

Escenarios posibles para intervenciones desde la fenomenología existencial

Possible scenarios for interventions from existential phenomenology

Susana Signorelli¹

Centro de Actividades Psicológicas Asistenciales Comunitarias –
Fundación CAPAC

43

RESUMEN

La psicología existencial se ha centrado casi exclusivamente en el análisis de la relación terapéutica entre sus protagonistas: terapeuta y paciente. Son pocas las investigaciones sobre temas que atañen a la vida del ser humano. Sin embargo, en toda terapia se presentan múltiples alternativas en la vida de los pacientes y en la propia del terapeuta que son plausibles de un estudio fenomenológico existencial. Me referiré en este trabajo a un escenario posible de este tipo de análisis, en este caso, a todo lo que le acontece al paciente oncológico, a su familia, al equipo tratante y a la sociedad en su conjunto, en cómo afrontan al cáncer. Abordar temas relacionados con la muerte siempre será difícil pero un terapeuta existencial es indudable que no puede soslayarlo. Es tarea de todo terapeuta estar abierto a las distintas alternativas que se presentan en la vida de sus consultantes, teniendo siempre presente la visión de mundo de cada uno de ellos en particular, en las circunstancias que sean.

PALABRAS CLAVE

Intervenciones en salud; Fenomenología existencial; Cáncer

ABSTRACT

Existential psychology has almost exclusively focused on the analysis of the therapeutic relationship between its protagonists: the therapist and the patient. There are few investigations on issues concerning human being's life. However, in every therapy, there are multiple alternatives in patients' lives and in the therapist's own, that can be analysed through an existential phenomenological study. In this work, I will refer to a possible scenario for this

¹ E-mail: funcapac@gmail.com

type of analysis, considering what happens to a cancer patient, to their family, to the treating team and to the society, in coping with cancer. Addressing issues related to death will always be difficult, but an existential therapist certainly cannot avoid it. It is the task of every therapist to be open to the different alternatives that appear in the lives of their clients, always keeping in mind the world view of each one of them in particular, in whatever circumstances.

KEYWORDS

Health interventions; Existential phenomenology; Cancer

La psicología existencial y la psicoterapia existencial abordan al ser humano desde una visión totalizadora, en otros términos podríamos decir desde lo biológico, lo psicológico, lo social y lo espiritual; entendiendo por espiritual toda obra o acción creativa. Dicho en términos existenciales, la psicología se ocupa del estudio del ser-en-el-mundo y la psicoterapia se refiere al análisis de un ser-en-el-mundo particular llamado paciente, cliente o consultante, en la trama de la relación terapeuta – paciente.

Pero la visión existencial no tiene porqué quedar limitada únicamente a la terapia o a la relación terapéutica.

La psicopatología también puede ser entendida bajo este paradigma, así lo han hecho autores como Jaspers, Binswanger, Minkowski, sólo por mencionar a algunos. Nos han legado ricas descripciones del hombre desde la enfermedad que hacen que su existencia y su coexistencia se hallen alteradas.

Hasta aquí, todavía tenemos una visión poco abarcativa de la realidad humana, ella es mucho más compleja, de ahí que mi propuesta es llevarla a todos los escenarios posibles en los que los terapeutas puedan intervenir. Entonces la visión existencial no necesariamente tiene que estar ceñida a la consulta psicológica o psiquiátrica, ni tampoco quien acude a ella se lo debe entender como a un enfermo. La consulta puede referirse a cualquier situación que atraviesa un ser humano en un momento dado como para que se sienta motivado para concurrir a terapia. La vida humana es lo suficientemente diversa, por lo cual, los terapeutas no debemos centrar nuestra mirada exclusivamente en temas psicopatológicos sino en toda la realidad humana.

El terapeuta existencial tiene el compromiso de estar abierto a todas las cuestiones planteadas por sus pacientes, que no siempre como recién manifesté, son referidas a patología psicológica. Existen situaciones que implican diversas crisis que serán llevadas a la terapia. Y si un terapeuta se considera existencial, él mismo tiene que estar disponible para afrontar junto al paciente los difíciles caminos a los que lo enfrentó la vida. No buscamos especialistas en todo, ni en cada tipo diverso de crisis pero tengamos una visión existencial sobre cada uno de los temas que atañen a la vida humana.

Cualquiera sea la situación que motivó a una persona para concurrir a una terapia es menester tener en cuenta, además del motivo de consulta, la realidad histórica en la que ambos, terapeuta y paciente, están insertos, las vicisitudes sociales, económicas, culturales, religiosas, políticas, geográficas, la concepción de salud-enfermedad imperante en la época, etc., como así también otros aspectos del enfermar, tal vez más ligados a la tradición médica.

Suele suceder que cuando enferma el cuerpo acudimos a la consulta médica y al enfermar la mente se acude habitualmente a la consulta psicológica y así continuamos dividiendo al ser, como si mente y cuerpo no fueran una unidad. La realidad nos muestra que no siempre acude a terapia alguien enfermo mentalmente ni tampoco un cuerpo enfermo está desligado de sus aspectos psicológicos. Toda patología corporal lleva implícito vivencias y actitudes a tomar.

