personas que formaban parte de su entorno cercano, generando sentimientos de bronca, enojo y desilusión.

Las tres resaltan la relevante y apreciada relación que mantuvieron con sus esposos durante la etapa de enfermedad. Se remarca la importancia y la presencia de una buena comunicación, de un compañerismo, de un incondicional acompañamiento y gran

entendimiento por parte de sus parejas. Se observa como juntos transitaron el camino de la enfermedad y lo que para ellas significó esta compañía. Algo similar fue vivenciado en la relación con sus hijos. En todo momento se sintieron amparadas y acompañadas por ellos. En el caso de una de ellas, los vínculos con sus hijos se vieron fortalecidos, ya que, durante la operación y los tratamientos, se sintió la presencia y el interés por parte de ellos. Todo esto no solo habla de una *Relación-Sentimiento* positiva, sino también de una *Cercanía-Movimiento interno* positiva.

Sin olvidar, y no dándole una importancia menor, la relación con los profesionales aportó tranquilidad, alivio, comprensión y compasión. En ningún momento del tratamiento ellas se sintieron solas.

Existen muchos casos de personas que atraviesan por una enfermedad tan movilizante como lo es el cáncer y les resulta difícil poder decirle sí a la vida, pero este no es el caso. Estas mujeres han experimentado sólidas y cálidas relaciones que han ayudado a fortalecer el gusto por la vida.

Antes de enfermar, las tres entrevistadas llevaban a cabo actividades que realizaban con muchas ganas y gusto. Estas actividades engloban: tareas laborales, tareas domésticas y actividad física. Según Längle (2000a) por medio del gustar, se toma relación con la vida. Se observa que lo laboral representaba una actividad indispensables y muy importantes en sus vidas. Sentían que en sus trabajos ellas eran felices, llevaban a cabo las tareas laborales con gran alegría y entusiasmo:

Entrevistada n°1: ***“este trabajo me ha dado grandes logros y alegrías”.***

Entrevistada n°2: ***“me encantaba trabajar de peluquera, toda mi vida he sido peluquera y he amado lo que hago”.***

Entrevistada n°3: ***“soy docente y diseñadora de vestuario...me encanta dar clases la docencia me encanta”.***

Estas tareas que tanto amaban realizar y que llenaban sus vidas de momentos gratificantes y felices, debieron ser suspendidas durante el tiempo que duró el tratamiento de cáncer de mama. Se vivió esta situación, como la pérdida de un valor que tocaba sus vidas, que ponía a la misma en movimiento. Debieron alejarse de aquellas actividades donde, no sólo se sentían productivas, sino que en ellas estaba puesto gran parte de sus intereses, gustos, anhelos.

En esta relación con la pérdida de las actividades valiosas, se perdió vida y es ahí donde surgen los sentimientos negativos y un gusto amargo de la situación. Cabe destacar, que la tercera entrevistada, ante esa pérdida, decidió continuar sus actividades laborales en su domicilio y agrega al respecto ***“eso fue el entretenimiento durante muchos meses”.***

Maturana (2017, citado en Existencia. Revista Interamericana de Análisis Existencial, 2017) sostiene al respecto, que no podemos negar el dolor, el sufrimiento y los duelos, porque también es parte de la vida, que nos entrega profundidad y aprendizaje tan necesarios para que el retorno a la alegría sea con plenitud.

Cuando logramos aceptar una enfermedad, es cuando nos conectamos con lo positivo y lo negativo de la misma y nos permitimos vivir los sentimientos que ambas situaciones despiertan en nosotros. Casanova (2006) explica que el duelo es abrirse a sentir la vida y lo que realmente duele, es decir, poder sentir el contenido del dolor.

Croquevielle (2017, citado en Existencia. Revista Interamericana de Análisis Existencial, 2017, 8) señala que “el **Sentir** es fundamental para Existir”. Aquello más difícil de sobrellevar es lo que se vuelve protector cuando la persona puede permitírselo, ya que señala que aquello valioso, se encuentra en peligro y se requiere de la fuerza de la persona para enfrentarlo. En este caso aquello valioso que se encontraba en peligro, era la salud. Lo más saludable, es poder conectarse con eso que se pierde para así poder dolerlo y legitimar lo valioso que fue en la vida.

El perder un cuerpo saludable, actividades que las hacían sentir productivas y la dependencia en la realización de tareas domésticas, es lo que generó sufrimiento y aflicción. Ellas pudieron enfrentarse con el sufrimiento, hacerlo propio, hacerse sensibles a él y poder sentirlo y así aliviar la angustia. Längle (2002a) explica, que un valor perdido merece una despedida y esto es el duelo.

Las entrevistadas cuentan que existieron momentos en los que no demostraron sentimientos frente a sus familias. Esto debe entenderse que no se dio como una falta de conexión con sus emociones, sino que se dio por miedo a perder el sostén familiar que recibían en el día a día y que resultaba básico e indispensable para seguir adelante.

El proceso de duelo comienza con un choque inicial que suele vivirse como un desmoronamiento y que puede provocar vértigo, náuseas o alteraciones neurofisiológicas como temblores o irregularidades en el ritmo cardíaco (Casanova, 2006), síntomas que aparecieron en las tres mujeres al momento de recibir el diagnóstico. Al principio es normal que se dé un bloqueo en las facultades intelectuales y una anestesia a nivel de los afectos y se necesita de tiempo para que éstos surjan.

Casanova (2006) establece que lo más saludable es dejarse ser tocado por lo doloroso y permitirse así dejar que surja, desde lo más profundo de nuestro corazón, aquello que nos aflige. Cuando esto sucede, es cuando la persona se permite ser y surge la calidez. En otras palabras, Längle (s/f, citado en Casanova, 2006, 7) establece que dedicarse a los sentimientos “es como un abrigo en el que envuelvo mi alma herida”.

La Tercera Motivación Fundamental de la Existencia, hace referencia a la Autenticidad, Individualidad, que hace a la persona dueña de sí mismo (Längle, 2003a). Como ya se trabajó, la persona se encuentra en relación con el mundo, con la vida y con los otros. Pero en estas relaciones es importante que las personas tengan en cuenta su singularidad, es decir, aquello que los hace únicos y los distingue de cualquier otra persona.

Las condiciones básicas en esta tercera motivación, son: *Consideración, Apreciación Valorativa y Justificación*. En la tabla de resultados generales, se pueda apreciar que las tres condiciones obtuvieron puntajes positivos y solo la *Apreciación Valorativa* obtuvo puntajes negativos.

En la Segunda Motivación, se analizó las relaciones con las personas que formaron parte de su entorno en el proceso de la enfermedad. Resultaron muy valiosas las relaciones establecidas con sus familias, familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos y médicos. Estas personas representaron para estas mujeres contención, apoyo, acompañamiento, compañerismo, alegría, tranquilidad, amor, entre otros sentimientos. Así como también, en el encuentro con los otros se sintieron siempre respetadas, valoradas, consideradas, comprendidas, apreciadas y tratadas justamente. Simultáneamente, en ese encuentro también surgieron sentimientos de amor por parte de ellas hacia estas personas y un gran agradecimiento por sentirse acompañadas en ese camino largo, difícil y movilizante. Aquí vemos el desarrollo positivo de las tres Condiciones Básicas de esta Tercera Motivación.

En relación al trato con ellas mismas, estas mujeres consideran que lograron soportar el proceso de la enfermedad ya que fueron valientes, luchadoras, constantes, perseverantes y fuertes. Esto nos habla de una *Consideración* positiva de sí misma.

La condición *Apreciación Valorativa*, es una condición que abarca el respeto y la valoración que la persona tiene de sus decisiones, intereses, ideales y sentimientos (Längle, 2000a). Las mujeres relatan que tanto sus decisiones como sus intereses, fueron respetados en todo momento, tanto por ellas como por su entorno.

El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es durante el tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como la cirugía (Martínez Basurto et al. 2014). Estas mujeres atravesaron por diversos cambios físicos durante el tratamiento, algunos temporales como: la caída del cabello, alteraciones en la piel, en las uñas, cambios de peso; otros permanentes como: los efectos de las cirugías, donde en las dos primeras entrevistadas quedaron cicatrices y en la tercera una amputación total de la mama, así como también quemaduras a causa de los rayos y otros cambios que dejaron como consecuencia una incapacidad funcional, como problemas a nivel sexual.

A causa de estos cambios que sufren las pacientes que atraviesan por tratamientos requeridos en el cáncer de mama, la imagen corporal puede sufrir modificaciones, realidad que despertó un impacto psicológico en las mujeres de la muestra.

La imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia subjetiva. Es muy importante conocer aquellos sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo y dentro de su propio cuerpo. Las tres mujeres experimentaron la caída del cabello como lo más traumático que les tocó vivir en el proceso de tratamiento.

