



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

“Análisis de la Toma de Posición en un caso de adulto joven con cáncer desde la perspectiva Existencial”

Alumno: Bustos, Leonardo Daniel

Directora de Tesina: Lic. Ana Gómez

Mendoza, 2017

Hoja de evaluación

Tribunal examinador:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora invitada:

▶ Lic. Ana Gómez.

Calificación:

Agradecimientos

Quiero dar las gracias a todas aquellas personas que me ayudaron a transitar este hermoso camino, especialmente...

A mis padres, Beatriz y Ramón, por su amor, paciencia y dedicación hacia mí, en todo momento. A mi hermana Silvina, por brindarme su apoyo constante aún en los momentos más duros.

A mi abuelo Manolo, mi ángel guardián, por enseñarme todo aquello que importa en la vida y por demostrarme que pese a toda adversidad, es posible alcanzar tus metas.

A Julieta, mi compañera de camino y amor de mi vida, por amarme incondicionalmente y sostenerme siempre. Por ofrecerme cada día su luz y bondad; y aún más por brindarme su apoyo y motivarme a seguir luchando por mis ideales.

A mis grandes amigos Julio; Pablo; Carla y Lucia (Laura), por sus oportunos consejos y por tantos momentos compartidos. Gracias por demostrarme el gran valor de la amistad.

A mis compañeros y compañeras de carrera.

A Patricia, por sus aportes metodológicos.

A mi directora Ana, por considerar de interés mi trabajo y dedicarle tiempo y esfuerzo.

A Marcela Alonso, por abrirme las puertas de FUNDAVITA y a Betiana, por proporcionar su testimonio de vida. Sin ellas la presente tesina no hubiese sido posible.

Al guerrero valiente y perseverante que yace en mi espíritu.

“El Esfuerzo y la perseverancia no le fallan a nadie”.

-“El Genin Eterno”- Masashi Kishimoto.



Resumen

La presente tesina aborda la temática de un adulto joven que padeció cáncer, desde la perspectiva de la Logoterapia y el Análisis Existencial.

El objetivo fue conocer la toma de posición a partir del diagnóstico y el consiguiente tratamiento del cáncer; profundizando en aspectos personales que pudieron desencadenarla.

La metodología tiene un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, con un diseño fenomenológico. Los procedimientos de muestreo fueron intencionales ya que se buscó un sujeto con características afines en cuanto a edad y padecimiento.

Los instrumentos empleados son la entrevista en profundidad y un análisis de contenido categorial de la misma donde se establecieron Metacategorías; Categorías y Sub-categorías referentes a la Toma de Posición; las Motivaciones Fundamentales de la Existencia, sus condiciones y reacciones de coping.

A partir del análisis de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia, es posible observar una toma de posición auténtica o inauténtica a modo de reacción de coping que destacan la integración de la situación problema (enfermedad de cáncer) en un modo de vida pleno o con menores posibilidades de plenitud vital, respectivamente.

Palabras claves: Cáncer; Toma de Posición; Motivaciones Fundamentales de la Existencia; Sentido.

Abstract

The present thesis deals with the theme of a young adult who suffered from cancer, from the perspective of Logotherapy and Existential Analysis.

The objective was to know the positioning from the diagnosis and the subsequent treatment of cancer; Deepening in personal aspects that could unchain her.

The methodology has a qualitative approach, of descriptive type, with a phenomenological design. The sampling procedures were intentional since a subject with similar characteristics was searched for in terms of age and suffering.

The instruments used are the in-depth interview and an analysis of categorical content of the same where they were established Metacategories; Categories and Sub-categories related to the Position Taking; The Fundamental Motivations of Existence, their conditions and coping reactions.

From the analysis of the Fundamental Motivations of Existence, it is possible to observe an authentic or inauthentic positioning as a coping reaction that highlights the integration of the problem situation (cancer disease) into a full or minor way of life Possibilities of life fullness, respectively.

Key words: Cancer; Position Taking; Fundamental Motivations of Existence; Sense.

Índice

Título	2
Hoja de Evaluación	3
Agradecimientos	4
Resumen	6
Abstract	7
Índice	8
Introducción	11
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	14
Capítulo I: Fundamentos sobre el cáncer	15
1.1 Nociones básicas acerca del cáncer.....	16
1.2 Tipos de cáncer: Leucemia Linfoblástica Aguda y Osteosarcoma	18
1.2.1 Leucemia Linfoblástica Aguda	18
1.3 Psico-oncología.....	22
Capítulo II: Toma de Posición y Motivaciones Fundamentales de la Existencia	25
2.1 Introducción a la teoría de la motivación.....	26
2.1.1 Primera Motivación Fundamental de la Existencia (1ª MFE).....	27
2.1.2 Segunda Motivación Fundamental de la Existencia (2ª MFE)	29
2.1.3 Tercera Motivación Fundamental de la Existencia (3ª MFE).....	31
2.1.4 Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia (4ª MFE).....	32
2.2 Contribuciones a la noción de Toma de Posición.	35
2.3 Diversos aportes sobre el Sentido y el Vacío Existencial en relación al cáncer	38

SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO	43
Capítulo III: Materiales, Métodos y Procedimiento	44
3.1 Pregunta y objetivos de la investigación	45
3.1.1 Pregunta de investigación.....	45
3.1.2 Objetivos	45
3.2 Método	46
3.2.1 Tipo de enfoque.....	46
3.2.2 Alcance del estudio y diseño de la investigación	46
3.2.3 Unidad de análisis	47
3.3 Instrumentos y materiales de evaluación	49
3.3.1 Recolección de datos	49
3.3.1.1 Entrevista en profundidad	49
3.4 Procedimiento	53
3.4.1 Análisis de datos.....	54
3.4.1.1 Metacategorías, categorías y sub-categorías	55
TERCERA PARTE: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
Capítulo IV: Presentación de Resultados	62
Caso: Betiana	63
4.1 Análisis categorial de la entrevista.....	65
4.1.1 Motivaciones Fundamentales de la Existencia (MFE).....	65
4.1.2 Reacciones de Coping	76
4.1.3 Toma de Posición	79
Capítulo V: Discusión de Resultados	81

Caso: Betiana	82
5.1 Resultados	83
5.2 Análisis de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia y Toma de Posición	85
Conclusiones	89
Bibliografía	93
Anexo	98

INTRODUCCIÓN

Introducción

El diagnóstico y tratamiento de una enfermedad como el cáncer pone en manifiesto una serie de cuestiones sobre cuál es la posición adoptar por quien lo padece para hacerle frente. En base a esto se planteó desde la Teoría Existencial ¿Cuál es la Toma de Posición que adquieren los adultos jóvenes en relación a la misma?

Este planteo impulsó la realización de la presente Tesina. Para comprobarlo se tomó un caso, siendo elegida una persona de sexo femenino, cuyo rango etario permitió ubicarla dentro de los parámetros propios de los adultos jóvenes; además de considerar primordial el hecho que hubiera padecido algún tipo de cáncer. En base a esto se buscó profundizar sobre la Toma de Posición, partiendo del análisis de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia propuestas por Längle.

Esta Tesina se encuentra dividida en tres partes. La primera es el Marco Teórico, comprendido por dos capítulos; la segunda, referida al Marco Metodológico, formado por un capítulo y; luego, en una tercera parte, la Presentación y Discusión de Resultados que comprende dos capítulos. Finalmente se presentan las Conclusiones.

En el Marco Teórico, el Capítulo I brinda nociones básicas sobre el cáncer y profundiza acerca de las características propias del tipo de cáncer padecido por el sujeto de la muestra; así como también aporta datos sobre la Psico-oncología. Por su parte, en el Capítulo II se aborda la temática de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia propuestas por Längle a lo que se suman aportes sobre la Toma de Posición; el Sentido y Vacío Existencial, en relación a la mencionada enfermedad.

En el Marco Metodológico, el Capítulo III comienza con la presentación de la pregunta y los objetivos propios de esta tesina; luego se explica el método empleado en este trabajo de investigación, exponiendo el enfoque; alcance de estudio y; diseño. Posteriormente se describe la unidad de análisis así como también los instrumentos y materiales de evaluación con los que se recolectaron los datos para, luego, realizar una definición operacional de las Metacategorías; Categorías y Sub-categorías que se utilizaron en el correspondiente análisis categorial y el método de recolección de datos. Finalmente se comenta el procedimiento llevado a cabo.

La Presentación y Discusión de Resultados incluye dos capítulos. En el Capítulo IV se exponen por separado los resultados del caso mediante el empleo de tablas. Y en el Capítulo V se muestran separadamente las tablas de frecuencia correspondientes al análisis categorial del mencionado caso, así como también el análisis de las mismas, desde la teoría Existencial.

Luego, se presentan las Conclusiones obtenidas del caso abordados.

Finalmente, se incluye un Anexo en el cual se presenta la entrevista sometida al análisis categorial.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS SOBRE EL CÁNCER

I.1. Nociones básicas acerca del Cáncer

Para introducirnos en el tema de la oncología es necesario, en primera instancia, dar cuenta de aquellas definiciones o conceptos que diferentes autores nos acercan sobre el Cáncer.

De acuerdo con lo estipulado con la R.A.E. (Real Academia Española), el Cáncer “es una enfermedad neoplástica con transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada”. Asimismo puede definirse como “una amenaza a la identidad, a la belleza, a la sexualidad: a la integridad y a la vida” (...) Es una enfermedad frente a la cual muchas veces la persona siente que no tiene ningún control (Middleton, 2011).

Pilar Sordo (2012), en su libro *Bienvenido Dolor*, esboza la siguiente definición:

Como la muerte, el cáncer es una encomienda que llega a mi casa sin haberla pedido directamente; llega a mi espacio emocional más íntimo y se presenta ante mí con un envase horrible y maloliente que da asco, miedo y rabia tocar. Frente a este envío tengo dos alternativas: la primera es simplemente bajarle el perfil, no hablar más del tema, comunicárselo a muy poca gente sin hacerse casi ninguna pregunta. (...) La segunda alternativa es que con todo el miedo, la frustración y la pena decidamos abrir la encomienda, comunicarla al resto y asumirla como experiencia de vida para poder descubrir lo que viene dentro de ella. (pp. 149 - 151).

Es por esto que el cáncer, como enfermedad crónica, impone estrictas e inmediatas demandas en la totalidad del sistema familiar. Y es por ello que la misma situación causa un gran impacto emocional con sentimientos de culpa, incertidumbre y pérdida del control de sus vidas. Situación estresante a la cual se le atribuyen cambios radicales y repentinos en el contexto emocional, físico, social y familiar. (Peña Cuartas, Laura Valentina y Nieto, Lucy, 2012).

En relación a esto, se menciona que muchas veces es la misma familia del enfermo la que opta por no hacerle conocer sobre el padecimiento a éste porque, en caso de hacerlo, esto lo deprimiría, lo cual podría desencadenar hasta incluso la muerte debido a la dificultad que implica el tener que luchar contra ella (Sordo, 2012).

A su vez, María del Carmen Vidal y Benito (2012), relata en su libro *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*:

En nuestra cultura, el cáncer es una enfermedad que soporta una impresionante carga de significados ominosos: la convicción de la” muerte inevitable, como una sentencia”, de la “destrucción física que me convertirá en un inválido”, del “terrible dolor que no podrá ser calmado”, del “mal creciendo y ramificándose en mi interior”. (pp. 9).

Fernández Sánchez y Yélamos Agua (2006) mencionan al cáncer como una enfermedad frecuente y que, aunque no se puede hablar de un perfil psicopatológico concreto en el paciente que la padece, si es posible mencionar múltiples reacciones emocionales a lo largo del proceso de enfermedad que ocasionan un desajuste en la persona. Ansiedad y depresión son las más frecuentes.

A esto debemos sumarle la sensación de soledad, desamparo, incompreensión y negación que siente quien tiene cáncer. Middleton (2011, 25) afirma que “como en toda situación extrema, hay pacientes que niegan lo que sienten porque sus recursos psicológicos del momento no les permiten aceptar el dolor que estos sentimientos les generan”.

Esto sucede porque el paciente de cáncer se siente estigmatizado y discriminado. Se siente identificado con la enfermedad y confunde el “tengo cáncer” con “yo soy el cáncer” (Middleton, 2011).

Existen, a su vez, numerosos tipos de tumores cancerígenos que afectan distintas partes y/u órganos del cuerpo humano. Entre ellos, los más destacados (por no decir los más comunes) son: en el caso de las mujeres el cáncer de mama y ovarios; y en el caso de los varones, el de próstata. Sin embargo existen tumores que afectan los huesos y se denominan osteosarcomas; así como también otros que invaden directamente la sangre. En este último caso se designan bajo el nombre de leucemia e incluyen diferentes subtipos: A y B según incidan sobre la producción de glóbulos rojos o blancos, respectivamente.

En relación a esto, “la Oncohematología es la parte de la Hematología relacionada con los procesos oncológicos que se originan en los órganos encargados de formar la sangre y en los ganglios linfáticos”. Un tumor hematológico (linfoma, leucemia, mieloma, etc.) por tanto es distinto a un tumor sólido (mama, colon, etc.).

I.2. Tipos de cáncer: Leucemia Linfoblástica Aguda

Antes de continuar con lo que compete a la psicología en este amplio campo de conocimientos y de acción como es el de la oncología, quisiera detenerme y profundizar acerca de un tipo específico de cáncer: la Leucemia Linfoblástica Aguda o L.L.A., el cual será necesario en este trabajo de tesina ya que ayudará al lector a comprender la problemática planteada por la paciente más adelante, en la entrevista.

La siguiente información fue obtenida del sitio web del National Cancer Institute (N.C.I.) dependiente del Gobierno de los Estados Unidos para la investigación del cáncer.

I.2.1 Leucemia Linfoblástica Aguda (L.L.A.).

La Leucemia Linfoblástica Aguda (L.L.A.; que también se la conoce bajo el nombre de Leucemia Linfocítica Aguda) es un cáncer propio de la sangre y la médula ósea, en el cual esta última fabrica demasiados linfocitos (un tipo de glóbulos blancos). Este tipo de cáncer habitualmente empeora rápidamente si no se trata.

Con frecuencia, la médula ósea produce células madre sanguíneas (células inmaduras) que, con el tiempo, se vuelven células sanguíneas maduras. Una célula madre sanguínea se puede volver una célula madre mieloide o una célula madre linfoide.

Una célula madre mieloide se transforma en uno de los tres tipos siguientes de células sanguíneas maduras:

- Glóbulos rojos, que transportan oxígeno y otras sustancias a todos los tejidos del cuerpo.
- Plaquetas, que forman coágulos de sangre para interrumpir el sangrado.
- Granulocitos (glóbulos blancos), que combaten las infecciones y las enfermedades.

Una célula madre linfoide se transforma en un linfoblasto y, luego, en uno de los tres tipos siguientes de linfocitos (glóbulos blancos):

- Linfocitos B, que producen anticuerpos para ayudar a combatir las infecciones.

- Linfocitos T, que ayudan a los linfocitos B a producir los anticuerpos que ayudan a combatir las infecciones.
- Linfocitos citolíticos naturales, que atacan las células cancerosas y los virus.

En este tipo de cáncer existen demasiadas células madre que se convierten en linfoblastos, linfocitos B o linfocitos T. Estas células también se llaman células leucémicas y no son capaces de combatir las infecciones de manera eficiente. Además, a medida en que el número de células leucémicas aumenta en sangre y médula ósea, hay menos lugar para los glóbulos blancos, los glóbulos rojos y las plaquetas sanos. Esto puede causar infección, anemia y sangrado fácil. El cáncer también se puede diseminar al sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal).

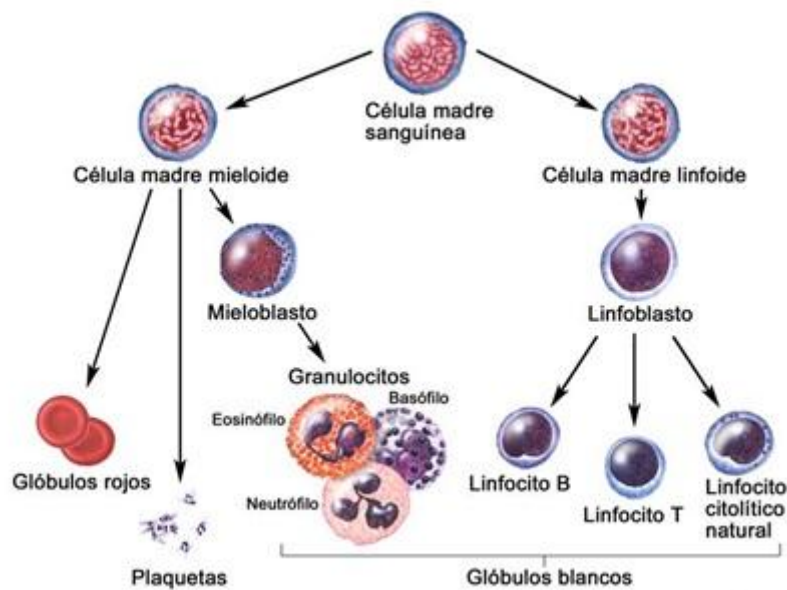


Figura 1. Evolución de una célula sanguínea. Una célula madre sanguínea atraviesa diversas etapas hasta convertirse en un glóbulo rojo, una plaqueta o un glóbulo blanco.

- Sensación de debilidad o cansancio.
- Fiebre o sudores nocturnos.
- Hematomas o sangrados que suceden con facilidad.
- Falta de aliento.
- Pérdida de peso y/o de apetito.
- Dolor en los huesos o en el estómago.
- Dolor por debajo de las costillas. Sensación de saciedad.

Ante estos síntomas, es importante poder determinar si la leucemia se diseminó fuera de la sangre y de la médula ósea, lo cual facilitará la planificación del tratamiento. Para esto se utilizarán las siguientes pruebas y procedimientos:

- Radiografía de tórax: de los órganos y huesos del interior del mismo.
- Punción lumbar: procedimiento que se usa para tomar una muestra de líquido cefalorraquídeo de la columna vertebral, y que se realiza mediante la colocación de una aguja entre dos huesos de la misma.
- Exploración por T.C. o T.A.C.: procedimiento mediante el cual se toman una serie de imágenes detalladas del abdomen desde ángulos diferentes.
- Imágenes por resonancia magnética (I.R.M.): procedimiento mediante el que se utiliza un imán, ondas de radio y una computadora para producir una serie de imágenes detalladas de áreas en el interior del cuerpo.

Una vez que se ha determinado el tipo de cáncer o, en este caso, el tipo de leucemia habrá que planificar el tratamiento. En este sentido, existen diferentes formas de encarar el mismo y para ello se utilizan diversas técnicas.

- La Quimioterapia es un tratamiento en el que se utilizan medicamentos para interrumpir el crecimiento de células cancerosas ya sea con el fin de destruirlas o de evitar que continúen multiplicándose.

Si hablamos de una quimioterapia realizada por vía oral o intravenosa, estaremos ante una de tipo sistémica, pues lo que se busca con ella es alcanzar las células cancerosas de todo el cuerpo. Por el contrario, si nos referimos a la administración de medicamentos directamente en el líquido cefalorraquídeo, alguna cavidad del cuerpo como el abdomen u órgano, estaremos ante una quimioterapia de tipo regional que actúa sobre las células que yacen en esas áreas específicas.

