

Intervención terapéutica para pacientes oncológicos en estado depresivo: Contexto y sugerencias desde el enfoque psicodinámico



Rossana Sánchez Mojica*

Diciembre de 2019

RESUMEN

En este artículo se realiza un análisis de casos de intervenciones psicológicas desde el enfoque psicodinámico, aplicadas a pacientes con distintos tipos de cáncer y de diferentes características etnográficas. Este trabajo tiene como objetivo realizar una reflexión sobre los distintos tratamientos aplicables a pacientes oncológicos, de modo que se tenga una referente subjetiva profesional base desde la opinión profesional de la autora, que sirva como guía a otros profesionales de la psicología en el tratamiento de este tipo de personas. Se tuvieron en cuenta como referentes teóricos algunas tesis, trabajos de maestría y otras investigaciones llevadas a cabo durante los últimos cinco años en distintas ciudades a nivel internacional, permitiendo conocer los enfoques de tratamiento aplicados por profesionales en distintos contextos.

PALABRAS CLAVE

Cáncer, enfoque psicodinámico, depresión, psico-oncología, intervención terapéutica.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

*Estudiante de Psicología – Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias Sociales y Humanistas
srossana@estudiantes.areandina.edu.co

Therapeutic intervention for cancer patients in a depressed state:

Context and suggestions from the psychodynamic approach



Rossana Sánchez Mojica*

December/2019

ABSTRACT

This article analyzes cases of psychological interventions from the psychodynamic approach, applied to patients with different types of cancer and with different ethnographic characteristics. This work aims to reflect on the different treatments applicable to cancer patients, so that there is a subjective professional reference based on the author's professional opinion, which serves as a guide to other psychology professionals in the treatment of this type of people. Some theses, master's works and other research carried out during the last five years in different cities at international level were taken into account as theoretical references, allowing to know the treatment approaches applied by professionals in different contexts.

KEYWORDS

Cancer, psychodynamic approach, depression, psycho-oncology, therapeutic intervention.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

THOUGHT ARTICLE

* Psychology student – Fundación Universitaria del Área Andina
Faculty of Social and Humanist Sciences
srossana@estudiantes.areandina.edu.co

Introducción

En el transcurso de la enfermedad oncológica, el proceso de duelo psicológico es inevitable, por lo que la intervención de la psicología como especialidad que permite esclarecer, mediar y aliviar el dolor de pacientes y familiares, se hace imprescindible. El padecimiento de esta enfermedad es una de las experiencias más difíciles que una persona pudiera llegar a experimentar, por la gran cantidad de factores que implica y la relación directa con la muerte. Existen aún varios tipos de cáncer en los que no se conoce el modo de curarlos o tratarlos satisfactoriamente, por lo que a la incertidumbre vital se une la sensación de impotencia y la urgencia por saber, cómo enfrentarlo. El cáncer al ser diagnosticado, muda muchos de los aspectos de la vida cotidiana, tanto en el paciente como en su familia y en su entorno más cercano.

El cáncer es considerado hoy por hoy como un grave problema de salud en el mundo, no solo por el gran número de personas que mueren por esta causa, sino también por las complicaciones y limitaciones físicas y psicológicas que provoca. Esta enfermedad viene en un

aumento bastante notorio a nivel mundial, y sus consecuencias emocionales que conlleva para una persona el hecho de ser diagnosticado “CA positivo”, así como el tratamiento para estos pacientes, ha permitido que surjan nuevas disciplinas como la psicooncología, que se ha centrado específicamente en las necesidades de este proceso mórbido. Su propósito final es aliviar síntomas psíquicos y tratar de alcanzar la humanización de los tratamientos. Procura también conocer y describir los diversos modos de afrontamiento de la enfermedad oncológica, los factores que influyen sobre ella y las estrategias terapéuticas útiles. (Cabrera Macías, López González, López Cabrera, & Arredondo Aldama, 2017).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer constituye la segunda causa de muerte en el mundo; ocasionando en 2015, 8,8 millones de fallecimientos. Aproximadamente una de cada seis defunciones se debe a esta enfermedad. Los tipos de carcinomas con una mayor mortalidad fueron: el de pulmón, colorrectal, hepático, mamario y gástrico. Cerca del 70% de estas defunciones por

cáncer acontecieron en países de ingresos medios y bajos.