Hace pocos años surgió lo que se llama psicología de la salud, más exactamente quien primero usó este término fue William Schofield en 1969, pero fue recién en el año 1978 que obtuvo reconocimiento como disciplina dentro de la psicología. Consiste en la aplicación de la psicología al campo de la salud en general, para promoverla y mantenerla cuando esto es posible, tratando de lograr el bienestar de las personas, como así también para prevenir enfermedades y cuando esta se instala se trata de conseguir disminuir el impacto que produce, lograr su aceptación favoreciendo los aspectos sanos, previendo recaídas y logrando la modificación de conductas concretas para una mejor calidad de vida.

Sin embargo, esto tampoco deja de ser una dicotomía ya que si hay una psicología de la salud quiere decir que hay una psicología de la enfermedad, y resulta evidente que la división entre ser sano o enfermo es muy sutil. Todos podemos pasar alternativamente de un estado al otro y viceversa de un momento para el otro, según nuestras circunstancias de vida.

No obstante, quiero rescatar esta nueva visión porque permitió intervenciones psicológicas en ámbitos que antes eran exclusivamente médicos. Resulta ser que la psicología de la salud se ocupa de las mejores condiciones de vida que pueden llegar a tener las personas que padecen algunas enfermedades o discapacidades. Es un punto de encuentro entre las condiciones físicas y mentales de un mismo paciente.

Los terapeutas existenciales se han ocupado muy poco de estas cuestiones, tanto sea en los tratamientos con sus pacientes o en el trabajo interdisciplinario que implica abordar a pacientes con patología orgánica y menos aún se han ocupado de la promoción y prevención de la salud. No obstante, es esta visión del hombre, la existencial, la que más puede aportar. Sería semejante a lo postulado por la ciencia posnormal, lograr una ciencia que sea capaz de responder a los principales desafíos de cada época y hoy en día no podemos negar que una enfermedad como el cáncer puede ser estudiada y abordada desde múltiples puntos de vista. ¿Por qué no hacerlo, entonces, con una visión existencial de lo que les sucede a todos los intervinientes en el cuidado del paciente oncológico y frente a las distintas etapas y períodos que el mismo paciente atravesará? (SIGNORELLI, 2009).

El solo hecho de enfermar nos lleva a emparentarnos con la posible muerte, por lo cual, podemos hacernos algunas preguntas ¿qué vivencias de muerte tendrán nuestros consultantes? ¿Indagamos en terapia esta problemática? ¿O la desplazamos para un futuro lejano que no nos permite ver más que un presente o futuro cercano donde la muerte no está? Sin embargo, en cualquiera de los modos posibles de enfermar puede surgir la angustia ante la muerte, tanto sea por una alopecia como por

un ataque de pánico, ambos tienen amplias conexiones con vivencias de muerte, ¿por qué no las habrá de tener entonces cualquier otra enfermedad que implique al cuerpo?

La angustia básica de la cual el ser humano no puede escapar, aunque lo intenta de mil maneras, es la angustia ante la muerte. Nos enfrentamos a la imposibilidad de toda posibilidad en términos de Heidegger y a la posibilidad de toda imposibilidad en términos de Sartre, que, si bien parece un juego de palabras, no significan exactamente lo mismo.

Es tan básica esta angustia que, para contrarrestarla, se inventó la medicina, toda ella es un intento de ganarle a la muerte y cuando no se puede, por lo menos su propósito es prolongar la vida o mejorar su calidad. Sin esta angustia básica la medicina no tendría razón de ser. (SIGNORELLI, 2011).

Si bien las causas por las que una persona muere son múltiples, en todas ellas el hombre se ocupó de intervenir para retrasar ese hecho. Se hizo experto en meteorología, en vulcanología, para evitar o prevenir catástrofes naturales, se hizo experto en ecología para poder cuidar del medio ambiente, espacio indispensable para sostener la vida, se hizo experto en medicina para prevenir y curar enfermedades, casi todas las profesiones u oficios están vinculadas con la evitación de la muerte. (SIGNORELLI, 2011). Entonces podemos preguntarnos ¿cuál es la intervención de un terapeuta existencial?

Si hablamos de enfermedades, hoy en día, podemos concluir que son tres las más comunes que pueden llevar al ser humano a la muerte, ellas son: los accidentes cerebro vasculares (ACV), las enfermedades cardíacas y el cáncer. Hasta hace poco tiempo se ocupaban solamente los médicos de estas enfermedades. Poco a poco, los psicólogos lograron intervenir, así se crearon nuevas especialidades como la psicocardiología y la psicooncología. Por el lado de la medicina surgieron los cuidados paliativos donde también se incluyó al psicólogo como parte del equipo tratante y surgió otra rama del saber: la tanatología, término acuñado por Kübler Ross, para referirse a los procesos de duelo y a todo lo que rodea a la muerte.

Si bien me he dedicado a temas relacionados con el cáncer y con los diferentes tipos de duelos que ocurren durante la vida de cualquier persona, no me considero tanatóloga o especialista en muerte sino erotóloga, si se me permite acuñar esta expresión. Ya que mientras el hombre vive, lo único que afirma es la vida y nuestra intervención como terapeutas será apoyar y alentar esa vida. (SIGNORELLI, 2011). Cuando muera, por los motivos que fueran, esa ya será otra historia.

De estas tres enfermedades recién mencionadas, tal vez sea la oncológica la que más particularmente conmueve, ya que es una enfermedad que abarca todos los aspectos del ser, de ahí que hace tan vulnerable a quien atraviesa esa dolencia.