Por último, podemos encontrar la quimioterapia combinada, mediante la cual se utiliza más de un medicamento contra el cáncer y se alternan ambos métodos anteriores.

- La Radioterapia utiliza rayos X de alta energía u otra clase de radiación para destruir células cancerosas o evitar que aumenten de tamaño. La misma puede ser de tipo externa (cuando se utiliza una maquina fuera del cuerpo para enviar radiación directamente hacia la zona del cuerpo afectada), o de tipo interna (cuando se emplean sustancias radiactivas selladas en agujas, semillas o catéteres que se colocan directamente en el cáncer o cerca de él.

Por supuesto cabe aclarar que la forma de administrar la radioterapia dependerá del tipo de cáncer y de cada caso en particular.

- Quimioterapia con trasplante de células madre. Este método consiste en realizar el tratamiento de quimioterapia correspondiente para, luego, reemplazar las células formadoras de sangre destruidas por el tratamiento de cáncer.

Las células madre (células sanguíneas inmaduras) se extraen de la sangre o de la médula ósea del paciente o de un donante y se congelan y almacenan. Después de que la persona finaliza con el tratamiento quimioterapéutico, dichas células son trasplantadas mediante una infusión. Lo que se busca con este procedimiento es que las células madre reinfundidas crezcan y reemplacen a las anteriores.

- La terapia biológica es un tratamiento para el que se usa el sistema inmunitario del paciente para combatir la enfermedad. Se emplean sustancias elaboradas por el cuerpo o producidas en un laboratorio para reforzar, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra el cáncer. A este tratamiento también se lo conoce como bioterapia o inmunoterapia.

I.3. Psico-oncología

Pese a todo lo planteado en el primer apartado, es necesario mencionar que la problemática que debe enfrentar el paciente oncológico es demasiado compleja como para tratarse solo de un tema médico (Schávelzon, 1997 citado en Middleton, 2011). Pues sea que se trate de un tratamiento alopático o complementario, deja expuestos muchos aspectos de la persona. Es por esto que es de vital importancia aceptar que somos una integración bio-psico-social, donde todos los aspectos de la personalidad se ven afectados por dicha enfermedad y, la necesidad de revertirla requiere de un tratamiento total, no por partes.

Francis Peabody (citado en Middleton, 2011) plantea que “cuando se habla de un cuadro clínico no nos referimos a la fotografía de un hombre enfermo en cama, sino a la pintura impresionista de un paciente en el entorno de su casa, con su trabajo, las relaciones con sus amigos, sus alegrías, sus preocupaciones, esperanzas y miedos”.

Es ante esto que se plantea la Psico-oncología. Diversos autores han postulado las más variadas definiciones acerca de esta temática, pero sin dudas la que esboza Holland (citado en Mori) es la más completa: “Es definida como una subespecialidad del tratamiento del cáncer que se ocupa de dos dimensiones psicológicas: 1) las reacciones psicológicas del paciente con cáncer y sus familiares en las diferentes etapas de la enfermedad, así como el estrés del equipo; y 2) los factores del comportamiento, psicológico y social, que contribuyen a causar el cáncer y a su sobrevida.”

La psico-oncología data de principios de la década de 1970, cuando el tabú que producía el hecho de pronunciar la palabra cáncer se fue perdiendo hasta llegar al punto en el que el diagnóstico podía revelarse; haciendo que los sentimientos del paciente pudiesen ser explorados por primera vez. Esto contribuyó a que posteriormente se postularan diferentes dimensiones del cáncer, como ser: las actitudes negativas asociadas a la enfermedad mental y los problemas psicológicos, aun en el contexto de dicha enfermedad mental (Holland, 2002).

A partir de esto es necesario dar cuenta que existen diferentes tipos de psico-oncología, planteados por Jens Bücher:

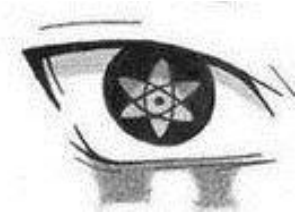
- Por un lado la “Psico-oncología Reactiva” que se ocupa de apoyar en el pre y post diagnóstico; así como también brindando soporte emocional al paciente, la familia y el equipo de salud. También en cuanto a psicoprofilaxis; manejo del dolor y de amputaciones y; asistencia en cuidados paliativos.
- Y por el otro, la “Psico-oncología Proactiva” que básicamente intervine en la recuperación de la vitalidad, promoviendo estilos de vida saludable. Se encarga,

a su vez, de devolverle al paciente la posibilidad de ser parte activa en los procesos de recuperación, sin ser un mero espectador de su enfermedad. Se considera esto fundamental ya que afecta positivamente el estado anímico del sujeto, quien siente que frente al miedo y la incertidumbre puede actuar, decidir y trabajar activamente.

Es por esto que, en este sentido, el rol del terapeuta psicooncologico (sea cual sea el enfoque desde el cual enmarque su quehacer) es crucial, ya que debido al caos emotivo que le genera a la persona, necesita ser comprendida y poder crear empatía con él. Por ello será de vital importancia no juzgarla, criticarla y/o intentar consolarla; pues lo que mejor puede resultar, en estos casos, es el brindar amparo en la desesperación. Esto puede ser de gran ayuda para que el paciente baje sus defensas, salga de la parálisis que el temor le genera y comience a invertir energías positivas en lo que respecta a su curación (Middleton, 2011).

“La vida no te enseña a ser fuerte, te obliga a serlo”.

Albert Einstein.



CAPÍTULO II

TOMA DE POSICIÓN Y MOTIVACIONES FUNDAMENTALES DE LA EXISTENCIA

II.1. Introducción a la Teoría Existencial de la Motivación

Al momento de mencionar la toma de posición, desde el Análisis Existencial planteado por Alfried Längle en el año 1985; es necesario referirnos a las Motivaciones Fundamentales de la Existencia. El hacerlo, nos permitirá entender en profundidad la teoría en la que se apoya la mayor parte del existencialismo; así como también dar cuenta de diversos temas que le competen a la misma.

Para el Análisis Existencial la estructura de la existencia se compone por cuatro dimensiones y cada una de ellas corresponde a lo que denominamos Motivaciones Fundamentales de la Existencia [...] Todas estas motivaciones responden, cada una, a principios básicos, como ser: encontrar una base o sostén para estar en-el-mundo; entrar en estrecha relación con lo que experimentamos como nuestra propia vida; ser uno mismo al encontrar la propia identidad y autenticidad; y, finalmente, reorientar nuestra existencia hacia los caminos del “devenir” (Längle 2010, citado en Caprio, 2010).

De acuerdo a lo planteado por Längle (2010, citado en Caprio, 2010) en su conferencia sobre la Búsqueda de Sentido y Afirmación de la Vida, “el objetivo del Análisis Existencial puede resumirse así: ayudar a las personas a reconocer y llegar a un acuerdo entre su comportamiento y sus emociones para vivir con *consentimiento interior*”. También puede definirse como una terapia fenomenológica-personal, cuyo objetivo es el de ayudar a la persona a alcanzar un vivenciar libre, tanto mental como emocional, tomas de posición auténticas, así como también un trato responsable consigo mismo y para con el mundo (Croquevielle y Traverso, 2011 citados en Martínez Ortiz, 2011).

En primera instancia podríamos decir que una vida plena comienza cuando hay en mí una aprobación respecto de la misma. Podríamos afirmar que es un SI que surge de algo sentido, por ejemplo de mis afectos, y va tocando todo mi ser no solo lo cognitivo. Y es que el Análisis Existencial plantea que el sujeto viva aprobando la vida y que pueda decirse a sí mismo: ¡Si, estoy aquí! Así comienza una vida propiamente vivida, con este SI, donde lo más importante es la decisión, o dicho de otro modo la **Toma de Posición**. (Längle 2010, citado en Caprio, 2010).

Viktor Frankl, por su parte, postulaba diferentes dimensiones al mencionar al hombre como la reunión de:

- *Lo Somático* (dimensión de lo fáctico), desde donde se ve al mundo como **APOYO** (Umwelt).

- *Lo Psíquico* (dimensión de lo vivencial), desde donde se ve al mundo como **VALOR** (Mitwelt).
- *Lo Noético o Espiritual* (dimensión de la decisión), desde donde se ve al mundo como el **OTRO** (Eigenwelt).
- *La Existencia* (dimensión del plano del obrar en cuanto a actitud), desde donde se ve al mundo con **SENTIDO** en cuanto a la capacidad para **AUTOTRASCENDER**.

Plantea, además, que estas dimensiones tienen fundamento en acontecimientos que de alguna manera llaman a la persona, la convocan; que es la misma situación la que se presenta ante ella y le dice que algo es bueno y que va por buen camino.

Sin embargo, mientras que Frankl considera a la Búsqueda de Sentido como la motivación más profunda, es la teoría contemporánea del Análisis Existencial la que ha encontrado tres motivos adicionales que preceden a la motivación por el sentido (Caprio, 2010).

A partir de todo lo anteriormente estipulado es que se puede esbozar lo que Längle refiere al hablar de Motivaciones Fundamentales de la Existencia.

II.1.1 Primera Motivación Fundamental de la Existencia (1ª MFE).

En la **Primera Motivación** la persona se ve esencialmente motivada por la *Pregunta Fundamental de la Existencia: Yo soy, pero ¿puedo ser?* Esta pregunta tiene base en dos cuestiones, a saber, en primer lugar que estoy aquí y, en segundo lugar, que estoy con mi propio cuerpo con el cual puedo sostener y cambiar las condiciones de mi vida. Para esto es necesario tener en cuenta tres requisitos:

- **Protección:** ser aceptado por los demás y aceptarlos. Aceptarme a mí mismo. Aquí surge la pregunta ¿Cuánto de ser aceptado llevo en mí?
- **Espacio:** tomar distancia para reflexionar en relación al espacio vital físico, de las relaciones y al espacio propiamente biográfico. Aquí surge la pregunta ¿cómo hago para buscarlo?
- **Sostén:** es algo que tengo frente a mí. Es la seguridad, la firmeza, el piso en que me apoyo. Es el contacto con la realidad, la fuerza anímica y la esperanza. Aquí la pregunta es ¿qué me da sostén?

Sin embargo ante no poder experimentar que puedo, aparecen las llamadas reacciones psicodinámicas o reacciones de Coping que Längle las define como “mecanismos de defensa frente a la angustia que se da a nivel psicodinámico”.

Considero de gran importancia destacar lo que plantea Längle (2010, citado en Caprio, 2010).respecto de la experiencia de sostén y la confianza:

De la experiencia de sostén surge la confianza pero... ¿Qué es la confianza? Es poder abandonarme a una estructura que me sostiene. Necesito de esta confianza para sobrevivir, necesito de ella para todo lo que hago. (...) Así la autoconfianza surge y se consolida en la medida en que puedo encontrar estructuras firmes en mí que se mantienen y en las que me puedo apoyar. Es la experiencia de mi propio poder.

(...) La confianza es como el puente que nos permite mantenernos por sobre el mar de la inseguridad. (...) el coraje es el sentimiento de tener suficientes fuerzas para poder soportar algo inseguro, para hacer frente a un peligro. (...) La confianza y el coraje tiene algo más a la base, algo todavía más profundo: la Confianza Fundamental.

(...) La confianza fundamental es la experiencia del fondo del ser. Este fondo es la más profunda estructura en la que me puedo apoyar. Psicológicamente es aquello que queda y que me puede sostener cuando los otros sostenes han caído. (p. 8)

Una persona solo es capaz de experienciarlos cuando se siente aceptada, lo cual genera una actitud de aceptación con uno mismo y los demás que lo rodean. Sentirse aceptado, además, le genera una sensación de seguridad sobre la propia existencia (Längle 2010, citado en Caprio 2010). Y son estas experiencias de sostén que la persona va vivenciando las que dan origen a la confianza fundamental.

En cada motivación son cuatro estas reacciones y tienen base en los siguientes movimientos fundamentales: evitación; reacción paradójica; agresión y; bloqueo.

En el caso de la Primera Motivación encontramos:

- Huida.
- Ataque a lo amenazante: se trata de una reacción frente al sentimiento de no poder ser (por ejemplo en la neurosis obsesiva cuando una persona intenta luchar contra los gérmenes y las bacterias mediante una limpieza que llega a ser extrema).
- Agresión en forma de Odio: se desarrolla si la anterior reacción psicodinámica no funcionó. La finalidad de éste odio es la aniquilación del otro, producto del sentimiento de amenaza total ante el cual no hay alternativa: es el otro o uno mismo.
- Reflejo de posición de muerto: la persona no puede escapar ni luchar porque el sentimiento de no poder ser la paraliza.

Si ellas se enquistan en el modo de ser de la persona, desencadenaran disturbios a nivel existencial que conducirán a problemas de ansiedad y a la esquizofrenia (Längle 2010, citado en Caprio, 2010).

II.1.2 Segunda Motivación Fundamental de la Existencia (2ª MFE).

La **Segunda Motivación** refiere la condición fundamental del vivir, la cual se ve originada por el siguiente *cuestionamiento existencial*: **Yo vivo pero, ¿me gusta vivir?**

La condición, aquí, es el movimiento que se asocia al sentir en cuanto a la afectividad; la alegría/sufrimiento; el llorar/reír; las relaciones y lo referente a la proximidad; el tocar y ser tocado y; la temporalidad en relación al crecer, caer, levantarse, madurar y morir. Es entonces esta fuerza interna la que genera o no un gusto por la vida y por lo que siento. Y es dicha fuerza emocional la que se desencadena a partir de: estímulos externos (comer cuando se siente hambre); las ganas desde adentro (por ejemplo el placer, la curiosidad, la expectativa); la fuerza espiritual (como el interés y el amor) y; el mantener una buena relación con uno mismo. Para esto es necesario tener en cuenta tres requisitos o condiciones para gustar:

- Cercanía: para buscar y experimentar proximidad. También para recibir y brindar afecto. Es una reciprocidad.
- Tiempo: es lo más valioso que puede poseer una persona. Puede ser análogo a la vida ya que ayuda a descubrir relaciones con valores. También puede ser equiparado con el espacio de relaciones, ya que allí donde me tomo mi propio tiempo es donde se posibilita el afecto.
- Relación: ya sea con uno mismo; con alguien externo (mediante las relaciones interpersonales); o para con la vida.

Son estas experiencias las que permiten que la persona centre su atención en otras personas o en una buena causa. Sentir y experimentar el valor de la propia vida provoca un sentimiento que le dice a la persona “es bueno que yo exista” (Caprio, 2010).

En cuanto a la relación con la vida, Alfred Längle (1991, citado en Espinosa, 2010) plantea lo siguiente:

El valor es lo que toca mi vida. El plano más profundo de esta motivación es el Valor Fundamental. El valor fundamental es el valor de la vida misma, es la más profunda relación que yo tengo con mi vida. Este valor fundaméntela lo descubro en la medida en que me pregunto si tengo realmente gusto por vivir ¿me gusta vivir en última instancia? (...) Esta profunda relación con la vida es en el fondo la base de todos los valores. (...) Este es el núcleo de la doctrina analítico-existencial de los valores. (pp. 12-13)

Por su parte, el Dr. Espinosa (2010), agrega:

El valor fundamental no es el más importante de todos, sino sería yo el más importante del mundo. Es fundamental en cuanto a que es la condición de posibilidad de los otros valores, sin él están todos en el aire, hasta Dios que es valor supremo. Esto es porque nosotros somos el apoyo para todo lo demás, incluso para el propio Dios.

En Frankl Dios es el valor supremo pero esta doctrina no es psicológica, pertenece a la metafísica o a la ontología. El AE es fenomenológico, existencial, psicológico. Nosotros tenemos experiencia de Dios en función de la experiencia que tenemos de nosotros mismos. (...) El hombre se encuentra ante un puente, y Dios nos da la mano para que no nos caigamos. Tenemos un pie en nosotros mismos mientras que el otro punto de apoyo es el mundo, abajo del puente esta la nada, el no ser, la inseguridad. La vida es atravesar ese puente. (p. 13)

Las reacciones de Coping de esta motivación surgen cuando la relación con la vida se encuentra bloqueada. Estas son:

- Retirarse: reacción típica de quien se aísla o repliega sobre sí mismo para evitar un sufrimiento (por ejemplo cuando en la depresión, el sujeto se va a la cama, retirándose hacia su interior).
- Activismo: reacción mediante la cual se intenta rendir más de lo normal como medio para cubrir el no gusto por una determinada actividad y que se acompaña de la desvalorización del fin en sí mismo. (Por ejemplo: la persona se llena de actividades para tapar aquello que le genera angustia).
- Agresión en forma de Rabia: mediante ella se intenta despertar la vida en otro que no está al alcance de uno.
- Resignación: es similar al reflejo de posición de muerto propio de la 1ª MFE.

Si alguna de ellas se fija en el modo de ser de la persona, desencadenaran patologías relacionadas con la depresión. (Croquevielle y Traverso, 2011 citados en Martínez Ortiz, 2011).

II.1.3 Tercera Motivación Fundamental de la Existencia (3ª MFE).

La **Tercera Motivación** se orienta hacia la *pregunta fundamental de Ser sí mismo: Yo soy yo, pero ¿me permito ser así como soy? ¿me es permitido ser como yo soy?* Es la dimensión de la individualidad, inconfundibilidad, delimitación y diferenciación donde el valor de ser uno mismo es lo primordial. Esto, a su vez, es condición necesaria para tocar lo propio y requiere de una sintonía entre lo interno y lo externo a la persona, lo cual posibilita el encuentro real con el tu (que es condición básica para la formación del yo). (Buschittari, 2000).

Las condiciones fundamentales para el encuentro con el sí mismo son (Längle 2000, citado en Buschittari 2000):

- Consideración: ser tenido en cuenta, ser visto. Es imprescindible para la propia autoestima y da como resultado un respeto por la autonomía y la auto responsabilidad.
- Justificación: necesidad de ser tratado justamente por los otros para poder encontrarse a sí mismo. El ser tratado injustamente no me permite ser como soy.
- Apreciación Valorativa: los demás me ven con mis valores y me comprenden a partir de ellos. Eso despierta la vida en mi porque entonces “yo significo algo” para otros; siento que tengo derechos existir, a desear, a emocionarme y a tener voluntad propia.

Recién cuando la persona se ha encontrado a sí mismo es que puede encontrarse con los otros de manera genuina. Pero puede surgir una profunda herida cuando no se es visto o considerado o cuando se es tratado de forma injusta y se es despreciado, lo cual conlleva reacciones de Coping tales como:

- Tomar Distancia: quedarse en silencio; cambiar de tema; abandonar un lugar; levantarse bruscamente; portarse de manera impertinente, son algunas de las reacciones típicas que la persona puede adoptar al momento de apartarse. La idea es que el otro se quede solo.
- Sobreactuar: se trata de una huida hacia adelante en la que la persona busca teatralizar y ser el centro de atención (reacción típica en la histeria). Si bien este tipo de comportamiento moviliza fuerzas en la persona, se trata de una acción sin vivencia interna.
- Ira o Fastidio: en el caso de la ira lo que se pretende es establecer un límite entre la persona y otro porque se entiende que este último invade la propia intimidad; entonces se busca poner a ese otro en su lugar. Y en cuanto al fastidio, se trata de un sentimiento para con uno mismo, a modo de autocastigo por no haber previsto de antemano eso que le genera dolor; pudiendo establecer un límite para que ya no lo dañe.