Según Legelen (2014), la atención psicológica a pacientes oncológicos comprende básicamente tres fases de intervención, las cuales pueden variar dependiendo del curso de la enfermedad: prevención, intervención terapéutica y rehabilitación y cuidados paliativos.

Para el caso de este artículo, se busca reflexionar un poco sobre la depresión que en el mayor número de casos subyace en el paciente luego del diagnóstico cancerígeno.

Se sabe que la depresión está determinada por una tristeza patológica, disminuye el autoestima, provoca irritabilidad, llanto, sentimientos de culpa, ideas suicidas, actos fallidos de suicidio, sentimientos de minusvalía, anhedonia; todo esto, empeora la sintomatología somática del paciente oncológico, por lo que determinar un correcto tratamiento psicológico y emocional ayudará a mejorar los resultados del tratamiento médico para la sintomatología cancerígena (Rivera Ulloa, 2016).

Desde el psicoanálisis existe vasta literatura que señala que el desarrollo de

una determinada enfermedad posiblemente sea desencadenada por condiciones psíquicas negativas (Sotelo Moyano, 2014).

A medida que van evolucionando los síntomas depresivos con la enfermedad oncológica, el individuo tiende a limitarse de tal manera, que llega a la afectación del desarrollo que habitualmente las ha venido desempeñando en el proceso de su vida con normalidad las áreas más afectadas son: Personal, social, laboral y familiar, el paciente tiende al aislamiento de manera significativa, cabe mencionar que los pacientes distímicos que se llegan a recuperar, en algunos casos son vulnerables a recaer (Jaramillo Ramos & Solano Pineda, 2016).

Reflexión

El cáncer, como enfermedad actualmente predominante, es vivido de manera desgarradora por quien lo padece, siendo considerado sumamente impactante desde el diagnóstico hasta la agonía. Esto puede deberse a las connotaciones sociales que posee dicha enfermedad al estar asociada directamente

con procesos invasivos, dolorosos y especialmente con la muerte.

Una característica aunque de carácter psicopatológico que se ha vinculado al cáncer es la presencia de altos niveles de depresión; durante los procesos depresivos se produce una disminución inmunológica, así como modificaciones en el comportamiento de las funciones endocrinas y fisiológicas, las que pueden facilitar la aparición de formaciones neoplásicas.

En un estudio que combina y analiza los resultados de 43 investigaciones en esta área, se demostró que la depresión aparece con una frecuencia del 14% y la ansiedad en un 29% aproximadamente. En la comparación entre sobrevivientes a largo plazo y sus cónyuges, se encontró que el 26,7% de sobrevivientes a largo plazo y el 26,3% de sus cónyuges tenían depresión y el 28% de sobrevivientes a largo plazo y el 40,1% de sus cónyuges tenían ansiedad (Cabrera Macías, López González, López Cabrera, & Arredondo Aldama, 2017). Estos datos corroboran la relación directa entre el diagnóstico cancerígeno y el desarrollo de depresión y ansiedad.

Los pacientes, en general cursan por un proceso de duelo o pérdida, de carácter universal que conlleva según Kubler Ross, cinco fases: negación, enojo-ira, regateo, depresión y aceptación.

Sin embargo, para fines operativos de atención clínica, Juárez & Almanza Muñoz (2011), las resumen en tres fases:

Fase I, de Negación. Se caracteriza por resistencia a creer que la noticia es cierta y por un sentimiento de anestesia emocional.

Fase II, de Confusión. Se caracteriza por agitación emocional y disforia.

Fase III, Adaptación. En la cual existe ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito, lo cual progresa a la aceptación y concluye con la adaptación a largo plazo.

El apoyo psicológico es indispensable para enfrentar y desarrollar el proceso de readaptación a las nuevas condiciones, que en la mayoría de los casos va unido a un proceso de rehabilitación para recuperar cierto nivel de validismo.

El cansancio oncológico es uno de los síntomas más frecuentes e incapacitantes en este tipo de enfermos, tanto durante su tratamiento como en estados avanzados de su enfermedad y afecta en forma significativa la dimensión física, afectiva y cognitiva del paciente.