Los terapeutas existenciales a pesar de estar tan vinculados a los temas de angustia y muerte, no se han dedicado a investigar fenomenológicamente qué le sucede a un paciente oncológico y a su familia. Pareciera que de eso se ocupan solamente los psicooncólogos, siendo una enfermedad que no solo se manifiesta en lo corporal, sino que abarca al ser en su totalidad, incluso va más allá de lo estrictamente personal, abarca a la familia, a los profesionales tratantes y a toda la comunidad. Precisamente por abarcar todos los aspectos de la vida hasta quedar esta misma comprometida, produce una conmoción existencial, donde no pocas veces, quien

enferma de cáncer e incluso sus familiares, pueden cambiar sus vidas para siempre. Su primitivo proyecto existencial puede derrumbarse, quebrarse e iniciarse otro. Además, es una enfermedad que comúnmente lleva varios años de vida antes de que ocurra la muerte y gracias al avance de la ciencia puede lograrse la curación. De una u otra manera, el ser fue alcanzado. La enfermedad como cualquier adversidad “puede ser el motor para poder recuperarse”. (RISPO, 2003a). Todo el mundo ve a la adversidad como negativa

[...] pero es negativa en tanto uno la elige como negativa, frente a la adversidad uno hace experiencia... no siempre se hace a partir de una realidad plena. La plenitud es la culminación... haber alcanzado la cima, luego de suficientes esfuerzos para resurgir desde la adversidad. (RISPO, 2003a).

Todas las facetas del ser humano se hacen presentes en el ser oncológico resultando conmovidas, de ahí que en muchos aspectos sea tan sensible quien atraviesa ese padecer. Todo el ser se ha transformado. El cáncer no es algo que le ocurrió únicamente al cuerpo, como recién decíamos, por lo cual podemos hablar y englobar a todos los aspectos del ser como una profunda crisis existencial que deja profundas huellas en la existencia de quién lo padece. (SIGNORELLI, 2015).

Si bien la existencia se despliega en continuas crisis, motivadas por numerosas circunstancias, es indudable que cuando aparece el cáncer, tanto el paciente como la familia, entran en crisis. Crisis, que tendrán que enfrentar desde todos los aspectos referidos al cuerpo, al mundo emocional, al mundo con los otros y al propio mundo íntimo.

El ser biológico ha sido conmovido, las células cancerígenas se reproducen sin control, necesitan alimentarse en un número cada vez mayor, en una progresión que les brinda una inmortalidad aparente ya que no existe la apoptosis, pero su crecimiento infinito pronto termina aniquilando al cuerpo que las alberga, para finalmente morir ellas también.

El ser psicológico ha sido conmovido, se produce un gran shock emocional y la persona siente que no es más la de antes, miles de sensaciones y sentimientos se agolpan en un instante, es como el ojo del huracán que todo lo absorbe. La muerte se hace presente quizás por primera vez de un modo tangible.

La sociedad, incluyendo aquí a los otros que forman parte del mundo del paciente, familia, amigos, compañeros de trabajo y/o de estudio, todos han sido conmovidos. La percepción del otro cambia porque la sociedad tiene su propia concepción de la enfermedad y del enfermo, entonces quien hasta ese momento era sano ahora pasó a ser enfermo con la posibilidad de morir. Aquí entran a jugar esos sentires de la sociedad, la opinión pública, el imaginario colectivo, los prejuicios éticos, incluso la concepción de esta dolencia y de la muerte que tiene el equipo médico a quien el paciente deberá acudir, que muchas veces no hacen más que acentuar el sufrimiento inevitable de las instancias biológicas y psicológicas (SIGNORELLI, 2009).

En cuanto a la conmoción existencial es indudable que todo su ser se ha transformado, produciéndose grandes cambios en actitudes, conductas, tomas de decisiones, modos de vincularse y una visión de futuro diferente.

Veamos qué ocurre en los mundos del paciente, comenzando por lo biológico, lo corpóreo o *Umwelt*.

El origen del cáncer aún es desconocido, lo que se sabe es que una persona enferma de cáncer cuando células hasta el momento normales, se transforman en cancerígenas, esto significa que hubo mutaciones en el ADN de las células y estas adquieren la capacidad de reproducirse descontroladamente e invadir tejidos y órganos del cuerpo, sin que el sistema inmunológico pueda intervenir para destruirlas.

Esas mutaciones celulares llevan a transformaciones que ocurrirán en el cuerpo, algunas visibles si se trata por ejemplo de la piel y la mayoría invisibles cuando se trata de cualquier otro órgano. Algunas se harán visibles cuando el cáncer se encuentre avanzado, también dependerá de la localización o permanecerán invisibles para el ojo humano y solo se verán otros síntomas asociados. La persona con cáncer vivenciará esos cambios en su corporalidad, por ejemplo, amputaciones, falta de apetito, debilidad, delgadez extrema, caída del cabello, muchas de estas transformaciones tienen que ver con los tratamientos que hará una vez diagnosticado.

