



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria: Junio de 2020

El cáncer como experiencia de muerte: consecuencias psicológicas y abordaje terapéutico.

Cancer as an experience of death: psychological consequences and therapeutic approach.

Autor/a: Rosario Soler Delgado

Tutor/a: Francisca López Ríos

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo explorar la experiencia de confrontación con la muerte de los enfermos de cáncer. Para ello en primer lugar, se revisa en qué consiste el cáncer a nivel fisiológico, epidemiológico y terapéutico. En segundo lugar, se revisan los diferentes cambios vitales y el impacto psicológico que supone el cáncer: riesgo de muerte, pérdida de identidad, alteración en los propios valores. Finalmente, se lleva a cabo una reflexión y propuesta desde la psicoterapia existencial y la terapia de grupo como opción terapéutica para la angustia derivada del miedo a la muerte en estos pacientes.

Palabras Clave: Confrontación, muerte, cáncer, impacto psicológico, psicoterapia existencial, terapia de grupo.

Abstract

The present work aims to explore the experience of confronting the death of cancer patients. To do this, firstly, we review what cancer consists of at the physiological, epidemiological and therapeutic levels. Second, the different vital changes and the psychological impact of cancer are reviewed: risk of death, loss of identity, alteration in one's values. Finally, a reflection and proposal is carried out from existential psychotherapy and group therapy as a therapeutic option for the anguish derived from the fear of death in these patients.

Keywords: Confrontation, death, cáncer, psychological impact, existential psychotherapy, group therapy.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	página 3
2. ¿QUÉ ES EL CÁNCER?	página 5
3. DIFICULTADES PSICOLÓGICAS EN LAS DIFERENTES FASES DEL PACIENTE TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	página 6
3.1. LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE ENFERMAR DE CÁNCER Y TRATARSE.....	página 9
4. EL CÁNCER COMO EXPERIENCIA DE MUERTE	página 13
4.1. CONFRONTACIÓN CON LA MUERTE.....	página 16
4.2. LA ANSIEDAD DE LA MUERTE.....	página 17
5. LA TERAPIA DE GRUPO PARA LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	página 19
5.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE TERAPIA DE GRUPO.....	página 20
6. LA TERAPIA EXISTENCIAL	página 22
6.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE TERAPIA EXISTENCIAL.....	página 23
7. CONCLUSIÓN	página 26
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	página 27

1. INTRODUCCIÓN

La palabra Cáncer es un término muy amplio que comprende más de 200 tipos de enfermedades. Se caracteriza por el desarrollo de células anormales que se dividen de manera incontrolable y tienen la capacidad de infiltrarse y destruir el tejido corporal normal pudiendo llegar a extenderse por todo el organismo sin control.

Los tratamientos utilizados dependen del tipo de cáncer y su gravedad, encontrándose entre otros la radioterapia, la cirugía y la quimioterapia; siendo este último el que más miedo provoca, debido a las representaciones sociales basadas en las consecuencias de este tratamiento. (Castaño y Palacios-Espinosa, 2013).

La incidencia de Cáncer difiere según el sexo, en los hombres es más frecuente que en las mujeres. Se estiman tasas de 555 y 464 casos nuevos por cada 100.000 varones y mujeres respectivamente. La tasa de nuevos casos sigue un patrón diferente en hombres y mujeres. Estas diferencias son más importantes a partir de los 50 años, donde el incremento en varones es muy superior. Se ha estimado en 270.363 el número de casos nuevos de cáncer diagnosticados en el año 2020. En ambos sexos, el cáncer más frecuente fue el de colon-recto (14% del total), seguido de próstata (12%), de pulmón (10%) y mama (12%). (Observatorio AECC, 2020).

Con respecto a la prevalencia del cáncer se encuentra determinada por la supervivencia, es decir, la prevalencia es más elevada en los tumores con mayor supervivencia, mientras que los tumores con supervivencias más cortas podrían tener una menor prevalencia, aunque se diagnostiquen más frecuentemente (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020). Según las estimaciones realizadas para 2018, un total de 414.419 pacientes con cáncer continúan vivos a los 5 años del diagnóstico. En las mujeres, la mayor proporción de casos prevalentes corresponden a tumores de mama (un 36% del total), seguidos del cáncer colorrectal (12%), de piel no melanómico (10%) y de cuerpo uterino (7%). En hombres el mayor impacto en términos de prevalencia corresponde a los tumores de próstata (26%), colon-recto (15%) y el cáncer de vejiga (12%) (Observatorio AECC, 2020).

A nivel global, el cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de mortalidad del mundo, con aproximadamente 9,6 millones de muertes relacionadas con tumores en el año 2018. Los tumores responsables del mayor número de fallecimientos a nivel mundial en 2018 fueron el cáncer de pulmón (18,4% del total de muertes por cáncer), el cáncer colorrectal

(9,2%), el cáncer de estómago (8,2%) y el cáncer de hígado (8,2%). (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El cáncer constituyó la segunda causa de muerte en España, en el año 2018(26,4% de los fallecimientos) por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio (28,3% de las muertes). Al igual que en los últimos dos años, los tumores fueron la primera causa de muerte entre los varones en España (297,8 fallecidos por cada 100.000), y la segunda en mujeres (con 186,7). (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

Esta enfermedad es causante de grandes desajustes psicológicos y emocionales debido a su naturaleza crónica, la incertidumbre que trae consigo respecto al pronóstico de la misma, los efectos secundarios que producen los tratamientos utilizados para su control y remisión, y el significado o representaciones sociales de la propia palabra cáncer (Alonso y Bastos, 2011).

Su padecimiento afecta al ser humano en múltiples aspectos de la vida como en el trabajo, las relaciones interpersonales, la imagen o los hábitos diarios, ejerciendo una influencia importante en su bienestar tanto físico como psicológico.

Las primeras reacciones del paciente tras el diagnóstico, serían la incertidumbre, el miedo, la tristeza, la culpa, la despersonalización, más tarde aparecerán mecanismos de adaptación ante esta situación, como podría ser la negación; el paciente no cree en el diagnóstico que le han informado, posteriormente, surgirá la evitación; el paciente siempre evita hablar del cáncer, seguidamente, puede emerger la distorsión; el paciente distorsiona el diagnóstico autoconvenciéndose de que tiene otra enfermedad en lugar de cáncer, también pueden nacer las comparaciones positivas; el paciente asume la actitud de pensar con optimismo en los casos de curación y búsqueda de información, el desconocimiento del pronóstico y efectos secundarios le generan incertidumbre (Gallar, 2006).

A lo largo de la vida, las personas nos vamos construyendo a través de un cuerpo físico, una imagen de nosotros mismos, una identidad, un esquema de valores, un proyecto vital, unas relaciones sociales, una familia, y todo esto va desvaneciéndose a la misma vez que progresa el cáncer, causando un profundo duelo. Y a todo esto tenemos que sumarle las emociones que va sintiendo el paciente a la misma vez que se producen las pérdidas, como es el miedo a la muerte, la angustia, la ansiedad ante la muerte e incluso la capacidad de confrontación con la muerte.

Por estos motivos quiero centrar este trabajo en la necesidad de reflexionar y hablar sobre la muerte en pacientes con cáncer, la más obvia de las preocupaciones supremas, y la importancia de trabajar en terapia la conciencia de la muerte en la vida del paciente con cáncer.

