



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

TEMA: TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA: LUCÍA FERNANDA RUILOVA FIGUEROA

DIRECTORA: MST. MARTHA COBOS CALI

CUENCA – ECUADOR

2017

DEDICATORIA

En primera instancia dedico este logro a Dios, quien me regala la vida y me dá la oportunidad de cumplir uno de mis anhelados sueños; a mis padres Eduardo y Lucía quienes son mi más grande ejemplo y me han apoyado incondicionalmente para ver este sueño realizado, a mi amado esposo, Pablo, cuyo amor ha sido mi motor y fuerza para seguir adelante. Gracias a cada uno de ellos, ya que sin su ayuda esto no hubiera sido posible.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de manera especial a la Mst. Martha Cobos, Directora de esta tesis, por la guía y el apoyo incondicional, por alentarme a lo largo de este camino para la elaboración de este trabajo.

Al Dr. Diego Jimbo, Director de FUPEC, por abrirme las puertas de su institución y confiar en mí, a cada uno de los luchadores contra el cáncer; que me han enseñado a vivir el día como si fuera el último.

RESUMEN

El objetivo de este proyecto de tesis es estudiar si el proceso terapéutico aplicado, disminuye los niveles de ansiedad en los pacientes diagnosticados con cáncer, este análisis es de tipo cuantitativo, valoración test, re-test, contando con la participación de 30 pacientes con diagnóstico de cáncer, que asisten a la Fundación F.U.P.E.C, a los que se le aplicó el test de ansiedad de Hamilton. A través de este análisis se pudo comprobar que la terapia aplicada favorece la reducción de la ansiedad.

ABSTRACT

The aim of this research project is to study if the application of a therapeutic process decreases anxiety levels in patients diagnosed with cancer. This is a quantitative-type research that includes a test and re-tests evaluation carried out with the participation of 30 patients diagnosed with cancer who attend F.U.P.E.C Foundation, and to whom the Hamilton anxiety test was applied. Through this analysis it was possible to verify that the applied therapy helps reduce anxiety.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE

CAPITULO I

1.1.Introducción a la Oncología.....	1
1.2.Iniciación del Cáncer.....	2
1.3.Promoción del Cáncer.....	3
1.4.Progresión del Cáncer.....	3
1.5.Epidemiología.....	4
1.6.Clasificación General del Cáncer	5
1.6.1.Carcinoma	6
1.6.2.Sarcoma	6
1.6.3.Mieloma	6
1.6.4.Leucemia	6
1.6.5.Linfoma	6
1.7.Clasificación por el Grado	7
1.8.El Cáncer y sus Tratamientos	7
1.9.Diagnóstico	8
1.10. Estadificación del Cáncer	8

CAPITULO II

2.1. Explicación Psicológica del paciente oncológico	9
2.2.Aspectos Psicosociales del dolor oncológico	10
2.3.Respuestas Psicológicas al dolor	12
2.4.Principios Generales de la comunicación con el enfermo	12
2.5.El Manejo de situaciones difíciles en la comunicación con el enfermo oncológico	13
2.6.Psicología del paciente oncológico	15

CAPITULO III

3.1. Procesos Terapéuticos	17
3.2. Logoterapia en el paciente oncológico	18

CAPITULO IV

4.1.Ansiedad en el Paciente con Cáncer	20
4.2.Objetivos	22
4.3.Metodología	22
4.4.Resultados	25
4.5.Discusión	30
4.6.Conclusiones	31
4.7.Recomendaciones	31
 Referencias	 32
Anexos	36

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLA

Ilustración 1	26
Ilustración 2	27
Ilustración 3	28
Ilustración 4	29
Ilustración 5	30
Ilustración 6	31
Tabla Chi Cuadrado	30

INTRODUCCIÓN

La idea de este proyecto se originó al realizar las prácticas pre – profesionales en Solca-Cuenca, al observar el impacto emocional que causa un diagnóstico de cáncer en las personas, el cáncer según la OMS (2015) es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Los tratamientos utilizados para esta enfermedad son muy severos lo que provoca ansiedad al no conocer a qué tipo de enfermedad se están enfrentando y las complicaciones que pueden irse presentando a lo largo de la misma. Es por eso que el paciente necesita de un eficiente proceso terapéutico para poder enfrentarla.

Este proyecto de tesis consta de los siguientes capítulos:

El capítulo 1, consta de la generalidad del origen del cáncer, la historia y evolución al pasar de los años.

En el capítulo 2, constata la forma de comunicación que utiliza el psicólogo para ayudar al paciente, al enfrentarse a esta enfermedad, y que puede expresar fácilmente sus emociones y miedos, que se presentan a lo largo del tratamiento.

El capítulo 3, está conformado por las técnicas terapéuticas que el psicólogo aplica al paciente para poder ayudarlo, en el transcurso de su enfermedad, la forma en que el paciente debe enfrentarla, con los conocimientos que el psicólogo le brinda para poder hacer más llevadera esta enfermedad.

Y finalmente, el capítulo 4, que explica la ansiedad, y la manera que se presenta en la vida del paciente después de ser diagnosticado, en este capítulo también se analiza los resultados de la investigación, el análisis de resultados de la muestra, que como conclusión al trabajo terapéutico aplicado, afirmamos que favorece a la disminución de los niveles de ansiedad en el paciente

CAPÍTULO 1

1.1 INTRODUCCIÓN A LA ONCOLOGÍA

El diccionario de la Real Academia Española (2016), define cáncer como “Enfermedad que se caracteriza por la transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada.”.

Salaverry (2013). El origen de la palabra cáncer es acreditada a Hipócrates 460–370 A.C., médico griego considerado el padre de la medicina. Hipócrates usó la palabra carcinos y carcinoma para describir tumores que no formaban úlcera y tumores que formaban úlcera”. En griego esta palabra significaba cangrejo aplicada por la semejanza de venas entumecidas que se remarcan sobre la piel cercana a los órganos atacados por tumores parecidos a las extremidades del cangrejo.

El Instituto Nacional del Cáncer (2010), define la palabra cáncer como un término para “una enfermedad en la cual hay una división anormal de las células sin control que puede invadir los tejidos vecinos”.

La Organización mundial de la salud (2015). “Cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos”. El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo que repercute tanto física y psicológicamente en el paciente. Es importante conocer las generalidades de esta enfermedad: su historia, etimología, definición y prevalencia del cáncer en el Ecuador; prevención, tipos, tratamientos oncológicos, aspectos psicológicos y psicoterapia.

En general los autores concuerdan que el cáncer abarca más de 100 enfermedades, donde se producen una división anormal de células que forman los tumores.

La siguiente reseña histórica fue tomada de Trill (2003). Se registraron las bases para el estudio del cáncer, al realizarse la primera autopsia por el anatomista Giovanni Morgagni en 1761.

En el siglo XVII, el primero en referirse a la operación de un tumor fue John Hunter, y desde entonces se comenzó a estudiar el cáncer.