El médico oncólogo, desde el plano biológico le indicará los tratamientos posibles que hoy en día permite el conocimiento científico: cirugía, rayos, quimioterapia, hormonoterapia, según el tipo de cáncer, el grado de desarrollo alcanzado y en qué lugar del cuerpo se lo ha detectado. Es bastante común que ocurran varios de esos tratamientos en una misma persona. Algunos recurrirán a terapias alternativas o complementarias. El paciente se encontrará con una extraña corporalidad que tendrá que asumir, tanto sea por la enfermedad misma como por los tratamientos que deberá enfrentar si desea curarse o al menos prolongar su vida.

Desde lo psicológico también ocurren variadas transformaciones que se inician apenas se sospecha y más aún cuando se confirma el diagnóstico. Se produce un shock anímico, aparecen nuevas vivencias, sufrimientos que tendrá que procesar y posibles cambios de roles.

En cuanto a su mundo en la sociedad tiene que asumir la toma de nuevas decisiones, resolver a quienes comunicarlo, a quienes no y cuándo. Se puede ver afectado tanto el rol laboral como el rol dentro del grupo familiar, según la edad del paciente.

Desde el plano existencial ocurrirá una gran crisis del ser, con modificaciones en su existencia, en su coexistencia y en la planificación de su vida y de su tiempo.

El cáncer lo sitúa frente a tener que asumir su ser más íntimo y su finitud, se hace presente el tiempo futuro, el *folgewelt* para cuando ya no esté, el legado que quiera dejar para los demás. (SIGNORELLI, 2011).

Si bien todos sabemos que vamos a morir, pero esa muerte no tiene fecha, en cambio para quien es diagnosticado de cáncer es como que tuviera una fecha cierta, al menos más cercana de lo esperado. Es una enfermedad que enfrenta con la muerte aunque la persona no muera por ese motivo.

En términos de la psicología existencial y según cómo se afronta la enfermedad, el paciente puede tomar un camino auténtico o un camino inauténtico o bien puede

alternar uno con otro. El camino auténtico será asumir su ser para la muerte planteado por Heidegger (1974) y vivir con el amor fati de Nietzsche (2011).

En cada uno de sus mundos aparecerán alteraciones que muchas veces son un despertar de la conciencia, un salir del *Dasman* (el ser sumido en la masa) para constituirse en un auténtico *Dasein* (el ser asumiendo su ser-en-mundo).

Cuando la persona logra asumir su enfermedad (*Dasein*) se abren nuevos caminos para su ser-en-el-mundo. Analizando el *Eigenwelt* (mundo propio) podemos encontrar una mayor confianza en sí mismo y en sus capacidades. Se puede hacer presente la aseveración de Nietzsche “lo que no te mata te hace más fuerte”. (NIETZSCHE, 2021).

Desde el *Mitwelt* (mundo con los otros) puede verse aumentada la empatía y las conductas de cooperación y solidaridad hacia la sociedad, en la misma familia y en grupos de pares.

Desde el *Überwelt* (mundo de los valores) podemos observar un cambio en los valores, se establecen nuevas prioridades y se minimizan otras, puede darse una mayor espiritualidad y hasta una nueva génesis de sentido.

Desde el análisis de la temporalidad también ocurren cambios, la dimensión del tiempo se hace más visible, los momentos son más intensos, se priorizan ciertos aspectos en el presente y se desestiman trivialidades, aparece la necesidad de concretar proyectos que sean realizables. El tiempo humorado se hace más vigente.

También existe un afrontamiento inauténtico en el cual podríamos decir que las condiciones antes planteadas no se cumplen.

Abordar la posibilidad de la muerte siempre es un tema difícil tanto para quien enferma de cáncer, como para la familia, para el equipo tratante y para la sociedad en su conjunto. Podemos afirmar que la sociedad generalmente estigmatiza de modos perceptibles e imperceptibles a los pacientes oncológicos, por lo cual los profesionales tratantes, como agentes de salud debemos tomar conciencia de esta situación y asumir el compromiso de cambiar este paradigma.

Los autores existenciales nos habían advertido que si hay vida habrá muerte, Heidegger con su ser-para-la-muerte (1974) y von Weizsacker (1936) con su declaración... “en cuanto nacemos, nuestra muerte es inevitable”. Nos dice algo más que nos va a permitir comprender lo que le sucede a la sociedad en su conjunto y a los miembros que la componen, con respecto a la muerte como realidad inexorable.

Dejar de comprender esta realidad se ha convertido en la postura mental, especialmente cobarde, de ciertos hombres modernos, que no establecen una relación sin prejuicios y natural con la muerte. Con frecuencia sienten un miedo incomprensible ante la propia muerte y, en cambio, cultivan un racionalismo indiferente ante la muerte de los demás. (VON WEIZSACKER, 1936)

A pesar de los años transcurridos pareciera que nada cambió desde aquél entonces.

La palabra cáncer, tiene “mala prensa”, se la asocia inmediatamente con muerte, dolor y sufrimiento, por lo cual no es una enfermedad como cualquier otra. Generalmente se la elude, como si nombrarla fuera darle una presencia que quiere ocultarse. Muchas veces estas ideas acerca de la enfermedad no hacen más que acentuar el sufrimiento inevitable de las instancias biológicas y psicológicas, produciéndose una verdadera estigmatización y como veremos seguidamente conlleva a una marginación social.

Son muchas las veces que tanto la familia como la sociedad no saben encarar el proceso oncológico de uno de sus miembros y entonces aparecen manifestaciones de toma de distancia, de alejamiento y hasta de abandono, como diría Rispo (2003b) “como presagio de sus propias y distintas muertes”, como modo de asegurarse que quien muere es el otro y no uno mismo y quedar así a salvaguarda.