Al verse como de a poco comenzó a caérseles el cabello hasta llegar a quedar peladas, fue lo que despertó en ellas una gran angustia y el deseo de no verse al espejo en esas condiciones. El cabello en estas tres mujeres simbolizaba la seducción, la belleza y la sensualidad, atributos que las caracterizaba y las hace sentir ellas mismas frente a los demás. La falta del mismo generó un profundo estado de tristeza y vergüenza, afectando directamente a su autoconcepto y a su autoestima. Es como levantarse todas las mañanas, mirarse al espejo y decir: ¡esa no soy yo! (*Consideración y la Apreciación Valorativa* negativas).

En resumen, la prueba más importante a la que se debe someter la persona afectada es a la propia imagen frente al espejo. La mayoría se sienten menos atractivas y esto desemboca irremediabilmente en una pérdida de autoestima.

Sin embargo, sus maridos tuvieron un papel fundamental en el fortalecimiento de la autoestima. A pesar de este cambio en la imagen corporal, ellas se sintieron miradas, consideradas, deseadas, amadas y lindas, ante los ojos de sus parejas, viéndose desarrolladas positivamente las condiciones de *Consideración y la Apreciación Valorativa*.

La Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia, resulta la más significativa en su análisis ya que es la única que no ha recibido puntajes ni positivos ni negativos en las participantes durante la etapa de afrontamiento de la enfermedad.

Esta motivación hace alusión, a poder salir de uno mismo y así poder proyectarse realizando algo valioso en la vida. Längle (2000a) establece que no es suficiente con estar aquí y haberse encontrado, sino que es necesario poder trascender de uno mismo y así poder encontrar realización.

Estas tres mujeres antes de ser diagnosticadas con cáncer de mama, trabajaban, realizaban los deberes de la casa y en sus tiempos libres hacían ejercicio. Todas estas actividades las hacían sentirse productivas y requeridas. Desde la esfera laboral ellas contribuían con algo positivo al mundo, ya que desplegaban todos sus saberes y conocimientos en el campo de acción en el que se habían profesionalizado.

Al enfermarse se vieron obligadas a dejar de llevar a cabo todas estas actividades. A causa de esta realidad, sus mentes y sus sentimientos ya no se encontraban puestos en lo valioso de cada actividad, sino que la atención se limitó a la enfermedad y las consecuencias de ésta.

Se observa una dificultad en la capacidad de Autotranscendencia. Durante el periodo de afrontamiento del cáncer de mama, no lograron verse en un contexto más amplio, ni trascender a un futuro. Lo cual es comprensible, ya que para poder trascender primero es necesario que la existencia esté asegurada (Primera Motivación Fundamental) y en estos casos se encontraba en riesgo por la enfermedad. Durante el periodo de afrontamiento de la enfermedad en el horizonte el sentido se redujo a resguardar sus vidas.

Etapa de recuperación

En la Primera Motivación Fundamental, se observa que la condición de *Sostén-confianza* es la más desarrollada. Esta condición también obtuvo un solo puntaje negativo.

En la actualidad, estas mujeres experimentan un cuerpo sano, que les posibilita poder llevar a cabo gran parte de las actividades que debieron suspender a causa de la enfermedad. Se han incorporado nuevamente a su ámbito laboral e iniciaron actividades físicas como: natación, yoga y zumba. Sienten que disponen de las capacidades y las posibilidades para realizar las actividades del día a día. Sienten que pueden ser en este cuerpo. En otros términos, sus cuerpos ya no representan una limitación en el despliegue de su existencia.

Continúan enfrentando exigencias propias de la etapa de recuperación, pero con una confianza renovada. Confianza que es posible gracias al apoyo incondicional de todas aquellas personas que transitaron junto a ellas el cáncer de mama. La familia (marido e hijos), los parientes (padres y hermanos), amigos, vecinos, compañeros de trabajo, alumnas, profesionales, simbolizaron un pilar de contención fundamental para estas mujeres que afrontaron padecer cáncer de mama.

Bajo estas condiciones, las tres mujeres sienten que si pueden ser en este mundo. Längle (2009) establece al respecto, que esta experiencia de ser sostenido permite dar un sí al mundo, un sí a sus condiciones y al Dasein. Se aprecia que las mujeres dan conformidad y acuerdo a las condiciones en las que se encuentran, aceptan lo positivo de la situación de recuperación y lo negativo de la misma, es decir, aceptan lo que no se puede cambiar como, por ejemplo, las secuelas irreversibles.

Längle (2000a) sostiene, que cuando la persona puede aceptar las leyes del mundo en el que se encuentra inmerso, es cuando puede adaptarse y sobrevivir al mismo. Aceptar, es un sí a la vida. Si la persona puede aceptar y soportar, da un paso fundamental: pasa de la pasividad

de ser víctima, a la actividad de ser protagonista (Längle, 2009). Estas mujeres ya no son seres sufrientes en este mundo, sino que son protagonistas de sus vidas.

Poder ser es el pre-requisito para sentir gusto por la vida. Cuando el poder ser se ve muy limitado, el Valor Fundamental de la vida se debilita. Aquí vemos como la Primera Motivación Fundamental de la Existencia, da paso a la Segunda Motivación Fundamental de la Existencia.

Se aprecia que la condición *Relación-sentimientos* de la Segunda Motivación, es la condición más desarrollada dentro de esta motivación.

En cuanto a las relaciones con las demás personas, aquellas personas nombradas y resaltadas como importantes en la etapa de afrontamiento de la enfermedad, continúan siendo quienes las acompañan actualmente.

Al momento en el que se les preguntó ¿qué le da fortaleza en este momento para seguir adelante? las tres contestaron con gran orgullo: *“¡mi familia!”*. Seguida a esta afirmación, agregan lo importante y significativo que es para ellas tenerlos en sus vidas, saber que cuentan con sus familias en todo momento y tener la seguridad que luego de haber pasado por un hecho tan conmovedor como es tener cáncer de mama y que estas personas continúan a sus lados como un soldado fiel que cuida a su compañero en la batalla, es lo que ha llenado sus vidas de gran alegría. Las experiencias de cercanía, generan relaciones significativas y aumenta las ganas de vivir.

Una de las secuelas funcionales de los tratamientos de quimioterapia, es la sequedad vaginal. Las dos primeras entrevistadas comentan en sus entrevistas que a causa de esta sequedad vaginal su deseo sexual se ve disminuido. Esta realidad moviliza sentimientos de malestar y preocupación. Se aprecia que el “valor sexualidad” no tiene el mismo peso en las diferentes edades. La primera mujer al momento de ser entrevistada tenía 52 años y ella explica que esta disminución de su deseo sexual es un hecho que la pone muy mal ya que con su marido aún son jóvenes y pasan meses sin tener relaciones sexuales. Esta disminución en el deseo sexual, no es vivida tampoco como una pérdida total, ya que se encuentra realizando un tratamiento propuesto por su marido y aceptado por la participante. Este valor no está perdido totalmente y se observa que la participante ha logrado tomar una posición involucrándose en un tratamiento voluntariamente.

En cambio, la segunda entrevistada, al momento de la entrevista tenía 73 años, y cuenta que la apena esta situación, pero el valor de la relación con su marido está puesto en el compañerismo y el acompañamiento ***“yo creo que lo más importante es que estemos juntos y nos acompañemos todos los días”***. En este transitar la vida juntos, de la mano, compartiendo momentos, es donde aumenta las ganas de vivir en ella.

Ante la finalización de la etapa de tratamiento, las mujeres retomaron sus valoradas actividades laborales. El regresar a sus trabajos, es vivido como algo valioso para sus vidas, que acrecienta sus ganas de vivir.

Hay actividades que, a causa de las secuelas de los tratamientos, ya no se pueden realizar, pero gracias a la elaboración de duelo correspondiente se plantearon comenzar otras actividades que sí pueden llevar a cabo, como: yoga, natación y zumba.

La etapa de recuperación, es vivida por las participantes como una segunda oportunidad y la etapa de afrontamiento de la enfermedad, fue vivenciada como una etapa que dejó mucho para aprender. Las mujeres de la muestra sienten que el haber tenido cáncer de mama, les enseñó a valorar más la vida en su profundidad. Junto a la relación con la vida, el *Tiempo* se despierta con gran peso positivo en esta etapa, ya que ellas reconocen que antes de enfermar sus vidas sólo se limitaban a sus trabajos descuidando así a sus familias y a sus cuerpos. No se daban el tiempo para disfrutar "**pequeñas cosas de la vida**", como: un abrazo, un día en familia, un paseo en la montaña, en el río o simplemente en una plaza. Hoy, han aprendido a darse el tiempo para vivir.

Una de las preguntas realizadas en las entrevistas, fue ¿qué significa para usted esta recuperación? Respuestas como: mucho, lo mejor de mi vida, alivio, alegría, disfrutar, plenitud, son respuestas que hablan del anhelo y valoración de esta etapa. El presente es vivido como una segunda oportunidad que Dios les ha dado y el agradecimiento es inmenso, en cuanto a poder seguir abrazando a sus seres queridos y darse la oportunidad de realizar todo aquello que hasta el momento no habían realizado.