El cáncer era igual a estar sentenciado a muerte, al comunicar a un paciente de su enfermedad, el cáncer fue considerado como algo inhumano, pues el paciente se presentaba con poca capacidad para llevar una vida normal.

Graña (2015) en la historia del cáncer hace hincapié en el siglo XX donde la quimioterapia hace su aparición, originalmente inspirada en los efectos del gas mostaza durante la primera guerra mundial, que se utilizó al principio en linfomas.

En el siglo XX se empezó a tratar el cáncer, no solamente con la cirugía, sino con otras terapias que se manifestaron, los efectos biológicos favorables que podían obtenerse con el uso de los rayos X, descubiertos por Roentgen en 1895; con los trabajos de Marie Curie en 1898, se dio origen a la radio de esta manera el uso de la radiación como terapia tomó gran impulso para empleo en diferentes enfermedades, orientando después el uso de la radiación a enfermedades tumorales malignas poco a poco se ha desarrollado técnicas modernas de mayor efectividad y menores reacciones adversas, constituyéndose en una ciencia indispensable para el tratamiento actual del cáncer.

Mendoza del Pino (2014) Habla de la palabra cáncer en donde las personas tenían la creencia de que era una enfermedad puesta por los demonios y que ésta era contagiosa, por esta razón la persona que la padecía era rechazado y aislado por la sociedad.

1.2 INICIACIÓN DEL CÁNCER

Valdespino. (2012). Para que se desarrolle el cáncer en un individuo requiere muchos pasos, provocado por varios factores como la constitución genética del individuo, el ambiente y su estilo de vida, producto de cambios intracelulares. Se estima que el 80% de los cánceres podrían evitarse, al evitar el tabaco, la exposición a radiaciones ultravioletas o a la inhalación de fibras de asbesto, por lo que disminuiría el desarrollo los cánceres broncogénico, de piel y mesotelioma.

Se ha demostrado el consumo excesivo de grasas animales y alcohol en la dieta, aumentan el riesgo de desarrollar cáncer, así como que el consumo de frutas y vegetales reduce el riesgo.

Algunos de los mecanismos moleculares y celulares responsables de la iniciación de la carcinogénesis son: mutaciones en el genoma como transiciones, pequeñas, mutaciones puntuales de protooncogenes y oncogenes y mutaciones en genes

implicados en la transducción de señales celulares las cuales pueden producir alteraciones fenotípicas. Las características morfológicas y biológicas de este proceso son: irreversible, la célula afectada no se distingue morfológicamente de la célula normal, es necesario que se produzca al menos un ciclo celular completo con división de la misma para que se "fije" el daño inducido, la eficiencia del proceso de iniciación puede ser modulada por agentes exógenos y/o hormonas endógenas.

Es de destacar que la aparición de células iniciadas puede ser espontánea. En la mayor parte de los casos, la iniciación se desencadena por los agentes completos (aquellos capaces de inducir la iniciación, promoción y progresión de la carcinogénesis a partir de células normales), éstos son mucho más abundantes en nuestro medio que los incompletos. Las dosis necesarias de los carcinógenos completos para iniciar las células son muy bajas, pero no suficientes para que el proceso de carcinogénesis sea permanente.

1.3 PROMOCIÓN DEL CÁNCER

Gregg (2010) Una vez que una célula ha sido mutada por un iniciador, ésta es apta a los efectos de los promotores. Esta combinación promueve la propagación de la célula, dando de esta manera origen a un gran número de células que poseen la mutación creada por el iniciador. Se diferencian de los iniciadores, ya que los promotores no se unen covalentemente al ADN o a otras macromoléculas en la célula. Pues se conectan a receptores sobre la extensión de la célula para afectar caminos intracelulares que llevan a un crecimiento en la proliferación celular. Hay dos categorías generales de promotores: promotores específicos que interactúan con receptores sobre las células blanco de tejidos definidos y promotores no específicos que alteran la expresión genética sin la presencia de un receptor conocido.

1.4 PROGRESIÓN DEL CÁNCER

Valdespino. (2012) Los cambios genéticos que se presentan durante la progresión tumoral se acompañan de cambios histológicos, inicialmente de cambios identificados como pre-cancerosos. Los genes que originan el cáncer son principalmente por mutaciones, las cuales aumentan o disminuyen su función en las vías de señalamientos. Es así como los protooncogenes o genes normales al mutar aumentan su función, se

convierten en oncogenes. Los oncogenes son los encargados de codificar proteínas que originan la pérdida del control del crecimiento, así como pueden originar inestabilidad génica, evaden la apoptosis y promueven las metástasis. Muchos de los oncogenes conocidos, derivados de los protooncogenes, juegan papeles muy importantes en la transmisión de señales del proceso de crecimiento celular viajando desde el microambiente extracelular hasta el DNA.

1.5 EPIDEMIOLOGÍA

Organización mundial de la salud, (2012), en sus recientes investigaciones señala que el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo pues en el 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer.

Se pronostica que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años. Los cánceres diagnosticados con más frecuencia en el hombre en el 2012 fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. Mientras que en la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Se pronostica que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas.

Campoverde, N. y Campoverde, F. (2012). El cáncer en el Ecuador alcanza el primer lugar de las causas de muerte, presentándose principalmente en el sexo femenino. El cáncer afecta de forma más agresiva a las personas que se encuentran en condiciones socioeconómicas escasas, es por eso que se diagnostica el cáncer ya en etapa terminal donde existen pocas posibilidades de sobrevivencia. Así también por los lugares de trabajo donde se desenvuelven las personas y están expuestos a sustancias químicas, otra razón más se ve evidenciada en los hábitos alimenticios y sedentarismo, las formas de vida que llevan. En la investigación presentada por estos autores en la ciudad de Cuenca en el año 2005, se expusieron 5687 casos de cáncer en diferentes localizaciones, demostrando un mayor número en el sexo femenino con el 60,3% que conforme pasen los años aumentará la cifra.

Los autores de este estudio han identificado ciertos tipos de cáncer más comunes según el género: en el sexo masculino el 80% están localizados en la próstata, pulmón, hígado, vejiga, encéfalo, testículo, páncreas, estómago, piel, ganglios linfáticos, y bronquios,; y en las mujeres el 80% de cáncer se encuentran en, el estómago, la piel,

tiroides, mama, el cuello del útero, ganglios linfáticos, vías biliares, páncreas, cuerpo del útero, encéfalo, colon, hígado y ovario.

En este estudio hacen hincapié en la estatificación de la enfermedad, pues en el diagnóstico inicial que se le establece al paciente, se informa la fase en la que se encuentra el cáncer, ya que teniendo la información de esto ayudará al profesional en el área, pues ayudará al diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado.

1.6 CLASIFICACIÓN GENERAL DE EL CÁNCER



Ilustración 1. "Tipos de cáncer "

Mandal (2012). A nivel histórico y mundial se ha clasificado de diversas formas a esta enfermedad. En esta apartado incluiremos la clasificación según su ubicación, su gravedad.