2. ¿QUÉ ES EL CÁNCER?

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

Las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado. Sin embargo, la célula cancerosa o tumoral “pierde” la capacidad para morir y se divide casi sin límite. Tal multiplicación en el número de células llega a formar unas masas, denominadas “**tumores**” o “**neoplasias**”, que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales. (SEOM,2019).

Por otro lado, el Instituto Nacional del Cáncer, (NIH,) lo define como, un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del alrededor.

El cáncer puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado por trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan.

Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores. (NIH, 2015).

La denominación de un tumor como benigno o maligno depende de su comportamiento clínico, teniendo el maligno un crecimiento incontrolable o una propagación a distancia. “**Cáncer**” es el término utilizado para describir una neoplasia maligna. (Die, Goyanes y Die y Trill 2003).

3. DIFICULTADES PSICOLÓGICAS EN LAS DIFERENTES FASES DEL PACIENTE TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

El paciente, durante el transcurso de su enfermedad, tras conocer el impacto que le genera conocer su sufrimiento, enfrenta o atraviesa diferentes fases psicológicas, detalladas en el trabajo de Kübler (1993) que permitió mejorar la comprensión de las dificultades por las que atraviesa la persona afectada del cáncer en los diferentes momentos de la enfermedad.

Kübler (1993) detalla cinco fases o periodos en el proceso: negación y aislamiento, ira, pacto o negociación, depresión o dolor y aceptación.

En la primera fase o fase de negación, la persona se encuentra atrapada en pensamientos de tipo *"No, yo no, no puede ser verdad."*. Esta negación inicial es común en los pacientes que reciben directamente un diagnóstico de cáncer, y en aquellos a los que no se les informa explícitamente y que llegan a dicha conclusión por sí mismos, un poco más tarde. Generalmente la negación es una defensa provisional. Este autor ejemplifica la experiencia de los/las pacientes en esta fase, exponiendo el proceso vivido por una paciente:

"Estaba convencida de que las radiografías estaban "confundidas"; dijo que era imposible que su informe patológico estuviera listo tan pronto y que debían haber puesto su nombre informe de otra paciente. Al no confirmarse nada de esto, pidió rápidamente salir del hospital, y fue en busca de otro médico con la vana esperanza de "conseguir una explicación mejor a mis trastornos". Esta paciente fue de médico en médico: algunos le daban respuestas tranquilizadoras, y otros confirmaban la sospecha anterior. Tanto si la confirmaban como si no, ella reaccionaba de la misma manera; pedía que la examinaran y la volvieran a examinar, sabiendo en parte que el diagnóstico primero era correcto, pero al mismo tiempo buscando otras valoraciones con la esperanza de que la primera conclusión fuera un error, pero manteniéndose en contacto con un médico para tener una ayuda disponible "en cualquier momento", como dijo ella." (Kübler, 1993, pp. 59-60).

Siguiendo a Kübler (1993), la negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada o sorprendente, permite reponerse al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Esto no significa, que el mismo paciente, más adelante, no esté

dispuesto, e incluso contento y aliviado al sentarse a hablar con alguien de su enfermedad, cuando él esté dispuesto a afrontarlo.

La segunda fase se conoce como fase de ira; el paciente empieza a comprender y da paso a una nueva reacción “*¡Oh, sí! Soy yo, no ha sido un error*”. El paciente ve rota las esperanzas, aspiraciones y metas que tenía, denotando una fuerza de irritabilidad ante pequeños estímulos. Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente, surge la siguiente pregunta: “*¿Por qué yo?*”. Esta fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia y el personal sanitario. Donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrará motivos de queja. Podemos observar un ejemplo de fase de ira en uno de los testimonios de un paciente con cáncer, que recoge Kübler (1993):

“Supongo que casi todos los que se encuentran en mi situación deben de mirar a otro lado y decir: Bueno, ¿por qué no habría podido ser él? Y esta idea me ha pasado por la cabeza varias veces... Venía por la calle un viejo al que conozco desde que yo era niño. Tiene ochenta y dos años, y no sirve para nada, en la manera en que nosotros, lo entendemos: Es reumático, cojo, sucio, justo el tipo de persona que a uno no le gustaría ser. Y me vino con fuerza la idea: ¿Por qué no podía haber sido el viejo George en vez de yo?”. (Kübler, 1993, pp.73-74).

La tercera fase se denomina fase de pacto o negociación; el paciente utiliza o emplea maniobras tales como las referidas en la siguiente expresión “*Si Dios ha decidido sacarnos de este mundo y no ha respondido a mis airados alegatos, puede que se muestre más favorable si se lo pido amablemente*” (Kübler, 1993, p.111). El enfermo intenta alterar de algún modo su estado por la vía de un acuerdo que, generalmente, se establece con Dios. El paciente se abre a una serie de promesas de cambiar, de mejorar, de hacer las cosas en lo sucesivo de modo diferente, que parecen ser la alternativa viable hacia su intenso deseo de mejorar.

Es un momento en el que el paciente moviliza sus recursos internos. Aparentemente está tranquilo, en paz y tiene valor para mirar lo que ocurre, lo que le queda por pasar y lo que necesita concluir.

Llegamos a acuerdos con nosotros mismos para mejorar nuestra salud y mejorar nuestra calidad de vida. Es el momento de desculpabilizarse porque esta enfermedad no es un castigo

por algo que se ha hecho mal, sino que forma parte de las muchas enfermedades que se pueden presentar a lo largo de la vida.

Otro de los testimonios que encontramos en el estudio de Kübler (1993), se trata de una paciente que sufría mucho, y se encontraba hospitalizada porque dependía constantemente de las inyecciones que calmaban su dolor. Tenía un hijo que preparaba su boda, y ella estaba muy triste pensando que no podría asistir a la ceremonia del gran día. Con una serie de esfuerzos conjuntos del personal sanitario y la paciente, pudieron enseñarle la autohipnosis, que le permitiría pasar varias horas con bastantes comodidades. Ella había hecho toda clase de promesas con tal de poder vivir lo bastante para asistir a aquella boda. El día anterior a la boda, salió del hospital, era *“la persona más feliz del mundo”* y parecía radiante, nadie habría creído cuál era su verdadero estado. En el momento que volvió al hospital parecía cansada y agotada, pero antes de que el doctor pudiera decirle hola, le dijo: *“¡Pero no olvide que tengo otro hijo!”*.

La cuarta fase o fase de depresión o dolor, la podemos explicar con la siguiente descripción: *“Cuando el paciente no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara”* (Kübler,1993, p.115). La sensación de pérdida viene a situarse por encima de la rabia, la ira o la entereza. Esta pérdida puede tener muchas facetas, la depresión reactiva y la preparatoria, son diferentes y el abordaje de las mismas también es distinto. En la depresión reactiva, observamos un duelo por varias pérdidas, un ejemplo de ello, sería, una mujer con cáncer de pecho, puede reaccionar ante la pérdida de su figura; una mujer con cáncer de útero puede tener la impresión de que ya no es una mujer, se ve comprometida la imagen corporal. El papel del individuo en el entorno social y/o laboral, se verá afectado debido a la imposibilidad de atender o mantener a la familiar. En el segundo tipo de depresión, preparatoria, no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes, es decir, la pérdida cercana de la vida, a diferencia de la anterior, es una depresión silenciosa.