Längle (s/f, citado en Revista Interamericana de Análisis Existencial, 2017) ofrece un pequeño fragmento que se retoma en esta investigación, el mismo dice:

El valor Fundamental de la vida es como la corriente en el fondo del mar, quizás arriba rugen las tormentas, pero en lo más profundo el mar está calmado. Mientras más profunda es la persona, más serena se mantiene su relación con la vida (p. 26).

Este fragmento, lleva a pensar en todas las dificultades y momentos difíciles que les tocaron pasar a estas mujeres, que en muchas ocasiones las pusieron al borde del abismo y sentimientos como: tristeza, pena, angustia, ansiedad, enojo, reproche, se apoderaron de ellas. Sin embargo, lograron superar la enfermedad y seguir adelante. Atravesar por la enfermedad, fortaleció la relación fundamental con la vida.

En cuanto a la Tercera Motivación Fundamental, la *Apreciación Valorativa* es la condición que ha obtenido el mayor puntaje positivo.

Por medio de sus discursos se deduce que se sienten miradas y consideradas por otros significativos para ellas, además de valoradas y comprendidas, así como también tratadas justamente. De esta manera se desarrolla y fortalece el Autoestima y la Autenticidad.

Todo lo planteado hasta el momento, habla de un desarrollo positivo de las tres Condiciones Básicas de esta Tercera Motivación.

Se aprecia un verdadero encuentro entre ellas y sus maridos. Längle (2000a, 32) dice al respecto “en el encuentro estoy dirigido hacia lo que otro piensa, opina y también hacia lo que para mí es importante”. Vemos que, en este encuentro, ambas partes se ven enriquecida.

Sin embargo, la entrevistada dos y tres no se sienten apreciadas ni consideradas, por determinadas personas. La segunda entrevistada, aún tiene la esperanza de que sus nietos algún día le demuestren su aprecio y la tercera entrevistada siente que en el único ámbito donde no recibe respeto ni consideración, es en lo laboral, precisamente, por parte de su jefe. Esto data de una *Apreciación Valorativa* y *Consideración* negativa.

Atravesar la experiencia de cáncer de mama, dejó como resultado un mayor valor de sí mismas, aceptación del propio cuerpo, mayor conexión con los sentimientos, sentimientos de valentía y pérdida de miedos.

Gracias al trabajo de duelo que han podido elaborar en esta etapa, ellas han logrado entablar una nueva relación con su cuerpo y, por lo tanto, con ellas mismas. Se da una reconciliación con sus cuerpos y una aceptación de los mismos. Se trata de un perdón a ese cuerpo que fue tratado injustamente y por el cual sintieron vergüenza, bronca, tristeza y enojo. Hoy, mirarse al espejo despierta otros sentimientos “**yo me miro y me siento divina**”, “**yo me miro y me siento espléndida**”, “**siento mi cuerpo lindo**”. Längle (2000a) al respecto explica, para poder formar esta representación, primero debo separarme del acontecimiento traumático y así poder tomar posición y establecer un correcto enjuiciamiento de aquello que pasa.

Por último, se explicará cualitativamente los resultados de la Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia. Se aprecia que todas las Condiciones Básicas de ésta motivación, se encuentran desarrolladas.

No es suficiente con que las mujeres se hayan podido encontrar a sí mismas para hablar de una existencia plena, sino que es necesario que hayan podido trascender, es decir, que hayan podido encontrar un Sentido que implique poder incorporarse en un contexto más amplio.

Längle (2003b, 2) presenta la siguiente pregunta existencial “¿qué debería venir conmigo y qué debería surgir de mí?” Esta pregunta pone a la persona de cara al futuro. El futuro se abre porque ahora la persona puede ver que ese “ser aquí” no es para siempre. El mundo llama a la persona, la interroga y ésta está obligada a dar una respuesta ¿qué harás con esto que te está

ocurriendo? La persona debe abrir bien los ojos para ver el horizonte y la posición que ocupa en éste y así elegir qué hacer. Se requiere de una acción para dar una respuesta. Se busca vivir la vida dejando una huella y cuando se logra dejar el sello, es cuando se vivió plenamente.

Aquí entra en juego la siguiente pregunta ¿para qué es bueno que ellas se encuentren en este mundo?

Para continuar realizando actividades valiosas en sus vidas. A través de estas actividades ellas se sienten productivas, requeridas y que aportan algo valioso al mundo.

Vemos que aparte de aparecer el Sentido, también están presentes las tres Motivaciones anteriores: ayudar a otras personas, es poner en funcionamiento sus capacidades y hace referencia a la Primera Motivación, transitar el proceso acompañadas resalta lo valioso de las relaciones y esto hace referencia a la Segunda Motivación y en el amor, el respeto, la compañía, el apoyo y la escucha, se deja al descubierto lo auténtico de ellas en ese accionar y aquí se aprecia la Tercera Motivación.

En esta etapa de recuperación, como se puede ver, se ha dado el *Giro Existencial* frankleano (Längle, 2000a) que consiste en abrirse al mundo y ver de qué se trata y quedar abierto a las preguntas que vienen hacia la persona. A esto Längle (2005b, 11) lo denomina "Actitud Fenomenológica". En el caso de las mujeres de la muestra, ellas pasan de preguntarle a la vida porque enfermaron de cáncer (Actitud receptiva) a aceptar ser preguntadas por la misma ¿qué harías con esto que te ocurrió? ¿para qué te sirve haber pasado por la enfermedad? (Actitud Fenomenológica). Frente a estas preguntas, las tres coinciden en querer ayudar a otros y el haber atravesado la enfermedad sirvió como aprendizaje para vivir sus vidas más plenamente.

Längle (2005b) explica, que sólo cuando podemos hacer aquello que queremos, estamos más cerca de nuestro propio ser. Podemos decir que la libertad nos abre el camino hacia nosotros mismos, hacia nuestra esencia. En estas acciones comentadas por las mujeres, se observa que no han sido obligadas a llevarlas a cabo, al contrario, han actuado con libertad ya que las elecciones han sido propias. Las decisiones han sido tomadas con libertad. Se contempla que estas mujeres logran vivir la libertad con sentido.

En cuando al *Valor en el Futuro*, se aprecia que las mujeres se proyectan en un futuro emprendiendo tareas que hasta el momento no habían podido realizar por diferentes motivos. Así como también se proyectan continuando el recorrido de sus vidas junto a sus maridos y familias.

CONCLUSIONES

Se dio comienzo de la presente investigación, planteando como objetivo principal el interés de investigar cómo se encuentran las Motivaciones Fundamentales de la Existencia en mujeres que han tenido cáncer de mama y que se encuentran en etapa de recuperación. Precisamente, la investigación apuntó a analizar cuál o cuáles de las motivaciones se encontraban y encuentran más desarrolladas y cuál o cuáles más afectadas.

Se analizaron las Cuatro Motivaciones de la Existencia en la etapa de afrontamiento de la enfermedad y en la etapa de recuperación.

Se trabajó con una muestra conformada por tres mujeres que cumplieron con los criterios de selección. Se aplicó la Entrevista Semiestructurada como instrumento de recolección de datos. Una vez que se reunió la información necesaria, se procedió al análisis y discusión de resultados. A partir del análisis y discusión, se llegó a las siguientes conclusiones:

Etapa de afrontamiento de la enfermedad

Para explicar el proceso de cáncer de mama, que abarca desde el diagnóstico hasta la culminación del tratamiento, me remito a pensar e imaginar este proceso como el tránsito por un túnel largo, oscuro, pero en el que al final hay luz. Esta luz no siempre puede ser vista, así como el camino por el túnel no siempre puede ser transitado en su totalidad, pero lo extraordinario está en aquellas personas que han logrado vivir con plenitud lo largo o lo corto de ese camino.



Recibir la noticia de tener cáncer de mama, deja a muchas personas atónitas y es en ese momento donde se entra en un túnel al que no se le ve salida. Para transitar el camino del mismo, se necesita la seguridad de un piso firme. Por momentos este suelo se presentará con rocas, pozos, roturas, que serán un obstáculo y una dificultad en su tránsito. Pero depende del coraje de la persona y la confianza de la misma para decir “Sí puedo caminar por el mismo, a

pesar de las condiciones en las que me encuentro". Esto se ve reflejado en el caso de las mujeres de la muestra. El suelo sólido y firme que les regaló *CONFIANZA* para emprender el paso por la enfermedad, está representado por todas aquellas personas allegadas que, a través de una palabra o una acción, transmitieron seguridad y tranquilidad en un momento de mucha turbulencia.

Las tres mujeres se arraigaron con fuerza a la fe en un ser superior. Se entregaron al poder de sus creencias, dejando en las manos de Dios y la Virgen sus vidas. El creer en algo que se encuentra más allá de las posibilidades de cada persona, es lo que alienta a la *CONFIANZA FUNDAMENTAL* y sujeta para no caer en el abismo.