- Disociación (Splitting): se da entre la cognición y la emoción. En ella se produce una parálisis y pérdida de los sentimientos de la persona al no poder mostrar nada de sí mismo (por ejemplo, hay relato pero sin emociones, lo cual puede llevar a la despersonalización).

Si alguna de ellas se rigidiza en cuanto al modo de ser de la persona, generará una patología relacionada con la neurosis histérica o los trastornos de la personalidad (Croquevielle y Traverso, 2011 citados en Martínez Ortiz, 2011).

II.1.4 Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia (4ª MFE).

En la **Cuarta Motivación** la persona se ve motivada ante la siguiente *pregunta fundamental del Devenir y del Cambio Yo estoy aquí, pero... ¿para qué es bueno que yo esté aquí?* Una persona experimenta el sentido cuando siente que se dedica a una tarea que vale la pena o que se le posibilitara desarrollar sus posibilidades en el futuro (Längle 2000, citado en Buschittari, 2000).

Hablamos del *Devenir* cuando queremos referirnos al hecho de que la persona se incorpore en un contexto más amplio, en el cual el hombre se encuentra en constante crecimiento y se dirige hacia un horizonte cada vez mayor y trascendente donde, por medio de sus acciones, produce algo de bien en el mundo. Aquí puede verse como el Ser se produce a través del obrar (Längle 2000, citado en Buschittari, 2000).

El “sentido existencial” puede buscarse/encontrarse en tareas sociales, en el trabajo, adoptando actitudes positivas, disfrutando de sensaciones agradables, en la naturaleza, en el arte, entre otros. Así también podemos hallarlo en actividades que escapan al propio control y que se denomina “sentido ontológico”. Este último se encuentra en estrecha relación con la religión (o la fe, si se quiere) y la filosofía y se aboca al significado de estar en-el-mundo (por ejemplo, preguntarse el significado de la enfermedad que se padece) (Caprio, 2010).

Croquevielle y Traverso, 2011 citados en Martínez Ortiz, 2011 plantean respecto del sentido existencial:

Cuando se pregunta por el sentido de la cosa en sí, de la situación en que se está, con independencia de la posición, se apela al sentido ontológico. **¿Por qué la vida me trae esto? ¿Por qué el cáncer de mi esposo? ¿Qué sentido tiene haberme quedado sin trabajo?** (...) Se está esperando una respuesta que debe venir desde afuera, permaneciendo en una actitud receptiva. Pero si la pregunta es **¿qué vas a hacer tú con esto que te ha ocurrido?**, damos un “giro existencial” pues al formularlo así, es la vida o el mundo los que nos interpelan con esta situación, y ahí ¡si podemos dar una

respuesta! Esa tal respuesta será a través de la acción. Y ese el sentido existencial definido por Längle (2008) como la opción más valiosa que veo en cada situación. (...) El sentido no es la autorrealización, cúspide de la pirámide de Maslow (...) Aquí no se trata ya de una motivación personal-existencial, como las tres anteriores, sino de una motivación puramente existencial. El sentido existencial refiere a un “hacer”, a un actuar, a un salir desde si, trascender de si para ir al mundo que requiere de si y donde se percibe necesitado. Solo ahí se despliega el “ser”, la persona. (p. 126)

Y es la misma persona quien, por medio de las siguientes vías, buscará construir el sentido: podrá hacerlo mediante Valores Vivenciales (donde la propia vida adquiere sentido cuando uno se contacta con aquello placentero y valioso para sí mismo, lo cual puede incluir desde un encuentro con un ser querido al cual se estima, el disfrutar de una comida o de un buen libro, disfrutar de la sexualidad, etc.); Valores Creativos (como hacer algo bueno, por ejemplo escribir una carta, cocinar, atender pacientes, etc.) y; Valores Actitudinales (que se dan cuando la persona ya no puede vivenciar ni crear, entonces debe cambiar su actitud y para hacerlo es necesario, de ante mano, experimentar la libertad interna como propia). (Längle 2000, citado en Buschittari 2000).

A su vez, necesitara contar con determinadas condiciones fundamentales, necesarias para hallar el sentido (Längle 2000, citado en Buschittari 2000):

- Campo de actividad/acción: se refiere a donde la persona se siente necesitada, requerida, exigida, donde puede ser productiva. Es en donde se siente que se puede contribuir de manera positiva y está en estrecha relación con el deber.
- Vinculación con el contexto mayor: es el horizonte al cual se orienta la persona. Es un contexto mayor que puede incluir a la familia, la religión, un ideal, entre otros.
- Valor en el futuro: se trata de focalizar la propia acción y dirigirla hacia un valor. La entrega de la persona será hacia el devenir, el llegar a ser.

Vivir con sentido, podría decirse, es actuar con sentido. Esto representa un valor para la persona, quien responde activamente a las demandas del mundo, al sentirse tocado por él, de manera libremente decidida. Y para ello son necesarias las tres condiciones anteriormente expuestas.

La vida sin sentido es una de las vivencias más insoportables para el ser humano (Croquevielle y Traverso, 2011 citados en Martínez Ortiz, 2011). El vivir sin sentido puede generar ciertas reacciones de Coping (Längle 2000, citado en Buschittari 2000):

- Compromiso Provisorio/Preventivo: como defensa ante el vacío existencial. Se trata de vivir la vida de manera superficial, sin comprometerse con nada ni nadie.
- Fanatismo o Idealización: el primero se refiere a que ante la amenaza de falta de sentido, la persona demuestra un activismo o idea por la que se

obsesiona sin dejar lugar a dudas (la duda es sinónimo de carencia). En cuanto al segundo, se trata de una defensa ante un vacío que se intenta cubrir con personas o ideas.

- Cinismo o Sarcasmo: intento de agredir a otro con el mero fin de ponerlo en aviso sobre la propia falta de sentido. En este punto la persona puede actuar impulsivamente o mediante actitudes sarcásticas.
- Desesperación/Nihilismo: esta reacción aparece cuando ya no se tienen más fuerzas. La persona experimenta sentimientos de desesperanza y victimización.

Todas estas reacciones psicodinámicas generan angustia existencial, pudiendo conducir a adicciones, destructividad, dependencia y suicidio (Croquevielle y Traverso, 2011 citados en Martínez Ortiz, 2011).

II.2. Contribuciones a la noción de Toma de Posición

Dentro del campo de la Psicología Existencial existen diversos métodos terapéuticos con los que se trabaja, siendo uno de ellos el **Análisis Existencial Personal (A.E.P.)**. Este se basa en la comprensión de la persona y su existencia. Persona que puede ser entendida como aquella fuerza espiritual que, si bien abre al hombre al mundo, a su vez, también lo delimita y lo individualiza (Längle, 1990) y aunque tiene sus bases en la teoría de Frankl, metodológicamente va más allá de la Logoterapia ya que implica un giro hacia la experiencia interna de la persona, sobrepasando la concentración logoterapéutica hacia el mundo externo para resolver los deberes y lo que presente cada situación (Längle, 1993).

Si bien solo interesa hacer hincapié en la toma de posición, es necesario dar cuenta de todos los pasos que conforman este método terapéutico (Längle, 1993):

1. La fase descriptiva (AEP 0).
2. Elaboración de la impresión subjetiva por medio de un análisis fenomenológico (AEP 1).
3. Encontrar la **POSICIÓN** personal referida a la situación por medio de la evaluación y el juicio (AEP 2).
4. Encontrar la expresión personal de acuerdo a la **TOMA DE POSICION** personal, dadas las circunstancias reales (AEP 3).

Lo que aquí interesa, principalmente, es el tercer paso (AEP 2), mediante el cual la persona trabaja en la comprensión de su emoción primaria, su impulso de actuar, sin descuidar los factores reales de la situación, con el fin de integrar sus experiencias con el contexto biográfico y el de su presente. Hacer y comprender esto forma las bases para evaluar personalmente todo lo sucedido y aquello que va aconteciendo desde la propia conciencia y con juicio crítico (es este último el que le devuelve la libertad a la persona); estableciendo, así, un campo sólido para formular la intención personal de cómo afrontar una situación. Es la misma persona quien se crea a sí misma, liberándose del desamparo de la impresión (Längle, 1993).

También es de gran interés el último paso del método, en el cual el proceso personal de lidiar con una situación concluye cuando se encuentra la propia expresión (AEP 3), es decir lo que la persona puede y/o quiere hacer ante tal situación, así como también cómo, cuándo y con qué medios puede hacerlo. Estos planteos son fundamentales para llevar a cabo la acción personal (Längle, 1993).

Por todo esto, tomar postura significa delimitar y aceptar las circunstancias del objeto. Aquí la emoción está incorporada a la totalidad de los valores dados (conciencia moral); y mediante la creación de esta relación se logra comprender lo vivenciado, ayudando a la persona a encontrar su propia postura. Cuando se logra esto se experimenta lo saludable, ya que en aquellos actos que tienen sentido, que afectan su medio y su mundo, el hombre realiza su destino.

Así mismo también se puede dar cuenta de otros métodos en los que la toma de posición es el eje fundamental.

Uno de ellos es el que Längle denomina **Toma de Posición**, el cual consta de tres pasos:

- 1º. Se trata de focalizar una situación concreta, con la finalidad de poder discernir los elementos en juego. Aquí aparecen preguntas tales como: ¿Qué podría llegar a pasar?
- 2º. Se pretende avanzar hacia una posición interior. Las preguntas son: ¿Podrías soportar que sucediera aquello que no deseas? ¿Podrías soportar una consecuencia negativa?
- 3º. Se intenta hallar la verdadera motivación que permita encontrar el valor que mueve a la persona a realizar una acción. Las preguntas que surgen en este caso, pueden ser: ¿Cuál es su intención? ¿Por qué quieres hacer algo? ¿Qué valor tiene?; aunque también es posible interrogar sobre lo contrario: ¿por qué no lo dejas pasar?

Si bien este método no es recomendable emplearlo en personas demasiado perturbadas; si lo es en aquellas con un grado medio de neurosis. Y es imprescindible que, para poder realizar el tercer paso, los dos primeros se hayan resuelto correctamente; ya que son estos últimos los que proporcionan el terreno necesario para instalar valores. De esta forma se llega al punto en que la persona es libre de vivir aquello que considera valioso, es decir, para encontrar el sentido de una situación (Caprio, 1999).

Otro es el **Método de Búsqueda (o Hallazgo) de Sentido**, que cuenta con cuatro pasos, a saber (Caprio, 2005):

- 1º. Percepción de la realidad. Aquello que *es realmente* nos puede sostener en la existencia y constituye el marco o contexto real para la búsqueda de sentido a partir del cual emergen la mayoría de las posibilidades para encontrarle sentido a la vida. La pregunta esencial, en este caso, es: ¿Qué está pasando?
- 2º. Valorar. Es mediante la expresión de los *sentimientos* que se pueden sentir los valores contenidos en la realidad, porque precisamente son los valores los que lo afectan. Aquí el interrogante es: ¿Esto es importante?
- 3º. Decidirse. Implica escuchar la voz de la *conciencia para luego decidir* por hacer algo determinado o no, a partir de las múltiples posibilidades que se le

presentan; es decir debe elegir de acuerdo a la que considere como más importante. Aquí se incluye el nivel de la conciencia moral. Se debe interrogar ¿Qué es lo que quiero?

- 4°. Actuar. Finalmente, depende del *actuar* de cada persona de tal manera que pueda responder por ello y así realizar su propósito. Todo esto depende de cada persona y no puede haber sentido alguno si no es vivido de manera personal. El cuestionamiento es: ¿Cuándo voy a hacerlo?

Caprio (2005, citado en Längle, 2005) concluye respecto de este método:

La actitud existencial que conduce al descubrimiento de sentido y a una vida plena, exige un giro de 180° por lo cual constituye un verdadero giro copernicano. Implica abrirnos a los interrogantes de la vida: no soy yo quien ha de tener expectativas ante la vida sino que, por el contrario, es la vida misma la que me demanda. Ante cada una de las situaciones de mi vida y, ante todo lo que me circunda actualmente y en el porvenir, soy yo el interrogado, y soy yo mismo quien está llamado a responder. A responder mediante mis actos y mis hechos. (p. 13).

Entonces, vale decir que la pregunta existencial del sentido lleva también hacia la decisión sobre la mejor posibilidad que hay en una situación, lo que también puede ser una definición del sentido existencial. En este momento es cuando la persona sabe que está lista para actuar, cuando ha llegado a la “voluntad de sentido”. Sabiendo, en este punto, lo que puede, lo que quiere y lo que le es permitido hacer (Primera, Segunda y Tercera Motivación Fundamental de la Existencia, respectivamente), es que da cuenta de aquello que debería hacer y que podría comprometerla gracias a esta **voluntad de actuar** (Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia). (Längle, 1992).

II.3. Diversos aportes sobre el Sentido y el Vacío Existencial en relación al cáncer

De acuerdo a lo previamente argumentado en este capítulo acerca de aquello que a la persona le otorga sentido y en relación a experimentar diversos significados ya sean de tipo religiosos; de creatividad; altruistas, es que podemos afirmar que estos logran elevar al individuo por encima de su nivel original. Esto es posibilitarle a la persona una mayor conciencia y cercanía con lo espiritual y con la familia lo cual, al mismo tiempo, le permite aferrarse a algo para poder seguir viviendo a pesar de la circunstancia en que se halle. (Blair David y Cardona Duque, 2008)

Por su parte, Viktor Frankl en su obra *Ante el Vacío Existencial* (1986, 93-94) plantea que la capacidad de sufrimiento no es otra cosa que la capacidad de realizar los valores de actitud. (...) Se trata de la actitud adecuada, del adecuado y sincero sufrimiento. Del modo de soportar un padecimiento depende que se esconda en él un posible sentido. (...) Porque así es, efectivamente: lo que importa es cómo se soporta el destino, cuando ya no se tiene poder para evitarlo. Dicho de otro modo: cuando ya no existe ninguna posibilidad de cambiar el destino, entonces es necesario salir al encuentro de este destino con la actitud acertada. Es a partir de esto último que no se trata de culpabilizarse sino de responsabilizarse. (Middleton, 2011)

En este sentido, la persona debe responsabilizarse ante su propia situación de enfermedad y eso, a su vez, supone poder confrontarse con la muerte. Esto último supone relacionarla con la angustia y el aislamiento existencial, que aparecen en personas que se encuentran ante situaciones límite, en este caso, el cáncer (ya sea en una fase terminal o no). Aquí, pues la angustia hace referencia a la ansiedad ante la muerte que se traduce en un miedo a la propia extinción. (Blair David y Cardona Duque, 2008).

La finitud no solo es característica de la vida humana, sino que también es un factor constituyente de del sentido mismo de la vida. Pues el sentido de la existencia humana se basa en su carácter irreversible. (Frankl, 1978).

Sin embargo e independientemente de las circunstancias físicas de una persona, se es responsable de la actitud que se asume ante su problema; pues mientras que algunos se entregan a la desesperación, otros trascienden su enfermedad. (Yalom, 1985). Y en concordancia con lo planteado sobre la responsabilidad (Sartre, 1985) esboza que la libertad:

Abarca un amplio horizonte, el ser humano no solo es libre, sino que está condenado a la libertad, la libertad se extiende más allá de la responsabilidad ante la creación del mundo, por haber dotado al mundo de significados la persona es integrante responsable

de la propia vida, no sólo de las propias acciones, sino de los propios fracasos en la acción. (p. 576)

Luego de poder hacerse responsable de la propia situación en que se está, la persona, deberá descubrir el sentido de la vida, y podrá hacerlo de tres modos distintos (Frankl, 1993, 109-110):

1. *Realizando un acción* que lleve a la persona al cumplimiento de un logro u objetivo.
2. *Mediante el sentir*. El amor es el claro ejemplo a abordar, pues constituye la única manera de aprehender al otro ser humano en lo más profundo de su personalidad, es decir, en su esencia. Esto no solo permite ver las potencias del ser amado, sino que también le facilita expresar aquellas que aún no han sido reveladas.
3. *Mediante el sufrimiento*. Aquí vale la pena detenerse para poner de manifiesto que cuando una persona se enfrenta a una situación inevitable o a un destino que es imposible cambiar, como por ejemplo una enfermedad como el cáncer (en fase terminal), es precisamente cuando se le presenta la oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo. Éste proviene, necesariamente, del sufrimiento. Y el autor agrega que lo que más importa es la actitud que adopte el individuo para hacerle frente a dicho sufrimiento, para cargar con él.

Cualquiera de estos tres caminos, de una u otra forma, produce un intercambio dialógico entre la persona y el mundo donde cada situación va produciendo cierta influencia sobre el ser humano, quien toma posición respecto de su propio ser. En esta relación, el sentimiento profundo que le genera el valor fundamental determina cómo lo percibido es sentido. (Längle, 1991).

Ante la mencionada percepción del valor, la persona podrá reaccionar de acuerdo a dos fases:

En la primera, que se da en total cercanía con el objeto percibido, se capta la cualidad del mismo en cuanto a si es o no apropiado para la vida del sujeto (aunque todavía no existe la distancia temporal y no se lo enmarca dentro de la biografía del mismo). Entonces la actitud valorativa está determinada por un “deseo” de la persona y por ansias de que el objeto “caiga bien”. Esto es lo que desde el Análisis Existencial se llama **emocionalidad primaria**. Esta emoción tiene las características de una fuerza fresca y espontánea que pone en luz a la persona y su situación, y es la base del comportamiento que la persona adopta para con dicha situación en el presente y a futuro. (Längle, 1991).

Sin embargo, ya en la segunda fase, se habla de una **integración de la emocionalidad** primaria dentro de una totalidad emocional plenamente personal. Aquí, lo que en principio fue espontáneamente sentido como “bueno” para la vida, debe ser puesto en contraste con el horizonte en el que vive el sujeto; depositando lo vivenciado a una cierta distancia para que pueda ser “mirado” por el sujeto, desligándolo de la cercanía inicial. Entonces, ahora es posible entender al valor desde el **querer**. Esto se logra ya que el sujeto es capaz de postergar todo lo demás en pos de eso que realmente quiere o no para su vida. (Längle, 1991).

Retomando a Viktor Frankl (1986, 84-92), se puede ver que él plantea una época, la nuestra, en la que vivimos sumergidos en la frustración existencial (...) es decir, bajo un sentimiento de falta de sentido de la propia existencia. (...) El hombre existencialmente frustrado no conoce nada con lo que pueda llenar ese vacío existencial que posee (...) y es que solo existe una manera de hacerle frente a la vida: tener siempre una tarea-meta que cumplir.

(...) Pero no es que la frustración existencial diste de ser algo patológico sino que cabe decir lo mismo de la voluntad de sentido. Esta se refiere a una pretensión humana de una existencia plenamente llena de sentido pero, que de ser así, también puede llegar a ser enfermiza. (...) Esto es porque, algunas veces no se trata solo de movilizar la voluntad de sentido, sino de despertar a la vida allí donde se ha resquebrajado, por ejemplo ante una enfermedad como el cáncer.

