

Estudio de caso sobre el Sentido de vida en una persona diagnosticada con depresión mayor y
cáncer de mama

Por

Lorena Gómez Ruiz

Asesor temático

Juan María Ramirez Velez

Asesor metodológico

Juan María Ramirez Velez

Trabajo de grado para optar el título de psicóloga

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Programa de Psicología

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Bello

2018

Contenido

Resumen.	4
Abstrat.	5
Introducción.	6
1. Planteamiento del problema.	7
1.1. Formulación del problema.	15
2. Justificación.	16
3. Objetivos.	18
3.1. Objetivo general.	18
3.2. Objetivo específico.	18
4. Marco Referencial.	19
4.1. Cáncer.	19
4.2. Psicooncología.	25
4.3. Depresión mayor.	27
4.4. Psicología humanista.	31
4.5. Logoterapia.	33
4.6. Sentido de vida.	36
4.7. Voluntad de sentido.	39
4.8. Sentido de vida en relación a la muerte.	40
4.9. Resiliencia.	42
5. Diseño metodológico.	45
5.1. Paradigma.	45
5.2. Enfoque cualitativo.	46
5.3. Metodología.	47

5.4. Diseño.	48
5.5. Descripción de la persona entrevistada.	49
5.6. Técnicas utilizadas para la recolección de datos.	49
5.7. Procedimiento.	51
5.8. Consideraciones éticas.	51
6. Resultados y Análisis.	53
7. Conclusiones.	73
8. Recomendaciones.	75
9. Referencias.	76
10. Bibliografía.	87
11. Anexos.	88
11.1. Anexo 1.	88
11.2. Anexo 2.	90
11.3. Anexo 3.	91
11.4. Anexo 4.	93

Resumen

En este estudio de caso sobre el sentido de vida en una persona con depresión mayor y cáncer de mama, su principal objetivo es la identificación de cuál es el valor de vida y cómo es la percepción ante ella, dejando a un lado los prejuicios de algunas personas del común ante individuos con una enfermedad biológica y mental. El ejercicio investigativo se realizó desde la corriente humanista, puesto que dicha teoría considera a la persona como un ser humano que pese a su condición mental o biológica; el individuo posee la capacidad de darle un sentido de vida a su existencia; su enfoque es cualitativo, porque permite reconstruir la realidad de una persona en relación a su experiencia de vida. Para el desarrollo propicio de los análisis y resultados, se consideraron algunos historiales clínicos (psicológicos), y la realización de tres entrevistas (semiestructurada, estructurada y a profundidad), permitiendo así una mejor comprensión ante el sentido de vida de un individuo.

El sentido de vida de una persona con un diagnóstico mental y biológico debe ser hallado por el mismo individuo, como lo expresa Frankl “el sentido es algo que debe ser hallado más que otorgado, descubierto más que inventado” (2012, p. 68).

Palabras claves: Sentido de vida, voluntad de sentido, existencia, depresión mayor, cáncer de mama, enfermedad biológica y mental.

Abstract

This case study is about the meaning of life in a person who suffers from major depression and breast cancer. Its main goal is to identify what is the value of life and how is the perception of it, leaving aside some common people's prejudices towards individuals with both a mental and a biological disease. This research exercise was carried out from the humanistic current, since such theory considers the person as a human being that, in spite of their mental or biological condition, the individual has the capacity to give a meaning of life to its existence. It has a qualitative approach because it allows to reconstruct the reality of a person in relation to their life experience. For the favorable development of both analyzes and results, some clinical (psychological) histories were considered and three interviews (semi-structured, structured and in-depth) were performed, allowing this a better understanding of an individual's meaning of life.

The meaning of life of a person with a mental and biological diagnosis must be found by the individual itself, as Frankl says: "Meaning is something that must be found rather than granted, discovered rather than invented" (2012, p. 68).

Key words: Meaning of life will to meaning, existence, major depression, breast cancer, biological and mental disease.

Introducción

En el diario vivir se les escucha a las personas del común que el individuo que tenga cáncer de mama trae consigo la patología de depresión mayor, por lo que muchas mujeres que actualmente son diagnosticadas con cáncer de mama piensan que están en riesgo de padecer la enfermedad mental (depresión mayor).

En este ejercicio investigativo que se desarrolló, es diferente a los trabajos relacionados a estudios de casos realizados en la Corporación Universitaria Minuto de Dios Seccional Bello, porque en la búsqueda de algunos antecedentes se encontraron varias investigaciones que indican temas como el cáncer terminal y producto de este se genera la depresión mayor, es decir, el cáncer de mama puede llevar a la depresión y junto a la enfermedad mental se asocia la pérdida de sentido de vida. Sin embargo este ejercicio investigativo se llevó a cabo con una persona de 53 años que a la edad de 20 le diagnosticaron depresión mayor y en el momento de tener 49 años se le notificó cáncer de mama, por lo que es un estudio de caso diferente a los demás porque el individuo ya presentaba depresión antes de ser diagnosticada con una enfermedad biológica y le encuentra valor a la vida.

Se pretende encontrar en este ejercicio investigativo el sentido de vida de una persona que pese a la condición de salud que presenta (depresión mayor y cáncer de mama) aún le encuentra valor a su existencia.

1. Planteamiento del problema

La depresión, ha sido una enfermedad mental que pocas personas le han dado importancia, puesto que en algunas ocasiones los síntomas de una depresión pueden ser tan comunes que puede ser desapercibida ante la sociedad.

En la psicología, la depresión está derivada por síntomas; según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5 (DSM V) una persona es diagnosticada con depresión mayor si cumple los siguientes criterios:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 104-105).

Con las indicaciones que se mencionaron en el párrafo anterior por parte del DSM V, se puede observar que la depresión está asociada a una sintomatología de decaimiento en una

persona que padece la enfermedad. Si un individuo que no tenga un conocimiento conciso de lo que es la depresión y llegara a leer los criterios, posiblemente comenzará a interpretar y relacionar los síntomas de él con los del DSM V, y entrará en preocupación, decadencia, pérdida del sentido de vida etc, sin aun recibirla información y ayuda pertinente de psicólogos o psiquiatras que puedan confirmar que tiene o no depresión; entonces, la persona estará destinada a ser “etiquetada” por consideraciones en que algunas instituciones hacen llamar normal o enfermo mental a cualquier persona. Las consideraciones mencionadas en este apartado, son juicios de los individuos que no cuentan con un conocimiento breve de la depresión.

López (2007), expresa que la depresión es observada por presentar síntomas emocionales que afectan a una persona en periodos cortos o duraderos como la falta de concentración, fatiga, estados emocionales bajos (llanto, pesimismo) para ello, la psicología humanista¹ ha propuesto terapias como la terapia intrapersonal empleada para aquel individuo que se encuentra en un estado depresivo para así “ hacer una revisión de los cambios y conflictos que el paciente ha vivido en su entorno familiar, social y laboral (en adelante entorno interpersonal) poco antes o poco después de comenzar a sentirse deprimido” (García y Palazón, 2010, p. 35).

La terapia intrapersonal, es un tratamiento que permite a la persona afectada por la depresión demostrarle que no es el único perjudicado, sino que existen otros contextos relacionados a él que están perjudicados frente a la enfermedad antes mencionada. Por consiguiente, la terapia intrapersonal, busca darle un pequeño cambio de vida a la persona que padece de depresión y también a los individuos que están en relación a él, como la familia, amigos, compañeros de trabajo etc (García Palazón, 2010).

¹En la psicología existen varias corrientes. Una de ellas es la humanista, en el marco referencial del presente trabajo se enunciará en que consiste.

El periódico colombiano *El Tiempo* (2017), expresa que en el 2017 la Organización Mundial de la Salud (OMS) enuncia que entre el 2005 al 2015 hubo más de 300 millones de personas a nivel mundial diagnosticadas con algún tipo de depresión, lo que debe preocupar más aun a Colombia ya que hay un 4,7 % de la población que padece de depresión, y la cifra a nivel mundial es del 4,4%.

En marzo del 2017, el Ministerio de Salud y Protección de Colombia, dio a conocer a través del primer boletín llamado *Salud mental depresión subdirección de enfermedades no transmisibles*, que la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Para que la depresión se observe frecuentemente en las mujeres de la ciudad de Medellín- Colombia, en el año 2012 se desarrolló el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental, 2011-2012; en este estudio se demostró que la depresión en las mujeres se da por estrés, maltrato familiar, pocas oportunidades de trabajo, por el abuso de sustancias psicoactivas y el consumo de alcohol, además, el análisis enuncia que en los barrios de estratos socio-económicos bajos, tales como Santa Cruz, Aranjuez, Castilla y Buenos Aires las mujeres presentaron mayor índice de depresión a diferencia de las mujeres que residen en comunas de Medellín de estrato económico alto. A esto se le suma que las mujeres se les ve como el sexo débil y son más vulnerables a situaciones cotidianas (hurtos, violencia intrafamiliar y de pareja, abuso sexual y verbal) que se viven a diario en Colombia; se ha considerado que el 88 %, lo que equivaldría a 47.620 mujeres, fueron víctimas de violencia intrafamiliar (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2012).

Colombia no es el único país en que las mujeres se ven afectadas por la depresión; en México, Centro América, las mujeres indígenas, han presentado depresión, a consecuencia de los compañeros sentimentales, que emigran hacia otros países como Estados Unidos en busca de nuevas oportunidades laborales, pero estos, se olvidan de las responsabilidades que

tenían con la pareja, por tanto las nativas muestran soledad e incremento en la carga laboral (Sieder & Sierra, 2011, p. 13).

El Instituto Nacional de Salud Mental Americano (1997, según citado en Montesó, 2015), ha manifestado que

Con frecuencia las mujeres se encargan del cuidado tanto de los padres como de los hijos, sus problemas mentales pueden afectar a dos o tres generaciones de miembros de su familia. Asimismo, tienen varias responsabilidades que crean estrés y amplifican la enfermedad mental. Además, las mujeres tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia, una experiencia que se ha asociado a la aparición de distintos trastornos mentales (Montesó, 2015, p. 64).

Por ende, se ha considerado en las mujeres a padecer depresión relacionada al entorno que le rodea, además existe otro factor en que la mujer pueda presentar depresión como una enfermedad biológica como es el cáncer.

El Instituto Nacional del Cáncer, ha definido el cáncer como “el nombre que se da a 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 derredor” (Instituto Nacional del Cáncer, 2015, prr. 1).

La definición que se mencionó en el párrafo anterior, enuncia que el cáncer se presenta por células que se propagan por el cuerpo del individuo haciendo que la enfermedad se expanda con mayor rapidez dentro del organismo de la persona. Los doctores Puente y

Velasco (2017) consideran que debido a la celeridad de células infectadas por el cáncer, la persona tiende a padecer la enfermedad en algunas partes del cuerpo. Mencionado lo dicho, aparecen varios tipos de cáncer, como por ejemplo el cáncer de seno o de mama.

El cáncer de seno (o cáncer de mama) se origina cuando las células en el seno comienzan a crecer en forma descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia (masa o bulto) (American Cancer Society, 2016, prr. 1).

La presidenta de la Fundación Simmon² Adriana Garzón sobreviviente del cáncer declara que con la enfermedad biológica cáncer “se diagnostican cerca de 7.000 mujeres todos los años, de ellas mueren 2.500” (Garzón, 2014, prr.2).

El medio televisivo RCN informó que en Colombia (2014) han muerto 2.566 personas a consecuencia del cáncer de mama. Lo que debe preocupar a las entidades vinculadas al área de la salud, puesto que han transcurrido cuatro años en el que se publicó la mortalidad en relación al cáncer de mama y la cifra puede estar en aumento.

En lo que se ha enunciado en fragmentos anteriores con respeto al cáncer, depresión y cáncer de mama, se mencionaran algunos aspectos importantes de una persona que esta diagnostica con cáncer de mama y depresión mayor y de forma libre y autónoma se dispuso para este ejercicio investigativo que es un estudio de caso en relación al sentido de vida que el individuo puede presentar a pesar de los diagnósticos biológicos y mentales que posee.

²Fundación ubicada en Bogotá-Colombia, ayuda a nivel psicológico a pacientes con cáncer.

La información que se obtuvo del individuo para este estudio de caso fue gracias a la entrevista semi estructurada. Antes de iniciar la conversación, se le entregó a la persona, el consentimiento informado y se le explicó que si estaba de acuerdo o no a las entrevistas y a la reserva de la identidad (dicho consentimiento se encuentra en los anexos del presente trabajo de grado).

Camila³ es una persona que nació en Medellín y vive en Bello-Antioquia, es la del medio de seis hermanos; declara que en la infancia vivenció constantes problemas entre los padres y hermanos; en el momento que Camila tenía ocho años, su padre murió⁴ a causa de una cirrosis, esto generó un vacío emocional en la familia de Camila.

Uno de los hermanos de Camila, en la niñez discutía a menudo con la madre, y al momento de terminar las discusiones, la hermana de Camila se golpeaba en la cabeza contra la pared, estos hechos le produjeron años más tarde un problema mental (esquizofrenia, depresión)⁵.

En el momento que Camila tenía 20 años, mostraba una sintomatología relacionada a la depresión mayor como lo es el llanto constante sin causa alguna, presentimiento de pérdida del tiempo, andaba horas y horas hasta el punto tal de no encontrar la casa en donde vivía, además Camila expresaba que pasaba semanas e incluso meses que no hablaba con nadie, y no solía tener amigos.

La madre de Camila al ver el estado de ánimo bajo de Camila, la llevó a un hospital en donde le hicieron varios procesos psiquiátricos y le diagnosticaron depresión mayor.

³El nombre no corresponde al real de la persona, por lo que se le dio una denominación ficticia para guardar la identidad del individuo.

⁴El padre de Camila murió a los 33 años.

⁵En la segunda entrevista, Camila manifestó que la hermana esta diagnosticada con esquizofrenia.

Después del diagnóstico (depresión mayor), un día como cualquiera, Camila se dio cuenta que se encontraba en embarazo del novio (actual esposo); este, no reconoció el hijo que Camila iba a dar a luz en nueve meses, motivo por el cual, Camila lloró, se encerró y no hablaba con nadie durante el embarazo. Al momento de nacer el bebé (hijo mayor de Camila) el novio de Camila muy pocas veces visitaba al niño.

Pasaron cuatro años y el novio de Camila, se enteró que otra mujer estaba en gestación de él; este lo reconoció inmediatamente, por esta razón Camila presentó resentimiento durante diez años con el novio; en lo recorrido de ese tiempo, Camila dio a luz a otro bebé (hijo menor) del novio.

Camila ha expresado en la entrevista que uno de sus hijos posee una enfermedad mental,⁶pero esta no le impidió realizar los estudios a nivel superior.

En la actualidad,⁷ Camila tiene 53 años, es una persona que esta diagnosticada con depresión mayor y en el año 2013 le diagnosticaron cáncer de mama: dos años más tarde (2015) le extrajeron el pecho derecho debido a que el cáncer se encontraba en ese lugar del cuerpo y en remplazo al seno derecho le pusieron una silicona.

Han pasado más de 30 años que a Camila le han ocurrido episodios dolorosos en la vida, que según ella considera que en una persona normal no debería pasarle. El esposo de Camila y uno de sus hijos, que estuvieron presentes en la entrevista, mencionaron que Camila ha mostrado varios intentos de suicidio, a lo que Camila expresa “dicen que el que se suicida es un cobarde, pues el que se da cuenta” (2017). Camila continuó hablando de lo que es para ella el suicidio, además agregó

Yo he estado en el momento que yo me voy a tirar o alguna cosa u algo pasa y algo me despierta un ruido, un pito porque hay veces que me han encontrado también caminado

⁶Esquizofrenia.