Se aprecia que la condición *Sostén-Confianza* es la más desarrollada en la Primera Motivación, pero también se encontró afectada. En el periodo de la enfermedad, las tres mujeres experimentaron cambios en su salud y en sus cuerpos, que las llevó a tener que suspender determinadas actividades que llevaban a cabo antes de enfermar. Aquel cuerpo enfermo, a causa de los tratamientos a los que debían someterse, despertó inseguridad en las mujeres.

Como ya se explicó, la Segunda Motivación Fundamental de la Existencia hace referencia a las relaciones que las personas establecen con los otros y lo otro. Se puede caminar por el largo túnel, solos o acompañados. En el caso de las tres mujeres, el acompañamiento de los otros nunca dejó de existir. Transitar acompañados por otros significativos, ayuda a que el peso resulte ser un poco más liviano, moviliza sentimientos satisfactorios. Las mujeres experimentaron relaciones valiosas que las alentaron a continuar por el camino sin bajar los brazos. Se observa que la condición *Relación-Sentimiento*, cuando se trata de la relación con los otros, se encuentra desarrollada obteniendo un gran porcentaje de puntajes positivos en relación a la misma. Pero en cuanto a la relación con la vida, se aprecia que ésta se encontró afectada durante la etapa de afrontamiento de la enfermedad. Se observa que esta etapa significó para las mujeres una etapa de muchas pérdidas y cambios. En el camino de la enfermedad, experimentaron la pérdida de sus actividades laborales y domésticas, pérdida de vitalidad, salud. Esta realidad, despertó en las mujeres sentimientos como: tristeza, sufrimiento, dolor y llanto. En estas pérdidas, se pierden trozos de vida. Esto nos habla de una Segunda Motivación Fundamental de la Existencia afectada.

Con respecto a la Tercera Motivación es tan importante que el ser humano reciba valoración, respeto, aprecio, comprensión, compasión, consideración, por parte de los otros, pero también por sí mismo. En el caso de las mujeres participantes, se observa que la *Apreciación Valorativa, Consideración y Justificación* han recibido influencias positivas fundamentalmente en el trato con los demás. Pero en el trato consigo mismas, se obtuvieron influencias negativas: mirarse al espejo y percibir una figura que no es la deseada, las colocó

en un lugar donde habían perdido aquellos atributos que las caracterizaba, afectando a la imagen de sí mismas y su autovaloración.

Por último, se infiere que las tres mujeres se encontraban tan agobiadas afrontando la enfermedad, que resultaba difícil autotranscender esa situación y poder encontrar realización en otras actividades que aporten sentido a sus vidas. La Cuarta Motivación fue la motivación más afectada en la etapa de enfermedad.

Etapa de recuperación

Esta etapa puede pensarse como los últimos pasos para salir del túnel y donde ya es posible ver la luz de aquel mundo que espera a la persona, para que ésta despliegue su existencia en él.

Las entrevistadas experimentan: un cuerpo recuperado que les da la posibilidad de mantenerse en pie con firmeza, la compañía de quienes se mantuvieron a sus lados transmitiendo esperanza y un mundo que les permite ser. En este momento han recuperado el sentimiento de PODER SER. Esto refleja una Primera Motivación Fundamental plenamente desarrollada.

Cuando la persona Puede ser en el mundo, con las condiciones y posibilidades que éste plantea, es cuando puede Vivir en el mismo. Es decir, a partir de ese momento, es cuando establece una relación profunda con la vida. En el caso de las mujeres que participaron de la muestra, aceptan las condiciones en las que se encuentran en esta etapa y deciden vivirla, con todo lo bueno o difícil que plantee el camino.

Se aprecia que haber atravesado el cáncer de mama y recuperado la salud, dejó en las mujeres de la muestra un valioso aprendizaje. Aprendieron a darse el tiempo necesario para vivir la vida en todas sus dimensiones, para detenerse y disfrutar de las pequeñas cosas que se presentan en el día a día. El Valor Fundamental resultó fortalecido, enriqueciéndose su calidad de vida.

Regresar a las tareas laborales y haber comenzado actividades nuevas y deseadas, aumentaron su gusto por la vida.

Frente a lo anteriormente descrito, es importante resaltar que la Segunda Motivación Fundamental es la motivación más desarrollada en la etapa de recuperación.

No solo se afianzó el Valor por la Vida, sino también el Valor de sí mismas. En este momento del proceso, no sólo se da el encuentro con los otros, sino que se experimenta un verdadero encuentro con ellas mismas. En este encuentro aparece el amor, la aceptación, el abrazarse a sí misma y valorarse con lo que se tiene y con lo que se perdió. Se da un perdón por haberse tratado injustamente y un aprender a valorarse con todo lo que las conforma

como personas. Esto hace referencia, a una Tercera Motivación Fundamental desarrollada positivamente.

En esta etapa al verse afianzadas las primeras tres motivaciones, pueden abrirse nuevamente a la pregunta por el sentido de sus vidas: “¿Para qué es bueno estar aquí?”. Ahora es posible abrirse a la trascendencia, contribuir con algo valioso al mundo. Las tres mujeres hoy se encuentran llevando a cabo actividades nuevas y retomaron aquellas que realizaban antes de enfermar. Sus miradas están puestas no solo en el aquí y ahora, sino en proyectos futuros. Las tres Condiciones Básicas que constituyen la Cuarta Motivación Fundamental, han obtenido solo puntajes positivos y ninguna influencia negativa. Esto muestra una Cuarta Motivación Fundamental plenamente lograda.

Haber transitado por el camino del cáncer de mama y haber experimentado lo valioso del acompañamiento de otras personas en el largo, difícil y oscuro proceso de la enfermedad, dejó en las mujeres el deseo de ayudar a otras personas que se encuentren atravesando ésta enfermedad u otra, aportando lo mejor de cada una de ellas con el objetivo de sostener, junto al enfermo, el peso de la enfermedad.

“NO HAY BATALLA PERDIDA SI SE LUCHA, PERO CUANDO ESTA LUCHA ES ACOMPAÑADA”.



Cuando las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia pueden ser vividas adecuadamente y percibidas en su profundidad, representan las condiciones fundamentales de una existencia plena. Sobre estas bases el sujeto forma su noción específica acerca de la realidad.

A partir de los resultados obtenidos y las conclusiones arribadas en la presente investigación, se hace necesario reflexionar sobre algunos aspectos con el objeto de sugerir posibles y futuras intervenciones e investigaciones que generen una mayor aproximación a la temática.

Finalizar una investigación, siempre posibilita el ejercicio de seguir cuestionándonos acerca de elementos que se trabajaron en la investigación y no se profundizaron o que directamente no se trabajaron aquí y que resulta considerable investigar.

Uno de los temas relevantes que sería útil trabajar, es en la utilización de la escucha clínica, entendiendo que la experiencia de cada persona es un punto central para el tratamiento. Es decir, se remarca la importancia de brindar un espacio donde se apunte a un acercamiento al relato de las mujeres sobrevivientes al cáncer de seno, en relación a su experiencia vivida durante el transcurso de la enfermedad y en su presente situación de recuperación, explorando aquellos elementos que les permite realizar el pasaje de la enfermedad a la salud.

Esta mirada también puede contribuir a la planificación de estrategias que beneficien el afrontamiento de esta enfermedad en términos psicológicos. Por tanto, se busca que las mujeres inmersas en tal realidad, puedan realizar un ejercicio reflexivo entorno a su experiencia vivenciada y así puedan darse cuenta de las capacidades, fortalezas y potencialidades que tuvieron y/o desarrollaron durante el proceso de la enfermedad, con el fin de que logren reconocer y cuestionar la postura de vida en el presente favoreciendo procesos continuos de confrontación y movilización al cambio para una mejor versión de sí mismas.

Alrededor del cáncer de mama, giran muchos mitos. En muchos casos, los mitos que se arrastran de hace muchos años, ponen en peligro la salud mental de las personas. Investigar sobre cómo influyen esas creencias en la vida de la persona, ayudará a pensar planes de promoción con el objetivo de romper con falsas creencias que llevan a muchas personas a caer en pozos de tristeza y depresión.

Se analizó en los discursos de las tres entrevistadas, lo básico e indispensable que resulta el acompañamiento de las familias tanto en la etapa de afrontamiento de la enfermedad, como en la etapa de recuperación. En la presente investigación, el foco estuvo puesto en la persona portadora de la enfermedad, en cómo ellas vivieron existencialmente el proceso de cáncer de mama. Pero no se debe olvidar que ese entorno cercano a ellas también son personas que sufren y padecen la enfermedad del familiar afectado. Por esto, se plantea trabajar en una mirada más amplia que también abarque a las familias, conocer cómo ellos experimentan la realidad en la que viven.

BIBLIOGRAFÍAS

American Cancer Society (2017). *Cáncer de seno- La vida como una sobreviviente de cáncer de seno*. Consultado en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/la-vida-como-una-sobreviviente-de-cancer-de-seno/las-emociones-y-el-cancer-de-seno.html>

Almanza Muñoz, J. y Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología*, 46, (3), 196-206.