Y es, en relación a esto, que Viktor Frankl (1978), respecto del Sentido de la Vida esboza que:

Ningún hombre tiene derecho a invocar su propia insuficiencia, es decir, a despreciar sus propias posibilidades interiores. No importa que se sienta desesperado con respecto a sí mismo, que cavile y se torture creyendo que todas las salidas se le cierran. (...) Por tanto, la misión que el hombre tiene que cumplir en la vida existe siempre, necesariamente, aunque el interesado no la vea, y es siempre, necesariamente, susceptible de ser cumplida. (...) cuanto mejor comprenda el carácter de misión que la vida tiene, tanto mayor sentido tendrá su vida para él. (pp. 100-102)

Por su parte, Längle (1991) advierte en relación al Contacto con el Valor:

Una posición definitiva con respecto a un valor no depende simplemente de un cálculo racional. La toma de posición es – ella misma – una emoción. Lo que tiene de particular esta emoción es su carácter integrativo y, por ello, le es esencial un tanteo prudente con los otros valores, que también son “sentidos”, y con los cuales la percepción espontánea del valor entra en colisión. (...) La racionalidad es un instrumento importante para la integración de la emoción, pero de ninguna manera suficiente. (p. 14)

Por último, Viktor Frankl (1993, 112) agrega: “En otras palabras, el sentido de la vida es de tipo incondicional, ya que comprende incluso el sentido del posible

sufrimiento”, ya que al momento de aceptar voluntariamente el desafío que conlleva el sufrir, la vida adquiere sentido hasta el último momento y lo conserva, literalmente, hasta el fin.

Entonces y a modo de cierre, podemos afirmar lo que el gran filósofo Friedrich Nietzsche (1988, citado en Frankl, 1993, 104) argumentaba: **“Quien tiene un *porqué* para vivir puede soportar casi cualquier *cómo*”**.



“Un guerrero sabe que es libre para elegir lo que desee; sus decisiones son tomadas con valor, desprendimiento y - a veces – con cierta dosis de locura.

Acepta sus pasiones y disfruta intensamente”.

–“Manual del Guerrero de la Luz”– Paulo Coelho.

SEGUNDA PARTE

MARCO

METODOLÓGICO

CAPÍTULO III

MATERIALES, MÉTODO Y PROCEDIMIENTOS

III.1. Pregunta y objetivos de la investigación

III.1.1. Pregunta de Investigación.

¿Cuál es el posicionamiento de los adultos jóvenes frente a la situación de cáncer?

III.1.2. Objetivos.

Generales:

- Aportar datos relativos a la toma de posición en adultos jóvenes con cáncer.

Específicos:

- Conocer la toma de posición de los adultos jóvenes frente a la situación de cáncer
- Describir cómo los adultos jóvenes transitan la enfermedad.

III.2. Método

III.2.1. Tipo de enfoque.

Este trabajo se enmarca en los modelos de **Investigación Cualitativa** porque mediante este modo de acceder al mundo empírico va directamente al escenario en que se desarrollan los hechos; viendo a las personas desde una perspectiva holística y comenzando con simples interrogantes que, luego, se complejizaran a medida que avance la recolección de datos. Esto quiere decir que es inductiva y que se irán desarrollando los conceptos partiendo de las pautas que ofrecen los mismos datos. (Rodríguez Gómez, 1999).

Es esencial que el investigador cualitativo demuestre cierta flexibilidad al momento de trabajar en el campo. Esto hará que no esté atado a ningún procedimiento o técnica, pero sí que sea riguroso con los procedimientos que lleve adelante aunque los mismos no estén estandarizados. (Rodríguez Gómez, 1999).

Estas características propias de la investigación cualitativa hacen que se seleccione el Método Fenomenológico, el cual tiene ciertos principios básicos (Van Manen, citado en Rodríguez Gómez, 1999):

1. Es el estudio de la experiencia vital.
2. Es la explicación de los fenómenos de la conciencia.
3. Es el estudio de las esencias ya que la fenomenología se cuestiona por la verdadera naturaleza de los fenómenos.
4. Es la descripción de los significados existenciales en los que nos encontramos inmersos en nuestra vida cotidiana.
5. Es el estudio científico-humano de los fenómenos en relación a los saberes sistémico, explícito, autocrítico e intersubjetivo.
6. Es la exploración del significado del ser humano.

III.2.2. Alcance del estudio y diseño de la investigación.

Dadas las anteriores características se infiere que el estudio es del tipo **Descriptivo**, ya que los aspectos, perspectivas, dimensiones y la palabra de la persona entrevistada aporta datos de calidad descriptiva sobre el fenómeno estudiado.

De acuerdo a lo que postula Dankhe (1989, citado en Sampieri, Collado y Lucio, 2006, 102) “Los estudios descriptivos 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”.

Por su parte, Escalante Gómez y Páramo agregan respecto de este tipo de investigación:

La fenomenología descriptiva (...) refleja el interés y necesidad de captar, describir y comprender la intencionalidad del sujeto investigado y el sentido de su experiencia en la situación concreta en que se encuentre, a partir tanto de la clarificación de la forma en que los investigadores se involucran con el tema investigado y con la experiencia de los co-investigadores como a partir de la clarificación de las interpretaciones de los investigadores implicadas en el proceso descriptivo. (p. 115)

Valga la aclaración que solo se medirá la variable a estudiar propuesta en la introducción del presente trabajo de investigación.

Es por ello que no se procura arribar a conclusiones definitivas o a verdades absolutas que agoten el total de las explicaciones posibles sobre esta temática. (Sierra Bravo, 1994).

III.2.3. Unidad de Análisis.

Para poder definir la muestra, en términos cualitativos será oportuno tomar el concepto que propone Hernández Sampieri, et al. (2006): “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”. (p. 562) A su vez, ellos señalan que el tamaño de la misma no resulta importante desde una perspectiva probabilística; ya que el interés del investigador no es generalizar los resultados del estudio en una población de mayor amplitud. Y es por esto que se aspira a que la muestra gane en calidad antes que en cantidad. (Hernández Sampieri y cols., 2006).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la muestra seleccionada corresponde a una persona que padezca o haya padecido cáncer, es decir que ha vivenciado la enfermedad en primera persona, lo cual la ha llevado a adoptar determinada posición frente a la misma.

Por lo tanto el criterio de selección es el siguiente: un caso de un sujeto adulto joven, de entre 18 y 25 años que padezca o hayan padecido cáncer, sin hacer hincapié en

algún tipo del mismo, específicamente, pero que sea conciente de su diagnóstico y esté realizando el diagnóstico pertinente o bien ya lo haya realizado.

La unidad de análisis se compone de una participante voluntaria:

- ❖ **“Betiana”, 22 años.** Formación universitaria incompleta. Estudiante de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo. **Diagnosticada a los 13 años de Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B**, la cual afecta directamente a los Linfocitos B. Realizó el pertinente tratamiento: quimioterapia endovenosa y vía oral, transcurriendo cinco años del diagnóstico recibe el alta definitiva. Actualmente es voluntaria en FUNDAVITA, lugar desde el cual intenta ayudar a personas que están en situaciones similares a la que le tocó vivenciar. Además se encuentra formándose en dicha carrera universitaria y practica deporte regularmente (fútbol). Goza de buena salud y de buen estado de ánimo.

III.3. Instrumentos y materiales de evaluación

III.3.1. Recolección de datos.

A continuación se enfatiza en la herramienta técnica necesaria al momento de evaluar el caso.

III.3.1.1. La entrevista en profundidad.

La **entrevista en profundidad** es un método poco estructurado de acopio de información y registro de variables no esperadas. Reúne estas características, ya que desde que se comienza a interactuar con el sujeto entrevistado, ya se pueden obtener gran cantidad de datos sobre los que estos tienen conocimiento directo. (Merayo, 2003).

Sin embargo se plantea que en un primer momento de la investigación, dichas entrevistas pueden tener una función orientadora y preparatoria. En este caso puntual, obtienen el nombre de entrevistas especializadas, ya que se trata de aquellas que se realizan a informantes cuya ubicación les permite no solo transmitir una amplia gama de información, sino que también señalarles las nociones relevantes para la investigación. Irán, entonces, direccionando y estableciendo ciertas coordenadas de estudio. (Glaser y Strauss, 1967 citados en Merayo, 2003).

Es por esto que Merayo (2003) afirma que la *entrevista en profundidad* es “una técnica de investigación cualitativa que por sí misma o bien *triangulada* o combinada con técnicas, tanto cualitativas como cuantitativas, puede ejercer de valioso instrumento de recogida de datos *significativos* y *expresivos* para el análisis de la realidad social”.

Es decir que el mencionado método de recogida de datos no es más que un conjunto de preguntas no estructuradas cuyo número y temática no se encuentra predeterminado; sino que más bien cuenta con algunas de ellas que le sirven para arrancar la conversación e indagar lo que necesita. (León y Montero, 2003). Es por esto que se realiza una *lista de temas*, en relación a los que se focaliza la entrevista, dejando libre al entrevistador para abordar estos u otros temas que surjan durante la misma, pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano (Rodríguez Gómez, 1999).

Es por esto que se realizó, previamente, una entrevista basada en un guion. Esta se caracteriza por otorgarle al entrevistador la libertad de ordenar y formular las preguntas a lo largo del encuentro. Las preguntas no son efectuadas en un orden predeterminado ni se trata de un protocolo estructurado, sino que se formulan acompañando el relato del entrevistado para que éste la perciba como una conversación

(Valles, 2003). De hecho es el mismo investigador quien decide cómo enunciarlas y cuándo formularlas. (Taylor y Bogdan, 1987).

Ciertamente se trata de un esquema que incluye los puntos a tratar, pero cuyo orden no es cerrado ni tiene que seguirse necesariamente. Esto amplía la mirada del investigador, quien además de recoger la información de su interés, puede obtener datos adicionales igualmente relevantes o no. (Valles, 2003).

Es por ello que la realización del guion se utilizó como complemento de la entrevista en profundidad. A su vez las mencionadas preguntas así como la forma de preguntar, se acomodan el lenguaje utilizado por la persona, lo cual facilita su comprensión a cada interrogante.

Para la elaboración de tal guion se consideran tanto interrogantes correspondientes a datos personales del sujeto y de su padecimiento; así como también referentes a las cuatro Motivaciones de la Existencia -M.F.E.- formuladas por Alfried Längle (2000), reflejando en cada pregunta las condiciones esenciales de cada motivación y las reacciones de coping, si las hubiere. Además se incluyen temas referidos a la Toma de Posición planteados por el mencionado autor (1990); lo cual favorece su exploración y como se encontraban en el momento en que la persona fue diagnosticada y durante el consiguiente tratamiento.

A continuación se detallan, en primer lugar aquellas preguntas que hacen a la anamnesis y, posteriormente, las referidas a cada motivación y sus condiciones:

Tabla 1: Guía de las preguntas a tener en cuenta ante la situación de entrevista.

<u>GUIA DE PREGUNTAS PARA LAS ENTREVISTAS:</u>	
<u>A. DATOS PERSONALES.</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre. • Edad. • Estado Civil. • Grupo familiar. • Estudios alcanzados.
<u>B. DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD.</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de cáncer. • Fecha del Diagnóstico. • ¿Tratamiento?: SI NO • Tipo de tratamiento. • ¿Lugar/es dónde se trató? • ¿Duración? • ¿Quién le dio la noticia, a qué edad, en qué momento...?

- ¿Está en remisión? ¿Desde cuándo?
- ¿Complemento al tratamiento? (Radioterapia, medicación vía oral, etc...).

C. MOTIVACIONES FUNDAMENTALES DE LA EXISTENCIA.

En la **Primera Motivación** la persona se ve esencialmente motivada por la *Pregunta Fundamental de la Existencia: Yo soy, pero ¿puedo ser?* La respuesta a esta pregunta le permitirá vivir con sentido de realidad, o no. Para esto es necesario tener en cuenta tres requisitos o condiciones: *Protección; Espacio y Sostén.*

Para esta motivación, las preguntas formuladas fueron:

- *A partir de que recibiste esta noticia, ¿cómo la percibiste? ¿cómo te impactó? ¿Qué hiciste?*
- *¿Cómo te protegiste frente a esto que viviste?*
- *¿Te sentiste sostenido por tus familiares, amigos...?*
- *¿Cuál es tu lugar en el mundo?*

La **Segunda Motivación** refiere la condición fundamental del vivir, la cual se ve originada por el siguiente *cuestionamiento existencial: Yo vivo pero, ¿me gusta vivir?* Para esto es necesario tener en cuenta tres requisitos o condiciones para gustar: *Cercanía; Tiempo y Relación.*

Para esta motivación, las preguntas formuladas fueron:

- *¿Cómo vivenciaste y experimentaste la noticia? ¿Te angustiaste?*
- *¿Tu vida cambió a partir de la enfermedad?*
- *¿Pensás que esto te ha fortalecido o debilitado? ¿Por qué?*
- *Sabemos que el mismo tratamiento conlleva un gran sacrificio por lo tanto: ¿Cómo ha sido y/o es vivir con él?*

La **Tercera Motivación** se orienta hacia la *pregunta fundamental de Ser sí mismo: Yo soy yo, pero ¿me permito ser así como soy? ¿Me es permitido ser como yo soy?* Y las condiciones fundamentales para el encuentro con el sí mismo son: *Consideración; Justificación y Apreciación Valorativa.*

Para esta motivación, las preguntas formuladas fueron:

- *¿Cómo te sentís con esto que, en definitiva, te pertenece? ¿Podes hacerte cargo de esto?*
- *¿Sentís que esto afectó/afecta tu autoestima? ¿De qué manera?*
- *¿Fue decisión tuya o de tus padres el realizar el tratamiento? ¿Cómo te sentiste con esto?*

➤ *¿Te sentiste valorado por quienes te rodean? ¿Y por vos mismo?*

En la **Cuarta Motivación** la persona se ve motivada ante la siguiente *pregunta fundamental del Devenir y del Cambio Yo estoy aquí, pero... ¿para qué es bueno que yo esté aquí?* A su vez, necesitara contar con determinadas condiciones fundamentales, necesarias para hallar el sentido: *Campo de actividad/acción; Vinculación con un contexto mayor y Valor en el futuro.*

Para esta motivación, las preguntas formuladas fueron:

- *¿Consideras que el hecho de que sucediera esto ha servido para encontrarle sentido a tu vida, a tu familia y a vos mismo? ¿Y a la enfermedad?*
- *Has pensado ¿cuál es el sentido de tu vida en este mundo, es decir, cuál es tu misión..., tu lugar?*

Dichas Motivaciones Fundamentales fueron, a su vez, relacionadas con la Toma de Posición en la que básicamente se plantea que una vida plena comienza cuando hay en mí una aprobación respecto de la misma. Podríamos afirmar que es un SI que surge de algo sentido, por ejemplo de mis afectos, y va tocando todo mi ser no solo lo cognitivo. Y es que el Análisis Existencial plantea que el sujeto viva aprobando la vida y que pueda decirse a sí mismo: ¡Si, estoy aquí! Así comienza una vida propiamente vivida, con este SI, donde lo más importante es la decisión, o dicho de otro modo la Toma de Posición. (Längle 2010, citado en Caprio, 2010).

III.4. Procedimiento

Inicialmente se realizó un rastreo bibliográfico que permitiera justificar el punto de vista del investigador a partir del cual giraría la investigación. Esto permitió construir el marco conceptual de referencia.

Por otra parte se efectuó un relevamiento en diversas fuentes bibliográficas y electrónicas respecto del tema en cuestión, seleccionando lo más relevante y reciente. Sin embargo, se citan algunos autores pioneros en sus teorías, lo cual le brinda a la investigación bases aún más firmes en las cuales asentarse. Esto se utilizó para determinar el estado actual del tema.

Luego se confeccionó la guía de preguntas que posteriormente se emplearía en la entrevista. Para ello se tuvieron en cuenta conocimientos generales previamente adquiridos sobre el cáncer: sus fases, características, procesos y tipos de tratamiento, así como también acerca de la teoría analítica existencial propia de Viktor Frankl y Alfred Längle.

Después se determinó que la muestra con la que se trabajaría, sería un sujeto de sexo femenino de entre 18 y 25 años de edad y cuya característica principal sería el conocimiento del diagnóstico de su enfermedad. Luego se procedió a tomar contacto con alguna institución, siendo la Fundación para la Vida y contra el Cáncer: FUNDAVITA la que accediera y facilitara la toma del caso ya estipulado.

Una vez, realizado el primer contacto, el cual fue telefónico, se coordinó con la persona seleccionada el día, lugar y horario de la entrevista. Luego se le informó de qué se trataba la investigación; sus objetivos; y ante quién y de qué manera se presentarían los resultados, manteniendo el anonimato y el secreto profesional. Inmediatamente después de proporcionarle esta información se solicitó su consentimiento por escrito, el cual se obtuvo sin problema.

En esta etapa se realizó una entrevista a la participante, en la que se les tomó una *entrevista en profundidad*, mediante la cual se ahondó sobre diversas temáticas previamente estipuladas en el guion de preguntas para luego profundizar (valga la redundancia) en las motivaciones fundamentales.

Finalizada la etapa de recolección de datos, se llevó a cabo el análisis de contenido categorial de la entrevista. Para el mismo se determinó la presencia de Metacategorías y Categorías las que, a su vez, presentan Sub-categorías. A estas últimas se las coloca en positivo (+) o negativo (-), según se encuentren o no presentes. Los datos se presentaron en tablas que dan cuenta con qué frecuencia aparecen las

condiciones de cada motivación y se efectuó la pertinente interpretación cualitativa correspondiente con el análisis correlacional.

Se siguió el mismo procedimiento para llevar a cabo en el análisis categorial la presencia de aquellas Reacciones Psicodinámicas o Copings y la confección de las tablas pertinentes.

Por último se efectuaron las conclusiones.

Posteriormente a esto se procedió a contactar a la participante de esta investigación para llevar a cabo la mencionada entrevista de devolución.

Finalmente, y a partir de esto se deja abierta la ventana hacia nuevos estudios, donde la presente investigación sirva de disparador y/o guía de los mismos, buscando que los datos obtenidos puedan ser de utilidad para profundizar en la temática de la toma de posición en relación al cáncer.

III.4.1. Análisis de los datos.

Todos los datos recabados mediante la entrevista en profundidad serán sometidos al Análisis de Contenido Categorial que, de acuerdo a lo planteado por Berelson (citado en Bardín, 1991), es “una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones, que tiene como objeto interpretarlas”. Y Bardin (1991) continúa refiriéndose a cómo deben ser esas categorías, criterio que se ha seguido en la presente investigación. Las características propias de este análisis son:

- Homogeneidad: pues los elementos que se incluyan en ellas serán en aspecto similares.
- Exhaustividad: pues se utilizará la totalidad del texto a analizar.
- Exclusividad: donde un mismo elemento no podrá ser clasificado aleatoriamente en dos o más categorías diferentes.
- Objetividad: se refiere a que dos codificadores diferentes deban llegar a los mismos resultados.
- Adecuación y Pertinencia: en relación al contenido y a los objetivos de la investigación.

III.4.1.1. Metacategorías, Categorías y Sub-categorías.

En el presente trabajo de investigación se diseñan entonces: tres Metacategorías; ocho Categorías (cuatro repetidas) y 28 Sub-categorías. Las mismas serán distribuidas de la siguiente manera:

Metacategoría 1: *Motivaciones Fundamentales de la Existencia (MFE)*.

Categoría 1: 1ª MFE.

Sub-categorías:

- *Protección (Prot).*
- *Espacio (Esp).*
- *Sostén (Sost).*

Categoría 2: 2ª MFE.

Sub-categorías:

- *Cercanía (Cerc).*
- *Tiempo (Tpo).*
- *Relación (Rel).*

Categoría 3: 3ª MFE.