Quinta fase o fase de aceptación: *“Todo va a estar bien”*. *“No puedo luchar, debería prepararme para esto”*, el paciente, consciente de la gravedad de su enfermedad, busca asimilar su diagnóstico clínico, significa que se ha pasado por las anteriores etapas, que la enfermedad ya lleva un tiempo conviviendo con nosotros y que estamos preparados para aceptar que es parte de nuestra vida, de nuestra realidad actual de la que no podemos escapar. No significa resignación, sino readaptación de nuestra vida. En este momento suelen cambiar las prioridades

y las satisfacciones, pero no hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz siguiendo a Kübler (1993) *“es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del descanso final antes del largo viaje”* (p.148).

Estas etapas pueden durar de minutos a meses, no ser percibidas, o pasar de una a otra en ambas direcciones, las cuales pueden ser transitadas por el paciente en distinto orden y encontrarse en más de una fase.

3.1. LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE ENFERMAR DE CÁNCER Y TRATARSE

Recibir un diagnóstico de cáncer y los tratamientos posteriores que acompañan a la enfermedad, suponen la experiencia subjetiva de perder algo muy valioso. El pensamiento más inmediato que viene a la conciencia del enfermo o enferma tras recibir el diagnóstico es *“me voy a morir”*, indicando que la pérdida de la vida es la percepción más inmediata con la que toma conciencia el paciente, una vez el médico le informa que padece cáncer. Este sentimiento tan drástico de confirmación de la pérdida de la salud es vivido como equivalente a un duelo.

En el transcurso de la enfermedad, el paciente vive un proceso de duelo inevitable, entendiendo el duelo como el proceso de adaptación ante una serie de pérdidas, no sólo referentes a la salud (Robert, Álvarez y Valdivieso, 2013).

Siguiendo a Meseguer (2003), enumeramos diez pérdidas inmediatas que el cáncer evoca entre los adultos cuando enferman:

1. La pérdida de identidad

La persona deja de sentirse y valorarse a sí misma como lo hacía antes de concebirse como enfermo; los síntomas, la hospitalización, el deterioro secundario a los tratamientos, la baja laboral y el cese temporal en el desempeño de roles familiares, sociales, académicos o en el tiempo libre y los deportes, repercuten negativamente cuestionando el concepto que cada uno tenía de sí mismo y de lo que podía soportar.

Dado que la formación del esquema corporal es la base de la identidad personal y del núcleo del Yo, todas estas transformaciones o cambios que se producen como consecuencia del cáncer provocan una pérdida significativa dicha identidad.

Un ejemplo de dicha experiencia de pérdida de identidad podemos encontrarlo en:

“Voy reptando de mi cama a cualquier parte y necesito una grúa para decidirme a salir; no soy el mismo y tengo miedo de que estos tratamientos me conviertan en alguien perezoso que no soy yo” o “¿Con lo que yo era... ¿quién me iba a decir a mí que iba a soportar esto?”. (Meseguer, 2003, p.104).

2. La pérdida de control

Cuando las consecuencias de la administración de los tratamientos oncológicos, en relación a la salud y la propia vida, no dependen de las acciones voluntarias del enfermo, sino que queda fuera de su capacidad de control, puede sentir una pérdida de control de los acontecimientos (Seligman y Weis, 1980).

Un ejemplo de dicha experiencia de pérdida de control se encuentra en el siguiente testimonio:

“Allí abajo en la camilla, cada día con los técnicos tratando de sacarme una sonrisa, yo estaba como un pelele a su merced, sometido a que me inmovilizaran; ¿cómo se puede uno sentir seguro en esa situación y así durante tres meses?”. “Que me dijeran que fuera yo quien decidiera si ir por el tumor o por la mama completa, fue como una broma pesada, menuda responsabilidad, ni información ni nada vale, se trata de un criterio de experto: ¿cómo voy a decidir yo? No podía soportar aquello, sólo quería dejarme guiar por él y que me curara”. (Meseguer, 2003, p104).

3. La pérdida de relaciones

El hecho de que la persona más querida, con su mejor intención, se haga el valeroso con optimismo, pero sin compartir los estados emocionales del enfermo, suele generar un aislamiento emocional y de pertenencia, lo que puede suponer la pérdida de relaciones significativas (Zayas, 2016). Valga como ejemplo la siguiente declaración:

“Cuando le dije que estaba en tratamiento psicooncológico me contestó: ¡Psicólogo no necesitas, tú estás bien de la cabeza!; entonces le dije: psicooncóloga no psicóloga, y luego se hizo la sueca, no quería enterarse de que estoy aquí por el cáncer”
(Meseguer, 2003, p.104).

4. La pérdida de experiencias sexuales en el futuro

Los adultos sexualmente activos de cualquier edad y, en ocasiones, con independencia de los tratamientos oncológicos administrados, temen perder su vida sexual. Este temor aparece muy frecuentemente, aunque puede aparecer enmascararse tras otras preocupaciones más socialmente comprendidas, como el temor a no resultar tan atractivo como antes; o a sentir vergüenza de mostrar el cuerpo con cicatrices, ostomías o alteraciones permanentes en la piel; o el miedo a que en situaciones de intimidad la pareja sienta algo por lo que evite el contacto, etcétera (Meseguer, 2003).

5. La pérdida de la imagen de sí mismo

La imagen que se alberga de uno mismo está, en parte derivada de la retroalimentación que las personas significativas emocionalmente retransmiten al paciente. El rol de los que rodean al enfermo en estas circunstancias es decisivo para fomentar en el afectado una mínima adaptación. Estar con el enfermo exige reconocerlo y transmitirle con palabras empáticas el estado emocional de éste; este feedback va a ser percibido como un auténtico acompañamiento que puede constituir el andamio necesario para sustentar la fortaleza que el paciente pierde por haber perdido la relación que hasta entonces podía mantener adaptativa o pacífica con su propia autoimagen (Meseguer, 2003).

6. La pérdida del estilo de vida

La interrupción temporal de los hábitos de vida ocasiona malestar intenso en los pacientes. Es el temor a no poder recuperar en el futuro el estilo y el ritmo de la vida, lo que encontramos que asusta a más personas, bien sea esto atribuido a causas propias (desinterés futuro, apatía, cambios en aficiones, disminución de vigor) o a causas ajenas al propio adulto enfermo (exclusión social, inconveniencia para la propia salud, decisiones de superiores). Como se observa, es la perspectiva de cambio en las rutinas o que se teme antes que la especificidad del cambio derivada de algún motivo propio (Meseguer, 2003).

7. La pérdida de la capacidad de procreación

Las parejas que se han formado otorgándole un valor central a la procreación, mostrando dificultades para contemplar otras realidades como puede ser la adopción, comienzan un proceso de cuestionamiento de ideas o prioridades y de reestructuración cognitiva muy importante. Ello supone que en el tiempo de acomodación a los nuevos valores puede estallar una crisis donde lo que se cuestione sea también el derecho del otro miembro no afectado a alcanzar sus metas, paternidad o maternidad, fuera ya de la relación de pareja (Meseguer, 2003).