⁷ 2018.

la mitad de la autopista y pitan los carros “ey está cree que la calle es suya” y yo como que despierto y yo Dios mío bendito y entonces me voy pa la cerita (Camila, 2017).

La citación anterior, demuestra que Camila cuando está en crisis por la depresión, pierde el conocimiento de sí misma; en los historiales clínicos que Camila facilitó, no justifican un diagnóstico o indicaciones del porqué pierde el juicio en momentos de crisis.

Miovic y Block (2007) manifiestan que a nivel mundial la probabilidad de ser diagnosticado con depresión mayor y cáncer de mama es del 5 al 26 por ciento.

En Colombia, en el año 2015 el Ministerio de Salud (Min Salud) informó a la ciudadanía, a través del protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia, parámetros que deben cumplir aquellos pacientes con enfermedades terminales⁸, que quieran aplicarse la eutanasia, los requisitos son; “condición médica, evaluación del sufrimiento, inexistencia de alternativas de tratamiento o cuidado razonables” (Min Salud, 2015, p.55).

Los especialistas que están asistiendo el cáncer de mama que presenta Camila le han preguntado, que ¿llegado el caso de que la vida de Camila se encuentre en fase terminal a consecuencia de la enfermedad, qué decisión tomaría frente a la vida?, por lo que Camila ha reflexionado en no aplicarse la eutanasia, en caso de necesitarlo. Además, expresa que en los momentos de crisis debido a la depresión anuncia lo siguiente “cuando yo estoy consciente, ya a mí [*sic*] no me quiero morirme dizque pero yo cómo me voy a tirar de un puente si yo no me quiero morirme” (Camila, 2017).

⁸ Persona diagnosticada con una enfermedad médica sin cura, con 3-6 meses de vida, Min Salud- Colombia (2015).

En los nueve historiales clínicos⁹ (psiquiátricos) de 2013 hasta 2018, que permitió dar a conocer Camila y la familia, se ha observado que los especialistas mediante los discursos que Camila refleja, analizan los síntomas de optimismo, no presenta ideas de suicidio ni de muerte y ganas de salir adelante pese al diagnóstico que los médicos y psiquiatras le han declarado.

1.1. Formulación del problema

En relación a lo mencionado en pequeños fragmentos de la entrevista con Camila y en los historiales clínicos, surge el planteamiento del problema que se desarrolla en el estudio de caso, puesto que una persona con 53 años haya vivenciado problemas familiares, de pareja, diagnósticos médicos y psiquiátricos y operaciones requeridas a causa del cáncer de mama, argumenta que quiere seguir viviendo a pesar de las circunstancias que le han pasado en medio de los años, por eso se ha llegado a la pregunta que se genera en el ejercicio investigativo del presente trabajo de grado.

¿Cuál es el sentido de vida que se puede encontrar en una persona de 53 años diagnosticada con depresión mayor y cáncer de mama?

⁹En una de las entrevistas con Camila, ella de forma libre y voluntaria entregó nueve historiales clínicos y se le especificó que se le guardará la confidencialidad del nombre del especialista que lleva las sesiones de su tratamiento y los anexos de dichos historiales.

2. Justificación

El estudio de caso, que se desarrollará en el presente trabajo grado, es un ejercicio académico que fortalece el conocimiento que se ha adquirido en la carrera de psicología, en darle una perspectiva diferente a personas que por la condición de enfermedad (depresión mayor y cáncer de mama) puedan presentar sentidos de vida.

La Alcaldía de Medellín (2015), se pronunció, a través del documento *Perfil Demográfico 2016 – 2020 total Medellín*: la cifra de habitantes que viven en Medellín, corresponde a un total de 2.486.723 residentes de la ciudad. A partir de la cantidad antes mencionada, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, realizó un informe de mortalidad en Medellín, en el que declaran que de cada 100.000 habitantes una persona muere a causa del cáncer de mama, dicho informe demuestra que en el año 2015 fallecieron 223 personas por el cáncer de mama y en el año 2016, se evidenciaron 254 muertes.

Considerando el artículo del año 2012, *valoración del funcionamiento cognitivo en mujeres con cáncer de mama antes de iniciar el tratamiento oncológico*, elaborado por el Consejo General de la Psicología en España, una persona con cáncer de mama puede presentar deterioro cognitivo y baja autoestima, por consiguiente se puede estimar que si una persona diagnosticada con cáncer de mama residente de la ciudad de Medellín, posiblemente pueda aumentar el sufrimiento¹⁰ si observa la cantidad de muertes referenciada en el párrafo anterior, y posiblemente llegará a pensar que quizá en muy poco tiempo el final de su existencia vendrá pronto.

En el ejercicio investigativo que se plantea en el presente trabajo de grado, es importante para los estudiantes, profesionales y personas del común que deseen hacer trabajos

¹⁰Dolor, desesperanza.

investigativos en el campo de la psicología y carreras afines o aquellas personas que estén interesadas en temas como el cáncer, cáncer de mama y depresión, porque llegado el caso de realizar estudios de casos o indagaciones similares, observarán el por qué una persona presenta un sentido de vida, y así, contemplar lo hallado en este estudio, para entender que, un individuo con un diagnóstico biológico y mental no se va a ver como una persona que no esté interesada en vivir.

Él o los beneficiarios del actual trabajo investigativo, serán en primer lugar la familia de aquella persona que se le está realizando el estudio de caso, porque comprenderá cómo es el sentido de vida del pariente. Además, será las familias externas¹¹, a razón de que muchas familias no le encuentran un significado de vida para los parientes que poseen cáncer de mama y depresión mayor y de manera de desconsuelo aceptarán el duelo y la pérdida del pariente próximo a morir (Calle, 2002).

A partir de lo mencionado en el párrafo anterior, las familias externas admiten que el ser querido pronto morirá, pero si observan los análisis arrojados en este estudio de caso realizado en una persona diagnosticada con depresión mayor y cáncer de mama con relación al valor de la vida, las familias probablemente entenderán que los parientes con cáncer de mama y depresión mayor, también podrán presentar fundamentos positivos hacia la vida con o sin acompañamiento psicológico.

¹¹ Familias que no estén relacionadas con la persona que se le está analizando el estudio de caso.

3. Objetivo

3.1. General

Identificar el sentido de vida de una persona de 53 años, diagnosticada con depresión mayor y cáncer de mama.

3.2. Específicos

- Analizar el valor de la vida en una persona con una enfermedad mental y biológica.
- Describir la percepción de existencia que muestra una persona con depresión mayor y cáncer de mama.

4. Marco Referencial

En la investigación referente al estudio de caso que se está desarrollando con una persona de 53 años diagnosticada con cáncer de mama y depresión mayor, se definirá en el marco referencial conceptos como el cáncer, tipos de cáncer en especial el de mama, depresión mayor, sentido de vida desde autores humanistas, logoterapia, daños psicológicos debido al cáncer de mama.

Para especificar el cáncer de mama, se partirá primero por la historia del cáncer.

4.1. Cáncer

El origen de la palabra cáncer, fue derivado por el medico griego Hipócrates¹², (460-370 A.C.). Para el médico griego, la persona podría presentar cáncer si no cumplía con la teoría que él la denominó de los 4 humores, que consiste que cada cuerpo humano posee sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra. Si en uno de estos 4 humores mostraba bajo equilibrio y con un alto exceso de bilis, la persona se enfermaba de cáncer (Mandal, 2017, prr. 13).

El médico Romano Celsus (28-50 A.C.), tradujo el término Griego a cáncer, la palabra Latina para el ángulo de deriva. Otro médico de origen Romano, Galen (130-200) utilizó los oncos del término Griegos para hincharse para referirse a los tumores. Oncos es la palabra de raíz para la oncología o el estudio de cánceres (Mandal, 2017, prr. 5).

¹² Nació en la antigua Grecia (460 a. C. y murió 370 a.C), fue un médico griego, gracias a su profesión, estudio el cuerpo humano y debido a estos análisis en la actualidad (2018); se le considera el padre de la medicina (UNAM).

Después de la teoría que planteó Hipócrates y también algunas apreciaciones empleadas por Celsus, Galen en relación al cáncer de mama, surgieron otras teorías como la de linfa, que según Stahl y Hoffman el “cáncer fue compuesto de la fermentación y de la linfa de la degeneración, variando en densidad, acidez, y alcalinidad” (Mandal, 2017, prr. 14).

Moreno (2015) expresa que en los años 1500 los doctores Holandeses Lusitani y Tulp, demostraron que el Cáncer era contagioso, aunque Hipócrates, y otros médicos de la antigua Grecia pensaban lo mismo, pero no contaban con los recursos necesarios para probarlo, puesto que en los años antes de Cristo la ciencia apenas estaba dando los primeros inicios como el estudio de la naturaleza (2015, p. 48).

Siguiendo con el breve recuento de la historia del cáncer, Moleta Alemana (1838), indicó que el cáncer contenía células infecciosas; Virchow (1821–1902), creó la teoría crónica de la irritación, en el que manifestaba que el cáncer se extendía por el cuerpo del humano como especie de líquido. Sin embargo el médico Alemán Thiersch (1860) comprobó que el cáncer se esparcía por el cuerpo del individuo por medio demetástasis que contiene células infecciosas mas no por un líquido como lo expresaba Virchow (Mandal, 2017, prr. 16-17).

En el año 1862, el comerciante Edwin Smith, encontró en Egipto un documento que se le llama papiro George Ebers¹³ en el que hace referencia al cáncer, actualmente se encuentra en la Academia de Medicina de la ciudad de Nueva York- Estados Unidos (Bernardo, 2015, prr. 5).

A mediados de 1900, la ciencia médica, quería descubrir la detección temprana del cáncer, dicho experimento se quería fundamentar en desarrollos de exámenes frotis, para

¹³ Es un documento médico que se escribió A.C.

saber si en el cuerpo de la mujer, específicamente en el cuello uterino, había índices de cáncer, esta investigación fue hecha por Papanicolaou 1923 pero se hizo vigente después del año 1940 (Moreno, 2015, p. 120).

Autores como

Bilroth en Alemania, Handley en Londres, y Halsted en Baltimore son los pioneros de la cirugía del cáncer. Guillermo Stewart Halsted, profesor de la cirugía en la Universidad John Hopkins, desarrolló la mastectomía radical durante la década pasada del siglo XIX para los cánceres de pecho. Su trabajo fue basado en W. Sampson Handley (Mandal, 2017, p. 22).

Gracias a los aportes de Hipócrates, Celsus, Galen, Hoffman, Lusitani, Moleta entre otros citados en párrafos anteriores referido a la historia del cáncer, la ciencia ha avanzado en encontrar el concepto más objetivo para el cáncer.

La Organización Breastcancer¹⁴ considera al cáncer de la siguiente forma

Es el resultado de mutaciones, o cambios anómalos, en los genes que regulan el crecimiento de las células y las mantienen sanas. Los genes se encuentran en el núcleo de las células, el cual actúa como la "sala de control" de cada célula. Normalmente, las células del cuerpo se renuevan mediante un proceso específico llamado crecimiento celular: las células nuevas y sanas ocupan el lugar de las células viejas que mueren. Pero con el paso del tiempo, las mutaciones pueden "activar" ciertos genes y "desactivar" otros en una célula. La célula modificada adquiere la capacidad de

¹⁴Organización sin ánimo de lucro, localizada en el estado de Pensilvania- Estados Unidos, brinda información a través de su página web en temas relacionados con el cáncer de mama.

dividirse sin ningún tipo de control u orden, por lo que produce más células iguales y genera un tumor (Breastcancer, 2016, prr. 2).

El concepto cáncer empleado por la Organización Breastcancer, ha manifestado que las células del cáncer producen tumores, estos a la vez se convierten en un tipo de cáncer en específico, como lo son: cuello uterino, de piel, laringe, de mama, estomago etc; dichos tipos de cáncer, ayudaron a la ciencia a identificar diferentes alternativas para combatir el cáncer, tales son: medicamentos, cirugías, detección temprana del cáncer, radio terapias. Sin embargo aún no se ha creado la cura contra el cáncer (Breastcancer, 2016).

El cáncer, como se aludió en el párrafo anterior, se diagnostica en varios tipos, uno de ellos es el de mama; según American Cancer Society¹⁵ (Estados Unidos) el cáncer de seno o mama se inicia

[...] Cuando las células en el seno comienzan a crecer en forma descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia (masa o bulto). El tumor es maligno (cáncer) si las células pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o propagándose (metástasis) a áreas distantes del cuerpo. El cáncer de seno ocurre casi exclusivamente en las mujeres (American Cancer Society, 2016, prr. 1).

Con esta definición, las personas se preguntarán si hay síntomas que demuestren indicios de padecer cáncer de mama; según American Cancer Society para ser diagnosticado con cáncer de mama, deben cumplirse con los siguientes síntomas:

¹⁵ Corporación ubicada en Estados Unidos, sin ánimo de lucro que ayuda a las personas con cáncer de mama en tratamientos que sirvan a luchar contra el cáncer.

√ Hinchazón de parte o de todo el seno (aunque no se sienta una protuberancia definida).

√ Irritación o hendiduras en la piel.

√ Dolor en el seno o en el pezón.

√ Retracción (contracción) de los pezones.

√ Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel del seno o del pezón.

√ Secreción del pezón que no sea leche materna (American Cancer Society, 2016, prr.3).

Las personas, en especial las mujeres, que ya han sido diagnosticadas por médicos especialistas a consecuencia de mostrar síntomas mencionados en el párrafo anterior, encontrarán posiblemente afectaciones psicológicas negativas frente a la enfermedad y a la vida, puesto que el cáncer ha sido catalogado como una enfermedad que no se cura.

Albacete (2017) menciona que a consecuencia del cáncer de mama se producen impactos fuertes a la mujeres que padecen la enfermedad, porque en primer lugar los tratamientos como las quimioterapias crean temor en las mujeres debido a los posibles cambios físicos del cuerpo (caída del pelo, disminución de la masa corporal) y en un segundo lugar los altos costos de los medicamentos que las personas de bajos recursos portadoras del cáncer no pueden acceder, además, algunos tratamientos no se encuentran en varios países del mundo, y por último la persona no podrá encontrar apoyo familiar y social y tal vez lo más importante a la poca duración de su vida.

Giraldo (2009, según citado en Lizarazo, Moreno, Ospino y Palacios, 2015) manifiestan que en un estudio realizado con 19 mujeres en la ciudad de Medellín-Colombia,

que no han sido diagnosticadas con cáncer de mama, se analizó que estas mujeres afirman que el cáncer de mama es una enfermedad que trae consigo afectaciones en lo social, en el cuerpo de la mujer afectada por el cáncer y hábitos no saludables por parte de las mujeres que son poseedoras del cáncer de mama (p. 457).

A pesar de que el cáncer de mama trae consigo afectaciones psicológicas, se ha demostrado que aun las personas manifiestan sentido de vida pese a la condición de enfermedad, como lo expresa Sorajjakool y Seyle (2005, según citado en Lizarazo, Moreno, Ospino y Palacios, 2015); el sentido de vida es “la necesidad [...]es inherente al ser mismo, es trascendental a la existencia, y esto se hace evidente cuando es necesario enfrentar una situación de crisis, por ejemplo, una enfermedad crónica como el cáncer” (p.458).

Una persona con cáncer de mama puede encontrar sentido de vida, aun cuando las esperanzas de cura sean escasas. Beaver (1996), enuncia que una persona con un sentido de vida, pese al cáncer de mama, es un individuo que ha aceptado la enfermedad y la ve como un alivio, por cuanto significa una oportunidad para cambiar de rutina; un valor, ya que tanto la enfermedad como el sufrimiento que esta conlleva se piensan como un don al que se le debe dar un significado positivo, y una estrategia (Palacio, Lizarazo, Moreno y Ospino 2015, p. 459).