Los medios masivos de comunicación, dan cuenta de esta estigmatización, aunque con un supuesto sentido superador y sin conciencia de lo perturbador que pueden ser determinados mensajes. Publican acerca de personas que tuvieron cáncer y si supuestamente se curaron o concluyeron un tratamiento sin signos de enfermedad, expresan que lucharon y vencieron al cáncer, como si el cáncer fuera algo a vencer.

La utilización de un lenguaje bélico es muy común ante esta enfermedad. Si bien la intención de mensajes de este tipo, intentan dar una mirada esperanzadora, puede producir el efecto contrario. Abren una serie de interrogantes que no hacen más que acentuar la vulnerabilidad del paciente e incluso de la familia, que tampoco sabe qué postura tomar. Se produce un efecto nocebo. Como todo mensaje, este también se puede leer entre líneas. En ese caso sería que si alguien no luchara, entonces morirá. ¿Acaso la lucha sería garantía de que la muerte no llegará? ¿Pero qué pasa con quienes luchan y no logran vencerlo?, ¿será que lucharon mal, se equivocaron en la lucha? El paciente se siente más perdido aún y hasta culpable si los exámenes le indican que no se ha curado. ¿Qué habrá hecho mal en su vida para tener que morir así? Todo esto como si fuera una cuestión puramente psicológica que casi con la simple voluntad de luchar se curará. Frente a la ilusión de control de la enfermedad aparece una gran frustración y una acentuación del sufrimiento. Se derrumba también la ilusión de esperanza. Estas ilusiones no son más que un modo de negar la muerte. La vida no es eterna y nos vamos a morir de esto o de aquello, querámoslo o no, luchemos o no.

Una vez instalado el cáncer y realizado los tratamientos que hoy puede ofrecer la ciencia, ni el propio médico sabe si el paciente se ha curado aun cuando los marcadores indiquen ausencia de enfermedad. Esto último no es lo mismo que curación, curación significa que la enfermedad no está más y ausencia de enfermedad significa que no es visible en estudios médicos, pero puede continuar y volverse visible con el tiempo. Por algo se hacen controles, al principio más seguido y hasta los cinco años del diagnóstico. Y en algunos casos puede reaparecer hasta más allá de los diez años. Esto si hablamos de células cancerosas separándolas de la persona que enfermó de cáncer, pero como la persona es una unidad y su ser se vio afectado en su totalidad, posiblemente lleve el cáncer toda su vida, ya sea por tener continuos temores o dándole un nuevo valor a la vida. Tanto puede elegir uno u otro camino.

Volviendo al tema de la lucha y el vencer, esta última palabra implica a la primera. Generalmente no se utilizan esos términos para referirse a otras

enfermedades, entonces ¿qué tiene el cáncer de distinto? También es un modo de afirmar que al cáncer se lo vence como si fuera una competencia, donde se gana o se pierde, como si la persona con cáncer pudiera elegir triunfar que sería vivir o fracasar que sería morir. Esto da lugar a la segunda estigmatización, ubica al paciente oncológico para que se sienta impotente y culpable si los resultados de sus estudios no son favorables y la evolución de su cáncer se hace inexorable. Pareciera que no sabe, o no puede o lo que es peor, que no quiere *ganar* como sinónimo de vivir. Es ponerle una cuota más de sufrimiento a su ya frágil existencia.

La única lucha posible, si la podemos llamar así, es por mejorar la calidad de vida, por mantener vivo el proyecto o por encontrar un nuevo rumbo, hasta ahora no transitado, por decir lo hasta ahora callado, por trascender lo hasta ahora no trascendido. Esto será posible recurriendo a los aspectos resilientes que tenga cada paciente y sus familiares.

Nadie vence al cáncer, la persona podrá vivir o morir, tanto uno como otro le son gratuitos, está inscripto en sus genes cuando morirá, pero también en sus genes está inscripto que es un ser libre por lo cual podrá elegir cómo quiere vivir. Nuestro compromiso como profesionales o como familiares es ayudarlo a que así sea y si esto nos ocurriera a nosotros mismos es solicitar que nuestras decisiones sean respetadas.

Otra estigmatización que suele ocurrir es cuando se le dice al paciente que apueste a la vida. La palabra apuesta nos remite también a una competencia, a un ganar o perder, insinuando que quien muere es porque no apostó, o apostó mal, creo que esta actitud lleva al paciente a abandonarse si los resultados le son adversos y a sentirse un perdedor. Son formas de negar la muerte en vez de asumirla y ayudar al buen morir, si es que esto es posible. En realidad, el buen morir está expresado desde el punto de vista de los médicos paliativistas, prefiero en cambio, hablar del buen vivir ya que todo ser vivo está vivo hasta que muere, dicho en otros términos nadie muere antes de morir. Un moribundo o muriente es un ser aún vivo. Los médicos refieren este buen morir a no tener dolores físicos, algunos también se ocupan de disminuir los sufrimientos anímicos. A los dolores del alma los llamamos sufrimientos.

A raíz mismo de estos cuestionamientos podemos hacernos otra pregunta: ¿quién no está enfermo, no lucha, no apuesta, esto le toca sólo al paciente oncológico? ¿Es que alguno de los llamados sanos, no morirá, aunque sea un luchador? ¿Acaso los luchadores no mueren?