8. La pérdida del proyecto vital o de futuro

Muchos adultos ven truncada su carrera profesional por no estar presente en los momentos necesarios debido a los tratamientos, o el proyecto de consolidar un matrimonio y una familia a medio o largo plazo se puede precipitar o anular por tomas de decisiones derivadas de la intolerancia a la excesiva incertidumbre que rodea el periodo activo de tratamiento de la enfermedad oncológica (Zayas, A 2015). Valga como ejemplo de la experiencia de ruptura del proyecto de vida que tiene, implícita o explícitamente, la siguiente afirmación: *“Esto a mí me parte del todo”, “nada puede volver a ser como antes: qué voy a hacer sin ella”* (Meseguer, 2003, p.106).

9. La pérdida del sentimiento de igualdad de condiciones

Los adultos que con mayor énfasis se habían construido o aferrado a unas pautas de vida rígidamente, valorando mucho los convencionalismos sociales propios de su cultura, posición social o económica o incluso geográfica, suelen expresar su intenso malestar por perderse esa íntima y reforzante convicción que habían tenido de ser *“como todo el mundo”* antes de la enfermedad (Meseguer, 2003).

10. La pérdida del esquema de valores prioritarios

Los valores se entienden como las direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente por cada persona (Gutiérrez, Páez, Luciano y Valdivia, 2006).

Según la teoría de Rokeach (1979) y Schwartz (1997), se considera que los valores personales permanecen estables a lo largo del tiempo. Sin embargo, de acuerdo a estos mismos autores y desde una aproximación contextual, los valores, entendidos como *“patrones de actividad que son activamente construidos, dinámicos y que evolucionan”* (Wilson, Sandoz,

Kitchens y Roberts, 2010), pueden cambiar por diferentes razones como puede ser la socialización, una terapia o un evento traumático, entre otros.

Los resultados obtenidos en el reciente trabajo del autor Fernández, (2018), demuestran que el cambio en los valores personales es un fenómeno que sucede en los pacientes con cáncer (Fernández, 2018). Parece que, tras el diagnóstico de cáncer, los pacientes hacen un ejercicio de priorización hacia lo que consideran más importante en sus vidas, dejando de lado aquello que es secundario e implicándose en sus valores fundamentales (Fernández, 2018).

Un ejemplo de dicha experiencia de pérdida del esquema de valores prioritarios podemos encontrarlo en la siguiente afirmación:

“Va a haber un antes y un después de estos dos años de penalidades, ahora valoro más el tiempo con mi familia y el cariño y coger de la mano a mi mujer, cosas que ella me había pedido y que yo siempre postergaba porque tenía que dedicar tiempo a mi carrera profesional o qué sé yo...”. (Meseguer, 2003, p.106).

4. EL CÁNCER COMO EXPERIENCIA DE MUERTE

La cultura determina las creencias con relación a la enfermedad y a la salud, con respecto a la experiencia y la respuesta al dolor que cada paciente presenta. También establece la identificación y la selección de los cuidados médicos, construye los valores que atribuimos a las distintas partes del cuerpo y a sus variaciones. Por otro lado, instaura el soporte o sustento que recibe una persona enferma. Igualmente constituye el significado que se atribuye a los síntomas físicos, la elección del paciente al uso de tratamientos alternativos cuya eficacia no se haya demostrado científicamente y por supuesto, la cultura estipula la actitud que se conserva ante el deterioro físico progresivo y la muerte, entre otros.

Siguiendo a Cicirelli (2001), podemos afirmar que, pese a que la experiencia de muerte es universal e implica un cese de las funciones mentales y corporales, la experiencia de cada persona es distinta, según sea su edad, creencias, sexo, experiencias previas y cercanas con la muerte y el significado que otorgue, por ejemplo, a la motivación, extinción, vida en el más allá, legado o propósito.

Estudios de Wilde y Murray (2009) han revelado que las experiencias directas con la muerte crean contextos y significados en cada persona y en su historia individual. Esta postura difiere de la creencia que se tenía antiguamente, cuando las experiencias conectadas a la muerte eran un episodio aislado, que generaba una crisis específica, pero no se relacionaba con la concepción de vida y de muerte en las personas (Palacios, Milena, Stephanie y Ospino, 2015).

Sin embargo, el cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas. Por lo general, la experiencia del cáncer suele asociarse con la idea de muerte. La muerte, a su vez, suele relacionarse con la vejez, y tendemos a aceptar con mayor naturalidad que un anciano fallezca.

Kübler, (1974), sugiere que, dada la actitud de nuestra sociedad ante la salud, y dado el culto a la juventud, que generalmente prevalece en nuestros días, hemos desarrollado colectivamente una decidida aversión a la idea de la muerte y a cualquier tema relacionado con ella.

Es posible, que la narrativa que equipara el cáncer con la muerte genere acciones encaminadas a afrontar la muerte o el final de la vida, en lugar de afrontar la vida con una enfermedad grave. La cuestión ha sido abordada también por otros autores, por ejemplo, Laxenaire (1980), contempla que toda enfermedad lleva en sí, junto con la angustia que produce, la imagen de la muerte, pero la lleva en distintos grados, según su naturaleza, duración y fama. Aunque el cáncer no viene siendo más peligroso que otras enfermedades.

Para Byock (2002), desde el momento en que una persona es diagnosticada con una enfermedad incurable, la muerte se convierte en una alarma continua que “no para de sonar”, y aún cuando el paciente entre en estado de remisión o en un periodo relativo de salud, la muerte y la intrusión de pensar en la muerte lo fuerzan a mirar y a enfrentar cuanto quiere evitar.

En este contexto, el diagnóstico de cáncer, siempre es un hecho traumático, negativo, catastrófico y de profunda crisis vital, porque se asocia directamente a sufrimiento y muerte. Aparece el temor a morir, y la idea de morir siempre viene asociada a separarnos de los seres queridos y a suspender las metas vitales que teníamos establecidas en nuestra línea de vida. De hecho, en estudios de comparación del cáncer con otras enfermedades en los que investigaban acerca de cuál era la enfermedad más temida, los resultados mostraron que se trataba del cáncer (Aiach, 1980).

Según Holland (1998) ninguna enfermedad ha soportado un estigma negativo tan fuerte a lo largo de los siglos como el cáncer, de manera que viejos mitos y actitudes han persistido a pesar de la nueva información que los invalidaba. Es decir, pareciera que existiera una

“fenomenología social del cáncer”, donde la proximidad de la muerte provoca en el paciente un proceso de impotencia y sensación de pérdida, vivencia de temor y frustración, y rechazo y sensación de inseguridad personal (Coll, de las Heras y Navarrete, 1991).

Haciendo un repaso a todo lo anterior comentado y reflexionando sobre el título del apartado, “el cáncer como experiencia de muerte”, nos podríamos preguntar: ¿qué significa la muerte para pacientes con cáncer?, para responder a esta pregunta vamos a emplear la teoría de las representaciones sociales (TRS). Siguiendo a Moscovici (1988) “la teoría de las representaciones sociales constituye tan sólo una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad. Pero este enfoque presenta la gran ventaja de situarse en un punto que conjuga por igual la toma en consideración de las dimensiones cognitivas y de las dimensiones sociales de la construcción de la realidad”, es decir, que cada paciente tendrá un significado de muerte, basado en su experiencia, vivencias cotidianas, en su realidad, en la interacción con los demás, etc.