Asociación Española contra el Cáncer (2014). *Cáncer de mama*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer.

Asociación Española contra el Cáncer (2017). *Inicio- Sobre el cáncer- Cáncer por localización-Cáncer de mama-Síntomas*. Consultado en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/quees.aspx>

Bayo Calero, J. L.; García Mata, García mato, J.; Lluch Hernandez, A. y Maganto, V.V. (2007). *Cáncer de mama. Cuestiones más frecuentes*. Madrid: Grupo Editorial Entheos.

Casanova, J. (2006). El trabajo de duelo y su significación existencial. *Documento de cátedra*. Facultad de psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza. Argentina.

Croquevielle, M y Traverso, G (s/f). *El análisis existencial de Alfried Längle: La conducta en una vida con aprobación y consentimiento*. Chile: ICAE. Recuperado de http://www.academia.edu/4831873/El_an%C3%A1lisis_existencial_de_Alfried_L%C3%A4ngle_La_conducta_en_una_vida_con_aprobaci%C3%B3n_y_consentimiento

Cruzado, J. A. (2003). La Formación en Psicooncología. *Revista Psicooncología*, 0 (1), 9-19. Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia>

Demaria, V. F. (s/f). *Impacto frente al diagnóstico de cáncer y su afrontamiento* (Tesis de Licenciatura Inédita). Universidad del Aconcagua, Mendoza.

Fernández Crespo, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2-3), 169-180.

Fundación imagen y autoestima (2013). *Imagen corporal: por la promoción de la salud y la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. Consultado en: <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion/imagen-corporal>.

Funes Illuminati, C. (2010). *El fenómeno psicossomático desde una perspectiva psicoanalítica. Una articulación con el cáncer de mama* (Tesis de Licenciatura Inédita). Universidad del Aconcagua, Mendoza.

García- Pelayo, R. y Gross (1997). *Diccionario enciclopédico ilustrado*. México: Larousse.

Hernández Sampieri, R.; Fernández, C. & Baptista P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Instituto Chileno de Análisis Existencial (2017). Existencia. *Revista Interamericana de Análisis Existencial*, 20 (2), 1-72.

Instituto Nacional del Cáncer (2016). *Acerca del cáncer- Tipo de cáncer - Cáncer de mama- El cáncer de mama en cifras en Argentina*. Consultado en: <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-de-mama/>

Instituto Nacional del Cáncer (2016). *Acerca del cáncer- Tipo de cáncer - Cáncer de mama- Que es*. Consultado en: <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-de-mama/>

Längle, A. (2000a). Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia. *Seminario dictado en Buenos Aires*, (5-38), Transcripción: Lic. Graciela Caprio.

Längle, A. (2000b). Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia. *Seminario Buenos Aires*, (1-20).

Längle, A. (2002a). La 2° Motivación Fundamental: Vivir. El gusto de la vida, como valor básico. La pregunta por el valor de la vida. La relacionalidad de la existencia. *Material de instrucción de formadores*, (1-7), Traducción de N.A. Espinosa.

Längle, A. y Espinosa, N. (2002b). *Ser Si Mismo, Vivir Auténticamente*. Conferencia dictada en la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua, organizada por la Asociación Argentina de Análisis Existencial y Logoterapia, Mendoza.

Längle, A. (2003a). El arte de develar la Persona-Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia como estructura en el Proceso Motivacional. *European Psychotherapy*, 1 (4), 47-58.

Längle, A. (2003b). El Devenir. *Seminario dictado en Mendoza*, (1-25), Apuntes de Graciela di Caprio, revisado y ampliado por Michéle Croquevielle.

Längle, A. (2005a). *Aproximaciones para una antropología analítico-existencial*. Buenos Aires: Centro de Investigación de antropología analítico-existencial (CIANAE).

Längle, A. (2005b). *Soledad y Libertad: la búsqueda de sentido*. Conferencia dictada en la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua, organizada por la Asociación Argentina de Análisis Existencial y Logoterapia, Mendoza.

Längle, A. (2005c). El hombre en busca de sostén. Análisis Existencial de la Angustia. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 24 (2), 1-13.

Längle, A. (2008). La Espiritualidad en Psicoterapia. Entre inmanencia y trascendencia en el Análisis Existencia. *Revista de Psicología UCA*, 4 (7), 5-22.

Längle, A. (2009). Las motivaciones personales fundamentales. Piedras angulares de la existencia. *Revista de Psicología*, 5 (10), 7-24. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/motivaciones-personales-fundamentales.pdf>

Malca Scharf, B. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología. *P Y B*, 2 (2), 64-67.

Martínez-Basurto, A. E.; Lozano-Arrazola, A.; Rodríguez Velázquez, A. L.; Galindo-Vázquez, O. y Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13 (1), 53-58.

Ministerio de salud. Presidencia de la Nación (s/f). *Manual de enfermería oncológica*. Instituto Nacional del Cancer. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08 manual%20enfermeria_08-03.pdf

Organización Mundial de la Salud (2007). *Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Diagnóstico y Tratamiento*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Modulo4.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Temas de Salud - Cáncer*. Consultado en <http://www.who.int/topics/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Temas de Salud - Factores de riesgo*. Consultado en <http://www.who.int/topics/es/>.

Puente, J. y De Velasco, G. (2017). *Info Cáncer- ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?*. Sociedad Española de Oncología Médica. Consultado en: [http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla\(SEOM\)](http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla(SEOM))

Reinero, S. (2007). *La "dificultad de poner y aceptar límites" en el proceso de la enfermedad Cáncer de Mamas, desde una visión Analítico Existencial* (Tesis de Licenciatura en Psicología Inédita). Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.

ROCHE (2011). *Hablemos de El Cáncer de mama con Roche*. Madrid: Activos de Comunicación Visual, S.A.

Rodríguez Gómez, G.; Flores, G. & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe.

Rojas Jara, C. y Gutiérrez Valdés, Y. (2016). *Psicooncología. Aportes a la comprensión y la terapéutica*. Chile: Nueva Mirada Ediciones.

Ruda, L. (2013). Memoria de las Jornadas de Psicooncología 2009-2012. *Encuentros, retos y esfuerzos compartidos*. Recuperado de <file:///C:/Users/compa%20g/Downloads/2013%20Chapter%20Psico-Oncologia%20PUCP.pdf>

Sebastián, J.; Manos, D.; Bueno, M. J. Y Mateo, N (mayo, 2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18 (2), 137-161.

Simón, Y. (2010). *El Cáncer de mama y sus repercusiones en el ámbito laboral* (Tesis de Licenciatura). Universidad del Aconcagua, Mendoza. Recuperado de: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/30/tesis-966-el.pdf.

Tejerina Sanchez, C. (2008). *La Glándula Mamaria*. México: Fundación Santos y De la Garza Evia. Recuperado de: http://www.sitios.itesm.mx/webtools/Zs2Ps/libros/lagl_ndula.pdf.

ANEXOS



Universidad del Aconcagua
Facultad de Psicología

Consentimiento informado

Mendoza,.....de 2017.

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por la estudiante de la carrera Licenciatura en Psicología, LAZZARINI Betiana Gisel, perteneciente a la Universidad del Aconcagua. También he sido informado sobre los objetivos y detalles del Proyecto de Investigación de Tesina titulado “Cáncer de mama en relación con las Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia, en mujeres que se encuentran en una etapa de remisión.” El mismo se encuentra bajo la dirección de la Licenciada Asid M. Laura.

Comprendo y estoy satisfecho/a con la información recibida, contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran aclaradas. Por consiguiente, autorizo a que los datos sean utilizados de manera confidencial y anónima. Presto libremente mi conformidad, para participar en el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que soy libre para retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin ningún tipo de repercusión.