Muchos pacientes llegan a pensar qué hicieron algo para generarse un cáncer y pueden sentirse culpables por eso, pero hasta ahora la ciencia no lo ha probado, entonces ¿por qué cargar con esa culpa? ¿Acaso podría haber hecho otra cosa para no generarlo?

Una estigmatización casi imperceptible para el común de la gente, pero no para el paciente oncológico y su familia, se da cuando algunas personas preguntan por la evolución de la enfermedad sólo a algún miembro de la familia, pero no directamente al paciente, entonces este se encuentra con que no tiene con quién hablar de su proceso o siente que nadie se interesa por su enfermedad y por él mismo. Otras veces ocurre que le dicen *¡qué bien se te ve!*, lo cual el paciente y su familia completan la oración con

un *ah*, *esperaba verme (verlo) moribundo*. De este modo lo transforman en un muerto en vida.

Todos sabemos que somos seres mortales, sin embargo, vivimos como inmortales, por eso cuando se cruza el cáncer en nuestras vidas, la reacción es tan angustiante, porque se hace presente la muerte. Esa sombra que nació con nuestra propia vida y que de pronto nos avisa que el tiempo se acaba, que somos seres mortales, ya no como saber sino como intuición posible para nuestros seres queridos y para nosotros mismos. Según cómo se haga frente a esta circunstancia, la familia y el propio paciente, podrán sucumbir o salir fortalecidos y podrán aprender de la experiencia de la crisis para conocerse y reconocerse en una nueva dimensión.

Sin duda la persona se transforma una vez que *lo tocó* el cáncer, ya no será la misma y quizás tenga un tiempo para *ver* más allá de sí y hasta programar o ilusionarse con la vida que continuará sin su presencia. Me refiero al posfuturo de la trascendencia.

Cuando una persona enferma de cáncer hablamos siempre de una seria enfermedad. Lo más probable que ocurra es que se enfrente con la muerte, al menos, aunque sólo sea una ocurrencia para sí mismo: *¿me voy a morir?* Esta vivencia modifica a las personas.

Entonces no hablamos de una persona que *tiene* cáncer como si tuviera un resfrío o una uña encarnada, el resfrío pasa, la uña se cura, no deja huella en la persona, pero esto no ocurre con el cáncer. La persona no sólo *tiene* cáncer, sino que su ser se transformó y se transformó para siempre. Cómo sale de esa transformación va a depender de múltiples factores que tendremos que tener en cuenta: a) la personalidad previa, b) la historia de cánceres en la familia, c) la gravedad de la propia enfermedad, d) del apoyo brindado por la familia y su entorno, e) del acceso a sistemas de salud competentes y f) a la propia capacidad de resiliencia.

Por más que la persona se pueda curar de ese cáncer, la condición de haberse transformado en un ser oncológico e incluso aunque haya dejado de estar enfermo, no deja de ser ex oncológico, por lo cual esa condición no se pierde nunca, ya que quien se halla frente a frente con la situación límite de muerte, le habrá provocado una gran conmoción en la intimidad de su ser. Tan conmovedor ha sido que es común encontrar que los pacientes a partir del día de enterarse del diagnóstico, empiecen a contar los años que van transcurriendo, lo cual es evidencia de que hay un antes y un después, más allá de la evolución, como también lo confirman estudios que he realizado tomando el psicodiagnóstico de Rorschach a pacientes oncológicos, en el cual se hacen evidentes las respuestas referidas a las huellas que dejó la enfermedad. (SIGNORELLI, 2015).

Esta adversidad del cáncer puede ser vista como una oportunidad, tal vez la última para poner en acción las propias potencialidades posibles que siempre estuvieron ahí y que por distintas situaciones no se hicieron presentes, pero formaban parte de la intimidad, estaban dormidas y por lo tanto sin las posibilidades de que pudieran ser expresadas. Estas potencialidades son en realidad

[...] los propios recursos que tenemos “a la mano” para poder ser y ser capaces de ser-en-el-mundo. No obstante, suele suceder que una vez

que llegamos a este mundo, que salimos del vientre materno y nos hacemos presentes, con el correr del tiempo nos dejamos estar en el mundo de la cotidianeidad sin cuestionarnos nada con respecto a nuestra propia finitud. Nos enfrascamos en luchas familiares, laborales, sociales y hasta con nuestra propia intimidad. Buscamos tener nombre, prestigio, dinero y fama, como si este mundo inauténtico nos proveyera una mayor riqueza existencial y que además nos permitiera vencer a la muerte y al cáncer. (RISPO, 2004).

Esa actitud social que venimos planteando frente a la enfermedad, lleva a generar una serie de conductas que no hacen más que provocar nuevos malestares para el paciente y su familia. Esto también dificulta un adecuado acceso a la información y a la comunicación, entonces para no padecer estos estigmas las personas mienten u ocultan su enfermedad. Lo cual es una actitud que termina siendo dañina. Es otro efecto nocebo.

Debemos plantearnos el empleo de algunas estrategias para modificar esta concepción de la enfermedad que tiene la sociedad, tanto desde el rol del médico, como del psicólogo y del resto del equipo tratante, de la propia familia como de los medios de comunicación.