Siguiendo a Moscovici (1998), según la fuerza y las características de las representaciones sociales, estas se transmiten de generación en generación, al punto de que un conocimiento popular llega a ser compartido por millones de personas. Es decir, una representación social acerca del determinado objeto puede estar en cualquier persona, discriminando su nivel educativo, etnia, religión o condición física, y en este punto se hace evidente que, por *extraño* que llegue a resultar el conocimiento popular, tiene algo que mostrar, puesto que enseña cómo y qué piensa la gente sobre ciertos fenómenos, además de exponer su preferencia por el conocimiento popular antes que por el conocimiento científico.

Como podemos encontrarnos en la página de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), la palabra cáncer encierra todavía hoy una serie de connotaciones negativas y un gran impacto psicológico. *“Tradicionalmente, el cáncer ha sido una enfermedad que inevitablemente conducía a la muerte. Se intentaba ocultar su diagnóstico e, incluso, mencionar la palabra cáncer para muchas personas sigue siendo complicado. Probablemente, ninguna enfermedad haya soportado un estigma negativo tan fuerte a lo largo del tiempo como el cáncer, de manera que los viejos mitos han persistido a pesar de que, en los últimos años, la investigación, la detección precoz y los tratamientos han avanzado tanto que se ha producido un notable incremento de la supervivencia”* (Yélamos y Berzal, 2020).

4.1. CONFRONTACIÓN CON LA MUERTE

“El temor a la muerte juega un papel principal en nuestra experiencia interna, nos persigue como ningún otro, retumba continuamente bajo la superficie, es una oscura y desconcertante presencia al filo de la conciencia. Para hacer frente a estos temores, establecemos defensas contra la conciencia de la muerte, defensas que están basadas en la negación, que configuran la estructura del carácter y que, son el resultado de los modos ineficaces de trascendencia de la muerte” (Yalom, 1998, pp. 209-210).

Negar la muerte es siempre negar nuestra naturaleza básica y propaga una restricción cada vez más dominante de la conciencia y la experiencia. La integración de la idea de la muerte nos salva. Más que condenarnos a existencias de terror o sombrío pesimismo, actúa como un catalizador que nos sumerge en unos modos de vida más auténticos y realza nuestro placer de vivir la vida, (Yalom, 1998).

Siguiendo a Yalom (1998), el argumento de la muerte nos llama todo el tiempo, y nuestras actitudes hacia la muerte influyen en el modo en que vivimos y creemos, y en el modo en el que flaqueamos y caemos enfermos. La conciencia de la muerte puede ser una experiencia reveladora, catalizadora de un gran cambio.

Dicho, en otros términos, las experiencias personales con la muerte, permiten renovar el valor de la vida (Marcu, 2007), esto viene a decirnos, que, tras confrontar la muerte, somos conscientes de la fragilidad natural de lo que es la vida, y los valores, las apreciaciones cambian de manera sustancial, hasta llegar a darle más importancia. La conciencia de la muerte puede llegar a ser una experiencia reveladora, promotora de un gran cambio.

Pero, nuestra sociedad se empeña en mirar para otro lado, negar que la muerte sea una cuestión tan afectante y recurrir a la distracción, han venido a ser en nuestro tiempo las formas de defensa más frecuentes, de ahí que una característica fundamental de la actitud ante la muerte sea verla como un acontecimiento no natural, extraño al orden de la vida, ilógico. La muerte aparece como el desorden fundamental, algo que desde fuera rompe brutalmente la armonía de la vida, que introduce desajustes en la persona y en el grupo social (Monin, 1972).

Siguiendo a Elías (1987) en su ensayo, *“la soledad de los moribundos”*, la actitud de la muerte en este siglo no puede entenderse sin relacionarse con la seguridad y la previsibilidad de este estadio. En palabras de Elías (1987) *“La vida se hace más larga, la muerte se aplaza más. Ya no es cotidiano la contemplación de moribundos y de muertos. Resulta más fácil olvidarse de la muerte en el normal vivir cotidiano”* (Elías, 1987, p.16).

La muerte, dijeron los estoicos, es el acontecimiento más importante de la vida. Aprender a vivir bien es aprender a morir bien, y, al contrario, aprender a morir bien es aprender a vivir bien, (Yalom, 1998).

En este contexto, cabe destacar el trabajo terapéutico con pacientes enfermos terminales de cáncer de Yalom (1998) en el que describe cómo ellos han utilizado sus crisis y el peligro corrido como una oportunidad para el cambio, cambios internos, que no pueden caracterizarse de otra manera que como un crecimiento personal: una redistribución de las prioridades de la vida; una trivialización de lo trivial; una sensación de liberación, siendo capaz de elegir no hacer aquellas cosas que no deseaba hacer; una sensación realzada de vivir en el presente inmediato, más que la de estar posponiendo la vida hasta la jubilación o hasta algún momento del futuro; una apreciación vívida de los hechos elementales de la vida: el cambio de estaciones, el viento, la caída de las hojas, las últimas Navidades, etcétera; una más profunda comunicación con los seres queridos que antes de la crisis; menos temores interpersonales, menos preocupación por el rechazo, una mejor disposición para asumir riesgos que antes de la crisis, (Yalom,1998).

El reconocimiento de la muerte contribuye a una sensación conmovedora respecto a la vida, proporciona un cambio radical de la perspectiva vital y puede transportarle a uno desde un modo de vida caracterizado por las diversiones, la tranquilidad y pequeñas ansiedades a un modo más auténtico de vivir, (Yalom,1998).

A modo de ejemplo, valga la cita de Paula para describir la vivencia del periodo previo a su muerte:

"el periodo dorado es también.... un tiempo de gran liberación, un tiempo en el que tú tienes la libertad de decir no a todas las obligaciones triviales, para consagrarte totalmente a ti mismo, a aquello de lo que tienes que preocuparte, la presencia de amigos, el cambio de las estaciones, el movimiento de las olas del mar"
(Yalom, 2000, p.22).

4.2. LA ANSIEDAD DE LA MUERTE

La ansiedad de la muerte es un determinante que influye en la experiencia y en las conductas humanas. El temor a la muerte es una fuente primaria de ansiedad.

La ansiedad en el ser humano aparecerá cuando los valores centrados que dan sentido a la propia existencia se vean y/o sientan amenazados, llevándolo a experimentar la angustia del no ser, que, en el caso más extremo, es la propia muerte o, en ocasiones, la muerte de un ser significativo y querido (May, 1977 y De Castro, 2005).

La manifestación de la ansiedad no se debe sólo al acontecimiento como tal, sino también a lo que esto le representa simbólicamente a la persona cuando siente amenazado aquello que considera primordial para su existencia. "Este temor indefinido se experimenta como anticipación de lo peor. Es decir, el futuro, cargado de malos presagios, se precipita sobre el presente provocando una anticipación temerosa llena de incertidumbre" (Rojas, 2000).

Yalom, emplea varios términos para examinar el significado de ansiedad de la muerte; miedo a la muerte: terror mortal; miedo a la finitud. Pero algunos investigadores se ocuparon, de diferenciar los temores comunes hacia la muerte, como por ejemplo, Diggory y Rothman, (1961) "mi muerte causaría una pena profunda a mis parientes y amigos; todos mis planes y proyectos llegarían a su fin; el proceso de morir podría ser doloroso; no podría tener ya más experiencias; no sería capaz de atender a los que dependen de mí; temo lo que podría sucederme si hay una vida después de la muerte; temo lo que le podría pasar a mi cuerpo después de la muerte" (citado en Yalom, 1998, p.219).