Firma, aclaración y DNI de quien autoriza:

<p>Mi marido estaba conmigo en el momento que la doctora me dio el diagnóstico, me agarró de la mano y me dijo que iba a estar todo bien. Cuando él me agarró de la mano yo sentí que iba a poder y que no me iba a morir.</p>		+										
<p>La oncóloga me explicó los tratamientos que íbamos a seguir y los efectos secundarios a causa de los tratamientos. Yo me entregué a la doctora y le pedí a Dios que me acompañara en este camino.</p>		+										
<p>Los primeros meses estaba muy pensativa, pensaba como iba a ser este proceso, si iba a poder sostener mi fuerza de voluntad.</p>		-										
<p>Se me cayó el pelo, bajé de peso, estaba bastante demacrada, no tenía pelos en las cejas, me sentía muy cansada.</p>		-										
<p>Cuando comencé el tratamiento y mi aspecto físico empezó a cambiar... me vino una gran tristeza y estuve un mes entero muy angustiada y lloraba mucho porque no me gustaba verme así.</p>						-						
<p>Más allá de toda esa angustia que me invadía, yo sentía que iba a salir adelante y lo iba a poder superar. Tenía miedo, pero mucha fuerza de voluntad. Tengo una familia increíble y junto a ellos sentía que era posible.</p>		+										
<p>¿Se sintió sostenida por algo o por alguien? Por mi familia principalmente: mi marido e hijos y por mis hermanos y dos amigos muy allegados y de muchos años, que nunca me</p>		+										

dejaron de visitar y alentar para que no abandonara ni bajara los brazos. También me sostuve de la fe en Dios, rezaba siempre y le pedía a Dios que me acompañara en este proceso tan difícil y que le diera fuerzas a mi familia también.												
Fue una etapa muy fea, tenía nauseas, después de las sesiones de quimio solía vomitar, tenía mareos, estaba muy demacrada, sentía mi cuerpo muy débil.			-									
¿En qué condiciones se dio la enfermedad? Estaba viviendo un momento feliz y grandioso en mi vida que me llenaba el corazón de alegría.						+						
Claro que sí podía ser en esas condiciones. Pensé en mis hijos, se encontraban en un excelente momento de sus vidas y eso me alegraba mucho y me daba fuerza para operarme y seguir con quimioterapia y rayos. Sólo pensaba en curarme rápido y poder estar presente en esos dos pasos grandes que estaban a punto de dar mis hijos.			+									
Los primeros días después de las quimio, me sentía muy cansada.			-									
Mi marido y mis hijos realizaban los deberes de la casa. Me cuidaron mucho durante el tratamiento.	+											
Varias veces antes de ir a los tratamientos, mientras me bañaba, lloraba y solo rezaba.		+										
Cuando se me cayó el pelo, lloraba mucho cuando me miraba al espejo y me veía pelada.... No me sentía para nada sexy así y me daba tanta vergüenza cuando en las noches debía sacarme el pañuelo o la peluca y mi marido me miraba pelada.								-				

<p>Él (marido) se daba cuenta que a mí me estaba pasando esto, entonces me sentó un día y me dijo que yo para él era hermosa y que no importaba si tenía o no pelo, que yo era bella así como era.</p>								+				
<p>Siempre he dicho que mi marido es la principal persona que me dio fuerzas en la etapa de la enfermedad.</p>			+									
<p>Si bien lloré junto a mis seres queridos varias veces, también siento que me guardé muchos sentimientos.</p>					-							
<p>Para que mi familia no se pusiera mal, yo los necesitaba fuertes para que me ayudaran a salir y sentía que si yo caía quizás ellos también podían caer.</p>			-									
<p>Mi familia, mis hermanos y amigos, fueron mi gran sostén.</p>			+									
<p>¿Se siente valorada y comprendida por los demás? Por suerte puedo decir que sí, mi familia siempre me valoró y comprendió y por eso me han tenido mucha paciencia cuando no tenía mis mejores días.</p>								+				
<p>Tengo una amiga en particular, que me hizo sentir tan bien en el proceso de tratamiento, porque me regalaba pañuelos, me regalaba pinturas, me daba consejos para peinar la peluca, un día me invitó a un spa de belleza (se ríe), hacía que yo me sintiera bella y me amara así como era.</p>								+				
<p>La relación con mi familia, mis hermanos y amigos, nunca cambió. La relación con esa amiga siempre fue magnífica.</p>						+						

Siempre respeté mis decisiones y mi familia también me respetó.									+			
¿Qué cree usted que le ayudó a superar la enfermedad? La esperanza, la fe y mi familia me ayudaron a superar esta enfermedad.			+									
Cuando comencé el tratamiento y mi aspecto físico empezó a cambiar...me vino una gran tristeza y estuve un mes entero muy angustiada y lloraba mucho.						-						
Solo pedía que pasara rápido el proceso de tratamiento y así poder volver a realizar mis actividades.					+							

Etapa de recuperación

FRAGMENTOS	1° M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUS	CAA	VINCM	VAF
¿Qué secuelas dejó el tratamiento? Siento que ha disminuido mi deseo sexual y eso me tiene bastante mal, porque con mi marido somos aun relativamente jóvenes y a veces pasan meses y no tenemos relaciones.						+						
Él me entiende y no me obliga a nada. Él me propuso acudir a un profesional para que nos ayude y nos guíe en este tema.									+			
¿Usted está de acuerdo con acudir a un profesional? Sí, todo lo que sea lo mejor para nuestra relación y que aporte cosas positivas a la misma, será bienvenido.									+			

Me amo mucho y las cicatrices son el resultado de una lucha contra una enfermedad tan voraz como es el cáncer, y cuando las veo recuerdo que costó pero lo logré.									+										
La relación con los demás, nunca cambió.									+										
Mimo todo el tiempo mi cuerpo y quienes están a mi lado también me miman.									+										
Siempre he recibido mucho amor y respeto por parte de los profesionales, familiares, amigos y compañeros del trabajo.										+									
Me amo mucho y yo sé que soy una gran madre y esposa o al menos lo intento todos los días (se ríe).											+								
Siento que aprendí a valorar las pequeñas cosas de la vida y sin dudas aprendí que el amor de mi marido, es inmenso e incondicional.										+									
Aprendí a darme tiempo para disfrutar una sonrisa, un abrazo, una reunión familiar, una caricia, sentarme en una plaza a sentir el aire, esas cosas.									+										
Gané valentía y muchas fuerza y siento que perdí miedos, hoy soy una mujer más valiente												+							
Pienso que Dios me dio una segunda oportunidad y debo aprovecharla al máximo y por eso decidí cambiar mi modo de vivir.											+								
Ahora me siento fantástica, agradecida de la vida, con muchas ganas de vivir y disfrutar.													+						
Retomé mi trabajo en el estudio y estoy pensando en remodelar mi oficina.																			+
Ya me ha crecido bastante el pelo, las uñas las tengo divinas, retomé natación y eso me está ayudando a bajar de peso, yo me miro al espejo y me siento divina (se														+					

ríe)													
Mi nieto que está hermoso, es la locura y la luz de mis ojos. Dios me lo mandó para seguir adelante y alegrarme la vida, después de tantas tristezas y preocupaciones que pasé. La noticia me alegró el alma y me llenó de una inmensa alegría.						+							
Siento que mi cuerpo está sano.			+										
Ya puedo volver a limpiar, a cocinar, a trabajar, puedo hacer natación y eso me está ayudando mucho a la movilidad del brazo.			+										
Lo más importante, es que puedo alzar a mi nieto y jugar con él.						+							
Mi hijo chico me dio la felicidad de recibirse hace unos meses atrás y me sentí feliz de haber podido estar ahí con él, compartiendo tan inmenso logro.						+							
Claro que siento que puedo ser en estas condiciones.			+										
Para mí la recuperación significa mucho, porque tengo la posibilidad de seguir abrazando a mis seres queridos y gozando de las cosas lindas de la vida.						+							
Hoy disfruto de todo eso y aprendí a equilibrar los tiempos para las dos cosas.					+								
Mi vida hoy la vivo como una nueva oportunidad para hacer todo lo que no he hecho hasta el momento.						+							
¿Qué es lo que le gustaría comenzar a hacer? Me encantaría ir a un lugar donde enseñen tejido, porque quiero aprender para hacerle ropita a mi nieto.													+
Ahora soy más amorosa y demuestro más lo que me							+						

pasa, antes me costaba decir lo que sentía y no demostrar muchas veces lo que me pasaba.												
¿Qué actividades la hacen sentir productiva hoy? Mi trabajo y la natación me hacen sentir productiva hoy.										+		
Me veo en un futuro viajando, siempre he querido conocer un lugar tan hermoso e inolvidable como es México junto a mi marido.												+
Ganas de ayudar a otras mujeres que se encuentran en la misma situación que yo estuve. No hay batalla perdida, si se lucha.										+		
Mi familia principalmente y seguir con los controles a pie de la letra para que todo continúe bien.						+						
Inteligente, luchadora, constante, madre excelente, esposa fiel, amable.							+					
También soy reservada y me cuesta demostrar todo lo que siento.							-					