Referente a lo mencionado por Beaver (1996), posiblemente se podrá encontrar un sentido de vida a una mujer con cáncer de mama, por tanto es indispensable el apoyo familiar, puesto que son ellos los que comparten más tiempo con los seres queridos.

4.2. Psicooncología

La psicología ha estado presente en buscar nuevas formas de apoyo terapéutico para aquellas personas que no presenten diagnósticos mentales: es el caso de la psicooncología.

La psicooncología es

La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos: intervención en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares) en todas las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión. El objetivo último es mantener o recuperar la calidad de vida (en los niveles de sintomatología física, autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar y social y nivel psicológico-emocional) que está siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas, 2008, p.173).

En la psicología se encuentra la especialización de psicooncología, que consiste en dar apoyo psicológico a los pacientes que posiblemente estarán diagnosticados con algún tipo de cáncer y los pacientes que ya la padecen; el acompañamiento por parte de los psicooncólogos es darle terapias a los pacientes y familiares de los afectados con cáncer, y a los individuos que se encuentran en fase terminal de la enfermedad.

La psicooncología dura alrededor de 16 sesiones, estas están compuestas por cuatro fases. La primera es conceptualización, consiste darle al paciente una introducción de lo que va a hacer el tratamiento además, se le indicará al individuo cómo aprender a identificar el estrés producto de la enfermedad (cáncer), y también se motivará a las personas hacer

cambios positivos que puede generar la terapia psicooncológica (Capafons, Prieto y Sosa, 2010, p. 17).

En la segunda fase se encuentra el fortalecimiento del control de las demandas internas; esta fase tiene como objetivo enseñarle al paciente algunas técnicas para disminuir, por ejemplo, los pensamientos negativos que normalmente desarrolla la persona a causa de la enfermedad (Capafons, Prieto y Sosa, 2010, p. 18).

La tercera fase es llamada fortalecimiento del control de las demandas externas, su principal finalidad es instruir al paciente en cómo organizar el tiempo para hacer mayor aprovechamiento de este, también se desea que la persona pueda definir metas personales a corto y largo plazo y que sí se logren cumplir, y por último, apoyar al individuo en la solución de sus problemas que ha venido presentando antes y después del diagnóstico (Capafons, Prieto y Sosa, 2010, pp. 18-19).

Como última etapa del tratamiento, se encuentra la consolidación; en esta se le demuestra al paciente la evolución de su proceso terapéutico que ha alcanzado en las sesiones del tratamiento y cómo ha logrado algunas metas que se nombraron en la fase tres de la terapia (Capafons, Prieto y Sosa, 2010, p.20).

4.3. Depresión mayor

Para hablar de la depresión mayor en conceptos y síntomas del siglo XXI, se debe considerar los aportes de algunos autores que vivieron en épocas pasadas, que gracias a las colaboraciones hechas de algunas personas en relación a la depresión, en la actualidad se sabe un poco más de dicha patología.

La depresión se conocía como melancolía. Zarragoitía (2011) indica que la depresión ha existido desde el comienzo de la humanidad; en la antigua Grecia, la depresión se hacía llamar por melancolía, y la sintomatología era descrita en la medicina. Los médicos griegos mencionaban a la melancolía como “estado de locura delirante con ánimo exaltado” (Zarragoitía, 2011, p. 7).

El ánimo exaltado que mencionaban los médicos griegos, eran emociones que expresaban las personas en forma de llanto, tristeza y desesperación. A esto se le suma que en el siglo I después de Cristo, Areteo de Capadocia, refiere a la melancolía “[...] que está siempre fría y adherido a un mismo pensamiento inclinado a la tristeza [...]” (Zarragoitía, 2017, p. 7).

Según Castro (2002), menciona que Hipócrates “desarrollaba la idea de la melancolía, la tristeza, y otros estados de alteración del humor, eran correspondidos por cierta preponderancia de fluidos en el organismo: la bilis” (2002, p.21).

Ya conociendo algunas definiciones de melancolía como emociones de llanto, sentimiento frío y de tristeza, aún no se sabía que lo que en verdad se estaba definiendo era una enfermedad mental llamada depresión.

En la época del Renacimiento, el médico inglés, T. Bright (1586), compuso el libro “Tratado sobre la melancolía” en esta publicación se inicia la idea de la depresión (Aguirre, 2008, prr. 52).

Aguirre (2008) indica que el filósofo inglés Burton, avanza un poco más en la concepción de la depresión en el libro “La anatomía de la melancolía”, mencionando a la depresión como un concepto de nerviosismo mental. Por otra parte, autores como R. Whytt, Ph. Pinel, S. Tuke y G. M. Beard, nombran a la depresión como un agotamiento nervioso, depresivo de la mente, y depresión del espíritu.

Mostrando en este marco referencial, la evolución del concepto de melancolía a depresión, ya se consideraba como una enfermedad mental que consumía a la persona en forma de decaimiento. Kraepelin (1856) considerado en su tiempo como uno de los fundadores de la psiquiatría moderna, manifestó que la depresión es un estado del ánimo que en una persona normal, en algún momento de la etapa de la vida puede llegar a presentar ánimos bajos acompañados de tristeza, llanto.

Estas concepciones que aportó Kraepelin han contribuido a generalizar aún más el concepto de depresión. En el 2017 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado a la depresión como

Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017).

El concepto de la depresión que expone la OMS, es un conjunto de palabras que en épocas pasadas cada autor por separado trataba de llegar a una idea o pensamiento de depresión que antes se conocía como melancolía.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM) del año 2014, clasifica a la depresión en varios tipos; trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado, otro trastorno depresivo no especificado. Estas categorías, hacen parte de la depresión, en síntomas similares a la depresión, aunque los Trastornos depresivos inducidos por una sustancia/medicamento y Trastorno depresivo debido a otra afección médica, son trastornos depresivos que son diagnosticados como dual, es decir, se presenta el desorden mental a causa de sustancias psicoactivas y sustancias embriagadoras como el alcohol.

Albuquerque (2006) indica que existen dos tipos de depresión: la endógena y la exógena; la primera, hace alusión a factores bioquímicos hormonales, es decir, se presenta una inestabilidad genética en las sustancias neurotransmisoras en el momento de recibir información en el cerebro, y la exógena, son sucesos que las personas han llamado negativas (pérdida de un ser querido, inestabilidad económica etc) esto hace que un individuo se encuentre depresivo (pp.70-71).

Como lo expresaba Albuquerque en la depresión exógena, la persona empieza a construirse una creencia negativa hacia la vida; a partir de esa creencia, el pensamiento del individuo se vuelve estructurado por el que se siente víctima de la depresión (Pettenó y Verbitz, 2007, p.47).

Dicha creencia, puede estar asociada en una persona que ha presentado tristeza en uno o varios días, por lo que este individuo pensará que tiene depresión, cuando en realidad no lo esté, por eso es importante asesorarse de una persona que posea conocimientos en relación a la depresión que en la actualidad corresponde a un profesional como lo es el psicólogo.

Del Valle, L (2002), manifiesta que “la depresión es un modo de ser- en el mundo que involucra al hombre entero y que intentamos comprender desde unas estructuras trascendentales a priori” (p. 232).

Lo que enuncia Del Valle acerca de la depresión, es ver a la persona como se ve involucrada a través de la experiencia y el cómo buscar la comprensión de las experiencias que el individuo se siente afectado por la condición mental, en este caso correspondería a la depresión.

Además plantea Del Valle que “en nuestro caminar hacia la meta de la vida, normalmente lo experimentamos como un llegar a ser más pero a veces se convierte en un llegar a ser menos, que es lo que le pasa al depresivo” (2002, p. 235).

Todos los seres humanos posiblemente quieren alcanzar metas en la vida, pero las personas que son diagnosticadas con depresión, pierden el sentido de vida, es decir, metas que antes de ser depresivos querían alcanzar pero ya no le ven el valor a la vida para lograr los triunfos que antes soñaban.

El *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles* elaborado por Minsalud informa que la depresión es causa de suicidio, “se estima que cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo [...]” (2017, p. 2).

El boletín citado en el párrafo anterior, enuncia la cifra de suicidios por la depresión; probablemente los individuos diagnosticados con depresión y con cáncer de mama perderán el valor de la vida en relación a las enfermedades que poseen, por lo que en este estudio de caso se tratará de encontrar un sentido de vida, es decir, la persona que se le está llevando el ejercicio investigativo presenta un diagnóstico de depresión y cáncer de mama, y ha manifestado en las entrevistas que se le han realizado, un valor a su propia vida.

4.4. Psicología humanista

El presente trabajo de grado, está fundamentado en la psicología humanista, por ende se hará un breve recorrido de la historia de la humanista, además se expondrán algunos autores con sus respectivos aportes alusivos a dicho enfoque.

La psicología humanista vivió varios procesos que la llevaron a ser considerada como una corriente o campo de la psicología; que su principal objetivo es tener una cercanía y empatía con el paciente y no verlo como un individuo enfermo, sino más bien como una persona que presenta cualidades y metas a futuro en un primer momento. En la década de 1940 se produjo la segunda guerra mundial¹⁶, a partir de allí, las personas víctimas de la guerra entraban en desespero por no saber qué hacer con su vida y en qué forma podrán ser capaces de volverse a sentir humanos. En lo referido a varios acontecimientos que les produjo la segunda guerra mundial, como por ejemplo vivencias de muertes a familiares o pérdida de una parte de su cuerpo (mano, pie, dedos), varios psicólogos como Maslow, Rogers y Perls empezaron a construir teorías de ayuda a las personas, haciéndolos útiles para la sociedad.

Maslow, es considerado el padre de la Humanista, empleó la pirámide de las necesidades, que consiste en las necesidades de las personas como las fisiológicas, seguridad, afiliación, reconocimiento y autorrealización; si se lleva a cabo todas las necesidades mencionadas anteriormente, la persona se sentirá capaz de hacer las cosas sin importar los hechos que le marcaron en la vida.

¹⁶ (1939 - 1945) Fue un conflicto que estallo en Europa, el año de 1939, entre la coalición denominada EJE (formada por Alemania (Tercer Reich), Italia y el Imperio del Japón) y las potencias ALIADOS, constituidas por Francia, Gran Bretaña y URSS (antiguo imperio Ruso). Esta contienda que concluyo en 1945, origino la derrota de Alemania, Italia y Japón, a la vez que trajo también desastrosas consecuencias, no solamente para los países beligerantes sino para toda la humanidad (Gonzales, 2010, prr. 1).

En la siguiente imagen se ejemplificara cómo la pirámide se estructura según Maslow.



Imagen: (García, 2013).

A partir de la pirámide de Maslow, se puede hacer una lectura en algunas características que lleven a un individuo a la autorrealización y en centrarse en los aspectos importantes de su vida.

Carl Rogers, otro de los fundadores de la psicología Humanista, desarrolla la terapia centrada en el paciente, que consiste en que el terapeuta demuestre una relación más cercana hacia el paciente para que el cliente este más cómodo a la hora de expresar los pensamientos en una sesión terapéutica. Además, grabó algunas sesiones con sus pacientes y se dio cuenta que podrían ser

frías y monótonas las conversaciones entre sus pacientes, y segundo; que con el simple hecho de haber grabado sus entrevistas, Rogers instauró una nueva forma de manejo clínico, que se basaba en grabar las conversaciones terapeuta paciente; no sólo con el fin de dejar registro de todo lo que se decía, sino que además, el paciente podía obtener una copia y escuchar repetidas veces las sesiones con el terapeuta, hecho que revestía de un

valor psicoterapéutico muy importante, ya que era como tener al terapeuta en casa (Gallegos, 2015, p. 144).

Perls es el fundador de la terapia Gestalt y presenta tres momentos para aceptar el cambio de una realidad más auto realizadora, esos momentos son: el aquí y el ahora, el darse cuenta y por último la aceptación (Velázquez, 2001).

Estas aportaciones mencionadas en los párrafos anteriores, son importantes para el individuo, porque no se someterá a la sintomatología de un diagnóstico, antes al contrario, actuará de forma trascendente para el futuro, de pensar que por la cuestión de estar enfermo mentalmente, no significa que no pueda aportarle a la sociedad y a la vida propia.

Para afrontar la depresión, la psicología humanista propone varias terapias para apoyar al paciente, una de ellas es la logoterapia.

4.5. Logoterapia

Frankl, manifestaba que “la logoterapia [...] es un planteamiento optimista de la vida, pues enseña que no existen aspectos trágicos y negativos que no puedan ser transmutados en logros significativos a partir de la posición que adoptemos ante ellos” (Frankl, 2012, p. 78).

Por tanto, la logoterapia es una forma que le permite a la persona encontrarle un sentido a la vida pese a las circunstancias en que se encuentren (negativos) en la vida.

Martínez (2007), enuncia la logoterapia “como una perspectiva de pensamiento con influencias humanistas-existenciales [...]” (2007, p.19).

A este sentido, como lo expone Martínez, la logoterapia hace parte de la psicología humanista, aunque siguiendo la idea de Martínez, también la cognitiva y el constructivismo emplean la técnica terapéutica (procedimientos empleados para una intervención psicológica) en las personas.

La logoterapia se funda en un “cambio profundo y duradero, pues va a lo esencial de la persona, hacia el desarrollo del ser en su esencia y sentido” (Martínez, 2007, p. 69).

Para una persona que presenta un diagnóstico de depresión, no le encuentra sentido a la esencia de la vida, la logoterapia le buscará un encuentro hacia la esencia y sentido de vida a una persona que lo necesite, por eso es importante auxiliarse de profesionales que presenten herramientas necesarias para confrontar la depresión.

Frankl, enuncia que “uno de los axiomas básicos de la logoterapia mantiene que la preocupación primordial del hombre no es gozar del placer, o evitar el dolor, sino buscarle un sentido a la vida” (2009, p. 135).

Si bien el hombre se ha considerado un ser que siempre ha estado en busca del placer, Frankl citado en el fragmento previo, ha expresado que lo que se quiere llegar con la logoterapia es que la misma persona encuentre sentido de vida dejando de lado el placer.

La vida de cada persona trae consigo momentos buenos y malos, la logoterapia referencia a la vida

Como no una tarea, sino un misterio, en donde el hombre se decide constantemente ante las preguntas que la vida plantea, asumiendo la responsabilidad ineludible de escribir su propia biografía, es allí, en donde a través de las elecciones que realiza responde ante las exigencias que le plantea el misterio (Martínez, 2007, p. 184).

Las personas constantemente preguntan ¿por qué la vida trae su misterio? es donde la logoterapia pueda demostrar el valor de la vida a través de varios significados positivos ante los episodios que ha vivenciado el individuo. Por eso es importante tener en cuenta a la persona que se prestó voluntariamente en este ejercicio investigativo, que presenta un diagnóstico de cáncer de mama y depresión mayor; que en las entrevistas que se le han realizado ha manifestado ser capaz de descubrir en su vida un sentido positivo, que para Camila pocas personas que poseen las mismas enfermedades antes descritas, intenten suicidarse al no verle momentos importantes hacia el propio existir, aunque según Butkutė & Perminas, 2005 (según citado en Lizarazo, Moreno, Ospino y Palacios, 2015) manifiestan que “la persona enferma puede evaluar o aceptar la enfermedad ya sea como una posibilidad de crecer y cambiarse a sí mismo o como una restricción en la vida” (2015, p. 459).

Es por eso que el individuo enfermo, sea mental o biológico, y este acompañado de varios especialistas, solo él puede tener la capacidad de decidir si darle valor o no a su vida.

Según Marina (2009), en la logoterapia se encuentran las tres vertientes descritas por Frankl, V.