Al cáncer se lo puede clasificar de la siguiente manera: por el sitio primario del origen, donde los cánceres pueden ser de tipos concretos como: cáncer de pecho, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer del riñón, cáncer de cerebro etc.

También se los clasifica por el tipo de tejido donde el patrón internacional para la clasificación y la nomenclatura de histologies es la clasificación internacional de las enfermedades para la oncología, de acuerdo con los tipos cánceres del tejido puede ser clasificado en seis categorías importantes:

1.6.1 Carcinoma

En este el cáncer se origina de la capa epitelial de las células que forman el tejido de las partes externas del cuerpo o de los tejidos internos de órganos dentro del cuerpo.

Los Carcinomas, se presentan en un 80 a 90 por ciento de todas las causas del cáncer debido a que los tejidos epiteliales lo más abundante posible se encuentran en el cuerpo de estar presentes en la piel.

1.6.2 Sarcoma

Estos cánceres se producen en tejidos conectivos y de apoyo envolviendo los músculos, los huesos, el cartílago y la grasa. El osteosarcoma afecta a los jóvenes comúnmente.

1.6.3 Mieloma

Se originan en las células de plasma de la médula. Las células de Plasma son capaces de producir los diversos anticuerpos en respuesta a infecciones. El Mieloma es un tipo de cáncer de sangre.

1.6.4 Leucemia

Este tipo de cáncer se agrupa dentro de cánceres de sangre afectando a la médula ósea que es el sitio para la producción de glóbulos. Cuando esta es cancerígena, la médula comienza a producir a los glóbulos blancos no maduros excesivos que no puede trabajar correctamente y el paciente sufre infecciones graves.

1.6.5 Linfoma

Estos son cánceres se localizan en el sistema linfático afectando de esta forma a la sangre, los linfomas son “cánceres sólidos”. Éstos pueden afectar a ganglios linfáticos en los sitios determinados como el estómago, el cerebro, los intestinos etc.

1.7 Clasificación por el grado

Los cánceres se pueden también clasificar según grado. La anormalidad de las células en cuanto a rodear tejidos normales determina el grado del cáncer. La anormalidad cada vez mayor aumenta el grado, a partir de la 1-4.

Las Células que son no diferenciadas son altamente anormales en cuanto a tejidos circundantes. Éstos son tumores del alto grado.

Grado 1 - células distinguidas bien con anormalidad ligera

Grado 2 - las células se distinguen moderado y ligeramente más anormal

Grado 3 - las células se distinguen mal y muy anormal

Grado 4 - las células son no maduras y primitivas y no diferenciadas

El universo (2012). En Ecuador, según la Sociedad de lucha contra el cáncer (Solca), los tipos más comunes de cáncer son el de útero, mamas y piel.

En el 2011, según las cifras 516 mujeres tuvieron cáncer de útero en el país. En el 2010, 666 pacientes se atendieron en Solca por esta enfermedad.

El cáncer de mama se reportaron 455 casos nuevos en el 2011 y 475 en el 2010 y el cáncer de piel hubo 262 en el 2011, mientras que 219 en el 2010.

La enfermedad es una de las principales causas de mortalidad en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que, de no mediar intervención alguna, 84 millones de personas morirán de cáncer entre 2005 y 2015.

1.8 EL CÁNCER Y SUS TRATAMIENTOS

Organización mundial de la salud (2015) Los objetivos de tratamiento para el cáncer es curar o extender extensamente la vida de los pacientes, de esta forma mejorar la calidad de vida para quienes sobreviven a la enfermedad.

Los tratamientos más eficaces y eficientes son los que: funcionan de forma prolongada y equilibrada que garantizan un tratamiento apropiado para los tipos de cáncer que, si no se proporcionan a una detección precoz, tienen un alto potencial de curación.

1.9 DIAGNÓSTICO

Lo primero que se debe realizar para el tratamiento del cáncer es establecer un diagnóstico basado en un examen patológico. Para así determinar la extensión del tumor mediante la realización de una serie de pruebas, ya que una vez establecidos en la medida de lo posible el diagnóstico y el grado de extensión del tumor, se procede a tomar una decisión sobre el tratamiento más eficaz. Los tratamientos utilizados para combatir el cáncer pueden ser: La radioterapia, es un tratamiento que emplea altas dosis de radiación para de esta forma poder eliminar las células cancerosas y reducir los tumores. La quimioterapia que se utiliza fármacos para destruir células cancerosas. En la inmunoterapia un tratamiento que ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer. La terapia dirigida un tratamiento que interviene sobre los cambios que promueven el crecimiento, la división y diseminación de las células cancerosas. La terapia hormonal también se utiliza esta hace más lento o detiene el crecimiento del cáncer que usa hormonas para crecer.

1.10 ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER

Instituto nacional del cáncer (2015). Describe la gravedad del cáncer que aqueja a una persona tomando en cuenta el tamaño del tumor primario y si el cáncer se ha esparcido en el cuerpo o no. La estadificación es de suma importancia ya que ayuda al médico a planificar el tratamiento apropiado, de la misma manera el estadio del cáncer tiene mucho valor ya que se puede utilizar para calcular el pronóstico de una persona, utilizando los estudios clínicos que podrían ser una opción adecuada de tratamiento para un paciente, Un cáncer se establece con la estadificación asignada al momento del diagnóstico, aun si la enfermedad empeora o se disemina. Los sistemas de estadificación para cáncer han avanzado con el tiempo. Los elementos comunes que se consideran en la mayoría de los sistemas de estadificación son: El sitio del tumor primario y el tipo de célula

- El tamaño del tumor o su extensión
- La complicación de los ganglios linfáticos regionales
- El número de tumores, el tumor primario y la presencia de tumores metastásicos.
- El grado del tumor

CAPÍTULO 2

2.1.EXPLICACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Durá e Ibañez (2000). La Psicología Oncológica prioriza los esfuerzos de diferentes metodologías (psicológicas, médicas y sociales) ofrece un tratamiento para los enfermos de cáncer, guiándose en el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad.

Se han determinado distintos programas de intervención para ser aplicados a pacientes que padecen cáncer, en función del tipo de problemática que presentan para intervenir de acuerdo a la sintomatología que se manifiesta en los pacientes que padecen cáncer, para poder brindar el tratamiento adecuado para la enfermedad, así como no de menor importancia, intervenciones psicológicas destinadas a incrementar no sólo la calidad de vida sino también la supervivencia de los enfermos de cáncer.

Soriano (2002). Lo que los pacientes con cáncer al conocer su diagnóstico pueden presentar estrategias de afrontamiento como: espíritu de lucha, negación, fatalismo o aceptación serena, indefensión o desesperanza, y preocupación ansiosa que determinan, la percepción de control, el nivel de adaptación del sujeto y valoración subjetiva del diagnóstico.

Si el paciente ve al diagnóstico de cáncer de manera subjetiva será tomado como un “desafío”, o un reto personal que debe vencer, y el paciente pensara que la situación de su enfermedad está bajo control.