SEGUNDA ENTREVISTADA

Etapa de afrontamiento de la enfermedad

FRAGMENTOS	1° M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUS	CAA	VINCM	VAF
¿cómo repercutió este hecho en su vida? Y al principio me costó mucho, yo amaba lo que hacía y estaba acostumbrada a estar todo los días con gente y charlar, tomar mates, reírnos juntas.						-						
Cuando enfermé nunca sentí la falta de cariño por parte de mis clientas, venían a verme y me daban aliento para seguir adelante.								+				

familia y principalmente para mi marido que era el que iba a estar a mi lado todos los días.												
También le pedía que me envolviera en su manto y me mandara bendiciones para poder sobrellevar lo que venía.	+											
¿Sintió que podía hacer frente a ese hecho? Claro que sí, yo sabía que iba a salir y no me iba a morir. Yo me sentía fuerte. Le hacía caso a la doctora en todo lo que no podía hacer, no hacía fuerza, no pasaba el lampazo, ni nada.			+									
Mi marido se encargó de todo eso, él me cuidó siempre.	+											
Por más que había dejado de hacer muchas cosas que me prohibió la oncóloga, yo nunca me sentí una enferma incapacitada.						+						
Yo soy muy creyente. Me acuerdo que cuando me dijeron que tenía cáncer de mama, estaba muy mal y me sentía caída, pero yo rezaba igual y le pedía a Dios. Pero yo nunca pensé que me iba a morir. Yo hablé con el cura de acá y él me dijo: a vos te sanó la fe que vos tenías, a parte de la medicina. Desde que me operaron, yo rezo el rosario todos los días, si no pude en el día lo hago en la noche, porque para mí me salvo eso, me ayudó a levantarme. La oncóloga me decía que hay muchas personas que se caen mucho, que se dejan caer, pero yo con la fe no caí.			+									
No eran las mejores condiciones en las que me encontraba cuando se dio la enfermedad, porque estaba aún atravesando la separación de mi hijo, pero nunca sentí que no podía ser, que no tenía posibilidades. Tuve la posibilidad de ir a un psiquiatra y trabajar varias cosas.			+									
Así como tenía a mis amigas del barrio que me venían a ver y compartíamos gratos momentos juntas y eso me alegraba						+						

<p>Quando me mandan al COIR me atiende el médico X y él me dijo: mamita vos tenés cáncer y vamos a luchar juntos, tenés que poner mucha parte tuya, no te tenés que caer.</p>			+								
<p>En la primera quimio se te va a empezar a caer el pelo y vas a quedar peladita y eso fue lo peor que yo sentí que me dijeron. Imaginate que yo toda mi vida fui peluquera y el pelo era lo más importante para mí. Una mujer con el cabello arreglado, es una mujer hermosa.</p>							-				
<p>Me sentía muy rara sin pelos y no me gustaba así como estaba.</p>							-				
<p>También fue difícil cuando me pusieron las transfusiones, me sentía muy mal cuando me las pusieron, se me bajaron muchos las defensas. Ahí me dio un bajón emocional. Mi marido y mi hermana me bajaron del auto y me acosté a dormir, recé antes de dormirme y le pedí a Dios refugio en él y me desperté recién al otro día a las doce del mediodía y cuando me desperté yo me sentía más recuperada, aliviada.</p>			+								
<p>¿Qué le dio fortaleza cuando se le cayó el cabello? Mi marido. Recuerdo que él me dijo que si yo quería usar pelucas él lo aceptaba pero que él me quería, así como estaba. El pelo crece me dijo y que no era el fin del mundo por no tenerlo.</p>							+				
<p>¿Esto modificó la relación con usted misma y con los demás? No, porque mi casa estaba llena y permanentemente de gente y yo estaba contenta lo que venía la gente, eso me ayudaba a no estar bajoneada.</p>						+					
<p>Con las únicas que cambió mi relación, fue con mis hermanas porque ellas no entienden que yo no puedo estar en lugares donde haya enfermos o ir a velorios o donde hay mala onda y ellas se enojan.</p>							-				

Etapa de recuperación

FRAGMENTOS	1° M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUS	CAA	VINCM	VAF
Siento que he quedado nerviosa, a veces le contesto mal a Jesús (su marido) y nos ponemos a pelear, pero es porque ando nerviosa.... Hay veces que me levanto rebelde y esos días se hace difícil la relación con mi marido.						-						
No sé porque ando nerviosa y esto me hace sentir bronca conmigo misma, pero no sé porque siento todo esto.				-								
Acá en el barrio me conoce todo el mundo porque toda mi vida tuve peluquería. Me llevo muy bien con todos y se preocupan mucho por mí.						+						
¿Se siente valorada y comprendida por los demás? Claro que sí, principalmente por mis hijos y mi marido.							+					
Me gustaría ser valorada por mis nietos, pero bueno quizás algún día pueda ser.								-				
Por mis amigas, vecinas y compañeras de yoga.... actualmente lo siento porque por ejemplo Elsa me entiende cuando yo no puedo hacer ciertos ejercicios en Yoga y me hace hacer otros.							+					
Mi marido se va a buscar para desayunar y nos ponemos a tomar mates juntos.						+						
Yo me quiero (se ríe y abraza) yo soy una buena persona y muy cariñosa con todo el mundo.								+				

el gran compañero de la vida, los hijos hasta ahí. Él me bañaba, él me hacía de comer, él tendía la ropa y hoy puedo hacer muchas cosas pero lo que no puedo hacer lo hace él.												
¿Cómo siente su cuerpo hoy? ¡Divino! Voy a Yoga, trabajo mi brazo, mi mano, los pies que a veces se me adormecen. Yo me miro y me siento espléndida.								+				
¿cómo se siente cuando vas a yoga? Feliz, me encanta.						+						
Vivo con mi marido, los dos solitos y estamos muy bien, nos acompañamos el uno al otro, charlamos mucho, vemos tele y no solemos levantarnos muy temprano porque no tenemos mucho para hacer.						+						
Cuando me baño me miro al espejo y me digo: ¡qué bien que estas y ahora si estas linda y alegre como lo fuiste siempre!								+				
¡Yo me quiero!								+				
Yo quiero seguir adelante y durar muchos años más.												+
Yo amo mi familia y mi vida. Yo quiero mucho a los vecinos, porque ellos me apoyaron mucho y siempre tuve una relación excelente con ellos, muchas vecinas me cuidaban los niños cuando yo tenía que ir al centro a hacer trámites Y ahora cuando estuve enferma, también han estado.						+						
Sigo siendo alegre, conversadora, sociable, no siento que haya cambiado porque considero que siempre conservé eso en mí.							+					

<p>¿Qué actividades la hacen sentir productiva? Todo lo que tenga relación con la peluquería, por eso le corto el pelo a la señora de la vuelta, le hago los rulos a mi vecina de al lado, todos los viernes voy a la casa de una señora a peinarla y me está esperando porque me quiere un montón, le hago la permanente a Marta que es la señora del kiosco.</p>							+					
<p>Toda la vida la peluquería me encantó y no me quejo porque sigo haciendo cositas y eso me hace sentirme útil.</p>										+		
<p>¿Qué es lo que le gustaría comenzar a hacer? Viajar no, porque le tengo miedo. Seguiría haciendo yoga porque me hace muy bien y me dan ganas de hacer cosas cuando vuelvo de las clases.</p>										+		
<p>¿Se ve en un futuro haciendo algo que hasta el momento no ha realizado en su vida? Me veo junto a mi marido compartiendo charlas, mates y una hermosa compañía, continuar envejeciendo junto a él.</p>												+
<p>-Toda esta experiencia ¿piensa que pudo dejarle algo? Ayudar a los enfermos en lo que pueda, porque es muy triste estar enferma y no ser acogida por alguien. Yo he tenido muchos a mi lado por suerte, pero hay gente que no tiene esa suerte.</p>												+
<p>No me puedo quedar quieta, siempre tengo que andar haciendo algo, no puedo estar sentada. Lo más positivo de mí, es la fuerza de voluntad para estar bien, logré salir del cáncer porque soy luchadora.</p>								+				

levantarse y abrazarme y llorar y yo ahí les dije: para que vamos a llorar, si ustedes me apoyan entonces vamos a seguir con los estudios y tratamientos que me diga la doctora el día lunes. La idea es que Dios me ayude también y salgamos para adelante.												
En ese momento me sentí sostenida por todos ellos. Yo no quería que ellos lloraran porque nos desmoronábamos todos. Tratamos que la vida siguiera igual y yo necesitaba estar fuerte, pero si ellos me ayudaban. Si todos llorábamos y nos deprimíamos, yo ahí iba a estar mal y yo necesitaba fuerza y energías positivas.			+									
Yo sentí que les di ánimo a todos y así todos ellos me pudieran ayudar y contener.			+									
¿cómo tomó esa noticia? Yo le dije a mi familia que lo dejaba en manos de los médicos y en manos de Dios también. Yo soy muy religiosa, muy católica y rezo mucho pidiendo ayuda y sanación en mis oraciones.			+									
Esa fuerza que tuve, viene de Dios, viene del cielo y por eso me emocioño tanto cada vez que hablo de la religión (deja caer lágrimas)				+								
Me la pasaba rezando y pedí tanto, que me han ayudado totalmente. Para mí fue una ayuda celestial. Es más, cuando yo entré al quirófano cerré los ojos pensando, rezando y comencé a ver un humito verde y dije: ¡acá está la salud! Y me quedé re dormida.			+									
Para mí era lo mejor que la doctora me haya atendido a tiempo y que me sacaran lo que tenía, no quería esperar que pasara el tiempo y se expandiera.					+							
Como no te dejan entrar con nada al quirófano, yo corté la imagen de la virgen de una cadenita y me la até en el cabello				+								