53

ACERCA DEL MORIR

Cuando los resultados de los tratamientos no dieron los resultados esperados, el ser se encamina hacia la muerte anunciada.

Es importante preguntarnos dónde ocurrirá esa muerte. Si bien muchas veces ocurre estando el paciente internado en terapia intensiva, no todas las muertes relacionadas con enfermedades terminales ocurren en dicho lugar. Pueden ocurrir en la propia casa, en un hogar de ancianos, en una internación en una sala común. Estas otras alternativas permiten estar acompañando al ser querido hasta el final. Situación que no sucede en terapia intensiva y que debiera modificarse.

Sea donde sea que ocurriera y mientras el muriente esté consciente, aunque no sepamos en qué grado, muchos se preguntan qué hacer en esa situación. Algunos intentarán un silencio respetuoso. ¿Será realmente respetuoso, o más bien es no saber qué decir? Otros hablarán entre quienes estén presentes sin dirigirse al moribundo, negando su propia presencia e incluso haciendo caso omiso de ella, es como decir *ya no está entre nosotros* y habrá otros que intentarán hablarle. Pero hablarle ¿de qué?

Es posible que los seres queridos quieran acercar una palabra que consuele pero no volvamos a caer en una negación, tan típica de nuestra sociedad. Al respecto dice el filósofo Byung-Chul-Han, que en la sociedad actual hay una permanente búsqueda de tranquilización acerca del tema de la muerte. Se acercan al moribundo con la idea de darle ánimo, de que pronto se pondrá bien, intentan llevarle un ánimo esperanzador.

El encubridor esquivamiento de la muerte domina tan tenazmente la cotidianidad que, con frecuencia en el convivir, las “personas cercanas” se esfuerzan todavía por persuadir al “moribundo” de que se librará de la muerte y de que en breve podrá volver nuevamente a la apacible cotidianidad del mundo de sus ocupaciones. (HAN, 2021)

Esto denota la necesidad de los deudos que quieren reintegrarlo a la existencia, pero según Han, le quitan su más propia posibilidad de ser ante la muerte. Para Han, lo que corresponde frente a alguien que muere es callar. “En realidad, no hay nada que decirle al moribundo”. (HAN, 2021). Lo único que sería posible hacer para cumplir con el *coestar* auténtico es guardar silencio, requerimiento necesario frente al moribundo para que cumpla con su ser más propio, que solo a quien muere le pertenece. Todo lo demás cae en la categoría de la inautenticidad.

Han, siguiendo a Heidegger, dirá que la muerte es intransferible y solitaria. Siempre es mi muerte, como expresara Sartre. En esa soledad hay un desligarse de toda relación con el otro. Solo muere quien muere. La única función que cumple la muerte del otro es proporcionar con una certeza objetiva que mi propia muerte me espera como futuro. La muerte del otro me avisa que soy un ser mortal.

Sin embargo, le diría a Han, no todo se dice con palabras. Cuando ya no hay palabras para pronunciar, hay una caricia para brindar, en ese último adiós.

TAREA DEL TERAPEUTA

La psicooncología, mencionada anteriormente, es una especialidad que se ocupa de intervenir en todas las etapas por las que atraviesa el paciente oncológico y su entorno. Trata de llevar comprensión al proceso iniciado con el diagnóstico y concluye con el alta o con el final de la vida del paciente, a veces, extendiéndose un tiempo más con la familia, a modo de cierre. Su tarea fundamental es mantener una buena comunicación entre paciente, familia y equipo tratante.

Si bien es el psicooncólogo quien se ocupa de todas las vicisitudes del paciente oncológico, es posible que cualquier persona que enferme de cáncer concurra a un psicólogo para iniciar una terapia o bien que ya se encuentre en un proceso terapéutico. Para el primer caso, si el terapeuta no se sintiera capacitado para atender a un paciente oncológico, lo ético sería que lo derive y para el segundo caso, esta misma conducta no sería ética, tendrá que hacerse cargo, más aún si se considera un terapeuta existencial, para lo cual buscará formarse, supervisar, investigar y estar en completa disposición para las necesidades del paciente. Si lo derivara solo estará aumentando la discriminación, la segregación, la estigmatización y profundizará la sensación de sentirse rechazado y no comprendido por el prójimo. No es solamente una cuestión del saber sino del comprender.

Tanto el psicólogo como el psicooncólogo que iniciará con su paciente un proceso terapéutico deberá tener en cuenta muchas de las temáticas mencionadas en este artículo, entre ellas: qué significa el cáncer para nuestra sociedad, con la intención de desmitificar prejuicios, qué significa el cáncer para el mismo terapeuta, qué sentimientos le surgen frente a un paciente con cáncer, cuáles son sus fantasías si él mismo enfermara, cómo cree que lo asumiría, qué sintió con familiares que tuvieron

cáncer, tomar conciencia y analizar los propios temores, con qué herramientas cuenta para asistir a las necesidades del paciente, tener presente que las fantasías respecto de la enfermedad son solo fantasías, la realidad puede presentarse con otras facetas. El futuro siempre tiene por delante un escenario incierto y como terapeuta tendrá que estar abierto a la incertidumbre y aceptarla.