Algunas teorías señalan ciertos factores de personalidad que predisponen al paciente a desarrollar un mayor nivel de depresión frente al padecimiento de cáncer; Estos factores incluyen determinados rasgos como: estoicismo, amabilidad, laboriosidad, perfeccionismo, sociabilidad, convencionalismo y controles defensivos más rígidos, dificultad en la expresión de las emociones, en particular de las negativas como el miedo y la ira, así como una actitud o tendencia crónica hacia el desamparo y la desesperanza aprendidos, aun cuando el sujeto no sea consciente de ello. La detección de estos rasgos ayudará al profesional de la psicología a orientar de mejor manera su proceso de intervención.

Por otra parte, cabe mencionar que el paciente en dichas condiciones tiende a desarrollar diferentes habilidades, las cuales favorecen su estadía y

recuperación en el ambiente hospitalario (Montero Llundu, 2019). Palomar y Gómez citado por García, García, López y Días (2016) da a conocer que las habilidades a mencionar se adaptan en el paciente:

a) Rápida respuesta ante el riesgo.

Actuar con rapidez ante los riesgos de salud implica un mayor nivel de protección.

b) Madurez precoz. Un elemento importante para el mantenimiento de la salud es contar con la capacidad de autogestión de sí mismo lo antes posible.

c) Búsqueda de información. La información es una variable imprescindible para manejar adecuadamente los riesgos de salud.

d) Relaciones interpersonales positivas. Contar con una red de relaciones interpersonales que puedan prestar ayuda en una situación de riesgo de salud.

e) Optimismo. Capacidad de pensar en positivo ante situaciones de riesgo de salud.

f) Asunción de responsabilidad. Capacidad de asumir la responsabilidad

ante situaciones de riesgo de salud. (pp. 64-65)

Según Montero (2019), podemos decir que la resiliencia en los pacientes con cáncer es la capacidad que tiene el mismo de afrontar su diagnóstico como una posibilidad de poner en juego sus fortalezas adaptivas.

Las intervenciones psicológicas, igualmente están dirigidas a controlar los síntomas físicos y mentales producto del tratamiento oncológico, ya sea quimioterapia, radioterapia o cirugía. El Dr. Juan Antonio Cruzado Rodríguez en su libro, Manual de psicooncología. Tratamiento psicológico a pacientes con cáncer, resume algunas de las técnicas psicológicas que se han descrito en este apartado y que se han considerado de alta efectividad: la relajación, la hipnosis, el entrenamiento de la inoculación del estrés, terapia de aceptación y compromiso y la terapia grupal.

Los tratamientos psicológicos son diversos y dependen de varios factores, como la edad, el tipo de cáncer y la etapa en que se diagnosticó. Por ejemplo, la intervención psicológica en niños y adolescentes debe comenzar inmediatamente después del diagnóstico,

para fomentar el alcance de las metas evolutivas esperadas. Esta intervención destaca la estimulación social y física, los juegos estructurados, el incremento del contacto familiar, promover la confianza en el personal de salud, conservar una apariencia física adecuada, minimizar la ausencia de algún familiar, conversar acerca de la enfermedad y cómo responde su organismo al tratamiento.

Las intervenciones psicológicas para alcanzar una adecuada calidad de vida en los pacientes con cáncer deben trabajar en las siguientes áreas:

En la desmitificación-desestigmatización de la enfermedad.

➤ Brindarles una adecuada información y atención integral a los pacientes y sus familiares.

➤ Prepararlos para el diagnóstico y la hospitalización.

➤ Trabajar en el ajuste emocional después del diagnóstico.

➤ Abordar los problemas asociados a la patología y/o a los tratamientos oncológicos específicos.

El modelo psicodinámico surgió en Estados Unidos ante la imposibilidad de los servicios de salud para proveer un

tratamiento psicoanalítico individual debido a su elevado costo. Esto hizo que se masificara el uso de la terapia grupal por la incapacidad económica de la población y la escases de profesionales.

Los principios básicos de la terapia psicodinámica señalan que la mayoría de conductas patógenas están motivadas para mantener patrones inconscientes, es decir la compulsión a la repetición, estas se mantienen por el ambiente que posibilita el sostenimiento de las situaciones problemáticas y el sujeto que no logra captar el significado de su conflicto inconsciente. Otro principio es que existen contenidos inconscientes que están en pugna con contenidos conscientes, el sujeto tiende a reprimir su deseo y conflicto inconsciente, este retorna en forma de síntoma, generando un malestar. Las herramientas más usadas en la terapia psicodinámica son la *elaboración*, *el insight* y la interpretación (Sierra Moreno, 2019).