Una de las propiedades de la ansiedad de la muerte, ha creado a menudo confusión en la literatura sobre la salud mental, es que el miedo a la muerte se puede experimentar de muchas maneras diferentes, uno se puede inquietar por el acto de morir, por el miedo al sufrimiento que acompañaría el momento de la muerte, lamentar los proyectos inacabados, llorar el final de la experiencia personal o considerar la muerte de manera racional. El clínico raramente se encuentra la ansiedad de la muerte en su forma descarnada: esta ansiedad es manipulada por las defensas convencionales (por ejemplo, la represión, el desplazamiento, la racionalización) y por algunas defensas específicas sólo de ella. La ansiedad primaria es transformada siempre en algo menos tóxico para el individuo, ésta es la función de todo el sistema de defensas psicológicas, (Yalom, 1998).

Toda esta forma de vivenciar y confrontar la ansiedad ante la inminencia de la muerte, también influyen directamente las concepciones sociales sobre el cáncer, debido a que éstas impactan el mundo del individuo al formar parte de una cultura determinada en la que prima una visión de la enfermedad. "Tanto los valores de un individuo como su ansiedad están condicionados por el hecho de que él vive en una cultura determinada y en un determinado momento del desarrollo histórico de esa cultura. Esto no es así simplemente porque da la casualidad de que creció entre otras personas y que refleja por consiguiente sus opiniones, sino

porque hace a la esencia de la naturaleza humana interpretar sus valores en el contexto de su relación con los demás y con sus expectativas". (May, 1990).

5. LA TERAPIA DE GRUPO PARA LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Se le asigna a Joseph Hersey Pratt en 1905 la paternidad de la psicoterapia de grupo. Pratt atendía a pacientes con tuberculosis que no podían seguir un tratamiento en hospital. Para mejorar la eficiencia del tratamiento, tuvo la idea de juntar a los pacientes en grupos de 20 personas. La finalidad era informar sobre higiene, alimentación, y medio ambiente. Pero finalmente, pudo observar el bienestar terapéutico que le producía a los pacientes estar juntos (Díaz, 2006). Jacob Levy Moreno, contrastó el término "Psicoterapia de Grupo", en 1923. Demostró los métodos grupales de acción en 1928 y los psicodramáticos hacia 1932. Tras la segunda guerra mundial se generaliza el uso de grupos terapéuticos. Sin duda la constitución de la Terapia de Grupo en Europa se debió a dicho autor.

La psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, aunque no sólo se reduce a ello. En la terapia de grupo, tanto la interacción paciente-paciente como, la interacción paciente-terapeuta, se utiliza para efectuar cambios en la conducta inadaptada o desfavorable de cada uno de los miembros del grupo. La aplicación de técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del terapeuta cualificado, sirven como instrumento de cambio. Esta característica le aporta a la psicoterapia de grupo su excepcional potencial terapéutico.

"El principio fundamental a todas las formas de psicoterapia y curación emocional es el encuentro genuino entre personas; y desde su perspectiva consiste en que se generen las condiciones para que los implicados en la relación, tengan la posibilidad de reconocerse, mirarse, sentirse, estando y siendo juntos en un momento y espacio tiempo" (Moreno, 1966).

La terapia grupal, no es una terapia individual diluida, sino que ofrece otras posibilidades únicas y es una forma de tratamiento ampliamente practicada. Por su naturaleza es única por su manejo de las relaciones interpersonales y las experiencias grupales cohesivas; en otros aspectos es comprobadamente tan eficaz como la individual, más eficiente en costos y resultados. La terapia de grupo tiene ventajas más allá de las simples consideraciones

económicas. Es una forma de tratamiento que utiliza propiedades terapéuticas que no comparten otras psicoterapias.

Debemos de tener en cuenta los siguientes factores terapéuticos para que la terapia de grupo sea efectiva, partiendo de las ideas de Yalom (1998):

- Infundir esperanza.
- Universalidad.
- Información participada.
- Altruismo.
- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.
- Desarrollo de técnicas de socialización.
- Conducta imitativa.
- Catarsis.
- Factores existenciales.
- Cohesión de grupo.
- Aprendizaje interpersonal.

La terapia grupal es una modalidad de intervención cada vez más utilizada con pacientes oncológicos y está comprobado que este tipo de intervención psicológica se muestra eficaz para mejorar los diferentes aspectos de la calidad de vida (Font y Rodríguez, 2004).

5.1.PROPUUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE TERAPIA DE GRUPO

Desde la perspectiva de Terapia de grupo, se presenta una propuesta de intervención con un grupo terapéutico con pacientes con cáncer. El objetivo de dicha terapia será la confrontación con la muerte, y todo lo que desencadena dicho proceso en la relación básica de uno consigo mismo, con los demás y con el mundo.

Es importante mencionar, que el grupo puede ser dirigido por un solo terapeuta o por dos coterapeutas. La forma de la coterapia hace que el grupo sea menos difícil para los terapeutas.

Programa para una sesión de setenta y cinco minutos:

Nº	ORGANIZACIÓN DE LA SESIÓN:	TIEMPO
1	Orientación y preparación.	3 a 5 minutos
2	Rueda para la agenda (cada miembro formula una agenda personal para esa reunión).	20 a 30 minutos
3	Trabajo sobre las agendas (el grupo intenta cumplimentar tantas agendas como sea posible)	20 a 35 minutos
4	La discusión de los terapeutas	10 minutos
5	La respuesta de los pacientes para discusión-resumen.	10 minutos

Tabla 1. Procedimiento de la sesión (Yalom 1998).

1. Orientación y preparación: Los pacientes son plenamente conscientes de la naturaleza y el pronóstico de su enfermedad. El grupo se reúne semanalmente durante setenta y cinco minutos. Se trata de un grupo abierto, los miembros vendrán tan a menudo como se lo permitan sus condiciones físicas y durante el tiempo que sientan bien compartiendo con el resto. En este segmento de la sesión, se realiza una orientación básica, y se describe el propósito del grupo, en este caso, la confrontación con la muerte, el miedo a morir, la finitud o la soledad que acompaña a la muerte.
2. La rueda de la agenda: En primer lugar, el terapeuta realizará una rueda inicial, simplemente pide a cada paciente que diga algo sobre cómo se siente ese día para obtener una impresión del estado emocional general de los miembros del grupo. En sesiones posteriores, el paciente ya tendrá formulada una breve agenda personal para la reunión.
3. Trabajo sobre las agendas: El terapeuta debe de ayudar a los pacientes a la formulación de una agenda. La agenda ayuda a los pacientes a asumir una posición más activa en el grupo. La tarea de la agenda consta de tres etapas: identificar el área personal en la que el paciente desea cambiar; transformar esa angustia en términos interpersonales; y establecer la agenda en términos del aquí y el ahora.