El espíritu de lucha aparece como la estrategia más probable. Al contrario de esto si el diagnóstico de cáncer se percibe como una amenaza, se pueden desarrollar distintas estrategias de afrontamientos: La negación, donde el paciente rechaza la realidad, y el paciente piensa que la situación no es grave; el fatalismo, donde el paciente acepta resignado, asegurando no poder tener control sobre la enfermedad, resignándose a la muerte; preocupación ansiosa donde se produce un estado de ansiedad y preocupación ante una situación que percibe como fuertemente amenazadora.

De la misma forma el paciente puede asimilar un diagnóstico de cáncer como una pérdida del de su salud y piensa que nunca se va a volver a recuperar, provocando una sensación de desesperanza e indefensión, que se va acompañado de un pensamiento negativo acerca del pronóstico de la enfermedad. Las dos estrategias de afrontamiento

que predicen un buen pronóstico a nivel de adaptación psicosocial son el espíritu de lucha y la negación.

Coello, Alvarado (2011) El diagnóstico puede desestructurar al paciente si no consigue elaborar el afrontamiento apropiado a la situación que le permita continuar con el proceso y curso de la enfermedad.

Instituto Nacional del Cáncer (2015) El sufrimiento psicológico debido a la enfermedad oncológica se presenta, el sufrimiento psicosocial, los trastornos de adaptación y la ansiedad relacionada con el cáncer.

El transcurso de adaptarse al cáncer puede iniciar antes de un diagnóstico, pues los pacientes pueden presentar grados normales de miedo, preocupación al experimentar síntomas inexplicables cuando se ven sometidos a pruebas para determinar la presencia de cáncer. Al saber el diagnóstico se genera una crisis, el diagnóstico de cáncer genera sufrimiento emocional previsto y normal.

Secoli, Silva, Machado (2005). El diagnóstico de cáncer trae muchas emociones para los pacientes que la padecen, como: temor a las pruebas y tratamientos, preocupaciones existenciales, dificultades en el ajuste a los cambios físicos, la ruptura social efectos secundarios problemáticos y preocupaciones financieras.

El cáncer es muy grave pues genera niveles altos de ansiedad, lo que produce un bloqueo de la comunicación y pueden afectar el proceso de adaptación del paciente.

El paciente prefiere profesionales que además de poseer conocimientos sólidos, sean también amables y cuidadosos pues se ha demostrado que las primeras impresiones generan esquemas perceptivos que son difíciles de modificar; teniendo efectos importantes en la relación con el personal de salud que le guiara durante el tratamiento.

2.2. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL DOLOR ONCOLÓGICO

González, Camba, Casas, Gascón, Herruzo, Núñez, Ramos, Trelis, Torres (2011) Los pacientes veces no tienen la facilidad de expresar adecuadamente su dolor ya que puede desviar la atención del médico hacia el síntoma en lugar de centrarse en el tratamiento de su enfermedad principal. El primer tratamiento del dolor aplicado al tratamiento del cáncer es el propio tratamiento oncológico, pues al curar o reducir el tumor alivia también el dolor. Es necesario que el paciente sometido a terapia para el cáncer sepa que el tratamiento del dolor no solo no interfiere con la terapia curativa

sino que ciertamente colabora con ella, aumentando de esta manera la confianza en el tratamiento y mejora la relación con el paciente.

Los enfermos la mayoría de veces temen que la enfermedad avance y esto les lleve a sufrir y esto supere todas las posibilidades médicas. Pero es importante que estén informados que la medicina posee suficientes remedios farmacológicos para combatir el dolor y otros procedimientos capaces de aplacar y evitar su sufrimiento en caso necesario.

Se debe investigar siempre el origen del dolor en el paciente oncológico, ya que en ocasiones puede no estar relacionado con el cáncer. Pues cuando aparece dolor en un paciente diagnosticado con cáncer, es un error habitual adjudicar que siempre es producto de la enfermedad, pues es posible padecer cáncer sin dolor, algunas patologías oncológicas son indoloras y solo al presentarse complicaciones son causa de dolor; como también se presenta en otras enfermedades no relacionadas con el cáncer, el dolor es un síntoma frecuente en el paciente oncológico pero muestra su mayor incidencia en las fases evolucionadas de la enfermedad; se presenta entre el 70 y el 90% de los pacientes en fases avanzadas o terminales, pero no excluye que muchos enfermos con cáncer estén libres de dolor en los periodos iniciales o durante la evolución temprana de la enfermedad.

El médico debe investigar el origen del dolor antes de iniciar un tratamiento analgésico, ya que de su correcta evaluación dependerá el éxito o fracaso del control sintomático del paciente durante su evolución posterior.

Taboada, (2004).El dolor se le atribuye un fenómeno psico-neurofisiológico complicado, afectado por varios elementos, en donde el factor emocional juega un rol importante. La forma en que cada paciente utiliza para expresar su dolor, es emocionalmente única, pues representa un recurso importante ya que establece las pautas que se deben utilizar para intervenir buscando un modo de alivio del mismo, y de sus significados.

Khosravi, Del Castillo, Pérez (2007) En la década de los 80 la Organización Mundial de la Salud elaboró un programa donde su finalidad era ordenar el tratamiento del dolor de origen oncológico en todo el mundo, diseñando así un método un método simple, validado y efectivo que certifica un tratamiento razonable para el dolor ocasionado por el cáncer.

La Escalera Analgésica de la OMS, validada de nuevo en el año 1996. Con el paso de los años la utilización de sus normativas han sido tan eficaces en el control del dolor de origen oncológico, que poco a poco su utilización se ha ido aplicando a todo tipo de dolor crónico, incluido el de origen no oncológico.

2.3. RESPUESTAS PSICOLÓGICAS AL DOLOR

Velasquez (2009). Al principio del diagnóstico y durante todo el transcurso de la enfermedad, el paciente se encuentra bajo un intenso estrés emocional. El aspecto psicosocial que acompaña al cáncer es de suma importancia para percibir los trastornos que se presentan durante el curso de la enfermedad, el factor más importante que se debe tomar en cuenta es la personalidad previa del sujeto, debido a que las secuelas psicológicas que más se toman en cuenta en pacientes oncológicos son los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico.

Rodríguez (2006). Menciona que existe un efecto del dolor por la enfermedad oncológica en la calidad de vida del paciente en y afecta al estado físico, es decir a la disminución de la capacidad funcional, pérdida gradual de la fortaleza y resistencia, náusea, pérdida de apetito y trastornos del sueño, cambios psicológicos que provoca la disminución de la alegría, aumento de la ansiedad, depresión, temor, dificultad para la concentración, y pérdida de control, también afecte al área social provocando la disminución de las relaciones sociales así como de la actividad afectiva y sexual, y el incremento en la necesidad de cuidado. En el aspecto espiritual se producen cambios en los intereses del paciente, la evaluación de creencias religiosas, y aumento del sufrimiento.

2.4. PRINCIPIOS GENERALES DE LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO ONCOLÓGICO

Alonso, Bastos (2011) Para el enfermo oncológico es indispensable la escucha, que debe ser bien manejada por el psicólogo.