1. **La libertad de voluntad (Antropología):** que explica que todo hombre es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino y no convertirse en una marioneta a merced del mismo, o del inconsciente colectivo. (Marina, 2009, prr. 8)
2. **La voluntad de sentido (Psicoterapia):** expresa la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del “componente exterior”, desvirtuando la idea del animatismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal. (Marina, 2009, prr. 9)

3. **El sentido de vida (Filosofía):** que para la Logoterapia es un factor incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia, pero puede escaparse de la comprensión humana. La Logoterapia es una percepción positiva del mundo. (Marina, 2009, prr. 10)

En las vertientes enunciadas anteriormente, el hombre se ve reflejado a través de diferentes contextos, se observa por ejemplo que en la antropología la persona es autónoma ante su vida, con respecto a la psicoterapia o la psicología, Frankl se expresa de forma agobiante al cómo el individuo se ve relacionado con el reino animal o vegetal y en la filosofía, se encuentra el sentido de vida de una persona capaz de pensar de forma positiva hacia su propio existir.

4.6. Sentido de vida

Frankl (1945), considerado por algunos académicos el creador de la logoterapia, expone en su libro “El hombre en busca de sentido”, algunas apreciaciones importantes para este trabajo investigativo de una persona con cáncer de mama y depresión mayor.

Como lo expresaba Frankl en su momento sobre sentido, “El sentido es algo que debe ser hallado más que otorgado, descubierto más que inventado” (Frankl, 2012, p. 68).

La vida de las personas está en constantes cambios negativos y positivos, y ante estos, se debe buscar y descubrir sentidos de existencia, como lo enunciaba Frankl en el párrafo anterior.

Enunciando la logoterapia, que se incluye en sentido de vida, Frankl la expresa de la siguiente manera “logoterapia mira más bien hacia el futuro, es decir, al sentido y los valores

que el paciente quiere realizar en el futuro. La logoterapia, ciertamente, es una psicoterapia centrada en el sentido” (1979, p. 120).

Frankl vivenció momentos y fases que para él no fueron buenos dentro de un campo de concentración nazi,¹⁷ las personas al igual que Frankl estuvieron presentes en campos de concentración¹⁸, muchos de ellos no pasaron la segunda fase que para Frankl se le llamó “muerte emocional” esta consistía en ausencia de su familia y añoranza del hogar (1979, p. 49).

En un individuo que no vivió los momentos de Frankl, pero sufre de una enfermedad mental y biológica (cáncer de mama y depresión mayor) el campo de concentración se relaciona a los pensamientos negativos de la vida que cada vez se hacen más fuertes como por ejemplo, presentimiento de su muerte, por tanto Frankl, dice que “los hechos que parecen robarle el sentido a la vida incluyen no sólo el sufrimiento o la angustia, sino también la muerte” (2009, p. 141).

Lo antes descrito en el párrafo anterior se vuelve como metáfora; mientras Frankl estaba en un campo de concentración, sufría por no disfrutar de su libertad, algunas personas con algún tipo de trastorno mental o biológico como en este estudio de caso (depresión mayor y cáncer de mama) su padecer es somático y mental.

¹⁷ Origen alemán y creado por Adolf Hitler (1889-1945), que además fue; político y militar de Alemania (Suárez, 2005).

¹⁸ Espacio pequeño en donde se encierran a las personas a trabajar sin descanso y en condiciones indignantes.

Continuando con algunas apreciaciones de Frankl, en su libro “El hombre en busca de sentido” en él ha anunciado que “el hombre, no obstante, ¡es capaz de vivir e incluso de morir por sus ideales y sus valores!” (1979, p. 121).

Para Frankl, el hombre busca sus ideales y valores a pesar de las dificultades que pueda encontrar en su camino, por eso una persona que quiera salir adelante sin importar los obstáculos que se le presenten en la vida, como por ejemplo un diagnóstico de depresión mayor y cáncer de mama, y no esté llevando a cabo una terapia de psicooncología o simplemente un tratamiento psicológico, posiblemente esa persona podrá encontrar un significado positivo hacia el valor de su vida. A pesar de que Frankl se hallaba en un campo de concentración, permanecía en su pensamiento que algún día se vería en libertad.

Las personas que presentan diagnósticos de cáncer de mama y depresión mayor, probablemente sufrirán a consecuencia de las enfermedades que padecen, que de por sí el solo hecho de poseer un diagnóstico biológico y mental la persona se puede angustiar y no descubrir el valor de vivir. Frankl (1979) expresa que “el valor no reside en el sufrimiento en sí, sino en la actitud frente al sufrimiento, en nuestra actitud para soportar ese sufrimiento” (p. 134).

Para la humanidad, el sufrimiento hace parte de la vida, pero otras personas piensan diferente como por ejemplo Frankl, u otras personas del común que cuentan sus historias en relación al sufrimiento y el cómo se han superado dejando atrás el sufrir y tomando una actitud positiva hacia las experiencias que han tenido en la vida.

4.7. Voluntad de sentido

Frankl, uno de los principales pioneros de sentido de vida, ha enunciado lo siguiente respecto a voluntad de sentido

El hecho fundamental de que el hombre apunte más allá de sí mismo hacia un sentido que primeramente debe descubrir y cuya plenitud debe lograr, suelo describirlo con el concepto de la teoría de la motivación como una «voluntad de sentido» (Frankl, 2002, p. 22)

Respecto a lo que Frankl describe como voluntad de sentido, la persona si presenta motivación hacia su propia vida, podrá descubrir “teoría de la motivación” en el que consta de un interés a manera de voluntad propia en sentidos de vida, que solo aquella persona puede encontrar en su día a día “en la vida, empero, no se trata de dar sentido, sino de encontrar sentido” (Frankl, 2002, p.29).

A Frankl, en algún momento de su vida, un recluta le escribe una carta en relación a la voluntad de sentido

A la edad de 54 años, con mis finanzas totalmente arruinadas y preso, se ha obrado en mí una profunda transformación. Sucedió en la quietud de mi celda una noche, y ahora estoy en paz con el mundo y conmigo mismo. Encontré el verdadero sentido de mi vida, y el tiempo sólo puede retrasar su cumplimiento, pero no detenerme. Qué hermosa es la vida, yo la abrazo, no puedo esperar el mañana Preso n. ° 020640(según citado en Frankl, 2002, p. 35).

A la anterior cita, se puede apreciar que una persona con un sentido de vida puede ser cualquier individuo, siempre y cuando presente una voluntad propia de sí mismo y posea la

capacidad de entender que en verdad la descubrió, sin necesidad de que un tercero lo haya mencionado.

Para que el sentido de vida se pueda hallar en las personas, es importante tener en cuenta a la conciencia “en la búsqueda de sentido el hombre es guiado por su conciencia. En una palabra: la conciencia es un órgano del sentido” (Frankl, 2002, p.30).

A lo que se refiere Frankl en el fragmento previo, se puede deducir que en la búsqueda de sentido se debe prestar atención a la conciencia ya que ella, es un órgano de sentido, es decir, todas las personas tienen conciencia y a través de ella el individuo posee sentido, tal vez algunos con ayuda de un profesional como psicólogo la encuentren u otros a manera de voluntad propia la descubran.

4.8. Sentido de vida en Relación a la Muerte

Todo ser humano le huye a la muerte, porque esta padece de dolor y sufrimiento, ante a esto, “el proceso de afrontar la muerte hay hasta cinco etapas: negación, rechazo, negociación, depresión y aceptación” Kubler (1969, según citado en Monge, 2012). Pero ¿qué es la muerte en sí? Ante la respuesta a esta pregunta, la religión, los científicos, médicos y psicólogos han tratado de dar una definición correcta para ella, se detendrá en dar un concepto breve de lo que es la muerte para la psicología. Por tanto la muerte “es un acontecimiento de la vida, y pertenece a ella; puede ser interpretada como final (acabamiento, la consumación, la plenitud), la ruptura (cambio), la transformación (realización definitiva)”

(Hernández & Valdez, 2002, p. 163).

A lo descrito, Kubler, en sus cinco etapas para afrontar la muerte, la aceptación está relacionada al sentido de vida de una persona porque la aceptación “se caracteriza por la desaparición de la depresión y de la ira, que son sustituidas por la aceptación de la muerte” (1969, según citado en Monge, 2012, p. 102).

Y el sentido de vida como lo expresa Frankl” el sentido es algo que debe ser hallado más que otorgado, descubierto más que inventado” (2012, p. 68). Hay que tener presente que no en todos los casos, los pacientes llegan aceptar la muerte y no logran encontrar el sentido de la vida. A ello en este estudio de caso se pretende encontrar cual es el sentido de vida de una persona con depresión mayor y cáncer de mama.

La muerte debe verse como lo describe Hernández y Valdez un acontecimiento de la vida, aunque posiblemente los humanos no lo vean de esa forma. Las personas se les debe enseñar que la muerte es una experiencia “que tarde o temprano todo individuo piensa y deberá confrontar, por ser la muerte un aspecto implícito en la vida misma de todo ser humano” (Arboleda & castro, 2002, p. 1).

Lo citado en el fragmento anterior, los individuos deben pensar que la muerte es una etapa más de la vida, que de una u otra forma debe verse natural, que mientras pase ese ciclo se debe vivir encontrando cada día de su existir un sentido a la vida.

4.9. Resiliencia

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) la resiliencia es “el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras”(APA, prr. 4).

Para el presente trabajo de grado, es importante poseer el conocimiento de resiliencia, porque la persona que coopera con este estudio de caso, ha demostrado en las entrevistas que se le han realizado, que su discurso presenta una resiliencia frente a su enfermedad mental y biológica, como por ejemplo: algunos especialistas le han mencionado los posibles riesgos que corre su vida (principalmente el cáncer de mama), y menciona que se adapta de una manera estable y tranquila a las adversidades que posiblemente le llegarán en un futuro próximo.

Para que una persona presente resiliencia, es importante considerar algunas características como lo son

Humor social: Estrategia de ajuste que ayuda a una aceptación madura de la desgracia común y facilita cierta distancia con el problema, favoreciendo la toma de decisiones para resolverlo.

Honestidad colectiva o estatal: Manejo decente y transparente de lo público, conciencia grupal que valoriza el honesto ejercicio de la función pública.

Autoestima colectiva: Actitud y sentimiento de orgullo por el lugar en que se vive. A mayor autoestima colectiva mayor capacidad de recuperación

Identidad cultural: Proceso interactivo que se logra a lo largo del desarrollo e implica la incorporación de costumbres, valores, danzas canciones que se trasforman en componentes inherentes al grupo y que lo protegen de las culturas invasoras Suárez (1995, según citado en Puerta, E & Vázquez, M, 2012).

Se considera que si una persona presenta algunas de las consideraciones o pilares de resiliencia nombradas en el párrafo anterior, fácilmente encontrará el camino de resiliencia que otras personas que aún no lo consiguen sean por desconocerse a sí mismas o por el simple hecho de no hallarlo en el interior de sus vidas.

Al respecto de la resiliencia, se hallan cuatro acciones que cada ser humano resiliente expresa en su hablar,

“Tengo” personas a mí alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente, y personas que me ayudan cuando estoy en peligro, éstas pueden tratar al niño o adolescente en una forma que fortalezca las características,

“Soy” una persona digna de aprecio y cariño,

“Estoy” seguro de que todo saldrá bien,

“Puedo” hablar de cosas que me asustan o me inquietan y también encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito, Lemaître & Puig (2004, según citado en Puig & Rubio, 2013, p. 53).

Como se describe en el fragmento anterior, el individuo que manifieste en su vocablo las cuatro acciones posiblemente es un resiliente, y no es por el simple hecho de hablar siempre en positivo sino también, se tienen en cuenta otras acciones como por ejemplo, el pronunciar sus temores frente a una determinada situación.

Gracias a las cuatro acciones de resiliencia, se establecieron algunas características de una persona resiliente como lo son:

√ Mayor coeficiente intelectual y mejores habilidades de resolución de problemas.

√ Disminución de la ansiedad y la depresión. Buenos estilos de enfrentamiento.

Autoestima alta.

√ Sentimientos de esperanza.

√ Autonomía e independencia.

√ Empatía, conocimiento y manejo adecuado de las relaciones interpersonales.

√ Sentido del humor positivo.

√ Mejor percepción de la calidad de vida; hay menos enojo.

√ Ampliación de la red vincular.

√ Mejor actitud de afrontamiento de situaciones de estrés inevitables.

√ Desdramatización de los hechos cotidianos (Gorenstein, 2012, p. 16).

En síntesis, todo ser humano en cualquier etapa de su vida, puede descubrir su resiliencia, y en cómo esa resiliencia posiblemente le mejorara su existir en pensamientos y actos que se manifestarán en forma individual y colectivamente.

5. Diseño Metodológico

Para realizar eficientes ejercicios investigativos, es pertinente implementar una metodología adecuada para que concuerde con el objetivo de la investigación. En este trabajo de grado el diseño metodológico es el siguiente: paradigma, enfoque cualitativo, fenomenología, estudio de caso, en la recolección de la información se aplicó la entrevista semiestructurada, estructurada y a profundidad; los datos arrojados en este estudio de caso se analizarán a fondo en los análisis además, se indagaron en las revisiones documentales (historiales clínicos psicológicos) que la persona de forma libre los dio a conocer para este ejercicio investigativo.

5.1. Paradigma

En este ejercicio investigativo, es necesario comprender que es un paradigma, puesto que “[...] reúne y relaciona ejemplos y teorías que se formulan dentro de él” (Arcila, Buritica, Castrillón & robledo, 2004, p. 36). Las teorías relacionadas a este estudio de caso del sentido de vida, están encaminadas a una comprensión de una realidad de una personas que presenta un diagnostico mental y biológico.

Cada investigación debe formularse de acuerdo a las necesidades que lo requiera, a esto el paradigma hace alusión a “ los problemas que deben estudiarse, del método que debe emplearse en la investigación y de las formas de explicar, interpretar o comprender, según el caso, los resultados obtenidos por la investigación” (Arcila, Buritica, Castrillón & robledo, 2004, p. 36).

A lo descrito, si se realizar coherentemente los alusivos de un paradigma se llegará a una buena interpretación de los resultados en relación a la cuestión que se está indagando, además se debe considerar que el paradigma que requiere este estudio de caso es el interpretativo

cualitativo. Este paradigma “[...] no existe una sola verdad, sino que surge como una configuración de los diversos significados que las personas le dan a las situaciones en las cuales se encuentra” (Arcila, Buritica, Castrillón & robledo, 2004, p. 36).

Para este estudio de caso, el sentido de vida de una persona con cáncer de mama y depresión, está relacionado a partir de unos significados y vivencias de la propia vida de la persona.

5.2. Enfoque cualitativo

En este trabajo de grado, se desarrolló el enfoque cualitativo puesto que dicho enfoque permite reconstruir una realidad a través de la experiencia propia de la persona; gracias a este enfoque, se pueden interpretar los datos que se arrojaron en esta investigación por medio de grabaciones y entrevistas que se le hicieron al participante para así, recolectar la información necesaria para encontrar posibles respuestas ante la pregunta investigativa.

Para Baptista, Fernández y Hernández (2010), “el enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos” (p. 10).

El enfoque cualitativo, como lo enuncian los autores citados en el párrafo anterior, es una interpretación que se logra gracias al discurso de la persona que participó en el trabajo investigativo; dicho discurso se transforma en momentos y resultados que la investigación probablemente no imaginó que ocurriesen.

Una de las características del enfoque cualitativo “[...] “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades”

(Baptista, Fernández y Hernández, 2010, p. 9). Esta particularidad, se define en el marco interpretativo de los individuos respecto a sus realidades que experimentaron en sus propias vidas y que por ende se puede convertir en un ejercicio investigativo.

Referido a lo anterior, el enfoque cualitativo no pretende enumerar los datos de una información en una investigación y sacar sus propias conclusiones, sino más bien analizar las indagaciones de las realidades en las personas, quizás del común para llegar a un fin, y el mencionado fin, sea un aporte al ámbito social o en este caso, psicosocial.