El objetivo de la terapia es ser un sostén para que el paciente no se sienta solo e impulsarlo a superar su enfermedad. Algunas de las herramientas propuestas son:

1) Formular el caso: es la hipótesis que tiene el terapeuta sobre el caso.

2) Sostener y contener al paciente; generando un espacio de empatía, habla, escucha, que de tranquilidad al paciente y que promueva *la elaboración*.

3) Promover estrategias positivas de afrontamiento

4) Hacer conexiones: Conectar afectos y pensamientos; esto promueve el *insight*.

5) Centrarse en el aquí y ahora: el terapeuta debe priorizar las dificultades que tiene el sujeto e interpretárselas con contenidos relacionados.

6) Estimular al paciente para que actúe: esto sirve para que el sujeto emplee las habilidades adquiridas en la terapia.

Varios autores proponen la terapia grupal como una muy buena herramienta para el tratamiento de la depresión, en este caso, en pacientes oncológicos. La terapia grupal no tiene un foco específico a tratar, no tiene ideas preconcebidas sobre el malestar del sujeto, sino que espera conocer aspectos principales de la subjetividad de cada individuo a través de la palabra expresada en las sesiones terapéuticas y en las diagnósticas. Para

cada sesión es imposible planificar las intervenciones por parte del terapeuta, se desconoce por completo lo que los miembros del grupo van a traer. Lo único que se puede planear es la realización de la historia de vida en un momento intermedio de la reunión terapéutica. Los grupos se reúnen siempre con un propósito, en este sentido, buscan superar su malestar a través del soporte proveído por el terapeuta y la vinculación con sus compañeros de terapia.

Dejar hablar al sujeto es la herramienta principal con la que se fundamenta el proceso terapéutico, el sujeto trae acotada su realidad sintomática. Como es un proceso corto, con tiempo definido, el terapeuta debe indagar en primer momento hasta donde le sea posible, para conocer la experiencia subjetiva por la que atraviesa cada uno de los integrantes del grupo (Sierra Moreno, 2019).

Sin embargo, previo al inicio de la terapia, Segovia Cevallos & Ludeña Veliz (2014) sugieren realizar un diagnóstico a través de la aplicación de herramientas como el Test de Apercepción Temática, T.A.T., bien sea de forma grupal o individual, y el Test de la persona bajo la

lluvia. Esto permitirá al profesional obtener ciertos rasgos de personalidad del paciente, que podrá utilizar para orientar la posterior intervención, sea cual sea la técnica que escoja.

Estos autores proponen varias estrategias de intervención, por ejemplo, la psicoeducación en pacientes con cáncer ayuda a disminuir la ansiedad y mejora la visión de las personas para una mejor asimilación de la enfermedad, es importante que antes de brindar Psicoeducación se necesita saber qué tipo de cáncer padece y que estadio o etapa cursa el paciente oncológico, es muy diferente psicoeducar a un paciente que inicia el tratamiento con otro que está terminando; también es recomendable conversar con su familia y brindarles el asesoramiento adecuado del diagnóstico y pronóstico del familiar enfermo, lo que más compete al psicólogo es brindar ese apoyo emocional que necesita cada paciente y así tratar de mejorar su calidad de vida. Una buena información ayudará a que los pacientes tengan un conocimiento más real de su propio padecimiento.

También sugieren la utilización de la psicoterapia psicodinámica debido a

que es un procedimiento terapéutico con objetivos limitados, específicamente se orienta a restablecer el equilibrio perdido a partir del diagnóstico elabora un plan de trabajo que pretende lograr los objetivos que se propone. La situación terapéutica se basa en la alianza terapéutica explícita, no fomenta la regresión ni la neurosis de transferencia, interpreta las transferencias hacia lo externo, y emplea diversos modos de intervención; el encuadre es flexible. La psicoterapia psicodinámica busca modificar el comportamiento y, lo que es más importante, la estructura de personalidad del paciente mediante la utilización de la relación analista-analizando, a través del lenguaje verbal, y e en un contexto específico en el cual se ubica esta relación.

El trabajo de investigación del magíster en psicología Olmo Jesús Sierra Moreno propone un modelo de intervención terapéutica grupal basada en el enfoque psicodinámico cuyas características se han descrito anteriormente en este artículo.