El paciente oncológico en esta situación se siente angustiado, negativo, desesperanzado, por todo lo que le está atravesando. Al sentirse devastado y pensar que nada vale la pena, el terapeuta debe explorar las creencias que tiene el paciente

acerca de la muerte donde se le señala al paciente que él decide si merece la pena intentarlo o no, hablándole claro y de forma empática posible, intentando conseguir un pacto de vida con el paciente, y que comprometa con el terapeuta en dicha tarea.

Al trabajar con pacientes que padecen una enfermedad que amenaza la vida, hace que el psicólogo se sitúe en un papel real: estoy aquí y ahora contigo, para así poder hablar, esclarecer, confrontar. Se debe tener en cuenta que la ayuda que le brinde el psicólogo también depende de la información que maneja el terapeuta respecto a la enfermedad.

Sanz (2012) Es fundamental la cantidad y calidad del tiempo que el psicólogo presta al paciente, la comunicación requiere tiempos y espacios adecuados, pues en breves momentos no es suficiente para abordar temas de la máxima trascendencia para cada persona. La información debe ser gradual, fraccionada, oportuna, fluida, ajustándose a las circunstancias de cada enfermo en cada encuentro terapéutico. La transmisión de la información necesita de varias sesiones terapéuticas, pues cada paciente necesita una cantidad tiempo diferente hasta que esté preparado para recibirla, proporcionando información en cada encuentro.

2.5. EL MANEJO DE SITUACIONES DIFÍCILES EN LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO ONCOLÓGICO

Maganto, González (2003). La enfermedad oncológica en el paciente, origina que la persona que la padece presente distintas reacciones emocionales. Si la enfermedad es crónica y amenaza su vida, estas reacciones emocionales pueden intensificarse, según la etiología de la enfermedad, tienen sus propias características, así como también depende de la personalidad y circunstancias del enfermo. Al enfrentarse al diagnóstico de cáncer, se presentan las emociones más difíciles, pues el tiempo que se necesita para la posible cura depende de su evolución y los resultados son inciertos, ocasionando que se produzcan cambios en el comportamiento. El tratamiento trae consigo importantes efectos secundarios donde el procedimiento para la posible cura puede ser a largo plazo. Además, de poseer un significado social negativo, que va relacionado con el dolor, muerte, desfiguración, donde el problema no es el hecho de morir sino como se muere.

Tener esta enfermedad es una experiencia, angustiosa y estresante para el paciente, el pues este reacciona de diferente manera según tenga la conciencia de la enfermedad, de su historia personal, del significado y las consecuencias que dé a la enfermedad.

Sanz (2004) “El Psico-oncólogo cuida del paciente, de su entorno familiar y del personal sanitario”. El papel del Psico-oncólogo es fundamental ya que es de mucha ayuda en la parte emocional del paciente y sus familiares, empleando estrategias de afrontamiento adecuadas para facilitarles la adaptación a dicha enfermedad, y con ello mejorar la calidad de vida. La intervención del psico-oncólogo depende la evolución de la enfermedad, la fase de diagnóstico en que se encuentre, pues el paciente oncológico se encuentra en un período de mucha incertidumbre del paciente como la familia impactados psicológicamente por la noticia presentándose diferentes emociones, como ira, negación, culpa, desesperación, etc.

La intervención del psico-oncólogo ofrece una mejor calidad de vida al paciente como a los familiares, atendiendo así las dificultades psicológicas y sociales que puedan presentarse a lo largo del tratamiento, de igual manera estableciendo estrategias de afrontamiento, como la toma de decisiones y el control

Según la Sociedad Americana de Cáncer (2013), “entre el 25-35% de pacientes con cáncer se detecta morbilidad psicológica, porcentaje que en el caso de hospitalización o estar recibiendo quimioterapia puede elevarse al 50% según los diferentes estudios realizados”. La enfermedad oncológica afecta a toda la vida de una persona, no sólo en el momento del diagnóstico, sino a lo largo de todo el proceso. Pues se presenta ansiedad, depresión, alteraciones de la imagen corporal y el consiguiente deterioro de la autoestima suponen una importante barrera en la autonomía personal de muchos pacientes. Los cambios también pueden darse en las relaciones interpersonales a nivel familiar, de pareja y sexual y de reincorporación al puesto laboral

Maganto, González (2003). Un objetivo primordial del psicólogo es determinar de qué manera la enfermedad está afectando al paciente, y así serle útil ayudándole en el proceso de adaptación a su nueva realidad, permitiendo de esta forma aumentar la participación y satisfacción del paciente, disminuir el estrés del paciente mejorando así su calidad de vida, aportar confianza mutua, seguridad y el acceso a la información que el enfermo necesita.

En este proceso es indispensable la comunicación, pues si se recibe una correcta información, asesoramiento en los cuidados, educación para la salud, y un apoyo

emocional adecuado, disminuye de forma significativa el estrés y la ansiedad, efectivizando los cuidados que debe tener el paciente de un modo más eficaz.

Trill, (2003). La correcta intervención del Psico-oncólogo y utilizando distintas técnicas, para aliviar la sensación del dolor, ansiedad, insomnio, síntomas depresivos, entrenamiento en control del pensamiento, etc. Disminuirá de manera marcada la sintomatología física y psíquica que provoca el cáncer en el enfermo oncológico. Ayudando también a facilitar la comunicación con temas relacionados con la enfermedad, la muerte o la reincorporación social, así como también es de mucha ayuda para entrenar a médicos y enfermeras a “transmitir las malas noticias de una forma adecuada”.

Es fundamental destacar la importancia que tiene la primera información que recibe como determinante en la formulación de impresiones. Ya que estas primeras impresiones generan esquemas de percepción difíciles de modificar. Así, la disposición, actitud y el comportamiento interactivo y facilitador del médico en las primeras visitas, pueden tener efectos importantes en la idea que se forme el enfermo acerca del apoyo y control que puede esperar del clínico, y percibir control de la enfermedad a través del mismo es una dimensión relevante en la experiencia de control en cáncer, estando relacionada con diversas áreas de la adaptación.

2.6. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Prado, Viteri, (2013) La contribución que hace la psicología al campo de la oncología se centraliza principalmente en dos áreas, el estudio de los factores psicosociales que pueden afectar a la etiología y la evolución del cáncer, la intervención para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

Según múltiples estudios realizados se puede decir que el tipo de respuesta que supone un mejor afrontamiento y por tanto, un menor nivel de estrés, es el de los pacientes que utilizan sus recursos personales para obtener apoyo emocional, búsqueda de información, actitud positiva, conservar el espíritu de lucha.