Sub-categorías:

- *Consideración (Cons).*
- *Apreciación Valorativa (AV).*
- *Justificación (Just).*

Categoría 4: 4ª MFE.

Sub-categorías:

- *Campo de Actividad (CA).*
- *Vinculación con el Contexto Mayor (VCM).*
- *Valor en el Futuro (VF).*

Metacategoría 2: *Reacción de Coping (RC)*.

Categoría 1: 1ª MFE.

Sub-categorías:

- *Huida (Hui).*
- *Ataque a lo amenazante (At).*
- *Odio (Od).*

- *Reflejo de Posición de Muerto (RPM)*

Categoría 2: 2ª MFE.

Sub-categorías:

- *Retirarse (Ret).*
- *Activismo (Act).*
- *Rabia (Rab).*
- *Resignación (Res).*

Categoría 3: 3ª MFE.

Sub-categorías:

- *Tomar Distancia (TD).*
- *Sobreactuar o Dar la Razón (So/Act).*
- *Fastidio/Ira (Fas/Ira).*
- *Disociación o Splitting (Dis).*

Categoría 4: 4ª MFE.

Sub-categorías:

- *Compromiso Provisorio/Preventivo (CP/P)*
- *Fanatismo/Idealización (F/I).*
- *Cinismo/Sarcasmo (C/S).*
- *Desesperación/Nihilismo (D/N).*

Metacategoría 3: Toma de Posición (TP).

Se define como unidad de registro la frase y como unidad de contexto el párrafo.

➤ **Metacategoría 1: Motivaciones Fundamentales de la Existencia (MFE):** se refiere al contenido en donde la persona manifiesta aspectos de su relación con el mundo, la vida, el sí mismo y el sentido. De aquí se desglosan cuatro categorías, cada una con tres sub-categorías:

Categoría 1:

- **1ª MFE: “El poder Ser”.** Categoría referente al sostén y al punto de apoyo de la persona, ya sea físico; personal; y/o espiritual. Implica temas como ser el poder ser; soportar y aceptar; confianza y ánimo; así como también los Coping: huida; ataque a lo amenazante; agresión en forma de odio y reflejo de posición de muerto.

Sub-categorías:

- **Protección (Prot):** Señala el contenido sobre la experiencia de ser aceptado/recibido, o no.
- **Espacio (Esp):** Señala el contenido sobre la vivencia del propio cuerpo y del espacio físico para poder ser.
- **Sostén (Sost):** Señala el contenido sobre la posibilidad o no de la persona para abandonarse a una estructura que lo sostenga.

Categoría 2:

- **2ª MFE: “La relación con la vida”.** Esta categoría indica el contenido en donde se expresa el gusto por la vida, es decir, aquello valorado por la persona. La percepción que tenga sobre el valor podrá ser tanto somática, psíquica como espiritual. Implica temas tales como el contacto con el valor; el duelo; y la afectividad en lo referente a las emociones y sentimientos. También los Coping: retirarse; activismo; agresión en forma de rabia y; resignación.

Sub-categorías:

- **Cercanía (Cerc):** Señala el contenido referente al contacto con lo valioso, abriéndose a las emociones; sentimientos y afectos.
- **Tiempo (Tpo):** Señala en contenido que refiere a la posibilidad o no de tomarse un tiempo (valga la redundancia) para aquello que considera valioso para su vida.
- **Relación (Rel):** Señala el contenido que se refiere a la posibilidad de la persona para dedicarse a sí mismo y a los demás.

Categoría 3:

- **3ª MFE: “Ser sí mismo”.** Categoría que centra su atención en el contenido referente a si el sujeto puede ser él mismo y si le es permitido ser, es decir, si logra claridad sobre sí mismo y si logra considerar su propia individualidad. Implica temas como ser el límite entre lo propio y lo ajeno, así como también la individualidad y la diferenciación con los demás. A su vez, incluye las reacciones de Coping: tomar distancia; sobreactuar o dar la razón; ira o fastidio y disociación (Splitting).

Sub-categorías:

- **Consideración (Cons):** Señala el contenido en relación a la posibilidad o no de la persona de ser reconocido y tenido en cuenta tal cual es, lo cual responde al propio reconocimiento.
- **Apreciación Valorativa (AV):** Señala el contenido de la experiencia que tiene o no la persona de ser comprendida y

valorada tal como es. La persona siente que tiene derecho a existir, a poseer emociones y deseos. Se despierta la vida en ella.

- **Justificación (Just):** Señala aquel contenido de la experiencia de ser tratado o no de manera justa o injusta tanto por sí mismo como por los demás.

Categoría 4:

- **4ª MFE: “El Devenir”.** Categoría en la cual se centra el interés en aquel contenido en donde sea posible dar cuenta de un Sentido para la persona. Donde puede poner sus acciones en un contexto de mayor amplitud. Implica temas tales como: la apertura al mundo; los deseos; y la voluntad de sentido. Así también incluye los Coping: compromiso provisorio/preventivo; fanatismo/idealización; cinismo/sarcasmo y; desesperación/nihilismo.

Sub-categorías:

- **Campo de Acción (CA):** Señala el contenido en donde la persona se siente o no requerida y necesitada para contribuir con algo positivo en el mundo.
- **Vinculación con el Contexto Mayor (VCM):** Señala el contenido donde la persona tenga la posibilidad o no de dirigir su tarea hacia un horizonte que le brinde orientación.
- **Valor en el Futuro (VF):** Señala el contenido en relación a donde la persona vivencia/experiencia o no la posibilidad de realizar o lograr algo en la vida.

- **Metacategoría 2: Reacciones de Coping (R.C.)** Se refiere a la forma de enfrentar situaciones generadoras de ansiedad y angustia que la persona, por si misma, no es capaz de afrontar y que desencadenan disturbios a nivel existencial. De aquí se desglosan nuevamente las cuatro categorías anteriores, cada una con cuatro sub-categorías:

Categoría 1:

- **1ª MFE: “El poder Ser”.**

Sub-categorías:

- **Huida (Hui.).**
- **Ataque a lo amenazante (At.):** Reacción frente al sentimiento de no poder ser.

- **Odio (Od.):** Reacción empleada para eliminar al otro, producto del sentimiento de amenaza.
- **Reflejo de Posición de Muerto (RPM):** Reacción en forma de parálisis en la cual la persona no es capaz de luchar o escapar de la situación amenazante.

Categoría 2:

➤ 2ª MFE: “La relación con la vida”.

Sub-categorías:

- **Retirarse (Ret.):** Reacción de la persona, producto de replegarse sobre sí mismo para evitar el sufrimiento.
- **Activismo (Act.):** Reacción empleada para cubrir el no gusto por una determinada actividad. Se acompaña de la desvalorización del fin en sí mismo.
- **Agresión en forma de Rabia (Rab.):** Reacción cuya finalidad es la de despertar la vida en un otro.
- **Resignación (Res.):** Reacción similar al reflejo de posición de muerto de la 1ª M.F.E.

Categoría 3:

➤ 3ª MFE: “Ser sí mismo”.

Sub-categorías:

- **Tomar Distancia (T.D.):** Reacción por la cual se busca que otro quede en soledad, mediante acciones de distanciamiento, valga la redundancia.
- **Sobreactuar (So/Act.):** Reacción caracterizada por una huida hacia adelante en la que se busca teatralizar. Se trata de una acción sin vivencia interna.
- **Fastidio o Ira (Fas./Ira):** Reacción que puede manifestarse mediante la imposición de un límite entre uno mismo y otro que invade la propia intimidad (Ira) o un sentimiento de autocastigo por haber sufrido un daño que pudo evitarse (Fastidio).
- **Disociación – Splitting - (Dis.):** Reacción en la que se produce un quiebre entre cognición y emoción. El resultado es una parálisis que puede acabar en despersonalización.

Categoría 4:

➤ 4ª MFE: “El Devenir”.

Sub-categorías:

- **Compromiso Provisorio / Preventivo (C.P./P.):** Reacción mediante la cual se vive de manera superficial, sin compromiso.
 - **Fanatismo / Idealización (F./I.):** Reacción de obsesión por una persona o idea (Fanatismo) o reacción defensiva para intentar cubrir el vacío con personas o ideas (Idealización).
 - **Cinismo / Sarcasmo (C./S.):** Reacción cuyo fin es el de poner en aviso a otro sobre su falta de sentido.
 - **Desesperación / Nihilismo (D./N.):** Reacción ante sentimientos de desesperanza o victimización, llevada a cabo cuando la persona ya no cuenta con fuerzas para continuar.
- **Metacategoría 3: Toma de Posición (TP):** Señala el contenido en lo que respecta a si la persona puede o no tener una vida plena, la cual comienza con una aprobación respecto de la misma a partir de un suceso traumático (diagnóstico de cáncer), donde lo más importante es la decisión frente a éste.

TERCERA PARTE

RESULTADOS

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

Caso
“Betiana”

Caso: “Betiana”

Betiana tiene 22 años de edad y fue diagnosticada a los 13 años de Leucemia Linfoblástica Aguda Tipo B (L.L.A.-B), el cual es un tipo de cáncer que afecta directamente a los Linfocitos B. Realizó el pertinente tratamiento completando, así, una etapa de quimioterapia endovenosa y otra vía oral; y recibiendo, una vez culminadas, el alta médica definitiva.

Esta experiencia vivida la llevó a madurar súbitamente, lo cual la fortaleció y ayudó a que viera el mundo desde otra perspectiva. A su vez, le brindó un horizonte al cual aspirar, ante lo cual decidió ser voluntaria en FUNDAVITA, lugar donde asiste a personas que están transitando por situaciones similares a la que le tocó experimentar.

Actualmente estudia Medicina y asegura haber elegido la misma para poder ayudar a los demás, como una misión personal.

Datos de Filiación.

Edad: 22 años.

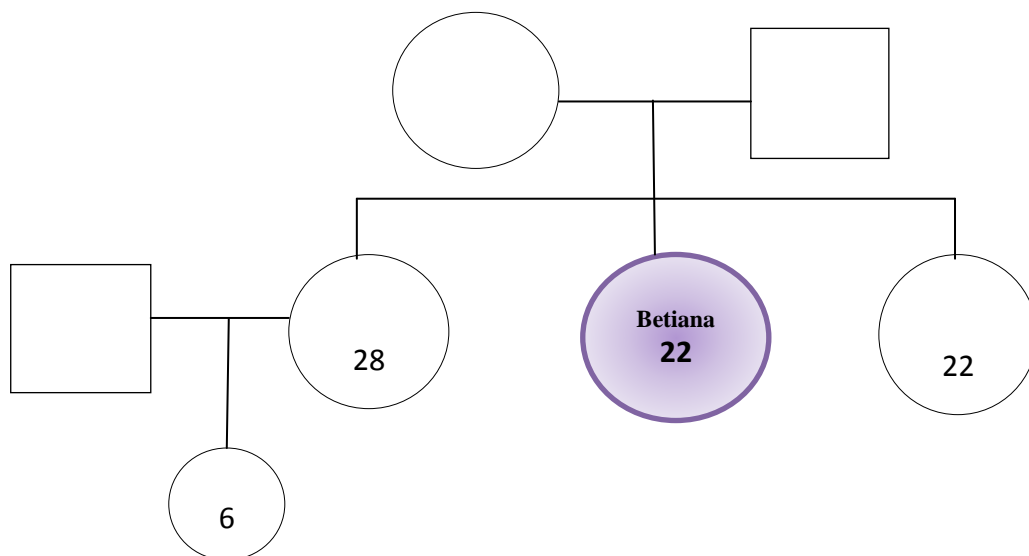
Ocupación: Estudiante.

Estudios: Universitario incompleto. Primer año de Medicina completo, en la U.N.C.

Estado Civil: Soltera.

Personas con las que vive: Padre, Madre y una hermana melliza.

Familiograma:



toque.												
Contenido.	1ª MFE			2ª MFE			3ª MFE			4ª MFE		
	Prot.	Esp.	Sost.	Cerc.	Tpo.	Rel.	Cons.	A.V.	Just.	C.A.	V.C.M.	V.F.
(...) le pregunté a mi mamá si eso era para el tratamiento del cáncer y me dijo que sí. Después no sé si me desmayé o por el efecto de la anestesia me volví a dormir.			(-)									
(...) lo veía como desde una nube, o sea no tenía conciencia de la gravedad del asunto. Es más, tuve que leer cuando entré en la facultad para terminar de entender que tuve. Fue un periodo de transición para mí porque no me planteaba lo de la gravedad de la leucemia, sino más bien estaba centrada en dejar de ir al hospital; que me creciera el pelo; volver a hockey y que me dieran el alta definitiva.		(-)										
Durante el tratamiento, sí. Y empecé con todo un tema que es el de la culpa. Pero es por una cuestión mía, porque soy una persona con mucha culpa. Pero sí, durante el tratamiento me angustiaba mucho porque pensaba que mis viejos estaban mal por mi culpa, que mi hermana muchas veces no salía por mi culpa. Y en el pos tratamiento también me angustié porque para una persona más grande, aunque no tanto jaja, es				(+)								

difícil reinsertarse en el medio social después de un tratamiento así.												
Contenido.	1ª MFE			2ª MFE			3ª MFE			4ª MFE		
	Prot.	Esp.	Sost.	Cerc.	Tpo.	Rel.	Cons.	A.V.	Just.	C.A.	V.C.M.	V.F.
Ellos fueron mi sostén. Mis padres y hermanas fueron y son mis pilares fundamentales. Los médicos también me sostuvieron mucho.			(+)									
Y en cuanto a mis amigas, ellas me albergaron en su grupo sin conocerme y hasta fueron al hospital a verme y me llevaron un cartel.							(+)					
Ellas se hacían llamar las princesas y justo los médicos me decían que yo era la princesa del hospital, así que fue todo muy loco jaja.								(+)				
Todas estas lindas personas ayudaron a que me valorara más a mí misma, a pesar de ser muy egocéntrica.								(+)				
(...) tuve que dejar la actividad física porque desde los seis que juego al hockey sobre patines, pero en el 2012 dejé por una cuestión de que yo quise dejar porque me estaba perdiendo muchas cosas propias de la					(+)	(+)						

edad como cumpleaños, salidas, etc.												
Contenido.	1ª MFE			2ª MFE			3ª MFE			4ª MFE		
	Prot.	Esp.	Sost.	Cerc.	Tpo.	Rel.	Cons.	A.V.	Just.	C.A.	V.C.M.	V.F.
A todo esto, mi hermana melliza vivía, mientras tanto, todo lo que yo debería estar viviendo: iba a fiestas, salía con amigos, las primeras matinés, estaba de novia. Todas cosas que yo no podía hacer y me “perdía”.									(-)			
Me habían autorizado para que fuera a cursar unas tres veces, pero al pedo porque iba y no entendía nada, pero era para despejarme un poco. Un día, la última vez que me dejaron ir a clases, me levanté en la mañana y estaba re contenta pero me empezó a doler la pierna y sentía que la tenía adormecida pero no dije nada porque ese día no me tocaba ir al hospital así que no quería ni ir. Fui a la escuela			(+)									
(...) considero que es el claro ejemplo que de lo malo salen cosas buenas.				(+)								
(...) siento que no tuve adolescencia, no tuve ese periodo de rebeldía en el que te peleas									(-)			

<p>con tus padres, te escapabas de la casa... ¡bah! No todos pero si mi hermana lo hacía. Lo mío fue una madurez que tuve que adquirir de golpe porque tuve que vivir otras cosas y tuve que madurar por otro lado. Eso me lleva a pelear con mi hermana porque no entiendo como con 22 años puede pensar tan diferente a mí. Por ejemplo con el tema de la muerte, yo la tengo más que asumida y para mi hermana es tabú, no la puede aceptar.</p>												
<p>Contenido.</p>	<p>1ª MFE</p>			<p>2ª MFE</p>			<p>3ª MFE</p>			<p>4ª MFE</p>		
	<p>Prot.</p>	<p>Esp.</p>	<p>Sost.</p>	<p>Cerc.</p>	<p>Tpo.</p>	<p>Rel.</p>	<p>Cons.</p>	<p>A.V.</p>	<p>Just.</p>	<p>C.A.</p>	<p>V.C.M.</p>	<p>V.F.</p>
<p>El Estado es quien te garantiza el tratamiento, porque esta reglado por ley; y al ser yo menor de edad la decisión la tomaron mis padres. Tampoco nunca me lo planteé si lo quería hacer o no. No hablemos de una elección.</p>									<p>(-)</p>			
<p>¡Con uñas y dientes jaja! La verdad que mucho mejor de lo que esperaba por haber tenido la fortaleza necesaria para encarar todo el proceso.</p>		<p>(+)</p>										

Contenido.	1ª MFE			2ª MFE			3ª MFE			4ª MFE		
	Prot.	Esp.	Sost.	Cerc.	Tpo.	Rel.	Cons.	A.V.	Just.	C.A.	V.C.M.	V.F.
Ayudó el apoyo incondicional de mi familia y algunos amigos, sin restarle importancia al del equipo médico. Todos ellos me brindaron un espacio que me sirvió para protegerme de la mejor manera de todos los rigores del cáncer.			(+)									
(...) mi enfermera me dice en ese entonces que tenían una niña, Sofi, que no quería que la pincharan así que me pidió que le hablara para que tomara conciencia de que es muy importante eso porque ayuda a la inmunidad y demás. Así que bueno, le hablé y tuve muy buena respuesta de Sofi, ella cambió de opinión y fue más fácil tratarla después. Así me llamaron para hablar con los nenes y con los padres, porque al ser yo más grande era como más fácil llegar a los padres; además a mí me gustaba eso y me gusta.										(+)		
Así que desde el 2010 que hablo con nenes que están en la misma situación en la que estuve yo. Ellos son mis enanos, así les digo yo jaja. Hay veces en las que me llaman para hablar con algún enano porque esta medio bajoneado y termino escuchando a los						(+)						

padres.												
Contenido.	1ª MFE			2ª MFE			3ª MFE			4ª MFE		
	Prot.	Esp.	Sost.	Cerc.	Tpo.	Rel.	Cons.	A.V.	Just.	C.A.	V.C.M.	V.F.
Eso, la verdad, que me ha ayudado a entender el lado sobre protector de los míos durante el tratamiento.					(+)							
Si, es por medio de FUNDAVITA. De hecho suelo ir a la fiesta de Navidad ayudar junto con otras compañeras que también son voluntarias...											(+)	
(...) y bueno esto también termino siendo una elección de mi carrera que es Medicina jaja, viste que te tenía que explicar lo otro antes de llegar a mi carrera.												(+)
Empecé en el 2008, por una recomendación de mis médicos. Ese fue el año del diagnóstico. Fui porque los médicos notaban que no hablaba con nadie sobre mi enfermedad así que era para eso.		(-)										
En el 2010 volví pero porque me frustraba por todo y eso me generaba querer romper todo, no me aguantaba ni yo. En el 2011 fui dos o tres veces porque lloraba mucho						(+)						

<p>porque se terminaba la secundaria, y también por lo de medicina, para saber si lo quería hacer porque me gusta o por una cuestión de afinidad con mi diagnóstico. Después no fui más hasta el 2014, pero volví con otra psicóloga porque con la que yo quería no pude porque ella dejó de hacer consultorio y me recomendó a esta mujer, la Licenciada Fuentes, porque le comenté que había empezado con ataques de pánico.</p>												
Contenido.	1ª MFE			2ª MFE			3ª MFE			4ª MFE		
	Prot.	Esp.	Sost.	Cerc.	Tpo.	Rel.	Cons.	A.V.	Just.	C.A.	V.C.M.	V.F.
<p>Sentía que no podía más, me sudaban las manos y me quiero ir de donde este, no me importa nada, me quiero escapar.</p>		(-)										
<p>(...) la verdad que era bastante egocéntrica en ese sentido, era copada y pensaba que me iba a ir bien siempre. Tenía trece años y pensaba que podía con todo y la verdad es que no, por más que creo que mucha gente piensa eso alguna vez; por eso el tema del diagnóstico sirvió para bajar un poco los cachos.</p>				(+)								
<p>Aprendí a disfrutar de las pequeñas cosas.</p>						(+)						

necesitan ser escuchadas, tanto en sus días buenos como en los malos, es una misión.												
Contenido.	1ª MFE			2ª MFE			3ª MFE			4ª MFE		
	Prot.	Esp.	Sost.	Cerc.	Tpo.	Rel.	Cons.	A.V.	Just.	C.A.	V.C.M.	V.F.
Y esto está muy relacionado con lo que es mi misión en este mundo el acompañar a estas personas en sus procesos.										(+)		
(...) ellos son mis pilares fundamentales en los que siempre puedo apoyarme porque siempre me han sostenido.			(+)									
Ahora soy más fuerte y decidida. Además aprendí a disfrutar de las pequeñas cosas y eso es fundamental en mi vida, para valorarme y valorar lo que me rodea.							(+)	(+)				
Si en el sentido de conducirme o despertar en mi misión.											(+)	
(...) yo creo que siempre va a ser parte de mí, así como también lo es el hecho de que lo vencí.	(+)											
Las mismas enfermeras me dicen que llego más fácilmente a los padres y pacientes porque yo ya estuve en ese lugar de enferma.						(+)						

IV.1.2. Reacciones de Coping.