La propuesta consta básicamente de diez sesiones grupales de tres horas aproximadamente, divididas (como lo establece el mismo psicólogo) en un

inicio, un nudo y un desenlace. Los grupos siempre tienen un motivo para reunirse, en este caso el de superar la depresión, a partir de este deseo, se constituye la psicoterapia grupal. El terapeuta se convierte automáticamente en el líder, es él quien guiará el proceso con el objetivo de mejorar el estado de ánimo de los participantes.

En la parte inicial de la terapia se espera que los miembros del grupo se conozcan para crear un ambiente de confianza y a través de esta, logren expresar lo que sienten, para comprender lo que está pasando en sus vidas. Lo importante de esta primera parte es que los miembros del grupo logren hablar sobre sus motivaciones, expectativas y entablar una relación con sus compañeros para afianzar el grupo terapéutico. Por otro lado, el terapeuta debe explicar todo lo relacionado con la terapia, para dar a conocer cómo trabaja el modelo terapéutico y su diferencia a otro tipo de terapias, el horario en el que se darán las sesiones, la duración de la terapia y se busca aclarar todas las dudas que tengan sobre el proceso. Esta primera parte de la terapia consta de dos sesiones.

En el nudo de la terapia se espera afianzar los lazos de confianza y que ellos logren expresar lo que nunca han podido dentro del espacio terapéutico, para lograr esto, se divide cada sesión en tres partes. La primera parte; se propone hablar sobre lo que ha sido su semana, los hechos más relevantes o de algún otro tema que la persona desee hablar, con el fin de que ellos puedan hablar y se afiance el proceso terapéutico. En la segunda parte de la sesión; se escoge a alguien previamente para que narre su historia de vida y logre analizar aspectos que antes no había tenido en cuenta, después de esta experiencia y con el avance de la terapia se transforma el pensamiento. A continuación se habla sobre lo que suscita en cada uno el relato de su compañero, puede ser sobre la vida de su compañero o la suya; lo importante es hablar, la cura se da a través de la palabra. Esta parte de la terapia consta de cinco sesiones.

La historia de vida es la actividad por la cual los miembros del grupo relatan su vida, narrarla y compartirla le permite conocer al paciente aspectos de su vida que antes no tenía integrado, además, de su propia narración puede resignificar sus experiencias con el soporte del grupo y el trabajo del terapeuta, agregándoles otro

sentido a estas, no se trata de contar su vida por contarla, sino de realizar aprendizajes sobre esta, dándole otra perspectiva a las ideas que parecen rígidas en el sujeto. La historia de vida ayuda a transformar el pasado aprendiendo de la experiencia.

A lo largo del proceso terapéutico, el profesional interpreta, confronta, refleja e integra los contenidos expresados por cada uno de los miembros para que el sujeto se dé cuenta de aspectos de sí, que tenía relegados en su vida. El *insight* y la *elaboración* surgen de los nuevos conocimientos adquiridos en la terapia, donde los sujetos alcanzan una visión nueva sobre sí mismos. Esto inicia un proceso por el cual los participantes del grupo integran el conocimiento a su vida y aceptan lo que ha sido hasta el momento. No se trata de negar el diagnóstico de cáncer, sino romper con lo que les impide avanzar, sin la interpretación es imposible que se den estos procesos. Si no se realiza de una manera adecuada las intervenciones puede ocasionar que emerjan ansiedades que perjudiquen al paciente impidiendo el progreso terapéutico.

Con el paso de las sesiones, el grupo se irá fortaleciendo, entre ellos mismo conocen y aceptan aspectos de sí, que otros en su vida cotidiana no conocen, el valor agregado que trae esto al proceso terapéutico es que el sujeto se está vinculando con otras personas que se encuentran en situaciones similares o con casos exitosos de sobrevivientes al cáncer, lo cual es algo que no ocurre cuando la depresión surge en la vida extra-terapéutica; ésta más bien le impide al sujeto relacionarse con el mundo. Con la creación de un vínculo con sus compañeros de grupo y su terapeuta, se genera nuevas experiencias que ayudan en la transformación de su interacción con el mundo, permitiendo en parte romper con su pasividad, el vínculo permite conocer otras experiencias, hay un interés hacia su entorno sin este, no es posible la existencia humana.

Con el avance de la terapia, se crea un ambiente agradable para que los miembros del grupo puedan expresar sus sentimientos, se sientan escuchados por otros, se motiven a asistir; además, deben asumir que el espacio terapéutico es un lugar diferente al que han estado en sus vidas y al proceso oncológico que están

llevando; estas vivencias les permite resignificar sus experiencias.