La intervención psicológica es de enorme importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y evolución de la enfermedad oncológica y de su necesidad, tanto para en pacientes como para las personas de su entorno familiar que se van a ver directamente afectadas por el curso de la enfermedad. El objetivo de la intervención psicológica es

mejorar la calidad de vida y la adaptación del paciente y de los demás miembros de la unidad familiar. Para ello, podemos trabajar a partir de una intervención psicológica sencilla, que conste de: información sencilla y veraz sobre la enfermedad y sus consecuencias, así como los efectos de los tratamientos; estrategias de afrontamiento. Las técnicas a utilizar dependerán del paciente, y del momento concreto de la enfermedad y del síntoma a tratar. Las técnicas psicoterapéuticas deberían presentarse como coadyuvantes al tratamiento oncológico, debido a su probada eficacia, siendo fundamental la presencia de expertos en psicología y psiquiatría dentro del equipo multidisciplinar de atención al enfermo oncológico.

Soriano (2012) Realizaron un estudio sobre las estrategias de afrontamiento que pueden adoptar los pacientes ante el diagnóstico del cáncer. Los autores hablan de cinco tipos de estrategias: espíritu de lucha, negación, fatalismo, indefensión y preocupación ansiosa, que establecen la apreciación subjetiva que el sujeto hace del diagnóstico de su enfermedad, la apreciación de control que tiene y el pronóstico de la adaptación del sujeto. Se ha evidenciado que las personas que se enfrentan a la enfermedad con espíritu de lucha tienen un mayor tiempo de supervivencia, a los que se enfrentan con sentimientos de desesperanza y de falta de control sobre lo que les ocurre.

CAPÍTULO 3

3.1- PROCESOS TERAPEÚTICOS

Costa (2015) El objetivo principal de la intervención psicológica con el enfermo oncológico se centra en ayudar a los pacientes en el proceso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad, es decir ofrecer apoyo psicológico y estrategias de intervención propias de la psicología oncológica (multidisciplinar: clínica, de la salud, social, experimental, educativa, etc.). Cubriendo las necesidades que puedan presentarse a lo largo de la enfermedad con la finalidad que el paciente diagnosticado mantenga y recupere su calidad de vida que podría verse afectada ante la enfermedad y los tratamientos aplicados, aplicando de manera conveniente habilidades técnicas y conocimientos. El modelo (Moorey y Greer, 1989) en el que se dice que el funcionamiento del enfermo depende de su esquema de supervivencia, que incluye la visión del diagnóstico, el control que percibe el paciente sobre la enfermedad y la visión del pronóstico. Holland y Lewis plantean dependiendo de la fase de la enfermedad, la intervención psicológica irá encarada a diferentes aspectos y adaptada al tipo de respuesta que esté dando el paciente a la situación

Gómez, Neira, García, (2011) Las intervenciones psicológicas que se realizan a lo largo de la enfermedad son variadas donde el objetivo fundamental es que el paciente mantenga una buena calidad de vida a lo largo de todo el proceso. La intervención sobre los factores psicosociales puede darse en distintos contextos, según el momento de la enfermedad y las necesidades del paciente, apoyo en el proceso de adaptación en las distintas fases de la enfermedad, preparación para la intervención quirúrgica, algunos resultados muestran una mejor recuperación posquirúrgica en pacientes que han recibido previamente intervenciones psicológicas para reducir su ansiedad y sus temores.

Alonso, Bastos (2011) Es importante señalar que también se mantiene contacto telefónico en aquellos casos en que el paciente no puede acudir a consulta porque no se encuentra bien. O bien si el paciente tiene que ingresar. Si lo necesita también vamos al hospital las veces que sea necesario.

La entrevista que se realiza puede tener los siguientes puntos donde se intenta recoger aspectos que consideramos importantes como antecedentes oncológicos familiares; acontecimientos vitales, estresantes (positivos o negativos) previos a la aparición de la enfermedad; cómo se define a sí misma la persona; historia de la enfermedad, cómo se presenta la enfermedad, las pruebas que hasta el momento se le han realizado, el tratamiento que hasta ahora ha recibido.

Para el paciente es más fácil ir hablando de lo que le pasa, a la vez que permite conocer lo que sabe sobre su enfermedad, si nombra o no la palabra cáncer, qué información que posee sobre la misma, las reacciones ante los efectos secundarios de los tratamientos

En la exploración psicológica, hay que tener claro como el paciente vivido todo lo anterior desde el punto de vista emocional, el motivo de la enfermedad, por qué cree que le ha pasado, de esta forma podemos conocer si hay o no pensamientos irracionales, atribuciones, creencias, culpas, fantasías, etc.

Los pilares básicos de la intervención con pacientes oncológicos son la escucha, la contención emocional y la devolución.

El papel activo del terapeuta es trabajar con pacientes que padecen una enfermedad que amenaza la vida, debe situarse en un papel real: estoy aquí y ahora contigo, para hablar, esclarecer, confrontar, la información que maneja el terapeuta respecto a la enfermedad.

3.2- LOGOTERAPIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Frankl (1994) relaciona la búsqueda del sentido con la motivación que justifica la existencia, explica que el proceso de buscar sentido, es un esfuerzo humano básico para la vida humana y para el ajuste a cualquier situación de sufrimiento o enfermedad. La lucha por encontrar un significado en la propia vida, la fuerza de motivación del hombre y encontrar un sentido a la vida a pesar de las dificultades que nos pudiéramos encontrar. Dicho sentido no es universal para todos los seres humanos, cada uno debería tenerlo por sí mismo en función de sus propias circunstancias, de la situación personal, de los propios objetivos en la vida.

La logoterapia destaca el valor de la vida aun frente a situaciones de gran angustia y dolor, para convertirlas en una fuente de enriquecimiento, que incluso en las

condiciones más extremas de deshumanización y sufrimiento, el hombre puede encontrar una razón para vivir, basada en su dimensión espiritual.

Víctor Frankl constituye el momento doloroso de la existencia, como oportunidad de desarrollo, aprendizaje y sentido, la búsqueda de sentido ante una situación dolorosa, teniendo la mejor actitud posible. En la oncología esta perspectiva resulta valiosa a la aplicación en el caso de pacientes oncológicos, quienes pueden experimentar dificultades serias con su sentido de la vida, a partir de los obstáculos que le plantea su situación.

Sánchez-, Velázquez (2015) La aplicación de la logoterapia, en el paciente con cáncer es de mucha importancia ya que ayuda a que se enfrente con el sentido de su propia vida, modificando su percepción de la entorno con la posibilidad de transformar esta realidad ineludible, a partir de las actitudes que asuman ante ella, propiciando con esta terapia el mayor bienestar posible al paciente que se encuentran enfrentando la enfermedad.

La Logoterapia tiene sus raíces, en el existencialismo, proponiendo una visión integral del ser humano. Desde la perspectiva de la Logoterapia, el sentido es aquello que confiere significado a la vida, a la vez que proporciona un soporte interno a la existencia.

Al aplicar la logoterapia al paciente oncológico este ha de enfrentarse con el sentido de su propia vida y de esta forma modificar la orientación de su conducta en tal sentido, la logoterapia es efectiva ya que el neurótico trata de eludir el íntegro conocimiento de su función en la vida, y hacerle conocedor de esta tarea concienciando que puede ayudar mucho a su capacidad para sobreponerse a su neurosis.