<p>La fortaleza que tiene cada uno es una consecuencia de cómo uno se fue formando desde pequeña hasta ser grande. Yo creo que hay personas que están más sostenidas y hay otras que se decaen y se deprimen mucho. Quizás se tiran abajo, quieren que todos las acompañen, las mimen, en cambio hay otros casos que salen para adelante, que son fuertes. Pero todo esto va arraigado a cada personalidad, es decir, como se formó esa persona y que si llega a esa enfermedad, cada una lucha de distinta manera.</p>									+			
<p>Los meses que duró el tratamiento con quimio, los tres o cuatro primeros días, tenía náuseas, vómitos, descomposturas, palidez y mucho cansancio, sentía mi cuerpo muy cansado.</p>			-									
<p>Eran distanciadas las quimio, era una vez al mes, en esa atapa decaía y se me bajaban los glóbulos rojos.</p>			-									
<p>En la segunda quimio fue más drástico, sentí más descompostura, estaba pálida, tenía náuseas, vomitaba y ahí sí sentí que fue agresivo para mi cuerpo, no tenía apetito...se me empezó a caer el pelo en esa segunda quimio.</p>			-									
<p>Y la verdad que no se sentía bien, no es agradable ir a quimio y radio. Angustiaba un poco, pero trataba de no pensarlo.</p>						-						
<p>¿Qué fue lo más difícil que le tocó vivir en el proceso de tratamiento? Que se me cayera el cabello. Después de la segunda quimio, que fue a la tercera o cuarta semana de la primera, cada pelito largo que tenía se me iba cayendo como las hojitas en otoño. Sabía que esto iba a pasar, porque me lo dijo la doctora. Reconozco que no me gustaba verme así, extrañaba mi hermoso pelo largo y que tanto cuidaba.</p>							-					

El peluquero me alentaba y me decía que esto se me iba a pasar, que él también había tenido cáncer y también había estado pelado y lo había podido superar y que mirara lo bien que se encontraba ahora.			+									
Con el tiempo las salidas comenzaron a ser más restringidas porque las defensas se me iban bajando cada vez más y se me prohibían las visitas por las bajas defensas.						-						
Pero siempre acompañada de mi marido, él nunca me dejó sola.			+									
¿qué secuelas dejó el tratamiento? La cicatriz en el pecho, una pequeña quemadura en la piel y dolores en los pies y las manos a causa de las quimios ya que se han dañado las terminaciones nerviosas.			-									
Para mí no modificó ni la relación conmigo misma ni con los demás.						+						
Siento que tuve el 80% de apoyo.			+									
El otro 20% desaparecieron, se enteraron y ni siquiera me preguntaron.			-									
Ese 80% de quienes sí estuvieron como lo es mi familia, mis padres, mis alumnas, amigas de siempre, yo siempre sentí respeto, aprecio, mucho amor, me llamaban siempre por teléfono, me venían a ver.								+				
Cuando estaba en tratamiento, las chicas me mandaban mensajitos para juntarnos y yo les explicaba que si estaban enfermas por favor no vinieran porque mis defensas no estaban bien y si no les decía que se vinieran con un barbijo y listo y las chicas se reían y a veces venían con barbijo o me pedían porque yo acá tenía. Nunca me dejaron de venir a ver, aunque sea con barbijo (se ríe).						+						
Eran amigos nuestros del club, sus hijos juegan al básquet con nuestro hijo. Yo le decía a mi marido: viste al final siempre nos									-			

hemos ido de viajes juntos, hemos hecho gimnasia juntas y no fueron capaces de llamarme y preguntarme como estaba, si necesitaba algo, si podían ayudar en algo.													
Yo siento que me he respetado en todo lo que he decidido.							+						
Me he apreciado porque siempre cuidé de mi cuerpo y me ocupé de ir a todos los médicos necesario para estar bien.								+					
¿Qué cree usted que le ayudó a superar la enfermedad? Dios, mi fe.			+										
Trataba de demostrar lo que me pasaba, porque justamente yo buscaba apoyo de mi familia y traté de ser lo más abierta posible.			+										
Yo siento que mis hijas lo fueron madurando conmigo porque nos contábamos todo y juntas investigábamos sobre el tema. A mi hijo chico le conté que se me iba a caer el pelo y que por favor no se asustara y él me dijo que yo no me hiciera problema por eso porque a él no le importaba lo que los demás fueran a pensar.							+						
Obvio que por ahí me quebraba, estaba capaz que mirando una novela y pasaban un caso parecido y me largaba a llorar porque recordaba por lo que estaba pasando y me preguntaba que porque me había pasado a mí. Pero me desahogaba y se me pasaba. Quizás en ese momento no había nadie o estaba alguna de mis hijas y ellas me contenían.			+										
Recuerdo un día que fuimos con una amiga a la Virgen del Challao y le dije al padre que tenía cáncer y él me empezó a hablar y exploté en llanto y me daba cosa por estar llorando así en público y mi amiga me decía que era bueno llorar, que tenía que hacerlo y que la gente lo iba a saber entender.							+						

Sentía que no podía ser, ya que me encontraba presionada por la situación. Por un lado mi marido que me decía que no fuera más porque no me alcanzaba la plata ni para comprarme un par de zapatos y yo que quería seguir yendo porque me gustaba lo que hacía, era feliz haciendo eso.			-										
La relación con mi jefe no era buena.						-							
Él es una persona agresiva, violenta, maleducada, irrespetuoso y trataba mal a todo el mundo, hasta su propia mujer que trabajaba ahí también. Todo esto yo creo que es una de las causas de que se activara el cáncer.								-					

Etapa de recuperación

FRAGMENTOS	1° M			2°M			3°M			4°M		
	PRO	ESP	SOS	CER	TIE	RE	CON	APRE	JUS	CAA	VINCM	VAF
Tengo tres hijos...hoy nos llevamos muy bien.						+						
Me recomendaron comenzar con una kinesióloga especializada en mamas y gracias a ella y todo el esfuerzo que pongo, ya puedo levantar el brazo, prenderme el corpiño y peinarme sola.			+									
Ya había pasado por radio, quimio, remedios y tenía desesperación por disfrutar. Iba a la playa en las mañanas con lentes, remera, gorrita, protector solar 65, pero yo estaba chocha y sino estaba bajo la sombrilla mirando el agua. Yo disfrutaba de esto que nos da Dios, que es la vida, el día a día y agradezco también la compañía de mi familia y de todos los santos.						+						
¿Cómo se sintió cuando regresó a la rutina laboral? Hay me sentí feliz, me encanta hacer esto, dar clase y estar rodeada de gente que escuche mis teorías y prácticas, me encanta.						+						

Amo a mi familia y ellos son lo mejor que Dios me pudo regalar.								+					
Mis padres y mis hermanos también me dan fuerza para seguir adelante.			+										
Mis papás ya son grandes y yo los disfruto cada vez que voy a verlos o ellos vienen para acá. Siempre les llevo cosas ricas o hago cosas ricas cuando vienen a vernos						+							
También me da fortaleza pensar que en algún momento voy a tener mi propio taller.													+
¿Cómo siente su cuerpo hoy? Lo siento lindo, gracias al tratamiento con el doctor X y gracias a la Zumba he bajado 10 kilos								+					
La oncóloga me dice: ya estas apta para hacer gimnasia, para hacer dieta porque tenés que bajar esos kilos de más, si quieres trabajar, ya puedes hacer vida normal pero sin hacer esfuerzo, tenés que cuidar tu brazo. En ese momento me sentí tan aliviada y contenta.						+							
Ahí empecé y quería hacer todo junto (se ríe) me sentía tan bien el poder volver a realizar mis cosas.										+			
Me encuentro dando clases en el instituto y en mi casa de alta costura, además doy catequesis y canto en el coro. Claro que siento que puedo ser en estas condiciones en las que me encuentro y siento que hoy en día tengo las posibilidades de hacerlo y el apoyo de mi familia para continuar haciéndolo.			+										
¿Cómo es la relación con su vida ahora? La mejor, siento que vivo una vida hermosa y no tengo motivos para estar mal.						+							
No tenemos la vida comprada y por eso cada día que pasa lo vivo a pleno y todo lo que hago, lo hago con gusto.						+							
¿Qué es lo que le gustaría comenzar a hacer? Yo hoy trato de dar mi semillita de alegría a donde sea y entregar amor a quien lo necesite.								+					

Toda esta experiencia ¿piensa que pudo dejarle algo? Mucho valor a mí misma.								+				
Hoy en día si no tengo ganas de seguir cocinando, guardo todo y me doy el tiempo para disfrutar una novela o lo que estén dando en la tele y si no me voy a dormir, antes me quedaba hasta las cuatro de la mañana para terminar mi trabajo.					+							
Siento que todo esto me dejó herramientas y un pensamiento más reflexivo, un mayor valor a mí misma y un disfrutar de la vida.									+			
Me dejó fortaleza.			+									
Luchadora, amable, perseverante, servicial, compañera, humilde.								+				
Lo que no me gusta de mí, es que no me ayuda el carácter para enfrentar por ejemplo a mi jefe o decir muchas veces las cosas que no me gustan.								-				