5.3. Metodología

Para este estudio de caso, es importante tener en cuenta la fenomenología.

Álvarez, Creswell y Mertens (2005, según citado en Baptista, Fernández y Hernández, 2010) manifiestan que “el diseño fenomenológico se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados” (p.515).

La fenomenología, interpreta los significados de temas específicos oportunos para el estudio de caso que se desarrolló en el presente trabajo, porque en los discursos y la veracidad de la teoría en que se trabajó posiblemente se llegará a examinar la esencia de la persona que padece de un diagnóstico biológico y psicológico en el que las investigaciones anteriores en relación a trabajos de grado de la Corporación Universitaria Minuto de Dios Sede Bello no se habían realizado.

Otro autor, como lo es Lambert (2006), manifiesta que “la fenomenología es entendida [...] como análisis descriptivo de vivencias intencionales” (p.518).

En relación al apartado de la cita anterior, solo la persona puede entender e interpretar las experiencias vividas de su propia vida, más no un individuo que este intercediendo por el afectado.

Para Vieytes “el método fenomenológico es una llave que abre las puertas al campo de estudio de las experiencias vividas que en tanto tales, sólo el sujeto que las experimenta puede conocer” (2009, p. 53).

Por eso es comprensible que las interpretaciones de las personas que han vivenciado diagnósticos particulares como es el caso de este ejercicio investigativo de un diagnóstico de depresión mayor y cáncer de mama, solo el individuo puede analizar y contar su experiencia propia describiéndola como sentido de vida.

5.4. Diseño

El presente ejercicio investigativo es un estudio de caso en relación a historia de vida por lo que Vieytes la enuncia como, “rastreo detallado de la trayectoria vital de una persona al modo de un estudio de caso” (2009, p. 60). La persona a la que se le está haciendo la investigación, es un individuo que está con un diagnóstico de depresión mayor y cáncer de mama.

Para Stake (1999), el estudio de caso “es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (p.11).

En lo anterior, Stake menciona qué es un estudio de caso y de qué forma se compone. Por tanto en este trabajo investigativo se quiere llegar a saber cuál es el sentido de vida en una persona que presenta un diagnóstico biológico y mental.

Para Gilgun(1994),citado en Muñiz dice que un estudio de caso en la psicología, se puede definir para “observar las características de un paciente, su evolución, su percepción de la enfermedad, sus reacciones emocionales ante el trastorno que padece, el impacto de la enfermedad sobre su existencia, su vida familiar, el efecto de un tratamiento” (p. 6).

Dicho lo anterior, en la persona que colaboró con la investigación se intenta interpretar cómo es el sentido de vida por medio del estudio de caso.

5.5. Descripción de la persona entrevistada

La persona que ha cooperado con el estudio de caso del presente ejercicio investigativo, se ha mencionado en el planteamiento del problema, sin embargo se dirá una breve nota.

Es una mujer de 53 años, a la edad de 20 años le diagnosticaron depresión mayor, alrededor de 2013, fue diagnosticada con cáncer de mama; debido a esta enfermedad biológica se le ha realizado una operación que consistió en de extraerle el seno derecho y por consiguiente se le implementó una silicona en el mismo lado del pecho. Actualmente está casada, es mamá de dos hijas, y abuela de una niña y reside en el municipio de Bello-Antioquia.

5.6. Técnicas utilizadas para la recolección de datos

En el momento de realizar una investigación cualitativa se debe tener conocimiento de qué técnicas se van a utilizar en el ejercicio investigativo para recolectar los datos de forma

apropiada. En este trabajo académico, se empleó la entrevista semiestructurada y a profundidad.

Baptista, Fernández y Hernández (2010), refiere a la entrevista como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (p.418).

Mencionado lo anterior referente a la entrevista, existen también tipos de entrevista como la semiestructurada que para Baptista, Fernández y Hernández (2010), la ha definido “en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas)” (p.418).

Para toda investigación cualitativa, es importante tener en cuenta lo que mencionan Baptista, Fernández y Hernández (2010) en la entrevista semiestructurada, porque en el momento de recoger la información es necesario preguntar para especificar el tema que se desea investigar.

Otra de las técnicas utilizadas es la entrevista a profundidad en donde “trata de poner de relieve los significados que el tema reviste para el sujeto, en un espiral de aspectos que se van concatenando entre sí” (Beltramino, Kornblit y Verardi, 2009, p. 140).

A medida que se van realizando las entrevistas de una investigación, se irán aproximándose los temas importantes para el ejercicio indagatorio y le darán forma al producto final que se desea entregar.

Es importante aclarar que una buena entrevista se hace cuando el entrevistador mantenga una posición de escucha y respeto hacia la persona que le está hablando, en este caso sería el entrevistado para que la entrevista se cumpla el objetivo.

5.7. Procedimiento

Para la realización de las entrevistas se desarrollaron las siguientes etapas: visitas domiciliarias a la persona que de forma libre y autónoma quiso participar en este estudio de caso; antes de llevar a cabo las entrevistas, se le explicó el fin de este trabajo investigativo y en la medida que se hicieran avances del trabajo se le entregaría devoluciones. En un segundo momento, se recolectó la información en relación a las entrevistas que se llevaron a cabo con la participante, para llegar a la tercera etapa de análisis de datos para darle posibles respuestas a la pregunta antes mencionada en el planteamiento del problema.

5.8. Consideraciones éticas

La resolución 8430 de 1993, (Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, título 2, de la investigación en seres humanos. capítulo 1. de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), el artículo 14 expresa lo siguiente

Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (Minsalud, 1993, p. 3).

Para desarrollar un trabajo investigativo se debe tener presente la confidencialidad de la persona con el que se trabajó; para esto se le entrega un consentimiento informado especificando que la identidad del individuo que participó en el ejercicio investigativo será

guardada y se le cambiará el nombre por la confidencia; las entrevistas transcritas que dio a conocer el entrevistado, estarán guardadas en un lugar protegido.

La Ley 1090 de 2006 realizada por Ministerio de la Protección Social (Minsalud) es la que rige a todo psicólogo colombiano, por tanto el título 3 de la actividad profesional del psicólogo, específicamente el artículo 3, se menciona el uso de un ejercicio investigativo.

Artículo 3. Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales (Minsalud, 2006, p. 3).

En este trabajo de grado se tuvo en cuenta el artículo 3 de la ley 1090 citado en el párrafo anterior, porque es importante que todo psicólogo tenga presente que el tema de una investigación esté acorde a su profesión y ayude a la persona o población con la que se está indagando a comprender qué es lo que se encontró en la investigación.

6. Resultados y Análisis

Para realizar análisis de datos desde el enfoque cualitativo, se debe considerar que es “encontrar sentido a los datos en el marco del planteamiento del problema” (Baptista, Fernández & Hernández, 2010, p. 440).

A partir de lo que se enunció en el párrafo anterior, el presente estudio de caso sobre el sentido de vida de una persona con depresión mayor y cáncer de mama, se analizó conforme a las entrevistas (semi estructuradas y a profundidad) que se le realizaron a Camila, además se consideraron algunos historiales clínicos que ella facilitó, con el fin de reunir los datos pertinentes, para darle forma y sentido a la pregunta, problema y objetivos de este ejercicio investigativo.

Los análisis se harán de forma secuenciada en relación al valor de la vida de Camila, para esto, es importante el ciclo de vida “[...] es un proceso vitalicio en el que intervienen tanto fuerzas de orden biológico como experiencias ambientales que van manifestándose a lo largo de diversas etapas [...]” (Arosemena, 2016, p. 1).

Como lo expresa Arosemena (2016), el ciclo de vida de una persona está relacionada a las experiencias de un individuo, que va adquiriendo en su transcurso de vivir a partir de las etapas que la acompañan como: la niñez, adolescencia, juventud y adultez.

En la infancia, Camila recuerda que siempre estuvo enferma, “cuando nací, me tuvieron que cambiar la sangre, pero mi mamá me cuidaba mucho, precisamente porque era enferma” (Camila, 2018, E.3¹⁹).

¹⁹ La persona que cooperó con el presente trabajo de grado, se le realizaron varias entrevistas, la abreviatura E, es la inicial de entrevista y el número que acompaña la E, significa en qué número de entrevista se sacó el fragmento de la información.

Una razón por la cual Camila ha manifestado un sentido de vida y existencia es por el acompañamiento por parte de su madre, “es la que siempre estuvo a mi lado cuando más lo necesitaba” (Camila, 2017, E.2).

A pesar de que en su infancia Camila estaba de hospital en hospital, su madre estaba presente en todo momento, “la madre comienza la relación con el hijo desde la interioridad y con un modo relacional fusional” (Cañas, 2013, p. 152).

Si bien, en lo expuesto en el párrafo anterior por Cañas (2013), la madre establece vínculos desde el interior del hijo, por el cual Camila, se relacionó más cercanamente con su mamá, por estar más complaciente en los cuidados de ella. Además, Camila manifestó, que su padre “murió a la edad de 33 años, en ese momento que yo tenía ochos años de edad” (Camila, 2018, E.3).

Camila, recuerda que no amaba a su padre, de hecho afirmó que “llegaba borracho, sé que trataba mal a mi mamá” (2018, E.3). Para la psicología, el apego de uno de los padres por parte de los hijos, es fundamental en el desarrollo emocional del niño, ya que de este, se establecen vínculos más íntimos y se genera confianza por parte del hijo en uno de sus padres “las relaciones afectivas que forjan a una persona sana es el hecho de haber sido atendido, cuidado, protegido y educado en períodos tan cruciales de la vida como la infancia y la adolescencia” (Aron, & Barudy, 2013, p. 24).

Durante la infancia, Camila observaba cómo uno de sus hermanos se golpeaba la cabeza después de discutir con su madre “me sentía triste, porque no sabía por qué se pegaba tan fuerte contra la pared” (Camila, 2017, E.1). A ello, Camila buscaba la forma de que esos episodios que presentaba uno de sus hermanos, no volvieran a suceder, por lo que trató de hablarle y darle algún consejo “recuerdo que tenía como cinco o siete años, algo así, y yo quería que en mi familia todos estuvieran felices, así como yo” (Camila, 2018, E.3).

Es de destacar la forma en como Camila recuerda que a pesar de su corta edad, pretendía que todos los que conformaban su hogar (hermanos, mamá, papá), no estuvieran afligidos por los problemas y/o inconvenientes que se les haya presentado en su diario vivir.

Continuando con el ciclo vital de Camila en su existencia y sentido de vida, se ha considerado, que en su adolescencia empezó a sentir síntomas de depresión, como llanto persistente sin razón alguna, “sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada y disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 104-105).

Pero ella no sabía que los síntomas descritos anteriormente hacían parte de la patología depresión, por lo que seguía con su vida normal “estudiaba, salía con el novio, llevaba una vida normal” (Camila, 2017, E.2). La psicología posiblemente, trata de “encajar” a las personas que presentan algún tipo de trastorno mental, según lo establecido en el DSM, por lo que no se tienen en cuenta a aquellos individuos que pueden poseer algún diagnóstico como una enfermedad mental, y ser capaces de llevar una vida normal, como lo ha declarado Camila.

La vida de cada persona es diferente, como lo expresa Camila (2018) “mi adolescencia fue normal, pero para algunos de mis amigos no, porque uno de ellos presentaba problemas con su vida, lo cual me afectó muchísimo a mí” (E.3).

A consecuencia de lo anterior, la madre de Camila no dejaba que su hija se relacionara con su amigo, “era uno de mis pocos amigos que tenía, a partir de ahí no tuve más amigos fieles como él” (Camila, 2017, E.2). A referencia de lo que Camila expresó, Castro & García (2011) dicen que “buscar una explicación del comportamiento de alguien sin haber comprendido antes la experiencia de dicha persona lleva siempre a una imagen inadecuada de dicho ser humano” (p. 29).

Tal vez la madre de Camila solo observaba el comportamiento del amigo de su hija, pero no sabía de las circunstancias que vivenciaba el compañero de Camila, “yo solo sé que yo no le dije nada a mi mamá de lo que le estaba ocurriendo a mi uno [sic] de los mejores amigos, por eso a veces me encerraba a llorar solita” (2017, E.2).

A partir de lo descrito, la mamá de Camila, empezó a ver comportamientos inadecuados de su hija, como “llanto, encierros y todo eso de tristeza pero no le paramos bolas a esas cosas” (Camila, 2017, E.2).

Lo que Camila estaba presentando en la adolescencia eran síntomas tempranos de depresión, pero por la falta de conocimiento de patologías mentales, no buscaron ayuda oportuna para encontrarle solución a los signos que Camila manifestaba en su momento. A pesar de esas señales de depresión de Camila, pensaba en cómo sería su futuro cuando llegara a la última etapa de la vida “yo quería verme feliz, dándole consejos a todos de cómo era yo y como solita lo había superado” (Camila, 2017, E.2). Por tanto “es precisamente ese sentido particular el que se debe tratar de descubrir como punto de partida en la psicología para poder comprender la experiencia de cada ser humano” (Castro & García, 2011, p. 31).

Si bien lo que Camila trató de transmitir desde muy temprana edad, es su sentido de vida, a través de las experiencias del día a día, sean buenas o malas. En la mayoría de las veces era feliz aunque no se notara en las personas cercanas (mamá, hermanos) “yo siempre fui feliz, a pesar de mis bajones y todo pero siempre quise ser hacia feliz feliz [sic]” (Camila, 2017, E.2).

En la juventud, Camila esperaba su primer hijo, motivo por el cual ella manifiesta que el hijo que esperaba, el padre de este no lo quería reconocer formalmente; debido a lo mencionado anteriormente, le diagnosticaron depresión mayor, según Camila “porque me

encerré mucho tiempo, no hablaba con nadie y chillé y chillé todo el tiempo, me encerré a llorar año y medio” (2017, E.1).

En el DSMV (2014), aclaran que una persona es diagnosticada con depresión, si cumple con 4 o más criterios.

Aunque los criterios de la depresión ya fueron referenciados en el planteamiento del problema del presente trabajo de grado, se volverán a retomar para una mejor comprensión.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 104-105).

Referente a lo descrito, los especialistas que asistieron a Camila, debieron tomar en cuenta otros criterios (que ella manifestaba en su juventud y en el momento de hacerle la

entrevista no lo recordaba), para analizar los síntomas que estaba presentando Camila, y así ser diagnosticada con una patología mental.

Referenciando a Frankl, él expresa que el sentido de vida “es algo que debe ser hallado más que otorgado, descubierto más que inventado” (Frankl, 2012, p. 68).

Camila después de pensar en los encierros que presentó a causa del no reconocimiento de su primer hijo y de su diagnóstico mental (depresión mayor), reconoció que la enfermedad, no fue principalmente por el hecho de que su hijo no fuera aceptado por el papá y que su vida debe seguir y que las cosas ya pasaron y se debe darle un sentido a su propio existir “no estoy echándole la culpa a él, no, también fue culpa mía, porque yo tampoco pude haberme encerrado tanto, no lo estoy echando la culpa a nadie son cosas que pasaron y ya” (Camila, 2017, E.1).

Por tanto, es importante comprender que en la citación de Frankl del fragmento anterior, exponía que el sentido de una persona debe ser encontrado y no hallado por otras personas, por eso Camila, posiblemente le encuentre un sentido hacia su propia vida, que a pesar de poseer una enfermedad mental y las circunstancias adversas que le sucedieron en su juventud como el negamiento de su descendiente, le encontró un entendimiento a su vida y darle ejemplo a sus hijos, “de que se puede salir adelante a pesar de las falencias de la vida misma” (Camila, 2018, E.3).