La función del psico-oncólogo consiste en desarrollar y ampliar el campo visual del paciente para que él sea consciente. La logoterapia no obliga imponer al paciente ningún tipo de juicio, pues la verdad se impone por sí misma sin intervención de ningún tipo.

CAPÍTULO 4

4.1 ANSIEDAD EN EL PACIENTE CON CÁNCER

Instituto Nacional del Cáncer (2015) La ansiedad puede llegar a afectar la calidad de vida de los pacientes que tienen cáncer así como también a sus familias.

Los pacientes que padecen esta enfermedad presentan muchas emociones diferentes, incluso ansiedad y sufrimiento. El enfermo oncológico presenta padecimiento emocional, mental, social y espiritual también experimentan variedad de sentimientos que van desde la vulnerabilidad y la tristeza hasta la depresión, la ansiedad, el pánico y el aislamiento.

Pueden así sentir ansiedad mientras se someten a exámenes de detección de un cáncer, esperan los resultados de las pruebas, reciben el diagnóstico de un cáncer, tratamiento de cáncer o que el cáncer regrese a su cuerpo.

La ansiedad dificulta la capacidad del paciente de enfrentar el diagnóstico de cáncer o su tratamiento, la ansiedad puede aumentar el dolor, afectar el sueño, causar vómitos y náuseas afectando así la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias. Depende mucho de la capacidad de adaptarse de cada paciente., algunos pueden llegar a presentar trastorno de ansiedad causada por la situación que produce tensión ante el diagnóstico de cáncer. Los síntomas de un trastorno de ansiedad incluyen preocupación, miedo y pavor. Cuando los síntomas son graves, afectan la capacidad de una persona de tener una vida normal. Se pueden presentar diferentes trastornos de ansiedad:

Los pacientes con cáncer pueden sufrir los siguientes tipos de trastornos por ansiedad: Fobias, trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de tensión postraumática, trastorno por ansiedad generalizada

Los pacientes con trastornos por ansiedad necesitan información y apoyo especializado para entender su situación y las elecciones de tratamiento.

Se aplica para la ansiedad los tratamientos psicológicos como: orientación individual, orientación la familia, orientación para situaciones de crisis, terapia grupal, grupos de autoayuda hipnosis, meditación, técnicas de relajación.

American cancer society (2013) Durante el tratamiento y la recuperación, el paciente oncológico puede sentirse temeroso y ansioso. Para la mayoría de las personas con cáncer, enterarse de que tienen cáncer, causa la mayor ansiedad y miedo.

Las personas tienen miedo de que el dolor que se les presente no pueda ser controlado, de morir.

Si una persona presenta síntomas como: expresión facial de ansiedad, preocupación descontrolada, dificultad para resolver problemas y para concentrarse, tensión muscular, temblor o estremecimiento, intranquilidad, sentirse agitado o muy nervioso, resequedad bucal, irritabilidad o arrebatos de furia, durante la mayor parte del día, casi todos los días, y está siendo un obstáculo en su vida, puede que sea útil una evaluación. Lo más recomendable en estos casos es: fomentar el diálogo entre sí, pero sin presionar para hablar, compartir sentimientos y miedos la persona con angustia esté experimentando, buscar ayuda a través de la asesoría y/o grupos de apoyo, practicar la respiración profunda y los ejercicios de relajación.

Maté, Hollenstein, Gil (2004) La ansiedad es un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable que posee una sintomatología física y psíquica, asociada a significativas manifestaciones somáticas.

Es una reacción del organismo cuando se presenta un estímulo nocivo que es una amenaza, ocasionando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático.

Se considera que la ansiedad es adaptativa si esta es proporcional a la amenaza, temporal, dura mientras permanece el estímulo temido y si facilita la puesta en marcha de recursos.

Se considera a la ansiedad desadaptativa y problemática cuando es desmedida a la amenaza, produciendo un aumento anormal de la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas

Se presenta un problema en el paciente oncológico debido a la naturaleza de la amenaza, que por sus características como la grave enfermedad, su larga evolución, con múltiples tratamientos y con un pronóstico incierto, se vuelve altamente estresante, constante y persistente en el tiempo, la ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación es la que se considera patológica, presentándose con irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención, inquietud, preocupación excesiva y alerta, etc.

Por esta razón es importante identificar y tratar la ansiedad debido a su alta prevalencia en el paciente oncológico, a su potencial para interferir en la calidad de vida del paciente y porque puede disminuir su capacidad para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo.

4.2 OBJETIVOS

El objetivo de la investigación es comprobar si el proceso terapéutico aplicado disminuyó los niveles de ansiedad, que presentaron los pacientes al inicio del tratamiento, aplicando este proceso terapéutico, basado en psicoeducación, terapia de relajación, y logoterapia, por lo que se vio evidenciado en los resultados, pues la ansiedad que presentaban los pacientes al inicio del tratamiento disminuyó considerablemente después del proceso terapéutico aplicado en cada uno de ellos.

4.3 METODOLOGÍA

Este proyecto se llevó a cabo con pacientes de la Fundación FUPEC – Cuenca que se encontraban en tratamiento oncológico.

La muestra se integró por hombres y mujeres entre los 30 y 65 años de edad, que se encontraban en los seis meses posteriores a la confirmación diagnóstica, en etapa clínica 1, 2,3.

Se excluyó a pacientes que presentaron patología mental asociada.

Para medir los niveles de ansiedad de los participantes, se administró la Escala de Ansiedad de Hamilton, la cual valoraba la intensidad de la ansiedad.

La escala aplicada consta de catorce ítems que evalúan diferentes manifestaciones de la ansiedad

1. Aspecto psíquico: incluye ítems que evalúan el humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones, intelectuales y humor depresivo.
2. Aspecto físico/somático: se evalúan síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y autonómicos.
3. Aspecto conductual/comportamental: incluye la evaluación de la conducta del paciente durante la entrevista.

Primero se obtuvo la firma del consentimiento informado del paciente, y luego se llevó a cabo la aplicación de la prueba para medir la ansiedad, para lo cual se reunió a los participantes, para la investigación.

El tiempo de aplicación de cada prueba fue de 20 minutos aproximadamente, en donde se les dio las explicaciones de la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton.

Las condiciones del espacio físico fueron adecuadas para la aplicación

El proceso terapéutico que se realizó constó de cuatro sesiones.

PRIMERA SESIÓN

Se centró en la obtención de información para poder de esta forma mediante la entrevista con el paciente obtener información para ficha socio demográfica, y la firma del consentimiento informado.

La aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton,

Así como también se le psicoeducó al paciente, para que de esta manera pueda conocer sobre la enfermedad los tratamientos y cuidados que debe tener en el transcurso de su enfermedad, la psicoeducación es fundamental para el éxito y desarrollo de las siguientes sesiones, se obtendrá su confianza, el paciente participa de forma activa en el proceso y asume una serie de compromisos en la realización de sus cuidados de esta forma el paciente controla mejor la situación, toma decisiones y es capaz de expresar sus sentimientos, iniciando así un proceso de cambio y adaptación. La psicoeducación se aplicó cuando el paciente lo creyó necesario mediante preguntas que se le fueron presentando a lo largo del tratamiento.