La tercera parte de la terapia es el desenlace, donde se espera realizar un acto de sepultamiento y olvido del pasado, para que ellos puedan integrarlo en sus vidas y puedan manejar su situación actual de la mejor manera y con buena actitud. Asumir el pasado para empezar a olvidar y pensarse de forma distinta, después de esto, se prepara la finalización del proceso terapéutico, para que se afiance todo lo aprendido y se pueda integrar el nuevo conocimiento en su vida, se indaga sobre los sentimientos generados por la finalización del proceso y se evidenciará los logros obtenidos. Es importante dejar expresar los sentimientos de tristeza, rabia, para favorecer la despedida y el cierre de una relación, quizás sea uno de los espacios donde el paciente tenga una oportunidad de despedirse.

Al finalizar la terapia se deja el espacio abierto para su continuación; si el grupo quiere continuar debe ser una decisión que tomen todos, sin presionar a ningún miembro, por el contrario si el grupo no quiere continuar se debe respetar la decisión, pero la decisión se

toma en el espacio terapéutico, cada quien decide sobre su proceso; si existe un deseo de iniciar una terapia individual, se debe brindar la posibilidad de ese espacio.

Esta es puntualmente la sugerencia que se hace y que desde el análisis personal de la autora de este artículo, representa una excelente técnica para el tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos.

Conclusiones

Los pacientes que padecen cáncer presentan conflictos emocionales (autoimagen negativa, necesidades de apoyo - protección y dialogo, percepción del ambiente conflictivo – hostil, conflictos significativos de tristeza y pulsión de muerte y ansiedad hacia la enfermedad), que inciden en la aceptación y asimilación de la enfermedad, lo que afecta el tratamiento médico y psicológico.

La depresión altera la vida de una persona diagnosticada con cáncer, su sintomatología provoca un desequilibrio significativo en su vida luego del diagnóstico recibido, la primera reacción es negativa ante el suceso y presenta

síntomas depresivos como tristeza, llanto, pérdida de confianza en sí mismo, ideas de culpa, decaimiento, sentimiento de soledad, desmotivación, apatía, aislamiento, autoagresión.

El cáncer y la depresión distorsionan la vida del paciente, quien debe adaptarse a los cambios que surgen a diario con la evolución de las dos enfermedades y más aún de la oncológica; la aparición y el desarrollo de los síntomas depresivos dependen del pronóstico del cáncer, si es detectado a tiempo la recuperación es pronta y la alteración del estado de ánimo suele ser leve muy contrario a si la enfermedad está avanzada, donde el apoyo incondicional de la familia es primordial para combatir el trastorno afectivo.

El buen estado emocional de una persona es crucial para mantener la actividad de un individuo, pero dependerá del refuerzo positivo o negativo que le otorga a cada una de las situaciones vividas. El depresivo al sentir abatimiento, desmotivación, aislamiento, auto-abandono, autoagresión y debilidad no tiene predisposición a actuar, el ser humano actúa en base a motivos, la depresión aplaca todos los buenos

sentimientos, objetivos, metas y la persona afectada tiende a aislarse y evitar realizar actividades.

Ofrecer apoyo profesional psicológico desde el diagnóstico del cáncer para prevenir algún trastorno del estado de ánimo, permite al paciente cubrir necesidades de información y apoyo con el fin de tranquilizar y evitar la incertidumbre del paciente. Ofrecer orientación a las personas que conviven con el enfermo oncológico para lidiar cualquier sentimiento negativo que pueden perjudicar la salud emocional del familiar.

La familia y el círculo social son la fuente principal de la creación de estados anímicos positivos en el paciente diagnosticado con cáncer, mientras mayor sea la demostración de refuerzos positivo a las situaciones que vive el paciente oncológico, menos será la posibilidad de desarrollar un trastorno depresivo.

Brindar compensaciones agradables a todo aquello que haga o intente hacer el paciente depresivo, para que logre adaptarse positivamente a los cambios que genera el cáncer, animar al paciente a retomar las actividades que

solía hacer antes del diagnóstico, con el fin de evitar o erradicar la depresión.