La depresión, es una enfermedad que trae consigo episodios de crisis, por el cual Del Valle alusivo en el marco referencial del presente ejercicio investigativo, la enuncia como “en nuestro caminar hacia la meta de la vida, normalmente lo experimentamos como un llegar a ser más pero a veces se convierte en un llegar a ser menos, que es lo que le pasa al depresivo” (2002, p. 235).

Para llegar a un estado de crisis como lo enunció Del Valle (2002), la persona o el individuo posiblemente deban pensar que es un “alguien” que no merece vivir. Al ser una persona con una enfermedad mental y biológica (análisis que se hará más adelante), Camila en su juventud presentó varios episodios de crisis; entre ellos fue encontrar una barrera invisible, que le impidió demostrarle a todos sus allegados lo que sentía y pensaba acerca de la situación que vivenció al momento de nacer su primer hijo por lo que sus familiares optaron por llevarla a un hospital mental y en dicho lugar fue internada por cuarenta días. En ese momento, Camila no estaba “consciente” del actuar

Yo recuerdo que lo único que me hizo como reaccionar, como salir de allá, fue que me dijeron los médicos que me atendían me dijeron “si usted sigue aquí su hija se va a enfermar” pero cómo así, se va a enfermar porque yo estoy aquí: “si ella también se va a poner depresiva, así como usted”, y yo, cómo así, no, yo tengo que salir de aquí (Camila, 2017, E.1).

Una persona puede presentar voluntad de sentido

El hecho fundamental de que el hombre apunte más allá de sí mismo hacia un sentido que primeramente debe descubrir y cuya plenitud debe lograr, suelo describirlo con el concepto de la teoría de la motivación como una «voluntad de sentido» (Frankl, 2002, p. 22).

Si bien, como lo enuncia Frankl, se puede relacionar en la manifestación de Camila, ya que en ese momento, ella por si sola descubrió que su voluntad de sentido es su hija, es la motivación para no estar más en el hospital mental. Por tanto, para entender la voluntad de sentido de una persona, se debe hallar motivaciones propias para trascender a su propio existir.

En la actualidad (2018), Camila tiene 53 años, y vive de los recuerdos de su madre, menciona que el día en que murió ella sintió “tristeza enorme, un vacío” (2018, E.3). Al pasar el tiempo, Camila pensó que su vida no tenía un valor alguno puesto que su mamá ya no se encontraba en el mundo de los vivos, “pero después me di cuenta que mi mamá siempre va a estar conmigo, que no necesito si está muerta o viva para que me acompañe” (Camila, 2018, E.3). Citando a Freire, él referencia a Frankl “el sentido siempre se encuentra ligado, soldado a una situación única y particular” (Freire, 2007, p. 186).

En lo mencionado en el fragmento anterior, Camila vivió una situación que no fue fácil en el momento del fallecimiento de su madre, pero tomando como un segundo lugar, le encontró un sentido a su vida y a la muerte de su madre, que como lo decía Camila en el párrafo anterior “pero después me di cuenta que mi mamá siempre va a estar conmigo, que no necesito si está muerta o viva para que me acompañe” (2018, E.3).

Hace más de cinco años, que a Camila le diagnosticaron cáncer de mama, y debido a esta enfermedad biológica, le realizaron tratamientos como las quimioterapias

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células. Debido a que las células cancerosas en general crecen y se dividen más rápido que las células sanas, la quimioterapia las destruye más rápido que a la mayoría de las células sanas (American Society of Clinical Oncology, 2017, p. 1).

Es sabido que la quimioterapia trae consigo efectos biológicos y psicológicos, entre las secuelas de lo biológico como lo expresa la American Society of Clinical Oncology (2017), la caída del pelo, reducción de la masa muscular, es decir, la pérdida de peso notablemente; son algunas de las consecuencias de dicho tratamiento. Camila no fue la excepción de ello, “me sentía indispuesta y todo, se me cayó el cabello, bajé de peso pero aun así me sentía

tranquila, sabía que muy pronto me volvería a crecer el pelo y subiría de de [sic] peso” (2018, E.3). En lo psicológico, está la dificultad de concentrarse en sí mismo, por tal motivo Camila en el momento que se terminaba una sesión de quimioterapia, posiblemente actuaba y no recordaba lo que hacía; e intentó varias veces suicidarse; hecho por el cual en un efecto del tratamiento oncológico trató de quitarse la vida “las personas me decían “no se tire del puente”” (Camila, 2018, E.3). Por lo que Camila recordaba “y me bajaba de ese puente tan alto con ayuda de otras personas” (Camila, 2018, E.3).

Otro factor a destacar en relación a la resiliencia que posee Camila, en uno de los efectos de la depresión mayor y cáncer de mama

Yo me sentía mal psicológicamente pero mal, yo ya lloraba, la cabeza me pitaba y nadie, ni mi hija, ni mi esposo me llevaron al médico, entonces yo que hice me fui sola a donde el médico o el psicólogo (2017, E.2).

Es importante el trabajo individual que realiza Camila, porque a pesar de su condición mental y biológica que padece, quiere estar sana, sin importar la ayuda de un tercero o incluso de su propia familia.

En lo que se ha percibido en relación a la existencia que muestra una persona (Camila), con depresión mayor y cáncer de mama, es darle un ejemplo a sus hijos y a ella misma, “el día que yo me vaya a morir piense, valió la pena existir, porque les enseñé algo a mis hijos, a ser positivos en la vida” (Camila, 2017, E.2). Freire (2007), enuncia que “el análisis existencial persigue analizar el desarrollo y el despliegue de la vida del hombre único en su existencia singular” (p.107).

En relación a lo mencionado por Camila y Benigno, la existencia de una persona es única, por lo que a veces se puede pensar que para dejar de existir en el mundo de los vivos (Planeta Tierra), debe dejarse un “algo”, para Camila ese “algo” es enseñarles a sus hijos que

en la vida no todo es sufrimiento, que en cada padecer, es porque debe ser una lección de vida, o como lo dice Camila en sus propias palabras

No es que todo en la vida sea negativo, es porque así tenía que suceder y y [sic] aprendí de eso, por eso yo quiero que mis hijos me recuerden cuando ya no esté con ellos, que mi mamá me lo enseñó, me ayudó a pensar que no todo en la vida es malo (2018, E.3).

Apreciando el vocablo de Camila, posiblemente algunas personas que presentan un diagnóstico similar o igual al de cáncer de mama y depresión mayor, no pensarán en positivo, para ellos la vida ya se va cortando en la medida que pasa el tiempo. Por tanto Camila en medio de una de las entrevistas que se le realizaron, expresó lo siguiente

El hecho que que[sic] uno se va a morir, sea por una enfermedad o por las enfermedades que tenga, no quiere decir que uno ya se va tirar la toalla y pensar que ya me voy a morir solo porque tengo cáncer o alguna cosa(2018, E.3).

Considerando lo anterior, Frankl dice, “lo que importa entonces es dar testimonio de la mejor y exclusiva potencialidad humana, la de transformar una tragedia en un triunfo personal, la propia desgracia en un logro humano” (2016, p. 24).

Al respecto, se considera que Camila en sus momentos de crisis por las enfermedades que padece, ha logrado darle un triunfo a su vida y decirles a sus hijos el testimonio de “sobrevive a las quimioterapias, el cáncer y todo, y aún sigo luchando por mi vida” (Camila, 2018, E.3).

Frankl (2009), en sus teorías daba a entenderles a las personas que, una enfermedad mental o biológica, no les daba el entendimiento de cómo encontrarle sentido a su vida, de ser creativo, ser capaz de hacer las cosas “sólo el espíritu humano puede ser creativo, nunca puede serlo una enfermedad del espíritu” (2009, p. 167).

En este estudio de caso sobre el sentido de vida de una persona con depresión mayor y cáncer de mama, el individuo demuestra un sentido de vida no por el hecho de poseer un diagnóstico mental y biológico, sino que le nace desde su propio espíritu humano de ser positiva frente a su propio existir. Sin embargo, se puede considerar que posiblemente las patologías que presenta, la han convertido en sumarle más significado a su vivir y en demostrarles a su familia (hijos, esposo), que puede salir adelante.

La enfermedad como el cáncer de mama o seno, en ocasiones se le debe extraer uno de los senos de la mujer a consecuencia de la rapidez de las células cancerosas, es decir, el cáncer recorre una zona del cuerpo, en este caso el seno.

Según American, Cancer, Society [ACS], describe el por qué a una mujer se le debe hacer cirugía en uno de sus senos

Eliminar tanto cáncer como sea posible (cirugía con conservación del seno o mastectomía)

Averiguar si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos debajo del brazo (biopsia de ganglio centinela o disección de ganglio linfático axilar)

Restaurar la forma del seno después de extraer el cáncer (reconstrucción del seno)

Aliviar los síntomas del cáncer avanzado (American, Cancer, Society, prr. 2).

Mencionando dichas explicaciones de una cirugía de cáncer de mama, a Camila se le debió extraer uno de ellos, ella pensaba “Dios mío bendito ahora qué voy hacer sin uno de mis senos” (Camila, 2017, E.2).

Hace unos meses, Camila ha estado recibiendo ayuda psicológica, ella menciona que “me dijeron que la terapia se llama logoterapia o algo parecido” (Camila, 2018, E.3). Debe

acordarse de que la logoterapia se funda en un “cambio profundo y duradero, pues va a lo esencial de la persona, hacia el desarrollo del ser en su esencia y sentido” (Martínez, 2007, p. 69).

En algunos historiales clínicos (psicológicos) que facilitó Camila, se ha analizado que en las sesiones que ha tenido con él y/la terapeuta se demuestra, un interés en Camila por su propia vida, en efecto, en uno de los informes elaborados por el psicólogo ha descrito lo siguiente “paciente presenta síntomas de optimismo y esperanza en la vida de ella que se refleja en su conducta corporal y oral permitiendo un avance óptimo para su enfermedad” (P²⁰, 2017).

Es importante que un individuo en cualquier etapa de su vida, esté realizando un tratamiento psicológico, para ayudar a solucionar pequeños problemas que si no se solucionan a su debido tiempo, posiblemente se convertirán más graves para la persona. Camila, recibió apoyo psicológico después de la cirugía de uno de sus senos, en esa terapia, Camila se sentía triste por la falta de una parte de su cuerpo “me sentía que hace [sic] me falta algo muy importante” (2018, E.3).

En una de las sesiones de terapia, que recibía Camila, se encontraban otras pacientes con la misma similitud de diagnóstico mental y biológico, “yo me acuerdo que varias de ellas decían que se querían matar que no quieren pensar en despertar otro día más o alguna cosa para no vivir más porque le iban a quitar eh eh [sic] los dos senos” (Camila, 2018, E.3). Sin embargo, Camila les expresó a las demás personas que se encontraban en la terapia “yo sé que eso le duele muchísimo a uno como mujer, pero no por eso tienen que pensar en la muerte pensemos en nosotras, en lo mucho que nos gusta vivir” (Camila, 2018, E.3).

²⁰La letra P, hace alusión al psicólogo (a) que llevó a cabo la sesión de Camila, por tanto se reserva el nombre propio del profesional.

Lo que se puede percibir de los argumentos de dichas mujeres se relaciona con la frustración existencial de Frankl, “es un sentimiento de falta de sentido de la propia existencia” (2003, p. 87). Estas personas que acompañaban a Camila en la sesión terapéutica, se puede decir que no consideran tener un sentido de vida como Camila, es decir, no presentan sentimientos hacia su propio existir, no piensan en un mañana o en cómo superarse a ellas mismas ante la enfermedad biológica que les agobia.

El psicólogo al ver la reacción que tomó Camila frente a la muerte, les habló a los demás pacientes que estaban en la sesión

Yo recuerdo que el psicólogo les dijo a ellas, algo así como que no todo estaba perdido que que [*sic*] de alguna manera se puede salir adelante que así como yo, deben pensar y no dejarse vencer por una enfermedad, que piensen en sus vidas y las cosas bonitas que tiene ella (Camila, 2018, E.3).

Camila, en el momento que el psicólogo les expresó su pensamiento acerca de las opiniones que manifestaron algunas de las pacientes, no se sintió elogiada “yo pensaba, yo soy así solo que no no [*sic*] me gusta cómo las gentes toman actitudes negativas hacia ellas mismas” (Camila, 2018, E.3).

La voluntad de sentido que posee Camila es importante, porque da a entender que ella es una persona que piensa positivamente sin ser halagada ante los demás, sino sentirse bien consigo misma y darle un sentido a su vida “pues sólo en la medida en que el hombre ha llevado a efecto el sentido concreto de su existencia personal podrá también conseguir la plena realización de sí mismo” (Frankl, 2003, p. 66). Considerando la anterior cita, posiblemente Camila este y/o está en la realización como persona en la medida que va adquiriendo más sentido a su existir que para otros individuos, tal vez no lo sea así.

Un día como cualquiera, Camila indagó más sobre el tema del cáncer de mama y encontró que existen implantaciones para los senos, “en ese momento sentí una alegría tan grande” (Camila, 2018, E.3). A ella, con ayuda de su médico especialista, se le realizó la reconstrucción de seno²¹; después de la cirugía que se le hizo, el psicólogo que trata a Camila la felicitó por su elaboración personal de salir adelante sola, “él me dijo “usted a pesar de sus enfermedades demuestra que su vida tiene un valor”” (Camila, 2018, E.3).

El apoyo familiar que ha recibido Camila por parte de sus hijos, esposo y hermanos ha sido confortante para ella, porque en sus momentos de crisis por la depresión mayor

Ellos saben que cuando estoy en crisis por esa enfermedad, me ven muy calladita, muy dormilona o así, entonces ellos me dejan calmadita y no me preguntan nada y me dejan dormir y todo y esperan a que me pase esas cosas que me dan cuando estoy en crisis, ya cuando se me pasa eso le doy gracias a mi familia y por eso es que quiero seguir viviendo (Camila, 2018, E.3).

La logoterapia existencial de Frankl, manifiesta que “el hombre se orienta siempre hacia el mundo externo y, dentro de este mundo, se interesa por colmar el sentido de las cosas y por otros seres humanos” (2011, p. 282). Por lo que en Camila, uno de sus sentidos de vida, es ella misma y su familia, que todo el tiempo le dan motivaciones cuando está en episodios de crisis.

Las enfermedades que actualmente presenta Camila (cáncer de mama y depresión mayor), no son un factor negativo, al contrario, demuestra un sentido de existencia, por lo que ella asume esas patologías con tranquilidad; sus episodios de crisis son hechos que no recuerda y no los puede controlar, por ende; “cuando no estoy en crisis, yo no quiero morirme

²¹ Según NIH [Instituto Nacional del Cáncer] “Los senos pueden reconstruirse usando implantes de (solución salina o de silicona). Pueden también reconstruirse usando tejido autógeno (es decir, el tejido de otros lugares del cuerpo)” (NIH, 2017, prr. 2).

y ahora con estas enfermedades que tengo seré más luchadora impresionantemente, luché y luché y mire como ya estoy de bien” (Camila, 2018, E.3).

A lo que se refiere Camila con las luchas de su enfermedades, es de cómo las enfrenta ella por sí sola, que a pesar de contar con apoyo psicológico, ese refuerzo fue en una de las últimas etapas del cáncer de mama; pero en la depresión mayor fue ella misma que buscó profesionales para que la asistieran “al ver que yo quería salir adelante me fui solita a buscar ayuda donde los psicólogos o algo así parecido” (Camila, 2018, E.3).

Con lo que menciona Camila, Frankl al respecto dice: “el problema central gira en torno a la actitud con que uno se enfrenta con la enfermedad, la disposición o talante con que se contempla esta enfermedad” (2009, p. 94). En este sentido, la voluntad de Camila para seguir adelante con su valor de vivir y seguir luchando por su vida es la actitud que presenta ella ante su vida misma y a cómo la enfrenta, que por poseer una enfermedad mental y biológica no son impedimentos para dejar de batallar y decir algún día como lo expresa Camila “soy una mujer muy verraca y que le gano la batalla a esas enfermedades” (2018, E.3).