La meta del terapeuta será tratar de encontrarse con el otro como seres coexistentiales en búsqueda de la trascendencia, siendo en esta ocasión de sus vidas, uno enfermo y otro sano, al menos con respecto al cáncer. Esta situación es tan trascendente, especialmente para la vida del paciente que podemos ayudarlo a pararse desde una nueva perspectiva que le permita apelar a sus propios recursos para que pueda potenciarse y encarar su vida de un modo más pleno, durante el tiempo que esto sea posible.

Una vez conocidas la etapas y los períodos por los que atraviesa un paciente (SIGNORELLI, 2009) y sabiendo en cuál de ellos se encuentra nuestro paciente y cuál es el estadio de su enfermedad y de su posible evolución, será tarea del terapeuta, encontrar las herramientas para poder ayudarlo, partiendo de saber escuchar más allá de las palabras, brindar la palabra oportuna, saber contener afectivamente no sólo desde la palabra sino también desde la mirada, desde el gesto, desde lo corporal, desde lo que el paciente vaya permitiéndose, mostrándose en disponibilidad. No se necesita más que reconocer al otro en lo que tiene de más personal, su propio ser para que se permita desplegarlo en su máxima plenitud posible, asumiendo una libertad tal vez perdida en otro tiempo, atrapado en las innumerables trampas en que nos envuelve la sociedad y nosotros mismos. Paradojalmente frente a una posible muerte en un horizonte cercano, se abre una segunda oportunidad en la vida. Muchos lo entienden así y vemos entonces profundas transformaciones. Es tarea del terapeuta, ofrecerle esta posibilidad de mutación, rescatar su ser en tanto existente y coexistente, fortaleciendo la red de contención que tenga el paciente, trabajando sus emociones para que se permita extraer de la adversidad elementos de fortaleza, dándole un nuevo valor a su vida.

Recordemos que la vida humana cesa recién en la muerte, y es vida hasta el último aliento, y como tal debe ser respetado el ser humano en su último tramo. Cuando el paciente no tenga una red de contención apropiada o suficiente, el terapeuta, lo puede alentar a que busque grupos de apoyo, grupos de expresión ya sea corporal, plástica, literaria o musical. Esto deparará verdaderas sorpresas en el descubrimiento de capacidades olvidadas o escondidas y que ahora se vuelven reveladoras de su propio ser.

Es una segunda oportunidad para desplegar potencialidades, descubrir capacidades olvidadas o escondidas, recuperar la libertad como ser humano sano o enfermo, cumplir lo no cumplido o faltante, darse tiempo para el disfrute, adueñarse de su ser, darle nuevo valor a la vida hasta afrontar la forma de morir. A través del sufrimiento la persona se puede volver más auténtica. Sus deseos se hacen más claros y puede llevarlos a cabo. Puede elegir incluso cómo afrontar el sufrimiento y descubrir nuevos sentidos.

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de estas páginas, intenté abrir nuevos escenarios para la investigación fenomenológica existencial. Cualquier acontecimiento de la vida humana se presenta con múltiples facetas y puede ser visto bajo esta mirada, que sin duda será esclarecedora para nuestro trabajo como terapeutas. Abre nuevas perspectivas y esto significa nuevos horizontes, nuevos caminos para recorrer, para explorar, para ofrecer en la búsqueda de un ser pleno en las circunstancias que sean.

REFERENCIAS

- HAN, B.-C. *Caras de la muerte*. Trad. Alberto Ciria. 1ed. Herder. Barcelona: Calle Provenza 388, 2021.
- HEIDEGGER, M. *El ser y el tiempo*. Trad. José Gaos. 5ed. Fondo de Cultura Económica. México D. F.: Av. de la Universidad 975, 1974.
- NIETZSCHE, F. *Así habló Zaratustra*. Trad. Andrés Sánchez Pascual. 1ed. Alianza. Bs. As.: Av. Belgrano 355 10, 2011.
- _____. Extraído de <https://psicologiymente.com/reflexiones/frases-friedrich-nietzsche> - 19/07/2021.
- RISPO, P. *Memoria de una existencia vulnerada*. El peregrinar de un inmigrante. 1ed. Fundación CAPAC. Prov. Buenos Aires, Ramos Mejía: Álvarez Jonte 456, 2003a.
- _____.; RAFTI, V. Cáncer. *Diálogo de intimidades*. 1ed. Fundación CAPAC. Prov. Buenos Aires, Ramos Mejía: Álvarez Jonte 456, 2003b.
- _____. *Lo imaginario y la realidad del oncológico*. 1ed. Fundación CAPAC. Prov. Buenos Aires, Ramos Mejía: Álvarez Jonte 456, 2004.
- SIGNORELLI, S. Abordagem fenomenológica do paciente oncológico e de sua família. In: *Vulnerabilidade humana e conflitos sociais*. (Org.) Ribeiro W. y Romero E. São José dos Campos: Della Bidia. 2009, p.78-106.
- _____. *No me olvides. La muerte para el más acá*. 1ed. Fundación CAPAC. Prov. Buenos Aires, Ramos Mejía: Álvarez Jonte 456, 2011.
- _____. Cancer and Rorschach. From an Existential perspective. En Existential Analysis. 26.1. Journal of The Society for Existential Analysis. 2015, p. 70-85.
- VON WEIZSACKER, V. *El hombre enfermo*. Trad. Víctor Scholz y J. Soler Enrich. Luis Miracle. Barcelona: París, 2008, 1936.

Enviado: 18 de julio de 2022

Aceptado: 16 de agosto de 2022