La terapia basada en los principios de psicoanálisis sea individual o grupal, tiene como objetivo situar al sujeto frente a su malestar, para que afloren los contenidos que no ha podido expresar en su vida cotidiana, no se trata de juzgar la veracidad del contenido de lo que dice, sino que a partir de este, el sujeto se dé cuenta de algo que no tenía presente en su vida. El papel del terapeuta es el de permitir que aflore el discurso de los miembros del grupo, escucharlo, interpretarlo para que se integre en la vida de cada uno. Esto contribuye a nuevas experiencias que transforman la manera de pensar, lo que genera un cambio en la forma de relacionarse.

La intervención psicodinámica permitirá disminuir los conflictos emocionales que presentan los pacientes con cáncer, mejoró la visión acerca del padecimiento, fortaleció el yo y redujo la pulsión de muerte.

El diagnóstico psicológico adecuado con técnicas proyectivas ayuda a elaborar un proceso de intervención

psicodinámica, para que los pacientes acepten a la enfermedad mejorando la calidad de vida.

Una crítica que emerge del paradigma psicoanalítico sobre el tratamiento de la depresión del modelo cognitivo, es que la transformación del pensar y de las relaciones establecidas, no se lleva a cabo pensando situaciones distintas ni de manera positiva, sino transformando el afecto y las representaciones que han sido reprimidos a raíz del conflicto psíquico con las nuevas experiencias que se viven en terapia.

Referencias Bibliográficas

Araya, C. Y., & Veras, Y. B. (2017). *Cuidados psicoemocionales del paciente oncológico*. Mendoza - España.

Cabrera Macías, Y., López González, E. J., López Cabrera, E., & Arredondo Aldama, B. d. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Finlay*, 115-127.

Espinoza Mayanga, R. T., Machco Machco, K. V., & Torres Lozano,

T. Z. (2017). *Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016*. Lima - Perú.

Garcés Vasconez, M. V. (2019). *Ansiedad y desesperanza en pacientes oncológicos del Hospital Carlos Andrade Marín*. Quito - Ecuador.

Jaramillo Ramos, M. d., & Solano Pineda, A. L. (2016). *Estrategias de afrontamiento en pacientes distímicos oncológicos*. Machala.

Juárez, I. R., & Almanza Muñoz, J. d. (2011). Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 133-141.

Legelen, V. (2014). *Desde la perspectiva de la psico-oncología: calidad de vida en pacientes en etapa terminal*. Montevideo - Uruguay.

Martínez Ortiz, M. J. (2015). *Rol del psicólogo en la intervención de los cuidados paliativos que reciben los pacientes oncológicos del hospital solca de la ciudad de*

- Guayaquil, 2014. Guayaquil - Ecuador.
- Melo Arroyo, V. d. (2016). *Efectividad de la musicoterapia en el paciente oncológico, una revisión sistemática*. Ecatepec de Morelos - México.
- Montero Llundo, N. A. (2019). *Dimensiones de la Personalidad y Niveles de Resiliencia en pacientes de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua*. Ambato - Ecuador.
- Ortiz Cangahuala, M. (2018). *Nivel de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima*. Lima - Perú.
- Pavón Enríquez, M. F. (2015). *Relación de los pensamientos automáticos disfuncionales con los niveles de depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con cáncer*. Quito - Ecuador.
- Pérez Acosta, R. D., & Pozo Medina, J. F. (2014). *Ideación suicida en mujeres con cáncer de mama sometidas y no sometidas a Mastectomía en el servicio de Oncología del Hospital de "Especialidades Eugenio Espejo" 2011-2013*. Quito - Ecuador.
- Rivera Ulloa, E. K. (2016). *Depresión en paciente diagnosticada con cáncer cervicouterino y su afección en la conducta*. Machala.
- Segovia Cevallos, A. C., & Ludeña Veliz, E. E. (2014). *Evaluación e intervención psicodinámica en pacientes con cáncer en la etapa diagnóstica (plan a desarrollarse en el hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca)*. Cuenca - Ecuador.
- Sierra Moreno, O. J. (2019). *Efectos de la intervención psicoterapéutica grupal desde el enfoque psicodinámico, en personas con diagnóstico de depresión*. Bogotá.
- Sotelo Moyano, C. (2014). *La angustia de Damocles: Contribuciones al trabajo de la angustia de recaída en pacientes con cáncer a través de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica a propósito de un caso clínico*. Santiago de Chile.

Viera Stenning, J. (2014). *Estado emocional de niños hospitalizados bajo el diagnóstico de leucemia: estudio de caso*. Lima - Perú.