Es preciso señalar que “cuando ya no existe ninguna posibilidad de cambiar el destino, entonces es necesario salir al encuentro de este destino con la actitud acertada” (Frankl, 2009, p. 94). El trabajo investigativo sobre el sentido de vida de una persona con depresión mayor y cáncer de mama, uno de sus destinos de vida, tal vez fue ser diagnosticada con una enfermedad mental y biológica, sin embargo le encontró la forma de enfrentarlas con una actitud positiva frente a dichas patologías descritas anteriormente.

Camila asimila que tanto al cáncer de mama como la depresión mayor, aún no se le ha encontrado la cura, pero mientras se llegue a ese avance médico y psicológico “voy a vivir, como si nada tuviera yo en mi cuerpo o cabeza” (Camila, 2018, E.3).

Al momento que Camila presente un episodio de crisis por la depresión mayor, elabora bolsos para un almacén; ella expresa:

Para mí hacer bolsos, me hace sentir feliz, porque me hace sentir una persona más valiosa para mi familia, porque apporto algo, así sea algo pequeño, porque si no apporto nada, pienso que no valgo nada, pero eso lo digo cuando me dan crisis o me deprimó, (Camila, 2018, E.3).

Ante la citación anterior, Camila considera ser feliz sin que otro individuo se lo indique, pero su familia sabiendo los diagnósticos que posee, realizar bolsos es un objetivo que ella misma se propone hacer y sus allegados la apoyan, claro está que Camila cree que por aportar dinero puede contribuir al bienestar de sus hijos y/o esposo; pero uno de sus hijos le ha manifestado a Camila que no les interesa el efectivo con que ella contribuye a la familia, sino el como ella se siente bien a la hora de hacer los bolsos. A ello “yo me siento mal porque entonces a veces pienso que mi esfuerzo no vale” (Camila, E.3). Referido a lo descrito, Frankl (2003), señala que “cuanto más desconoce el hombre el objetivo de su vida, más trepidante ritmo da a esta vida” (p. 90). En algunas ocasiones, Camila supone que algunos de sus esfuerzos (realización de bolsos), no significan nada para la vida de los demás, por tanto puede descender el objetivo de su sentido de vida, y fácilmente entra en crisis “cuando yo pienso que no valgo nada, seguro entro en desespero, comienzo a llorar y me tienen que llevar a controlarme otra vez” (Camila, 2018, E.3).

Las personas con una enfermedad mental como lo es depresión mayor, son individuos que al decirles frases o palabras fuertes por parte de sus seres queridos o personas cercanas “incrementan el riesgo de depresión” (Guía Salud, p.29). Sin embargo la persona de este estudio de caso, ha presentado sucesos de crisis, pero no significa que por sus estados alterados que en ocasiones presenta, son motivo para dejar de luchar por su sentido de vida

Yo cuando tengo mis crisis y luego se me pasa a mí me dicen que yo digo “que yo no valgo nada” pero yo, cómo así, en qué estaba pensando, eso que me dijeron son cosas pasajeras tengo que seguir con mis ideales de seguir adelante con o sin ayuda de ellos (Camila, 2018, E.3).

Considerando lo dicho en el fragmento anterior, Camila presenta voluntad de sentido, que pese a sus momentos de crisis, no son impedimentos para darle valor a su vida, al contrario, ella considera “yo sé que tengo mis problemas por la enfermedad y todo eso, pero yo quiero seguir viviendo y ser feliz, sentirme bien a pesar de todas esas crisis que me den hoy o en otros meses” (2018, E.3).

En relación a lo mencionado por Camila, “sólo está enfermo el que se siente enfermo; pero puede demostrarse que, en algunas circunstancias, está también enfermo el que se siente feliz” (Frankl, 2003, p. 104).

Camila es un ser humano, que no está exenta de las enfermedades mentales y biológicas que se encuentran en el Planeta Tierra, sin embargo no es un individuo que se deja vencer fácilmente ante las circunstancias que se le presenten en su vida cotidiana; es cierto que en sus estados alterados manifiesta pensamientos y/o actitudes negativas ante su vida, pero ello no representa que su vida no contenga algún valor como otras personas que Camila conoce

Yo conozco algunos que me dicen “porque tienen cáncer o depresión o alguna cosa ya se quieren morir que no vale la pena vivir más” yo, cómo así, dejen de pensar eso y piensen mejor en su vida y en las cosas buenas que tiene (Camila, 2017. E.2).

Ante esto, la familia de Camila (hijos, hermanos, esposo), la han felicitado por demostrarle a las personas que sí se puede salir adelante, sin importar las barreras que obstaculicen el paso para seguir por el camino de la vida que como lo menciona Camila “la vida es un camino y uno lo debe afrontar positivamente” (Camila, 2017, E.2).

Camila, quiere para sus hijos “enseñarles a ser fuertes, a ser personas que piensen positivamente” (Camila, 2017, E.2). Una de las principales enseñanzas que Camila quiere dejar reflejado en su vida, es

Que me recuerden que siempre pensé en positivo ante mi vida y ante las enfermedades que tuve, que no me encerré en un lugarcito a llorar y decir que para qué vivir si ya casi me voy a morir con este cáncer que tengo, sé que algún día me tengo que morir, pero mientras eso pase, quiero enseñarles a mis hijos y a todas las personas que que [sic] me conocen que la vida está para disfrutarla (Camila, 2017, E.2).

La persona de este estudio de caso comprende que a pesar de pensar positivamente hacia su propia vida, entiende que en cualquier momento debe fallecer, pero mientras ese día llegue, va a querer transmitirle a sus seres queridos, enseñanzas de vida y demostrarles las superaciones que trató de cumplir ante su enfermedad mental y biológica. Ante esto Camila expresa

Yo sé que yo cuando me vaya a morir, sé que era única y también mis enseñanzas de vida son únicas también, por eso quiero que mis hijos no me vean como una persona más del montón, que me vean como una mamá o persona o algo así positiva (Camila, 2017, E. 2).

Si bien es cierto que, “cada hombre es único y que cada vida humana es singular; por lo mismo, nadie puede ser reemplazado y ninguna vida puede repetirse” (Frankl, 2003, p. 97). Camila, con depresión mayor y cáncer de mama, ha manifestado que no es igual a otros individuos. Es verdad que algunas mujeres posiblemente presenten diagnósticos similares a los de ella, pero no perciben su sentido de vida y su existencia igual a Camila, ella enuncia que “conocí a muchas mujeres con depresión y cáncer de mama, pero no eran iguales a mí,

porque pensaban diferente, les pasaban cosas distintas a las que a mí me tocó vivir” (Camila, 2018, E.3).

Analizando lo anterior, los sentidos de vida de cada ser humano, son diferentes por las experiencias que han vivido, por tanto, Camila declara

Uno como u [sic] humano que es, hace las cosas como las sabe hacer, no por eso es un perdedor o un ganador, yo pienso que siempre voy hacer las cosas de forma positiva y tomar decisiones que para mí son correctas no por eso tengo que que [sic] pensar que otra persona tiene que tomar decisiones como yo (Camila, 2018, E.3).

En lo descrito, el sentido de vida de Camila es gracias a las decisiones que ha tomado de su propia vida, en relación a lo dicho

El hombre está llamado a hacer el mejor uso de cada momento y a tomar la decisión correcta en cada instante: se supone que sabe lo que tiene que hacer, o a quién ha de amar o cómo tiene que sufrir (Frankl, 2003, p.97).

Teniendo en cuenta que “la realización provoca también la felicidad, pero no excluye la soledad y el silencio; su efecto es puramente interior” (Todorov, 2001, p.4). Camila, es una persona que piensa en la realización de su vida y en ella, se siente feliz por su modo de ser y no porque otra persona le indique como ser feliz, “sé que soy una persona que no no [sic] soy famosa pero me siento feliz por ser como soy y eso eso [sic] me nace como del corazón o algo así” (Camila, E.3). En relación a lo mencionado, “me siento feliz feliz [sic] por ser como soy, de cómo veo a mi me [sic] misma ante mí” (Camila, 2018, E.3). A ello Todorov dice en relación a la realización “estoy satisfecho de la imagen que me doy a mí mismo” (2001, p.5).

En cuanto a la voluntad de sentido que presenta Camila, ella les demuestra a sus hijos que “si uno tiene voluntad para hacer las cosas bien y eh eh [sic] pensar bien por sí mismo, va a encontrar que que [sic] la vida no es difícil vivir” (Camila, 2018, E.3). En efecto,

Camila, les enseña a sus allegados que en la vida se debe tener voluntad para actuar de buena manera, y además, los individuos deben reflexionar por si mismos no para terceros, porque así no se llegaría a obtener voluntad de sentido en la existencia de cada ser humano. Frankl (1991) manifiesta que “a cada hombre se le pregunta por la vida y únicamente puede responder a la vida respondiendo por su propia vida; sólo siendo responsable puede contestar a la vida” (p. 62).

Cada persona debe hacerse responsable por sus actos y ser responsables de ellos, no por las acciones de otros individuos, para darle valor y significado a su propio existir

Por eso yo me digo a mi misma y a mis hijos que mi vida que que [sic] es mía y no de nadie más, por eso, pienso que si uno piensa primero por uno mismo es más feliz y es más fácil responder por sus actos que por los demás (Camila, 2018, E.3).

El valor de la vida de Camila, depende solamente de ella misma, es decir, no está sujeta por otro humano, es cierto que sus hijos hacen parte de su sentido de vida y de su existir, pero no son la fuente necesaria, para que Camila actué solo por y para ellos.

7. Conclusiones

En el presente estudio de caso, “las conclusiones deben ser congruentes con los datos” (Baptista, Fernández & Hernández, 2010, p. 536), para determinar las deducciones que se encontraron en los análisis y resultados del ejercicio investigativo.

La persona que cooperó con este estudio de caso es importante, porque permite comprender el valor de la vida y existencia de un individuo con depresión mayor y cáncer de mama a través de las diferentes etapas del ciclo de vida que posee todo ser humano, mediante una perspectiva positiva, que a pesar de su diagnóstico mental y biológico no es impedimento alguno para que le encuentre un sentido a la vida. Antes de poseer depresión mayor y cáncer de mama, no les transmitía a sus allegados actos y pensamientos negativos frente a su propia vida, por lo que aún le permite enseñarle a su familia lo importante que es su existencia.

Al ser pronosticada por sus enfermedades, aún sigue demostrándose a sí misma el valor, que tiene su existir, que el sentido de vivir es ser feliz y manifestarles a su familia, que si se puede llevar una vida plena sin importar los obstáculos que se le presenten en el camino de la vida.

Se evidenció en las entrevistas (semi estructurada y a profundidad), que se le realizaron a la persona de este estudio de caso con cáncer de mama y depresión mayor, que si le encuentra sentido a su vida, que por sus diagnósticos, algunos individuos del común la han etiquetado como “una persona que no le importa la vida”, pero dichos comentarios, no le afectan en su día a día. Ante a esto, se demuestra a ella misma que su existir es importante tanto para ella como para sus familiares, por tanto dicha persona puede llegar a vivir ante las adversidades que se le encuentren en su destino.

Se encontró en el sentido de vida en una persona con depresión mayor y cáncer de mama, que cada individuo es único y mira su realidad conforme piensa y actúa, sin importar las dificultades que el ser humano considere importantes o no en su vida. A ello, en el transcurso de la vida, aparecen obstáculos fáciles o complicados, todo depende de cómo es la percepción de la persona ante su vida, y cómo el valor de su existencia es de suma significación, que su subsistencia no dependa de alguien y/o algo más, sino que le encuentre voluntad de sentido en su diario vivir.

La persona que de una forma voluntaria coopero con el presente ejercicio investigativo, para ella el sentido de vida es la felicidad y transmitírsela a sus más allegados con enseñanzas de vida que Camila vivencio en su momento (infancia, adolescencia, juventud) lo supero de una manera correcta como lo es para ella la felicidad.

8. Recomendaciones

En investigaciones próximas en relación al sentido de vida de una persona con depresión mayor y cáncer de mama, es aconsejable, dejar a un lado algunos prejuicios negativos tales como: “esa persona tiene cáncer, demás que no le interesa la vida” o “ese individuo se quiere suicidar porque posee depresión”, que se consideran que no son pertinentes para un ejercicio investigativo, que lo que se pretende encontrar son hallazgos y resultados positivos frente a los individuos que son diagnosticados con una enfermedad mental y biológica.

Frankl, es uno de los principales autores que más se referenció en este estudio de caso sobre el sentido de vida, porque sus investigaciones corresponden a los objetivos propuestos de este trabajo de grado (al valor de la vida, existencia). Aunque en futuros estudios de caso, se puede profundizar en otros escritores que estén relacionados en temas como: el sentido de vida, existencia y voluntad de sentido.

Es importante que un individuo evidencie apoyo familiar, es decir, los allegados de individuos con diagnósticos similares y/o iguales a la depresión mayor y cáncer de mama consideren significativos los momentos positivos que manifiesten sus parientes.

9. Referencias

- Alcaldía de Medellín (2015). *Perfil Demográfico 2016 – 2020 Total Medellín*. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/IndicadoresyEstadsticas/Shared%20Content/Documentos/ProyeccionPoblacion2016-2020/Perfil%20Demogr%C3%A1fico%202016%20-%202020%20Total%20Medellin.pdf
- Arcila, A. Buritica, L. Castrillón J. & Robledo, L. (2004). *Paradigmas y modelos de investigación guía didáctica y módulo*. Recuperado de <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2011/02/0008paradigmasymodelos.771.pdf>
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión, *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8 (3), 563-601. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002
- American Cancer Society. [ACS]. (2017). *Signos y síntomas del cáncer de seno*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/signos-y-sintomas-del-cancer-de-seno.html>
- American, Cancer, Society. [ACS]. (2017). *Cirugía para el cáncer de seno*. Recuperado de https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno.html#escrito_por

American Society of Clinical Oncology. [ASCO]. (2017). *Qué es la quimioterapia*.

Recuperado de

<https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/quimioterapia/qu%C3%A9-es-la-quimioterapia>

Albacete, A. (2017). *Cáncer de mama y consecuencias psicológicas*. Recuperado de

<http://mujerescontraelcancer.com/ayuda-psicologica-cancer/cancer-de-mama-y-consecuencias-psicologicas>

Albuquerque, G. (2006). Cáncer de mama y Depresión, *Revista Electrónica de Psicología*

Iztacala, 9 (2) 67-83. Recuperado de

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num2/vol9n2art4.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría. [APA]. (2014). Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo (103-129). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM*. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría.

Asociación Americana de Psiquiatría. [APA]. *El camino a la resiliencia*. Recuperado de

<http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>

Arboleda, C. & Castro, A. (2002). Cara a cara con la muerte: buscando el sentido, *Psicología*

desde el caribe, 009, 1-19. Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3165204&query=muerte+psicologia>

Arón, A. & Barudy, J. (2013). *Los buenos tratos a la infancia Parentalidad, apego y*

resiliencia. Barcelona: Gedisa. Recuperado de

<https://books.google.com.co/books?id=GiUIBQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=los+buenos+tratos+a+la+infancia+parentalidad+apego+y+resiliencia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi6-MrqjKvaAhUqWN8KHRkPC3sQ6AEIJjAA#v=onepage&q=los%20buenos%20tratos%20a%20la%20infancia%20parentalidad%20apego%20y%20resiliencia&f=false>

Arosemena, R. (2016). *El ciclo de desarrollo humano: pincelazos de una vida*. Recuperado de

<https://www.psyciencia.com/ciclo-de-desarrollo/>

Arroyo, M. Baer, A. Beltramino, F. Cisneros, C. Kornblit, A. Martínez, A. Merlino, A. Parisí,

A. Sautu, R. Schnettler, B. Verardi, M. &Vieytes, R. (2009). *Investigación Cualitativa En Ciencias Sociales*. Buenos Aires: CENGAGE Learning.