Tabla 3. Presencia de las M.F.E. de acuerdo a sus Reacciones de Coping. 1ª MFE: Huida; Ataque a lo amenazante; Odio y; Reflejo de Posición de Muerto. 2ª MFE: Retirarse; Activismo; Rabia y; Resignación. 3ª MFE: Tomar Distancia; Sobre actuar o dar la razón; Fastidio/Ira y; Disociación (Splitting). 4ª MFE: Compromiso Provisorio / Preventivo; Fanatismo / Idealización; Cinismo / Sarcasmo y; Desesperación / Nihilismo.

Contenido.	1ª MFE				2ª MFE				3ª MFE				4ª MFE			
	Hui.	At.	Od.	R.P.M.	Ret.	Act.	Rab.	Res.	T.D.	So/Act.	Fas./Ira	Dis.	C.P./P.	F./I.	C./S.	D./N.
(...) después me di cuenta que tenía muchas rampas el hospital así que yo feliz porque iba y venía por las rampitas ¡jajaja!										X						
(...) después de esa etapa no quería pisar más un hospital, es mas a una psicóloga de ahí del hospital que una vez me preguntó que quería hacer cuando creciera le dije que no quería tener hijos porque implicaba ir a un										X						

hospital con la panza o para llevarlo al pediatra.																
Contenido.	1ª MFE				2ª MFE				3ª MFE				4ª MFE			
	Hui.	At.	Od.	R.P.M.	Ret.	Act.	Rab.	Res.	T.D.	So/Act.	Fas./Ira	Dis.	C.P./P.	F./I.	C./S.	D./N.
A todo esto, mi hermana melliza vivía, mientras tanto, todo lo que yo debería estar viviendo: iba a fiestas, salía con amigos, las primeras matinés, estaba de novia. Todas cosas que yo no podía hacer y me “perdía”.											X (Fastidio)					
(...) ahí bueno llamaron a mis papás y me llevaron al hospital jaja, no me salió bien jaja										X						
(...) me generaba querer romper todo, no me aguantaba ni yo.							X									
(...) me quiero escapar.	X															
(...) Eso me daba, de por sí, mucho	X															

IV.1.3. Toma de Posición.

Tabla 4. Presencia, en términos de frecuencia (*f*), de la Toma de Posición; ya sea que se encuentre fortalecida (+) o debilitada (-).

Contenido.	Toma de Posición.	
	Fortalecida.	Debilitada.
Al día de hoy puedo rescatar todo lo bueno, tiendo a ver el lado positivo, porque lo negativo ya quedó atrás.	(+)	
Aprendí a disfrutar de las pequeñas cosas.	(+)	
(...) hasta que conoces esos límites, sabes que no todo lo puedes, que a gente buena le pasan cosas buenas y malas y viceversa y así es la vida. El sentido de la enfermedad es también entender eso.	(+)	
(...) pero como te decía ante una situación crítica como ésta la gente te dice muchas frases armadas como “Se por lo que estás pasando, ánimo” o “La vida vale la pena, hay que disfrutarla” que comienzan a cobrar sentido aunque la otra persona no sepa lo que significa vivir con el tratamiento.	(+)	
Y creo que si te toca quedarte en este mundo, si te toca sobrevivir tenes que tratar de buscar tu misión y el por qué te quedaste.	(+)	

*“Nunca estas solo, nunca estas vencido
mientras alguien crea en vos”.*

Pablo Martínez.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Caso
“Betiana”

V.1. Resultados.

Se presentan las frecuencias de aparición de contenidos que hacen referencia tanto de las MFE fortalecidas y debilitadas, como así también las referidas a la Toma de Posición.

Esto da una forma global de presentación que permite una discusión más adecuada de los resultados obtenidos. Se presenta aquí y se utiliza para ambos casos.

La frecuencia de aparición de las condiciones de las MFE que se encuentran fortalecidas o debilitadas es presentada en la siguiente tabla:

Tabla 8. Frecuencia de aparición de las condiciones de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia.

Valencia.	1ª M.F.E.			2ª M.F.E.			3ª M.F.E.			4ª M.F.E.		
	Prot.	Esp.	Sost.	Cerc.	Tpo.	Rel.	Cons.	A.V.	Just.	C.A.	V.C.M.	V.F.
Positiva (+)	2	1	4	4	2	4	3	3	0	4	3	4
Negativa (-)	0	3	2	0	1	0	0	0	3	0	0	0

La siguiente tabla muestra la frecuencia de aparición de Reacciones de Coping:

Tabla 9. Frecuencia de aparición de Reacciones de Coping.

Reacciones de Coping.	1ª MFE				2ª MFE				3ª MFE				4ª MFE			
	Hui.	At.	Od.	R.P.M.	Ret.	Act.	Rab.	Res.	T.D.	So/Act.	Fas./Ira	Dis.	C.P./P.	F./I.	C./S.	D./N.
Frecuencia de aparición.	2						1			3	1					

La frecuencia de aparición de la Toma de Posición, tanto fortalecida como debilitada, es presentada en la siguiente tabla:

Tabla 10. Frecuencia de aparición de Toma de Posición:

Toma de Posición.	<i>f</i>
Fortalecida (+)	5
Debilitada (-)	0

V.2. Análisis de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia y de la Toma de Posición.

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas a partir de las frecuencias (*f*) de aparición de cada condición y las reacciones psicodinámicas; y teniendo en cuenta los objetivos de la presente tesina, se realiza el siguiente análisis de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia y la Toma de Posición frente a la enfermedad de cáncer.

Respecto a la **Primera Motivación Fundamental de la Existencia (“El poder Ser”)** puede verse que Betiana, por momentos, se siente aceptada tal cual es en relación a la enfermedad que padeció [**Prot. (+) = 2**]; sus familiares; amigos y profesionales de la salud (médicos y enfermeros, entre otros) [**Sost. (+) = 3**].

Es esta experiencia de sostén la que genera la autoconfianza en ella que, a su vez, produce la denominada *Confianza Fundamental*. Esta confianza es la que la sostiene cuando los demás sostenes ceden o desaparecen. (Por ejemplo la relación que ella tuvo con respecto de su enfermedad, en el sentido de que, en marcadas ocasiones, no contó con un espacio delimitado en el cual apoyarse y poder ser). [**Esp. (-) = 3**].

Sin embargo, ante situaciones que la desbordan y la sobrepasan, ella recurre a la *Huida* (por ejemplo al expresar que estas circunstancias le generan desde miedo hasta incluso taquicardia, síntomas típicos del ataque de pánico). [**Hui. = 2**].

En cuanto a la **Segunda Motivación Fundamental de la Existencia (“La Relación con la Vida”)**, se aprecia que ella logra contactarse consigo misma, abriéndose a sus sentimientos y afectos, por ejemplo al sentir culpa y/o angustia [**Cerc. (+) = 4**]. Esto habla de un adecuado contacto con lo valioso lo cual guarda directa relación con el hecho que ella pudiese tomarse un tiempo para acercarse a esto, pudiendo dedicarse a sí misma y a los demás de manera positiva y aprendiendo a disfrutar de las pequeñas cosas que tiene la vida [**Rel. (+) = 4**]. Por ejemplo cuando menciona haber dejado de practicar deporte para poder experimentar otros momentos propios de su edad (por ejemplo cumpleaños).

También cuando da cuenta que la sobreprotección de sus padres la ayudó a sobrellevar el tratamiento [**Tpo. (+) = 2**]. Esto último, por momentos, pareciera generarle *Rabia*. Esta Reacción de Coping advierte la posibilidad que Betiana posee para poner en aviso a un otro mediante, por ejemplo, el querer romper todo lo que esté a su alcance. Así también el sentirse angustiada y llena de culpa le genera la sensación de no poderse aguantarse a sí misma [**Rab. = 1**].

Podría decirse, que el gusto por la vida, el sentir y experimentar el valor de la propia existencia provoca en la persona la sensación de que “es bueno que él/ella exista”. Esto es lo que se denomina *Valor Fundamental*.

En la **Tercera Motivación Fundamental de la Existencia** (“**Ser si mismo**”), Betiana logra dar cuenta de la posibilidad de ser reconocida y tenida en cuenta tal y como es [**Cons. (+) = 3**], lo cual es imprescindible para generar su autoestima; autonomía y; auto responsabilidad. También con la experiencia de ser reconocida y valorada por los demás respecto de sus propios valores, facilitando la comprensión de estos para con ella [**A.V. (+) = 3**].

Pese a esto, cabe destacar que en Betiana se suscitan sentimientos de ser tratada de manera injusta los cuales amenazan con coartar la posibilidad de ser como es [**Just. (-) = 3**]. Esto último desencadena como *Reacción* el *Fastidio*, en cuanto implica un autoreproche (por ejemplo, al sentir que tuvo que madurar de golpe por haber padecido esa enfermedad y no haber podido disfrutar de su adolescencia como su hermana). Ambos ejemplos se refieren a la presencia de esta reacción psicodinámica en Betiana, cuyo objetivo es el de recomponer el límite entre lo propio y lo ajeno [*Fas. = 1*].

La reacción psicodinámica más desarrollada en Betiana es la Sobreactuación. [*So/Act. = 3*], mediante el cual busca ser el centro de atención y teatralizar; exagerando o dramatizando situaciones con el fin de restarles seriedad. (Ejemplos de esto son: restarle importancia al uso de la silla de ruedas en el hospital; no querer tener hijos para no tener que regresar a un hospital y; desestimar una caída que le costó la fractura del pie).

Por último, en la **Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia** (“**El Devenir**”), se observa que presenta un adecuado desarrollo de las condiciones necesarias para hallar el Sentido. Se siente llamada a contribuir productivamente, desde su vivencia, con algo positivo para el mundo, entrando en relación con el deber [**C.A. (+) = 4**]. Por eso ha colaborado tanto con niños que padecen cáncer como con sus familias, mediante el trabajo como voluntaria en FUNDAVITA [**V.C.M. (+) = 3**].

Tal actitud reflejaría sus posibilidades de realización hacia un Sentido, focalizando y dirigiendo su acción en pos de ese valor (por ejemplo, al mencionar que el hecho de padecer cáncer la ayudó a decidirse por seguir la carrera de Medicina y que todos sus esfuerzos por ayudar a otros en una situación similar a la que ella vivenció, fortalece su deseo de continuar adelante en la mencionada carrera) [**V.F. (+) = 4**].

Continuando con la **Cuarta Motivación**, se puede inferir que Betiana no solo encuentra el *Sentido Existencial* en tareas sociales y mediante la adopción de actitudes positivas a partir de su vivencia de la enfermedad; sino que también mediante actividades como la religión o la fe en Dios, intentando hallar el significado de estar en-el-mundo (por ejemplo al responder a la pregunta: “¿por qué le tocó quedarse y sobrevivir a la enfermedad?). (*Sentido Ontológico*).

Finalmente y partiendo del análisis realizado sobre las motivaciones, se concluye que, en relación a la **Toma de Posición**, Betiana posee la capacidad para aprobar su vida a partir del padecimiento del cáncer (por ejemplo cuando menciona que el Sentido de la enfermedad reside en entender que a cualquiera le puede suceder). Esto le facilita el contacto con lo afectivo (por ejemplo al mencionar que las palabras de aliento de los demás le ayudaron a tomar fuerzas para continuar adelante; y que una vez vencida la enfermedad ella prefiere quedarse con todo lo bueno que le significó), y le permite posicionarse adecuadamente frente al padecimiento. (Por ejemplo al afirmar que aprendió a disfrutar de las pequeñas cosas) [**T.P. fortalecida = 5**].



“Porque no vivo ni en mi pasado ni en mi futuro. Tengo sólo el presente, y es lo único que me interesa. Si puedes permanecer siempre en el presente, serás un hombre feliz. (...) La vida será una fiesta, un gran festival, porque ella sólo es el momento que estamos viviendo”.

–“El Alquimista”– Paulo Coelho.

CONCLUSIONES

Conclusiones

En la presente Tesina tanto el objetivo general como los específicos plantean que la idea de padecer una enfermedad como el cáncer sugiere un determinado posicionamiento frente a la misma, pudiendo ser éste auténtico o no.

Los datos obtenidos derivan de un adecuado desarrollo de las Condiciones y Reacciones de Coping de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia; ya que sin su previo análisis no sería posible determinar si la persona ha optado por una Toma de Posición libre y auténtica o no, es decir si la misma estuviese fortalecida o debilitada, respectivamente.

Entonces en relación a los resultados obtenidos se menciona que:

- En Betiana se encontró una marcada **Toma de Posición fortalecida** luego del diagnóstico de la enfermedad y durante el tratamiento de la misma.

Esto puede verse a partir del análisis de las diferentes técnicas que trabajan esta temática, más precisamente con determinados momentos que determinan el posicionamiento de la persona frente a la situación problema.

Betiana ha podido trabajar en la comprensión de su emoción primaria, su impulso de actuar, sin descuidar los factores reales de la situación que, de cierta forma, le ayudan a afrontar el problema de tal o cual manera; ya sea con lo que ella puede o quiere hacer ante el mismo, así como también con qué medio cuenta para hacerlo.

Esto se puede relacionar, a su vez, con su capacidad de actuar. En este punto puede verse que ella ha llegado a una “voluntad de sentido”, ante la cual sabe lo que puede, lo que quiere y lo que le es permitido hacer (Primera, Segunda y Tercera Motivación Fundamental de la Existencia, respectivamente); por lo tanto es que puede dar cuenta de aquello que debería hacer y que podría comprometerla gracias a esta voluntad de actuar (Cuarta Motivación Fundamental de la Existencia).

Entonces, puede decirse que ella ha evaluado personalmente todo lo sucedido y aquello que va aconteciendo desde la propia conciencia y con juicio crítico, lo cual le ha permitido tomar una clara posición interna frente al cáncer, intentando hallar la verdadera motivación que le permita encontrar el valor que la mueve a realizar la mencionada acción.

El análisis de la Motivaciones Fundamentales de la Existencia ayuda a entender que la persona percibe su vida llena de significado y valor, pareciendo esto lógico al momento de optar por acciones que salvaguarden dicho valor y pueda buscar, en

consecuencia, una solución directa a la situación problemática, ya sea afrontándola; buscando apoyo social o posibles alternativas de solución.

Producto de una adecuada experiencia de sostén, surge en ella cierta confianza que le proporciona una actitud de aceptación y seguridad sobre su propia existencia (Confianza Fundamental).

De esta manera, llega al punto en que se percibe a sí misma como una persona libre de vivir aquello que considera valioso, es decir, capaz de encontrar el sentido a una situación mediante el cambio de actitud que supone una experiencia de libertad interna vivenciada como propia (Valores Actitudinales). Así mismo, también es capaz de contactarse con aquello que le resulta placentero, como por ejemplo el deporte (Valores Vivenciales); o poder hacer algo con lo que aprendió de su padecimiento, por ejemplo ayudar a niños y sus padres mediante el voluntariado en FUNDAVITA (Valores Creativos).

Retomando la pregunta de investigación planteada al comienzo de esta Tesina, y aunque este estudio se basa en una muestra compuesta por un único participante, es posible afirmar que a partir de un diagnóstico de enfermedad terminal (cáncer) y en pos de su consiguiente tratamiento, la percepción de Sentido Vital o Vacío Existencial que la persona experimenta frente a la situación problema es determinante al momento de adoptar una posición, pudiendo ser tomado éste posicionamiento como fortalecido o debilitado, respectivamente.

Para finalizar es necesario dar cuenta que los resultados de este estudio proporcionan una contribución esencial para el entendimiento del campo de la Psico-Oncología ya que no solo indaga sobre la teoría de la misma, sino que también propone analizarla desde la perspectiva Existencial teniendo en cuenta la Toma de Posición adoptada por un adulto joven a partir del diagnóstico de la enfermedad y su consiguiente tratamiento; profundizando en aspectos personales que llevan a optar por un posicionamiento libre-auténtico o no; cuyas bases se hallan en el Sentido Vital o el Vacío Existencial.

Es por ello que esta investigación servirá como base para futuros estudios debido a la escasez de trabajos científicos que abordan la temática en relación a la toma de posición desde el Análisis Existencial. Por lo tanto se necesitará investigar aún más profundamente para incrementar nuestro entendimiento sobre aquellos factores que determinan el posicionamiento de la persona frente a la enfermedad de cáncer.

**“Cada momento de búsqueda es un momento de encuentro –
dijo el muchacho a su corazón -. Mientras busqué mi tesoro,
todos mis días fueron luminosos, porque yo sabía que cada
momento formaba parte del sueño de encontrar”.**

-“El Alquimista”- Paulo Coelho.



BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Bardin, L. (1991). *Análisis de Contenido*. (Vol. 89). Ediciones Akal.
- Blair David, L. y Carmona Duque, M. (2008). Pacientes con Cáncer en Fase Terminal – Una Mirada Fenomenológica Existencial. *International Journal of Psychological Research*, 1 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508003.pdf>
- Bücher, J. (2014). Psico-Oncología y Psicoterapia. *Centro del Desarrollo de la Persona*. Recuperado de <http://www.persona.cl/psicoonc/>
- Buschittari, L. (Mayo, 2000). *Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia*. Traducción de Seminario, Buenos Aires.
- Caprio, G. (1999). *Métodos en la Logoterapia y el Análisis Existencial Personal*. Traducción de trabajo presentado en las Jornadas de Análisis Existencial y Logoterapia, Buenos Aires.
- Caprio, G. (2005). *Soledad y Libertad: la búsqueda de sentido*. Traducción de conferencia pronunciada en la Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Caprio, G. (2010). *Búsqueda de Sentido y Afirmación de la Vida*. Traducción del trabajo presentado en la conferencia de la Existenz Analysis, Viena.
- Coelho, P. (1997). *Manual del Guerrero de la Luz*. [Versión Adobe Reader]. Recuperado de <https://es.slideshare.net/lcarrilloariza/manual-del-guerrero-de-la-luz-paulo-coelho-1.pdf>
- Coelho, P. (2004). *El Alquimista*. Buenos Aires: Planeta.
- Escalante Gómez, E. (2011). Metodología y Métodos. En Escalante Gómez, E. y Páramo, M. de los A. (Comps.). *Aproximación al análisis de datos cualitativos* (pp. 111-138). Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Espinosa, N. (2010) *Contacto con el Valor. Significación y eficacia del sentir en la terapia analítico-existencial*. Traducción de una ponencia presentada por el Dr. Alfried Längle en un encuentro anual de la Sociedad de Logoterapia y Análisis Existencial de Viena. Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- Farmacéutica Takeda (2012). *Onco-Hematología*. Recuperado de <http://www.takeda.es/0020-productos/2020-areas/2020-0040-oncologia/2020-0040-0020-oncohematologia/>

- Fernández Sánchez, B. y Yélamos Agua, C. (2006). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Dialnet*, 1, (20). 14-21. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1960511>
- Frankl, V. (1978). Del Psicoanálisis al Análisis Existencial. En Frankl, V. (Ed.), *Psicoanálisis y Existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia* (pp. 59-147). México: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. (1986a). La Voluntad de Sentido. En Frankl, V., *Ante el Vacío Existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia* (pp. 81-86). Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1986b). La Frustración Existencial. En Frankl, V., *Ante el Vacío Existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia* (pp. 87-92). Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1986c). El Sentido del Sufrimiento. En Frankl, V., *Ante el Vacío Existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia* (pp. 93-99). Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1993). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder.
- Holland, J. (2002). History of Psycho-Oncology Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206–221.
- Kishimoto, M. (2015). El Genin Eterno [Episodio de Anime]. *Naruto Shippuden*, Tokyo: TV Tokyo. Recuperado de: <http://www.animeytv.com/ver/naruto-shippuden-418-sub-espanol>
- Längle, A. (1990). *Análisis Existencial Personal*. Conferencia dictada en el IV Encuentro Latinoamericano y V Congreso Argentino de Logoterapia. Buenos Aires.
- Längle, A. (1992). ¿Qué es lo que estamos buscando, cuando buscamos el sentido? *La Realidad última y Sentido*, 4, 306-314.
- Längle, A. (1993). Aplicación práctica del Análisis Existencial Personal (AEP) – una conversación terapéutica para encontrarse a uno mismo. *GLE* 10, 2, 3-11.
- León, O. G. y Montero, I. (2003). Metodologías cualitativas. En León, O. G. y Montero, I. (Comps.). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. (pp. 137-174). Madrid: Mc Graw Hill.
- Margolles García, P. (2015). 5000 frases precocinadas para textos científicos. Recuperado de <http://cdn7.neoscientia.com/wp-content/uploads/2014/03/5000-frases-precocinadas-para-textos-cient%C3%ADficos.pdf>
- Martínez Ortiz, E. (2011), *Las Psicoterapias Existenciales*. Bogotá: Manual Moderno.

- Merayo, M. D. M. C. (2003). La perspectiva cualitativa en la investigación social: La Entrevista en Profundidad. *Enlaces: Revista del CES Felipe II*, pp. 8. Recuperado de <http://www.cesfelipesecondo.com/Revista/Articulos2003/Articulos7.pdf>
- Middleton, J. (Julio, 2011). El lugar existencial del paciente oncológico. *Actualidad Psicológica*, 398, 25-27.
- Moreno, F. y Schwartzman, E. (2015). Incidencia 2000-2013, Supervivencia 2000-2009, Tendencia de Mortalidad 2000-2013. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/inc/index.php/investigacion-y-epidemiologia/registro-roha>
- Mori, H. (2009). Psicooncología orientada hacia el Sentido en la práctica psicoterapéutica. En Sanz Valiente, S. (Comp.). *Logoterapia en Acción. Aplicaciones Prácticas* (333-336). Buenos Aires: San Pablo.
- National Cancer Institute (2016a). Estadios de la Leucemia Linfoblástica Aguda en Adultos. *Leucemia Linfoblástica Aguda en Adultos: Tratamiento – Versión para Pacientes*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/paciente/tratamiento-lla-adultos-pdq#section/70>
- National Cancer Institute (2016b). Información general sobre la Leucemia Linfoblástica Aguda en adultos. *Leucemia Linfoblástica Aguda en Adultos: Tratamiento – Versión para Pacientes*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/paciente/tratamiento-lla-adultos-pdq#section/1>
- Páramo, M. A. (2012) *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Peña Cuartas, L. V. y Nieto Betancourt, L. (2012). *Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de sus hijos*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://200.21.98.67:8080/jspui/handle/10785/2197>
- Real Academia Española (2016). *Cáncer*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=742bRjf>
- Rodríguez Gómez, G. (1999a). Métodos de la investigación cualitativa. En G. Rodríguez Gómez (Ed.), *Metodología de la investigación Cualitativa* (pp. 39-59). Madrid: Aljibe.

- Rodríguez Gómez, G. (1999b). Procesos y fases de la investigación cualitativa. En G. Rodríguez Gómez (Ed.), *Metodología de la Investigación Cualitativa* (pp. 61-77). Madrid: Aljibe.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006a). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (Eds.). *Metodología de la Investigación* (pp. 99-118). México: McGraw-Hill.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006b). Muestreo Cualitativo. En Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (Eds.). *Metodología de la Investigación* (pp. 561-580). México: McGraw-Hill.
- Sartre, J. (1985). *El Existencialismo es un Humanismo*. Buenos Aires: Ediciones del 80.
- Schávelzon, J. (1997). *Cancerología*. Buenos Aires: Científica Interamericana.
- Sierra Bravo, R. (1994). *Técnicas de investigación Social*. 9ª. Edición, 705 Madrid. Editorial Paraninfo SA.
- Sordo, P. (2012). El Cáncer Sana. *Bienvenido Dolor*. (145–154). Buenos Aires: Planeta.
- Taylor, S. J. y Bogdam, R. (1987). La entrevista en profundidad. En Taylor, S. J. y Bogdam, R. (Eds.) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 100-132). Buenos Aires: Paidós.
- Valles, M. S. (2003). Técnicas de conversación, narración (I): la entrevista en profundidad. En Valles, M. S. (Ed.). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. (pp. 177-234). Madrid: Síntesis.
- Vidal y Benito, M. del C. (2012). El Cáncer como Acontecimiento Traumático. En Vidal y Benito, M. del C. (Ed.). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer – 2da. Edición –* (pp. 9-32). Buenos Aires: Polemos.
- Yalom, I. (1985). *Psicoterapia Existencial*. Bogotá: Emece.

ANEXO

Análisis de Contenido

Caso: “Betiana”

B: Betiana.

E: Entrevistador.

1ª MFE con color VERDE.

2ª MFE con color ROJO.

3ª MFE con color AZUL.

4ª MFE con color VIOLETA.

Toma de Posición (TP) con color CELESTE.

Reacción de Coping en cursiva (color NEGRO).

Tabla 11. Análisis de contenido categorial de la entrevista a Betiana.

METACATEGORIA	CONTENIDO	CATEGORIAS Y SUB- CATEGORIAS
MFE	<p>E: ¿Estudias y/o trabajas?</p> <p>B: Estudio, pero es muy largo de contar, mejor te cuento primero sobre mi enfermedad.</p> <p>E: Bueno dale.</p> <p>B: Em bueno a los 13 años conocí mi diagnóstico, el cual fue un tanto particular porque en el 2007 terminé la primaria y ese año estuve con muchos controles pediátricos porque no sé por qué pero siempre en los actos del colegio, en una parte del himno me desmayaba así que mi mamá siempre fue de esas madres que te hacen hacer controles cada seis meses y siempre estuvo muy atenta a cualquier cambio en mi salud porque yo estaba muy bien pero bueno los cambios en la presión, o sea que me bajara, era algo a tener en cuenta. Así que ese año fui a varios controles y terminaron diciendo que era emocional y también tenía que ver con el crecimiento, la pubertad y eso, así que podía pasar. No era nada a tener en cuenta.</p> <p>A fines de 2007, en diciembre, me fui de viaje de egresados y ahí tuvo que llenar la ficha médica mi mamá y no hubo ningún problema. Después, también a finales del 2007 tenía que rendir para entrar al IMEI, un colegio secundario de Maipú. Entré y cuando en enero de 2008 fui a llenar la ficha médica para el secundario, mi pediatra de toda</p>	<p>1ª MFE</p> <p>Prot (+)</p>

<p style="text-align: center;">Reacción de Coping</p>	<p>la vida nota que tenía el vaso y el hígado un poco inflamados, pero imagínate que en vacaciones ningún niño como bien jaja, pero mi mamá le dice que estaba durmiendo más de lo normal y eso era raro porque soy una persona muy inquieta. Entonces el médico me dio para hacerme unos análisis de sangre y una ecografía y le dice a mi mamá que le pase los resultados por teléfono y con urgencia porque él se tenía que ir de vacaciones al otro día. Eso nos sonó raro y era mentira al final pero bueno, fui a hacerme los estudios, a todo esto era lunes y el domingo anterior había ido a la cancha a ver al Rojo vs Godoy Cruz, o sea, nada que ver. Me hice los estudios y el médico de guardia del Hospital Italiano me dijo que podía ser Hepatitis y me dio todas las recomendaciones e indicaciones.</p> <p>Después de eso, como a la una de la mañana, le pasó los resultados al médico y le dijo que llevara los estudios al Notti. ¿Para qué? Jaja! Porque nunca ni mis hermanas ni yo tuvimos problemas de salud graves. Bueno, fuimos al Notti y estaba mi pediatra que no trabajaba ahí, eso sí fue más raro. Bueno pasamos, me hicieron los estudios y les dijeron a mis papas que me tenía que quedar internada porque me iban a hacer más estudios. O sea pleno enero y tenía que quedarme ahí y no te miento, me sacaron sangre esa primer noche como unas cinco veces. Al otro día me vieron un montón de especialista: el otorrino, el oculista y otros. Además me dieron una silla de ruedas para que me moviera por los pasillos pero no quería usarla, <i>después me di cuenta que tenía muchas rampas el hospital así que yo feliz porque iba y venía por las rampitas ¡jjajaja!</i> Aunque a mis viejos no les causaba gracia.</p> <p>E: Pero a todo esto, ¿en algún momento les dijeron el diagnostico?</p> <p>B: No, pero una pediatra residente me dijo, a solas, que tenía que quedarme internada un tiempo más, como un mes, y que tenía una enfermedad en la que las células eran como soldaditos, vos pensó en una calle larga, larga y estos soldaditos que están en esa calle larga tienen la función de protegerte de virus y enfermedades pero se han vuelto medio loquitos y te están atacando. Entonces para combatirlos vos tenes que ver películas alegres, leer cosas divertidas y tratar de sonreír aunque no tengas ganas e imaginarte, en tu cabeza, que vos vas matando estos soldaditos. Me acuerdo que me dejó una carta para que la leyera con mis papás, a solas y trató de</p>	<p style="text-align: center;">3ª MFE</p> <p style="text-align: center;">Sobreactuar</p>
--	--	--

MFE	<p>consolarme porque me largué a llorar, pero no por lo que me decía de la enfermedad sino por el tiempo que me tenía que quedar internada (sonríe). Todo lo demás es como que lo escuché pero no me afectó tanto como lo de la internación. Nunca me dijo el diagnóstico.</p>	2ª MFE
MFE	<p>Y bueno, después me bajan en camilla a la parte de oncología, que yo no sabía que era esa sección a la que me llevaban y veo a un enfermero; a una doctora que hoy es mi hematóloga; a mi pediatra que obviamente no estaba de vacaciones; a mi papá con cara de destrozado y; a mi mamá llorando. Ahí se me prendió la señal de alarma pero con la anestesia me dormí al toque.</p>	Tpo (-) 1ª MFE Sost. (-)
MFE	<p>E: ¿Entonces te operaron?</p> <p>B: Si y cuando me desperté vi a mi mamá sentada al lado mío y escuché que alguien decía la palabra quimioterapia. Entonces le pregunté a mi mamá si eso era para el tratamiento del cáncer y me dijo que sí. Después no sé si me desmayé o por el efecto de la anestesia me volví a dormir. Y como a las dos horas me desperté y si, mis viejos me dijeron bien de que se trataba. Eso fue el tema con el diagnóstico.</p>	1ª MFE Sost. (-)
MFE	<p>E: ¿Y cuál fue exactamente?</p> <p>B: L.L.A. o sea Leucemia Linfoblástica Aguda, Tipo B. porque afecta a los glóbulos blancos, por eso es de ese tipo.</p> <p>E: Y a partir de que recibiste la noticia, ¿Cómo la percibiste o como te impactó? Y ¿qué hiciste?</p>	1ª MFE Sost. (-)
MFE	<p>B: Y mira yo era de las más grandes del hospital Notti así que lo veía como desde una nube, o sea no tenía conciencia de la gravedad del asunto. Es más, tuve que leer cuando entré en la facultad para terminar de entender que tuve. Fue un periodo de transición para mí porque no me planteaba lo de la gravedad de la leucemia, sino más bien estaba centrada en dejar de ir al hospital; que me creciera el pelo; volver a hockey y que me dieran el alta definitiva.</p> <p>E: ¿En algún momento sentiste que te angustiabas?</p> <p>B: Durante el tratamiento, sí. Y empecé con todo un tema que es el de la culpa. Pero es por una cuestión mía, porque soy una persona con mucha culpa. Pero</p>	1ª MFE Esp (-)

<p>MFE</p>	<p>si, durante el tratamiento me angustiaba mucho porque pensaba que mis viejos estaban mal por mi culpa, que mi hermana muchas veces no salía por mi culpa. Y en el pos tratamiento también me angustié porque para una persona más grande, aunque no tanto jaja, es difícil reinsertarse en el medio social después de un tratamiento así, porque tus amigos ya no son los mismos, algunos maduraron y otros no; porque algunos se alejaron porque no sabían cómo acercarse a vos, pero creo que es por la edad más que nada porque la adolescencia es complicada.</p> <p>E: ¿Y cómo era tu relación con tus familiares y amigos?</p> <p>B: Muy buena, la verdad que no me puedo quejar</p> <p>E: ¿Te sentiste acompañada y valorada por ellos?</p>	<p>2ªMFE</p> <p>Cerc (+)</p>
<p>MFE</p>	<p>B: Si, en todo momento. Ellos fueron mi sostén. Mis padres y hermanas fueron y son mis pilares fundamentales. Los médicos también me sostuvieron mucho. Y en cuanto a mis amigos, bueno algunos pocos quedaron de la primaria y otros del secundario, que justo eran del grupo de amigas que se había hecho mi hermana melliza y ellas me albergaron en su grupo sin conocerme y hasta fueron al hospital a verme y me llevaron un cartel. Ellas se hacían llamar las princesas y justo los médicos me decían que yo era la princesa del hospital, así que fue todo muy loco jaja. Y también esta Mica, una amiga de toda la vida, que apareció hace un tiempo y siempre me dice que se va a arrepentir toda su vida el no haberme ido a visitar al hospital pero ella me dice que no lo hizo de mala sino que no sabía cómo acercarse.</p>	<p>1ªMFE</p> <p>Sost (+)</p>
<p>MFE</p>	<p>Todas estas lindas personas ayudaron a que me valorara más a mí misma, a pesar de ser muy egocéntrica.</p> <p>Pero bueno eso me ha pasado durante el tratamiento.</p> <p>E: Bien, ahora me gustaría que me comentés sobre el tratamiento.</p> <p>B: Y fue largo. En principio fueron nueve meses de quimio endovenosa y dos años de quimio oral, o sea en pastillas. Depende de cómo me iba sintiendo me ponían o no inyecciones para las defensas. Pero imagínate que <i>después de esa etapa no quería pisar</i></p>	<p>3ªMFE</p> <p>Cons (+)</p> <p>AV (+)</p>
<p>MFE</p>	<p>Todas estas lindas personas ayudaron a que me valorara más a mí misma, a pesar de ser muy egocéntrica.</p> <p>Pero bueno eso me ha pasado durante el tratamiento.</p> <p>E: Bien, ahora me gustaría que me comentés sobre el tratamiento.</p> <p>B: Y fue largo. En principio fueron nueve meses de quimio endovenosa y dos años de quimio oral, o sea en pastillas. Depende de cómo me iba sintiendo me ponían o no inyecciones para las defensas. Pero imagínate que <i>después de esa etapa no quería pisar</i></p>	<p>3ºMFE</p> <p>AV (+)</p>

<p>Reacción de Coping</p>	<p><i>más un hospital, es mas a una psicóloga de ahí del hospital que una vez me preguntó que quería hacer cuando creciera le dije que no quería tener hijos porque implicaba ir a un hospital con la panza o para llevarlo al pediatra. Estaba re negada con los hospitales.</i></p> <p>Pero bueno depende de la quimio y de los corticoides era como reaccionaba después, porque hubieron veces que tenía ganas de comerme todo, que eran las dos de la mañana y no quería un te sino un pastel de papa. Así hubieron otras en las que ni podía tomar agua del asco que tenía, ni olores podía sentir.</p>	<p>3ª MFE</p> <p>Sobreactuar</p>
<p>MFE</p>	<p>También el tema de que tenía cambios de humor muy bruscos. A eso súmale que tuve que dejar la actividad física porque desde los seis que juego al hockey sobre patines, pero en el 2012 dejé por una cuestión de que yo quise dejar porque me estaba perdiendo muchas cosas propias de la edad como cumpleaños, salidas, etc.</p> <p>E: ¿Te demandaba mucho tiempo?</p> <p>B: Si, porque me llamaron para la selección mendocina y eso me hacía subir dos categorías y si, eran muchas responsabilidades y mucho tiempo invertido, así que dije no.</p> <p>E: ¿Sabían de tu diagnostico en el equipo?</p> <p>B: Si, desde 2008 pero no me hacían problema porque sabían cómo era todo. Yo iba a entrenar cuando podía.</p> <p>Y bueno el pos tratamiento también fue jodido porque el cuerpo tiene que recuperarse y a veces venían muchos dolores normales pero que molestan.</p>	<p>2ºMFE</p> <p>Tpo (+)</p> <p>Rel (+)</p>
<p>MFE</p> <p>Reacción de Coping</p>	<p><u><i>A todo esto, mi hermana melliza vivía, mientras tanto, todo lo que yo debería estar viviendo: iba a fiestas, salía con amigos, las primeras matinés, estaba de novia. Todas cosas que yo no podía hacer y me “perdía”.</i></u></p> <p>E: ¿No podías tener novio?</p> <p>B: No bueno, no quería yo jaja.</p> <p>E: ¿En el colegio como tomaron todo esto que te pasaba?</p> <p>B: Y mira, mis viejos fueron a hablar para que no</p>	<p>3ºMFE</p> <p>Just (-)</p> <p>Fastidio</p>