4. La discusión de los terapeutas: En este apartado de la sesión, los terapeutas dan respuesta a cada una de las agendas. El terapeuta ayuda a orientar al paciente desde lo general a lo específico, para guiar al paciente hacia la exploración del aquí y el ahora.
5. La respuesta de los pacientes para discusión-resumen: Algunos pacientes pueden presentar cierta resistencia a la tarea de la agenda. El paciente evita afrontar la responsabilidad debido a que la conciencia de la propia responsabilidad está asustada. El proceso de comunicación de los propios deseos a los demás, es muy importante para los pacientes, les hace darse cuenta de que tienen que formular sus temores en voz alta, hacer frente y dominar en alguna medida.

A modo de conclusión, podríamos resaltar que con la terapia de grupo se pretende también que los pacientes se animen a expresar sus emociones más difíciles, confronten sus problemas y se fortalezcan sus relaciones.

6. TERAPIA EXISTENCIAL

La psicoterapia existencial surgió originariamente en Europa y con una fuente impronta filosófica derivada del movimiento del existencialismo, que emergió en su conjunto como un movimiento carente de centro único, cuyos representantes comparten la preocupación por una interpretación de la existencia humana en el mundo. Como movimiento consciente de sí mismo, fue un fenómeno del siglo XX, abarcando a Martín Heidegger, Karl Jaspers, Jean-Paul Sartre, Gabriel Merce y algunos hasta incluirían a Merleau Ponty. Pero podríamos apuntar, que sus características distintivas podrían localizarse antes, especialmente en el siglo XIX, con autores como Nietzsche y Kierkegaard. En Europa, el movimiento impactó en el campo de la psicología, de la mano de autores como Binswanger (González, 2006).

La psicoterapia existencial, es una psicoterapia dinámica, basada en una visión radicalmente diferente de las fuerzas, motivos y temores específicos que interactúan en el individuo (Yalom, 1998).

Se define a este tipo de psicoterapia como un método de relación interpersonal y de análisis psicológico, cuya finalidad es promover un conocimiento de sí mismo y una autonomía suficiente para asumir y desarrollar libremente la propia existencia (Villegas, 1998). La terapia no pretende cambiar la realidad externa, física o social, sino la percepción que tiene el individuo

de ellas. Su objetivo principal es recuperar al ser humano para su autoposición y autodeterminación, esto implica de alguna forma enfrentarle consigo mismo (Tobías y García-Valdecasas, 2009).

La posición existencial pone de manifiesto un conflicto que nace de la confrontación del individuo con los datos de la existencia, es decir, la confrontación con ciertas preocupaciones supremas, de la existencia del ser humano en el mundo (Yalom, 1998). Se pueden distinguir cuatro preocupaciones supremas relevantes para la psicoterapia existencial: la muerte, el aislamiento, el sentido de la vida y la libertad (Yalom, 1998).

Podemos expresar que la muerte se manifiesta en la psicología existencial como la más obvia de las preocupaciones supremas que muestra el individuo. Todos sus autores, independientemente de su localización geográfica o su manera de utilizar y formular los postulados básicos existenciales, concuerdan en la importancia y centralidad del concepto (Osorio, 2014). Para algunos autores, como el filósofo alemán Martin Heidegger, la muerte es el acontecimiento principal y una característica intrínseca para todo ser humano, que se convierte en su planteamiento, en un ser para la muerte (Campos, 2009). La muerte es algo que tenemos siempre detrás de nosotros durante el desarrollo de nuestra existencia (Tangjua, 2008).

Desde esta perspectiva los trastornos y la psicopatología son formas auténticas de existencia, son estancamientos o vacíos existenciales, defensas o negaciones, renunciaciones o pérdidas de libertad (Villegas, 1981).

6.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE TERAPIA EXISTENCIAL

Desde la perspectiva de Terapia existencial se plantea una propuesta de intervención para un paciente con cáncer. El objetivo de dicha intervención, será la adquisición de fortalezas, como herramienta indispensable para tratar la angustia ante la muerte, que presentan muchos individuos tras recibir un diagnóstico de cáncer. Con dicha terapia se pretende ayudar al individuo a aprender a vivir, tomando conciencia de la muerte.

Resumen de los objetivos terapéuticos y técnicas utilizadas:

PREOCUPACIÓN EXISTENCIAL	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS
Angustia ante la muerte	Adquisición de fortaleza	Desidentificación
		Desensibilización
		Reconstrucción situacional

En primer lugar, se le realizaría una entrevista inicial al paciente, en la que se tratarán las reglas base más importantes de la terapia, incluyendo la confidencialidad, la necesidad de una apertura total, relevando todo, sin juzgamientos.

Posteriormente, se le explicará al paciente la importancia de generar responsabilidad y compromiso con la terapia, proyectando una generosa capacidad para involucrarse en las actividades propuestas.

Con respecto a las técnicas terapéuticas empleadas para la adquisición de fortaleza en un paciente con cáncer, pasamos a detallar las siguientes:

1. Desidentificación: La desidentificación trata de confrontar la muerte de cara a un cambio personal. Para ello, utilizaremos un ejercicio de desidentificación estructurada. El paciente realizará una lista, en fichas separadas, con ocho respuestas importantes a la pregunta que le realiza el terapeuta: “¿Quién soy?”. Después, el terapeuta le pide que revise sus ocho respuestas y coloque sus fichas por orden de importancia y centralidad para él. A continuación, el terapeuta, le solicita al paciente que estudie con detenimiento su ficha superior y medite lo que supondría abandonar ese atributo. Después de unos minutos, el terapeuta le pide que pase a la siguiente ficha, y así sucesivamente, hasta que se despoje a sí mismo de los ocho atributos, que funcionan como fuente de obstáculos.
2. Desensibilización: Trabajando con la desensibilización en la terapia, tratamos de que el paciente se familiarice y vea la muerte como un proceso natural de la vida, del que no hay que tener miedo. Para trabajar dicha técnica en sesión, nos centraremos en el aquí y el ahora para ser efectivos, esto quiere decir, que los acontecimientos

inmediatos que ocurren dentro de la sesión adquieren prioridad sobre los acontecimientos actuales de la vida exterior (Yalom,1998). El terapeuta se convertirá en alguien con quien el paciente experimenta situaciones de la vida cotidiana, facilitando el desarrollo y la emergencia del microcosmos social del individuo. Identificando los equivalentes de los problemas interpersonales del paciente en el aquí y ahora, haciendo frente a cada una de las situaciones que se den en la sesión sin evitar, ni escapar. La sesión proporcionará una demostración en vivo de como el paciente llegó a dicha situación.

3. Reconstrucción situacional: Con la reconstrucción situacional se pretende resaltar las condiciones situacionales en lugar de las emocionales. En este caso, el terapeuta, le solicita al paciente que imagine un suceso estresante en las peores condiciones, y poco después, que lo imagine en circunstancias más agradables. La finalidad de dicha técnica es que el paciente descubra la importancia de las circunstancias en todo el proceso, al reconstruirlas y a la hora de valorar sus acontecimientos vitales, dando relevancia a la interacción que desarrolla él con su ambiente circundante (Pérez y Álvarez,1996).

Todas estas técnicas comentadas anteriormente, se emplean para facilitar el encuentro singular con el paciente para que la sesión pueda fluir espontáneamente. No se pretende que sea una herramienta rígida que interfiera a la hora de considerar el cambio como una amenaza en lugar de como un crecimiento personal.