Baptista, P. Fernández, C. & Hernández, R. (2010). *Metodología de la investigación*

(5ªed.).México D.F: McGraw- hill / interamericana editores, S.a. de c.v. Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Bernardo, A. (2015). *La lucha contra el cáncer en diez imágenes históricas*. Recuperado de

<https://hipertextual.com/2015/02/historia-del-cancer>

Breastcancer.org (2016). *¿Qué es el cáncer de mama?* Recuperado de

http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama

Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa* (2ª ed.). La Muralla S.A.

Burgos, J. Cañas, J. & Domínguez, X. (Ed.). (2013). *Introducción a la psicología*

personalista. Madrid: Dykinson, S.L. Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=4498965&query=victor+frankl>

Block, S. & Miovic, M. (2007). *Psychiatric disorders in advanced cancer*. Recuperado de

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.22980>

Calle, J. (2002). *La familia y la enfermedad en fase terminal*.

Capafons, J. Sosa, C. & Prieto, P. (2010). *Intervención psicológica con pacientes oncológicos*.

Recuperado de

<http://www.psicologia.ull.es/archivos/revista/ariculosripla2010/Intervenci%C3%B3n%20opsicol%C3%B3gica%20en%20pacientes%20oncol%C3%B3gicos.pdf>

Castillo, S. Creus, J. Gumá, J. Martín, D. Rubio, B. & Sirgo, B. (2011). Valoración del funcionamiento cognitivo en mujeres con cáncer de mama antes de iniciar el tratamiento oncológico, *Psicooncología*, 8,(2-3), 281-300.

Castro, A. & García, G. (2011). *Psicología clínica fundamentos existenciales* (2ª ed.).

Barranquilla: Editorial Universidad del Norte. Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3198061&query=vio+existencial>

El Tiempo. (2017, 24 de febrero). Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo. *El Tiempo*, Prr. 1. Recuperado de

<http://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-sobre-depresion-en-colombia-y-en-el-mundo-segun-la-oms-61454>

Frankl, V. (Aut.). & Villanueva, M. (Trad.). (2003). *Ante el vacío existencial: Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Herder Editorial, S.L. Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3194365&query=vacio+existencial+frankl>

Frankl, V. (Aut.). Herrero, G. & Kopplhuber, C. (Trad.). (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: ES: Herder Editorial.

Recuperado de

<http://site.ebrary.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=10486048&ppg=8>

Frankl, V. (Aut.). & Diorki, (Trad.). (1991). *El hombre en busca de sentido* (12^a ed.).

Barcelona: Herder. Recuperado de

https://markeythink.files.wordpress.com/2011/04/el_hombre_en_busca_de_sentido_viktor_frankl.pdf

Frankl, V. (Aut.). & García, C. (Trad.). (2012). *Fundamentos y aplicaciones de la*

logoterapia. Barcelona: Herder Editorial. Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3229200&query=>

Frankl, V. (Aut.). Fundación Arché. (Trad.). (2002). *La voluntad de sentido: conferencias*

escogidas sobre logoterapia (1^a ed.). Barcelona: Herder Editorial S.L. Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3229307&query=victor+frankl>

Frankl, V. (Aut.).& Guéra, A. (Trad.). (2016). *Psicoterapia y humanismo*. Ciudad de México:

Fondo Cultura Económica. Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=4734904&query=voluntad+de+sentido>

Frankl, V. (Aut.). & Martínez, A. (Trad.). (2003). *Psicoterapia y existencialismo: escritos*

selectos sobre logoterapia (2^a ed.). Barcelona: Herder Editorial, S.L. Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3194750&query=victor+frankl>

- Frankl, V. (Aut.). Prado, J. Wenzel, R. & Arias, I. (Trad.). (2011). *Logoterapia y análisis existencial* (xª ed.). Barcelona: Herder Editorial, S.L. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3229104&query=vio+existencial>
- Freire, J. (2007). *El humanismo de la logoterapia de Viktor Frankl: la aplicación del análisis existencial en la orientación personal* (2ª ed.). Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3179752&query=victor+frankl>
- Gallegos, W. (2015). Carl R. Rogers y la Terapia Centrada en el Cliente, *Av. Psicol* 23 (2), 141-148. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_2/W.Arias.pdf
- García, J., & Palazón, P. (2010). *Afronta tu depresión: con psicoterapia Interpersonal*. Bilbao, ES: Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=10485963&ppg=10>
- García, J. (2013). *Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas*. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/psicologia/piramide-de-maslow>
- García, L. Martínez, A. Rivero, R. Piqueras, J. Ramos, V. & Oblitas, L.(2008). Psicología y cáncer, *Suma Psicológica*, 15 (1), 171-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604007>
- Hernández, M., & Valdez, J. (2002). Significado psicológico de vida y muerte en jóvenes. *Ciencia Ergo Sum*, 9 (2), 1-8. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/104/10402405.pdf>

- Institución nacional del cáncer [NYH]. (2015) *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de [.https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es](https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es)
- Gonzales, A. (2010). *Segunda Guerra Mundial*. Recuperado de <http://www.historiacultural.com/2010/11/segunda-guerra-mundial.html>
- Gorenstein, A. (2012). *Resiliencia, vidas que enseñan*, (1ª ed.). Buenos aires: Del Nuevo Extremo. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3226045&query=resiliencia>
- Guía Salud. *Definición y diagnóstico de la depresión mayor*. Recuperado de <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/apartado04/definicion%20y%20diagnostico.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer. [NIC]. (2017). *Reconstrucción del seno después de una mastectomía*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/hoja-informativa-reconstruccion#q1>
- ²²Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, (2012). Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia, 2012. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2012/3%20violencia%20intrafamiliar%20forensis%202012.pdf>
- Lambert, C. (2006). Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. *Teología y Vida*, XLVII (4), 517-529. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32214685008>

²² La referencia, ya no se encuentra en internet, fue citado el 15 de octubre del 2017.

- López Ibor, M. I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209-211. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001
- Lizarazo, A. Moreno, K. Ospino, J. & Palacios, X. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455-479. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a08.pdf>
- Mandal, A. (2017). *Historia del Cáncer*. Recuperado de [https://www.news-medical.net/health/Cancer-History-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Cancer-History-(Spanish).aspx)
- Marina, M. (2009). *Logoterapia*. Recuperado de <http://www.saludterapia.com/glosario/d/49-logoterapia.html>
- Martínez, E. (2007). *Psicoterapia y sentido de vida*. Bogotá: Herder.
- Martínez, E. (2011). *Las psicoterapias existenciales*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3223699&query=vio+existencial>
- Ministerio de Salud [Minsalud]. (1993). *Resolución número 8430 DE 1993*, Bogotá. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud [Minsalud]. (2015). *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

Ministerio de la Protección Social [Minsalud]. (2006). *Ley Número 1090 De 2006*.

Recuperado de

<http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Ministerio de Salud [Minsalud]. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Bogotá. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Montesó, C. M. P. (2015). *La depresión en las mujeres*. Tarragona, ESPAÑA: Publicacions

Universitat Rovira i Virgili. Recuperado de

<http://site.ebrary.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=11216972&ppg=5>

Moreno, J. (2015). *El largo camino de la historia del cáncer*. Madrid: you &US, S.A.

Monge, A. (2002). *Una luz sobre el sufrimiento y la muerte*, Pamplona: Universidad de

Navarra, S.A. (EUNSA). Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3206784&query=Sentido+de+vida+en+Relaci%C3%B3n+a+la+Muerte>

Muñiz, M. *Estudios de caso en la investigación cualitativa*. Recuperado de

http://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf

Muriana, E. Pectenò, I. & Verbitz, T. (Aut.) Bargalló, J. (Trad.) (2007). Capítulo 4 La

creencia. *Las caras de la depresión: abandonar el rol de víctima: curarse con la psicoterapia en tiempo breve*. Barcelona, ES: Herder Editorial. Recuperado de

<http://site.ebrary.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=11046774&ppg=13>

RCN. (2014). *Muertes por cáncer de mama en Colombia pasaron de 1.327 a 2.566.*

Recuperado de

<https://www.noticiarscn.com/bienestar-salud/muertes-cancer-mama-colombia-pasaron-1327-2566>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Depresión.* Recuperado de

<http://www.who.int/topics/depression/es/>

Sieder, R., & Sierra, M. (2011). *Acceso a la justicia para las mujeres indígenas en América Latina.* Recuperado de

<https://www.cmi.no/publications/file/3941-acceso-a-la-justicia-para-las-mujeres-indigenas-en.pdf>

Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos.* Madrid: Morata, S. L.

Suárez, H. (2005). *El liderazgo político análisis de casos* (4^a ed.). Bogotá: fondo editorial

UPN. Recuperado de

https://books.google.com.co/books?id=8pULrd-DIKEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Todorov, T. (1995). *La vida en común:* Madrid, Ed. Taurus.

Torres, Y. (Ed.). (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012.*

Medellín. Recuperado de

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1F4EB0B9B0E524A905257AA70077982A/\\$FILE/1.Estudio_Salud_Mental_Medellin_2011.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1F4EB0B9B0E524A905257AA70077982A/$FILE/1.Estudio_Salud_Mental_Medellin_2011.pdf)

Puente, J. & Velasco, G. (2017). *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?* Recuperado de

<https://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>

Puerta, E. & Vázquez, M. (2012). Caminos para la resiliencia, *UDEA*, 1, (2), 1- 4. Recuperado de

http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8053e5b2-7d04-4997-9dc0-4dcada70658f/BoletA%CC%83%C2%ADn+2_Concepto+de+Resiliencia.pdf?MOD=AJPERES

Puig, G. & Rubio, J. (Aut.). Lisca, C. (Trad.). (2013). *Manual de resiliencia aplicada*, Barcelona: Gedisa S. A. Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=4776341&query=resiliencia>

Universidad católica del Uruguay (2002). *Depresión: trastornos del mundo contemporáneo*. Montevideo: Polo Ltda.

Universidad Nacional Autónoma de México. [UNAM]. *Neurofisiología*. Ciudad de México. Recuperado de

<http://www.facmed.unam.mx/Libro-NeuroFisio/Personas/Hipocrates/Hipocrates.html>

Velázquez, L. (2001). Terapia Gestáltica de Friedrich Solomon Perls Fundamentación Fenomenológica-Existencial, *Psicología desde el Caribe*, (7), 130-137. Recuperado de

<http://bibliotecapsicologia.org/Gestalt/Terapia%20Gestalt%20fundamentos.pdf>

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Habana: ciencias médicas. Recuperado de

http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

10. Bibliografía

García, C. & Gonzales, M. (2007). Bienestar Psicológico y cáncer de mama, *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), pp. 72-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/799/79902508.pdf>

11. Anexos

En este apartado, se encuentra el consentimiento informado que se le dio a conocer al individuo de este estudio de caso sobre el sentido de vida en una persona con depresión mayor y cáncer de mama, en el momento de realizarle la entrevista, (semi estructurada, estructurada y a profundidad), además estarán las preguntas que se desarrollaron en los encuentros con Camila, en total fueron tres entrevistas que se le hicieron.

11.1. Anexo 1

Consentimiento informado para el entrevistado.

Yo, _____ con
C.C. _____ expedida en _____, doy consentimiento para suministrar de manera libre y voluntaria la información que he aportado mediante entrevista realizada el día _____, para la investigación. Además doy fe de que se me han explicado, por parte de la investigadora Lorena Gómez Ruiz, identificada con CC: _____, los usos académicos que se le dará a dicha información y su forma de sistematizarla, interpretarla y socializarla; donde se respetará la identidad institucional y de las personas a las que se alude, protegiendo en todos los casos el principio ético de confidencialidad y el constitucional referido al buen nombre (Art. 16, CNC/91). Los resultados de la entrevista, incluidos en esta investigación, pueden ser publicados inicialmente en el trabajo de grado que se adelanta en el

programa de Psicología de UNIMINUTO Sede Bello, y la identidad de ustedes será reservada.

Bajo la anterior finalidad, también doy autorización para que la información suministrada se grabe para ser transcrita, con el compromiso que posteriormente la grabación sea destruida.

Con esta finalidad lo firmo en la ciudad de: _____ a los _____ del mes de _____ 2017.

Firma

11.2. Anexo 2

Preguntas de la primera entrevista (semi estructurada)

1. ¿En qué ciudad o municipio nació?
2. ¿Cuántos años tienes?
3. ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Alguno de ellos presenta algún diagnóstico mental o biológico?
4. ¿Convivió con sus padres y como fue esa relación con su papá y mamá?
5. ¿Cuáles fueron los primeros síntomas que recuerda de sus enfermedades?
6. ¿Tienes hijos?
7. ¿Cuando estaba en embarazo de su primer hijo, ya presentaba signos de depresión?
8. ¿Qué inconvenientes presentó durante el embarazo de su primer hijo?
9. ¿Cómo ha sido el apoyo psicológico que ha recibido por parte de su familia?
10. ¿Ha sido internada en un hospital mental? ¿Por qué?
11. ¿Qué recuerdos presenta en estos momentos, en sus ataques de crisis debido a la depresión mayor?
12. ¿Cómo se siente por estar diagnosticada con cáncer de mama?
13. ¿Ha intentado suicidarse? ¿Por qué?

11.3. Anexo 3

Preguntas de la segunda entrevista (estructurada)

1. ¿Cómo es su día a día?
2. ¿Qué piensa de su enfermedad biológica y mental?
3. ¿De quienes de sus miembros de su familia ha recibido apoyo? ¿Por qué?
4. ¿Cómo era su vida antes de ser diagnosticada con depresión mayor y cáncer de mama?
5. ¿Cómo era la relación de sus padres hacia usted?
6. ¿En su adolescencia tenía amigos?
7. ¿Cómo era la relación de sus padres con sus amigos?
8. ¿Sus familiares percibieron signos de su enfermedad mental en su juventud? ¿Cuáles eran esos signos?
9. ¿Qué recuerdos puede decir en su adolescencia?
10. ¿Al momento de vivenciar momentos de crisis por la depresión, qué reacciones manifiesta en ese momento?
11. ¿Cómo le das ejemplo a sus hijos?
12. ¿Qué enseñanzas de vida le das a tu familia?
13. ¿Cuáles son los tratamientos (cirugía, fármacos), que le han hecho a causa del cáncer de mama?
14. ¿Las personas que conoce (amigos, familiares, vecinos etc), le han mencionado a usted pensamientos o frases negativos frente a su vida por el hecho de ser diagnosticada con depresión mayor y cáncer de mama? ¿Cuáles son esos pensamientos o frases negativas?
15. ¿Su familia cómo la ha felicitado por presentar sentido de vida?

16. ¿Cómo quiere que la recuerden sus más allegados?

11.4. Anexo 4

Preguntas de la tercera entrevista (profundidad)

1. ¿Qué recuerda de su infancia?
2. ¿Cómo motivaba a sus hermanos en su infancia?
3. ¿Sus padres aún viven?
4. ¿Qué recuerda de los funerales de sus padres?
5. ¿Cómo recuerda a tu mamá y papá?
6. ¿En su adolescencia cómo superaba los obstáculos que se le presentaban en su diario vivir?
7. ¿Por qué cree que su vida presenta valor?
8. ¿Para usted su vida, es negativa? ¿Por qué?
9. ¿En el momento de realizarle tratamientos oncológicos, que pensaba?
10. ¿Conoces a otros individuos con similitudes de diagnóstico de depresión mayor y cáncer de mama? ¿Qué comentarios ha recibido por parte de ellos?
11. ¿Qué piensa de la muerte?
12. ¿Por qué quiere seguir viviendo?
13. ¿Cómo piensa de su futuro?