<p style="text-align: center;">MFE</p> <p style="text-align: center;">Reacción de Coping</p> <p style="text-align: center;">MFE</p> <p style="text-align: center;">TP (+)</p>	<p>perdiera el año pero los directivos no querían que cursara y mis viejos tampoco lo quería porque tenía las defensas muy bajas. Me habían autorizado para que fuera a cursar unas tres veces, pero al pedo porque iba y no entendía nada, pero era para despejarme un poco.</p> <p>Un día, la última vez que me dejaron ir a clases, me levanté en la mañana y estaba re contenta pero me empezó a doler la pierna y sentía que la tenía adormecida pero no dije nada porque ese día no me tocaba ir al hospital así que no quería ni ir. Fui a la escuela pero no se me pasaba hasta que sentí que no podía controlarla ni moverla y en un recreo tuve que bajar la escalera pero no podía porque no sentía la pierna, entonces salté y me partí, mi caí de lleno al piso y me pegue en el pie, <i>ahí bueno llamaron a mis papás y me llevaron al hospital jaja, no me salió bien jaja</i>, pero bueno cuando me internaron por eso ya no sentía la mitad izquierda del cuerpo, tenía una hemiparesia. Fueron cuatro días en los que se suspendió la quimio y quede internada con un montón de estudios al hombro: resonancia, tomografías, etc., hasta que solo desapareció el efecto ese de parálisis.</p> <p>E: ¿Cuál fue la causa?</p> <p>B: Fue que la quimio, o sea la droga de la quimio hizo una meningitis farmacológica pero no era normal con esa droga, que no me acuerdo el nombre.</p> <p> Cuando me paré después de que se pasó el efecto, me empezó a doler el pie y era por una fractura que tenía en el dedo meñique, claro del golpe que me había dado en la escalera, pero como no sentía nada...</p> <p> Y bueno eso fue lo más importante de mi diagnóstico y tratamiento.</p> <p>E: Bien. En este sentido, sabemos que el mismo tratamiento conlleva un gran sacrificio, por lo tanto: ¿Cómo ha sido vivir y convivir con dicho tratamiento?</p> <p>B: Yo creo que es un punto a procesar durante el resto de mi vida, por esto del antes y el después y considero que es el claro ejemplo que de lo malo salen cosas buenas. Al día de hoy puedo rescatar todo lo bueno, tiendo a ver el lado positivo, porque lo negativo ya quedó atrás.</p>	<p style="text-align: center;">1°MFE</p> <p style="text-align: center;">Sost (+)</p> <p style="text-align: center;">3ª MFE</p> <p style="text-align: center;">Sobreactuar</p> <p style="text-align: center;">2ªMFE</p> <p style="text-align: center;">Cerc (+)</p>
---	---	--

<p style="text-align: center;">MFE</p>	<p>E: ¿Y qué sería eso negativo que dejaste atrás?</p> <p>B: El periodo de los dos años después del diagnóstico, lleno de dolores por cierto; mis amigos que perdí y eso. Además siento que no tuve adolescencia, no tuve ese periodo de rebeldía en el que te peleas con tus padres, te escapas de la casa... ¡bah! No todos pero si mi hermana lo hacía. Lo mío fue una madurez que tuve que adquirir de golpe porque tuve que vivir otras cosas y tuve que madurar por otro lado. Eso me lleva a pelear con mi hermana porque no entiendo como con 22 años puede pensar tan diferente a mí. Por ejemplo con el tema de la muerte, yo la tengo más que asumida y para mi hermana es tabú, no la puede aceptar.</p> <p style="padding-left: 40px;">Por eso creo que con 22 años tengo otro tipo de madurez que otras personas no tienen.</p>	<p style="text-align: center;">3°MFE</p> <p style="text-align: center;">Just (-)</p>
<p style="text-align: center;">MFE</p>	<p>E: ¿Fue decisión tuya o de tus padres el realizar el tratamiento? Y, ¿cómo te sentiste con esto?</p> <p>B: El Estado es quien te garantiza el tratamiento, porque esta reglado por ley; y al ser yo menor de edad la decisión la tomaron mis padres. Tampoco nunca me lo planteé si lo quería hacer o no. No hablemos de una elección.</p> <p style="padding-left: 40px;">Si te puedo decir que una vez me tocó hablar con unos padres que eran demasiado liberales, por no llamarlos hippies jaja y habían decidido no tener el tratamiento normal. ¿Para qué? Imaginate eso en el hospital, muy raro, así que renunciaron al tratamiento porque querían hacerle a su hijo un tratamiento no convencional que no sé en qué consistía pero bueno al tiempo volvieron porque el mismo niño les había pedido probar con el tratamiento tradicional que brinda el Estado porque el que habían elegido los padres no daba resultado. La cuestión es que dos meses después de eso, el niño fallece. Nunca entendí si fue por algo de la enfermedad o porque no le hicieron el tratamiento tradicional de entrada.</p> <p style="padding-left: 40px;">Por eso me parece muy importante la opinión del niño aunque no tome la decisión final sobre su tratamiento.</p>	<p style="text-align: center;">3ªMFE</p> <p style="text-align: center;">Just (-)</p>
<p style="text-align: center;">MFE</p>	<p>E: ¿Cómo te protegiste frente a esto que viviste?</p> <p>B: ¡Con uñas y dientes jaja! La verdad que mucho mejor de lo que esperaba por haber tenido la fortaleza necesaria para encarar todo el proceso. Ayudó que fuera un poco egocéntrica cuando era</p>	<p style="text-align: center;">1ªMFE</p>

	<p>más chica y también el apoyo incondicional de mi familia y algunos amigos, sin restarle importancia al del equipo médico. Todos ellos me brindaron un espacio que me sirvió para protegerme de la mejor manera de todos los rigores del cáncer.</p> <p>E: Bien, ¿ahora cómo estás?</p> <p>B: Muy bien, de hecho me dieron el alta definitiva en marzo del 2013. En realidad el tratamiento, si todo sale bien, consta de cinco años hasta el alta definitiva, pero entre medio tenes varias altas. Tenes el alta cuando terminas la quimioterapia endovenosa que fueron esos nueve meses; después el alta de dos años hasta que terminas la quimio oral y, finalmente la de control y mantenimiento hasta los cinco años, esperando el alta definitiva. Es algo muy importante y no sé por qué no te lo conté.</p> <p>E: ¿Hiciste radioterapia?</p> <p>B: No, porque eso se hace con los cánceres de tipo sólidos, como en los huesos o algún órgano, y el que tuve yo es de tipo líquido, que es la leucemia y ataca a componentes sanguíneos.</p> <p>¿Marcela te contó sobre los niños del hospital?</p> <p>E: Entiendo. No, no me dijo nada. ¿Cómo sería eso?</p> <p>B: Bueno cuando estaba en el 2010 ya estaba en la etapa de control e iba al hospital cada cuatro meses a hacerme los controles y eso. Eran hemogramas o análisis completos de sangre y nada, me volvía a mi casa... y nada, mi enfermera me dice en ese entonces que tenían una niña, Sofi, que no quería que la pincharan así que me pidió que le hablara para que tomara conciencia de que es muy importante eso porque ayuda a la inmunidad y demás. Así que bueno, le hablé y tuve muy buena respuesta de Sofi, ella cambió de opinión y fue más fácil tratarla después. Así me llamaron para hablar con los nenes y con los padres, porque al ser yo más grande era como más fácil llegar a los padres; además a mí me gustaba eso y me gusta.</p>	<p>Esp (+)</p> <p>Sost (+)</p>
<p>MFE</p>	<p>Así que desde el 2010 que hablo con nenes que están en la misma situación en la que estuve yo. Ellos son mis enanos, así les digo yo jaja. Hay veces en las que me llaman para hablar con algún enano porque esta medio bajoneado y termino escuchando a los padres. Eso, la verdad, que me ha ayudado a entender el lado sobre protector de los</p>	<p>4°MFE</p> <p>CA (+)</p> <p>2°MFE</p> <p>Rel (+)</p>

<p>MFE</p>	<p>míos durante el tratamiento, aunque siempre lo fueron con las tres.</p> <p>E: Entiendo. Esto lo haces mediante la fundación. ¿Cierto?</p> <p>B: Si, es por medio de FUNDAVITA. De hecho suelo ir a la fiesta de Navidad ayudar junto con otras compañeras que también son voluntarias... y bueno esto también termino siendo una elección de mi carrera que es Medicina jaja, viste que te tenía que explicar lo otro antes de llegar a mi carrera.</p> <p>E: Si, ahora entiendo. ¿En qué universidad vas a estudiar?</p> <p>B: En la UNCuyo. Ahora estoy esperada el cursado del año próximo porque tenes que pasar limpio en cada año, sin materias y a mí me quedó Bioquímica que ya la saqué en junio pero no puedo cursar nada del ciclo lectivo siguiente así que tengo que esperar.</p> <p>E: ¿Con el pre universitario tuviste alguna dificultad?</p> <p>B: En relación al cáncer, no. Pero si tuve ataques de pánico. Mi psicóloga me lo diagnostico así, pero bueno imagínate que me tuve que hacer otros estudios para descartar otras posibles afecciones. Eso me llevó al neurólogo quien me recomendó una punción, no sé para qué, pero me la hice y dio normal, o sea era algo tensional lo mío, me ponía muy nerviosa y explotaba en un ataque de pánico.</p>	<p>Tpo (+)</p> <p>4ª MFE</p> <p>VCM (+)</p> <p>VF (+)</p>
<p>MFE</p> <p>Reacción de Coping</p> <p>MFE</p>	<p>E: ¿Cuánto tiempo fuiste a la psicóloga?</p> <p>B: Empecé en el 2008, por una recomendación de mis médicos. Ese fue el año del diagnóstico. Fui porque los médicos notaban que no hablaba con nadie sobre mi enfermedad así que era para eso. En el 2009 no hice porque ella tuvo un bebé. En el 2010 volví pero porque me frustraba por todo y eso me generaba querer romper todo, no me aguantaba ni yo. En el 2011 fui dos o tres veces porque lloraba mucho porque se terminaba la secundaria, y también por lo de medicina, para saber si lo quería hacer porque me gusta o por una cuestión de afinidad con mi diagnóstico. Después no fui más hasta el 2014, pero volví con otra psicóloga porque con la que yo quería no pude porque ella dejó de hacer consultorio y me recomendó a esta mujer, la Licenciada Fuentes, porque le comenté que había empezado con ataques de pánico.</p>	<p>1ªMFE</p> <p>Esp (-)</p> <p>2ªMFE</p> <p>Rabia</p> <p>2ªMFE</p> <p>Rel (+)</p>

<p>MFE</p> <p>Reacción de Coping</p> <p>Reacción de Coping</p>	<p>E: ¿Qué síntomas tenías, te acordás?</p> <p>B: Si, sentía que no podía más, me sudaban las manos y me quiero ir de donde este, no me importa nada, me quiero escapar.</p> <p>Bueno y la cuestión fue que como entre en el año que fue sin cupo, rendía los tres exámenes: biología, física y química separados por uno o dos días cada uno y después rendías recuperatorio del que hubieras desaprobado. <i>Eso me daba, de por sí, mucho pánico jaja.</i> Además que como fui a una escuela con orientación contable, no entendía nada de biología y eso ya era una carga emocional bastante grande. Desaprobé por un punto biología y física por dos puntos. <i>Ahí entre en crisis y no quería rendir química, pero aprobé. En los recuperatorios me fue más difícil porque me dio taquicardia y sentía la necesidad de salir corriendo e irme lejos,</i> pero con ayuda de mi terapeuta y mi familia que me lograron bajar los humos, pude rendir; no en el mejor de los estados pero me alcanzó para aprobar.</p>	<p>1ªMFE</p> <p>Esp (-)</p> <p>1ªMFE</p> <p>Huida</p> <p>1ªMFE</p> <p>Huida</p>
	<p>E: ¿Tomaste alguna medicación?</p> <p>B: Si, Rivotril jaja. Pero antes le consulté a mi hematóloga porque viste que todo va a la sangre y soy muy precavida con esas cosas.</p> <p>Bueno eso... no sé qué más.</p> <p>E: Ahora me gustaría saber algunas cosas puntuales.</p> <p>B: Dale.</p> <p>E: ¿Crees que tu vida cambió a partir de la enfermedad?</p> <p>B: Si, totalmente. Es un antes y un después. Rotundamente. Porque yo desde muy chica ya tenía formada mi personalidad y gran parte de mi vida estaba dedicada al deporte y encima era buena en lo que hacía, así que eso... la verdad que era bastante egocéntrica en ese sentido, era copada y pensaba que me iba a ir bien siempre. Tenía trece años y pensaba que podía con todo y la verdad es que no, por más que creo que mucha gente piensa eso alguna vez; por eso el tema del diagnóstico sirvió para bajar un poco los cachos.</p>	<p>2ªMFE</p> <p>Cerc (+)</p>
<p>MFE / TP (+)</p>	<p>E: ¿En qué sentido bajaste los cachos?</p> <p>B: Aprendí a disfrutar de las pequeñas cosas. Antes lo más grande era poder viajar con la selección y</p>	<p>Rel (+)</p>

	<p>jugar en otros lugares, ya después con el tratamiento lo más grande era poder bañarme sin estar conectada a una máquina; poder jugar con mis perros, porque no podía tocarlos durante la quimio; poder viajar en colectivo sin usar barbijo; poder ir al cine en vacaciones de invierno como todo niño normal y; hasta poderme mojar con la lluvia... entonces son pequeñas cosas que si no perdés, después tal vez nunca las valoras. Así que si, fue un antes y un después.</p>	
MFE	<p>E: Entonces, ¿pensás que esto te fortaleció?</p> <p>B: Si, totalmente y también me ayudó a decidirme sobre mi carrera. Y, ojo, con cada enano que hablo; cada padre que escucho sé que se fortalece más ese deseo de seguir adelante con medicina. Siento que esto me ha dado mucha fuerza vital.</p>	<p>4ªMFE</p> <p>VF (+)</p>
MFE	<p>E: ¿Y en cuanto a tu autoestima?</p> <p>B: También la fortaleció en el sentido de que no soy egocéntrica pero sé que puedo superar muchos obstáculos gracias a lo que tuve.</p>	<p>2ºMFE</p> <p>Cerc (+)</p>
MFE	<p>E: Bueno, ¿Consideras que el hecho de que sucediera esto ha servido para encontrarle sentido a tu vida?</p> <p>B: Si, porque me permitió decidirme por mi carrera, también por mis enanos del hospital. También en cuanto a la religión, porque soy muy católica pero tuve mis problemas de fe, no por el tratamiento, sino por cuestiones de cambios de pensamiento y madurez, que se yo... y mis charlas con Dios eran en particular así que no me hacía falta ir a misa y... (Pausa prolongada). ¡Para, me volé! ¿Qué me habías preguntado? (antes de poderle contestar, me interrumpe) Ah sí sobre el sentido de la vida....</p>	<p>3ª MFE</p> <p>Cons (+)</p>
MFE	<p>Y creo que mi misión, porque creo que Dios tiene una misión para cada uno, un objetivo o un aprendizaje, porque todos venimos a aprender algo en esta vida y creo que la mía es que después del tratamiento pude encontrar todas esas personas y encontrar mi carrera. Estar de nuevo conectada a lo que es el tratamiento y estar para estas personas que necesitan ser escuchadas, tanto en sus días buenos como en los malos, es una misión.</p> <p>Y esto está muy relacionado con lo que es mi misión en este mundo el acompañar a estas personas en sus procesos porque, además, sé que tengo una facilidad para hacerlo lo cual también me</p>	<p>4ªMFE</p> <p>VF (+)</p>
MFE		<p>CA (+)</p> <p>VCM (+)</p> <p>CA (+)</p>

	da fortaleza y eleva mi autoestima.	
MFE	<p>E: ¿Y a tu familia?</p> <p>B: Bueno como te había comentado recién, ellos son mis pilares fundamentales en los que siempre puedo apoyarme porque siempre me han sostenido. Así que si, les encontré mucho sentido y aun lo hago.</p>	<p>1ªMFE</p> <p>Sost (+)</p>
MFE	<p>E: ¿Y a vos misma?</p> <p>B: Y si, ya me preguntaste sobre la fortaleza y creo que es eso. Ahora soy más fuerte y decidida. Además aprendí a disfrutar de las pequeñas cosas y eso es fundamental en mi vida, para valorarme y valorar lo que me rodea.</p>	<p>3ªMFE</p> <p>Cons (+)</p> <p>AV (+)</p>
MFE	<p>E: ¿Y a la enfermedad?</p> <p>B: Si en el sentido de conducirme o despertar en mi misión.</p> <p>También en cuanto a conocer mis limites, porque venía de mis doce años donde me comía el mundo en lo deportivo y me creía superpoderosa, hasta que conoces esos límites, sabes que no todo lo puedes, que a gente buena le pasan cosas buenas y malas y viceversa y así es la vida. El sentido de la enfermedad es también entender eso.</p>	<p>4ªMFE</p> <p>VCM (+)</p>
TP (+)	<p>E: Entonces, ¿cómo te sentís con esto que, en definitiva, te pertenece? ¿Podes hacerte cargo de esto?</p>	
MFE	<p>B: Bien, yo creo que siempre va a ser parte de mí, así como también lo es el hecho de que lo vencí. De igual manera nunca pedí que me pasara esto, pero me hago cargo porque es mi cuerpo y ya te conté que la pasé muy mal al principio.</p> <p>E: Bueno, ahora para finalizar me gustaría que me contaras, a modo de reflexión, ¿qué le dirías o aconsejarías a alguien que padece cáncer?</p> <p>B: Y bueno me he dado cuenta que es muy diferente lo que le podría decir a un niño del Notti en comparación con algún adolescente, adulto o anciano en el Central.</p> <p>Al final creo que sea cual sea el caso hay que hacerles saber que todo pasa y que hay que disfrutar de las pequeñas cosas. Tampoco mencionarlo como algo trágico porque yo no lo viví así...pero como te decía ante una situación crítica como ésta la gente</p>	<p>1ªMFE</p> <p>Prot (+)</p>

<p>TP (+)</p> <p>MFE</p>	<p>te dice muchas frases armadas como “Se por lo que estás pasando, ánimo” o “La vida vale la pena, hay que disfrutarla” que comienzan a cobrar sentido aunque la otra persona no sepa lo que significa vivir con el tratamiento. (Las “comillas” las emplea la paciente, de manera gestual). Las mismas enfermeras me dicen que llego más fácilmente a los padres y pacientes porque yo ya estuve en ese lugar de enferma.</p>	<p>2°MFE</p> <p>Rel (+)</p>
<p>TP (+)</p> <p>MFE</p>	<p>Pero si, todo pasa... y lo que no, también pasa por algo. Y que al final de su tratamiento van a sentir que quieren tirar todo porque parece que no se termina pero si, se termina y pasa. Y creo que si te toca quedarte en este mundo, si te toca sobrevivir tenes que tratar de buscar tu misión y el por qué te quedaste. Esto es algo que me pregunto siempre, ¿por qué hay gente que se queda y otra que se va? ¿Qué hay en el medio que hace que unos se queden y otros se vayan?</p>	<p>4°MFE</p> <p>CA (+)</p> <p>VF (+)</p>
<p>MFE</p>	<p>Y si realmente te toca quedarte, como yo, buscar esta misión y hacer algo con esta oportunidad que se te dio, o sea no te quedes para nada. No sé, al menos el haberme quedado me moviliza a buscar el ¿para qué?, no solo el mío sino que también vale esa pregunta para con los enanos..., y por los que no están, bueno seguir por ellos.</p>	