El vínculo Terapeuta-Paciente es la pieza clave de la terapia. No es la teoría la que debe guiar la terapia, sino la relación real que existe entre ellos. Involucrar al paciente a poder abrirse completamente con el terapeuta puede ser el vehículo más importante para la alianza terapéutica.

7. CONCLUSIÓN

El presente trabajo surge de la inquietud de profundizar en el miedo a la muerte que presentan los enfermos de cáncer tras recibir el diagnóstico.

El cáncer, es una enfermedad que, como se ha constatado, ya existía hace miles de años, y aún hoy, en el siglo XXI, suscita temor entre la población a nivel mundial. Con el paso de los años, se ha ido posicionando como la enfermedad más frecuente de la era moderna, contando con una mortalidad muy alta. Es claro entonces, que la representación social del cáncer no está organizada alrededor sólo del dolor y el sufrimiento, sino también de la muerte (Palacios y Castaño, 2013). Habitualmente el concepto de cáncer y muerte se manifiestan fusionados en numerosos pacientes. Se presenta la muerte como una amenaza persistente, que causa en la mayoría de las ocasiones mecanismos desadaptativos de negación y evitación de la confrontación con la muerte, generando a su vez una represión en forma de angustia que se manifiesta transformada en ansiedad. Pero, se ha podido comprobar que tomar conciencia de que morimos, después de enfrentarnos a la muerte, puede ayudarnos a vivir en paz y armonía. Incluso se ha observado que muchos pacientes realizan un cambio de valores, que suele ir acompañado de un cambio en el comportamiento. El enfermo de cáncer, da mayor importancia a las relaciones personales más cercanas, como familiares y amigos, valoran más el tiempo y practican la empatía hacia los demás. Además, se puede producir un incremento en la autoestima o fortalecimiento de uno mismo (Fernández, 2018). En definitiva, la muerte podría ser una experiencia que nos haga despertar a una vida más plena, en palabras de Yalom (2008) *“la muerte nos salva”*.

Para finalizar este viaje sobre el cáncer como experiencia de muerte, me gustaría resaltar la necesidad de derribar el tabú existente con la muerte, dejando atrás evitar hablar sobre la muerte, que sigue siendo en la actualidad, la principal preocupación de un enfermo de cáncer. Por lo tanto, tenemos que destacar la importancia de la atención a la muerte en la terapia, trabajando con ella desde un perspectiva realista y directa, avanzando en el estudio de los aspectos relacionados con la finitud, para extraer el máximo potencial terapéutico con todos los pacientes.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aïach, P. (1980). Peur et images de la maladie: l'opposition cancer/maladies cardiaques. *Bulletin du cancer*, 67(2), 183-190.
- Alonso Fernández, C., & Bastos Flores, A. (2011). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Clínica contemporánea*, 2(2), 187-207.
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Recuperado el 3 de Junio de 2020, de <https://www.aecc.es/es>
- Blarrina, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., & Luciano, M. C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Byock, I. (2002). The meaning and value of death. *Journal of palliative medicine*, 5(2), 279-288.
- Campos, G. G. (2009). Los sistemas ideológicos de la muerte. *Reflexiones*, 88(2), 89-100.
- Carreño, D.F. (2008). *Impacto existencial de un diagnóstico de cáncer. Cambio en valores personales*. Editorial: Universidad de Almería.
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death studies*, 25(8), 663-683.
- Coll Espinosa, F. J., de las Heras González, M., & Navarrete Montoya, A. (1991). Repercusiones psíquicas del cáncer de mama. Efectos psíquicos de la mastectomía. *Psiquis (Madrid)*, 12(10), 29-39.
- De Castro, A. (2005). Comprensión cualitativa de la experiencia de ansiedad. *Suma psicológica*, 12(1), 61-76.
- Die Trill, M. (2003). Die Goyanes A. El cáncer de mama. *Psico-Oncología*, 165-184.
- Diggory, J. C., & Rothman, D. Z. (1961). Values destroyed by death. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(1), 205.
- Elías, N. (1987). *La soledad de los moribundos*, FCE, México.

- Gallar, M. (2006). Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente (4ª edición ed.). *SA Ediciones Pananinfo*.
- García, A. Z. (2016). *Factores psicoemocionales y ajuste psicológico asociados al cáncer de mama* (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla.
- González, E. N. (2006). Existencialismo y humanismo ante la crisis de la psicoterapia. Una revisión. *Fundamentos en humanidades*, (13), 183-192.
- Holland, J. C., Lewis, S., Solana, T., & Moncayo, F. L. G. (2003). *La cara humana del cáncer: Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Herder.
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH). Recuperado el 3 de Junio de 2020, de <https://www.cancer.gov/espanol>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Recuperado el 3 de Junio de 2020, de <https://www.ine.es/>
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Laxenaire, M. (1980). *La rencontre psychologique du médecin*. FeniXX.
- Marcu, O. (2007). Meaning making and coping: Making sense of death. *Cognitie, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*, 11(2).
- May, R. (1990). *Amor y voluntad*. México, Gedisa.
- Meseguer, C. (2003). *El adulto con cáncer*. En Die, M., *Psicooncología* (pp. 103-106). Madrid: Ades Ediciones.
- Moscovici, S. (1998). 14 The history and actuality of social representations. *The psychology of the social*, 209.
- Moreno, J. L. (1966). *Psicoterapia de grupos y psicodrama*. México: FCE.
- Moreno, J. L., & Suárez, A. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama: introducción a la teoría y la praxis*.
- Morin, E. (1972). *El hombre y la muerte*. Barcelona, Kairós.
- Osorio Castaño, C. A. (2014). *La muerte en la psicoterapia fenomenológico-existencial* (Tesis Doctoral). Universidad del Rosario.

Observatorio Asociación Española Contra el Cáncer. Recuperado el 3 de Junio de 2020, de <http://observatorio.aecc.es/>

Palacios-Espinosa, X., Lizarazo, A. M., Moreno, K. S., & Ospino, J. D. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455-479.

Pérez-Álvarez, M. (1996). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Universitas.

Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.

Rodríguez, E., & Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 10(2/3), 275.

Rodríguez, A. M. C., & Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10(1), 79.

Rojas, E. (2000). *La ansiedad*. Madrid: Ediciones Temas de hoy.

Seligman, M.E.P. y Weis, J.M. (1980). Coping behavior: learned helplessness, psychological change and learned inactivity. *Behavior Research and Therapy*, 18, 459-512.

Sociedad Española Oncológica Médica (SEOM). Recuperado el 3 de Junio de 2020, de <https://seom.org/>

Tangjia, W. (2008). The concepts of death in Heidegger and Lévinas. *Journal of Chinese Philosophy*, 35,143-154.

Tobías Imbernón, C., & García-Valdecasas Campelo, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 437-453.

Villegas, M. (1981). *La psicoterapia existencial*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona.

Villegas, M. (1988). Análisis existencial: Cuestiones de método. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 25, 55-70

- Wilde, D. J., & Murray, C. D. (2009). The evolving self: finding meaning in near-death experiences using Interpretative Phenomenological Analysis. *Mental Health, Religion and Culture*, 12(3), 223-239.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249-272.
- Yalom, I. D. (1998). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Yalom, I. D. (2000). *Momma and the meaning of life*. New York: Perennial.
- Yalom, I. D. (2008). *Mirar Al Sol*. México, Planeta.