SEGUNDA SESIÓN

Se le brindó al paciente técnicas de afrontamiento para que pueda controlar y manejar los efectos secundarios que provoca la quimioterapia, así como nerviosismo, náuseas y vómitos anticipatorios, etc., atribuidos a los tratamientos médicos; orientando también al paciente y a su familia directa, frente a las reacciones emocionales propias de este escenario. Facilitar la adhesión terapéutica a los tratamientos médicos.

Se aplicó también al paciente una terapia de relajación, como la respiración profunda, los bostezos, la respiración abdominal e imágenes de paz. Se le ayudó con la relajación

de todo su cuerpo. Se creó un ambiente adecuado, una posición cómoda, respiración abdominal lenta y profunda y visualización de imágenes agradables. Utilizar un tono de voz bajo hablando lenta y rítmicamente se fomentó la repetición frecuente de la técnica seleccionada. Se evaluó y registro la relajación conseguida por el paciente.

TERCERA SESIÓN

Se realizó un ejercicio, en el que el paciente reviviera su experiencia de situación límite, se les indicó que recordaran el suceso con la percepción de sus 5 sentidos e identificaran sus sentimientos al respecto y posteriormente, buscaran un símbolo para representar su experiencia, lo que promovió el darse cuenta; lo que se pretende con esto es que la persona logre un contacto consigo mismo y con el mundo exterior, con la finalidad de estar alerta a la experiencia personal, darse cuenta de ella y que esto le genere un descubrimiento propio.

CUARTA SESIÓN

Se le aplicó el re- test de Ansiedad de Hamilton, se le enseñó técnicas de afrontamiento para así dar la pauta a los pacientes para reincorporarse a su vida.

Se Comentó la experiencia emocional con el paciente. Ayudarle a reconocer al paciente sus respuestas habituales a los miedos. Motivarle a que exprese sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Explicarle las consecuencias de los sentimientos de culpa o vergüenza.

Y con todo eso establecido de dio paso al cierre del proceso terapéutico.

4.4 RESULTADOS

Gráfico Género

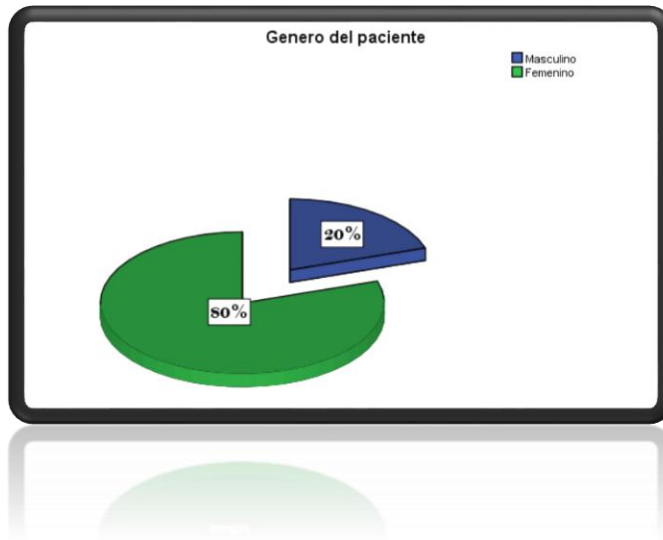


Ilustración 1: Porcentaje de Pacientes según su Género

Fuente: FUPEC Familias Unidas para los Enfermos de Cáncer. Cuenca-Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Ruilova

La muestra fue de 30 participantes, donde el 20% corresponde al género masculino y el 80% al género femenino.

Gráfico Diagnóstico de la Enfermedad

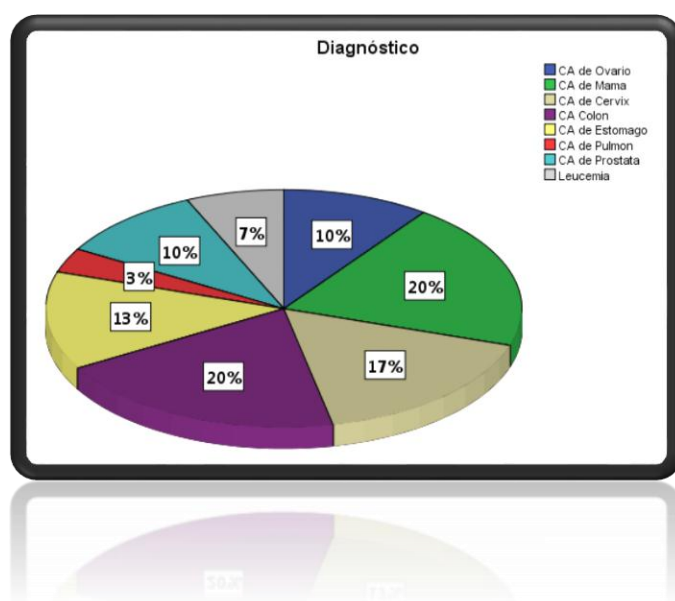


Ilustración 2: Porcentaje Diagnóstico de los pacientes

Fuente: FUPEC Familias Unidas para los Enfermos de Cáncer. Cuenca-Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Ruilova

En la investigación se evidenció que los pacientes que analizados, el 20% fue diagnosticado de cáncer de colon, otro 20% cáncer de mama, un 13% con cáncer de cervix, 10% atribuye al cáncer de próstata y ovario, un 7% leucemia, y en un 3% el cáncer de pulmón.

Gráfico Etapa Clínica de los Pacientes

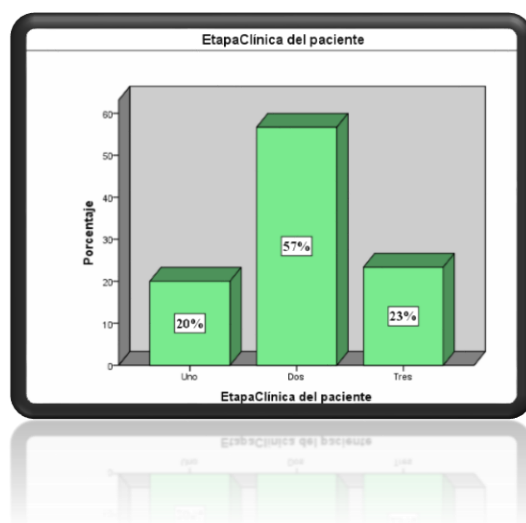


Ilustración 3: Porcentajes de la Etapa Clínica del Paciente

Fuente: FUPEC Familias Unidas para los Enfermos de Cáncer. Cuenca-Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Ruilova

En el gráfico se puede observar el porcentaje de las etapas clínicas en las que se encuentran los pacientes y marcan el grado de gravedad del cáncer, siendo uno la menos severa, donde 20% representa a la etapa uno, el 57% a la etapa dos, y el 23% a la etapa tres.

Gráfico Número de Sesión de Quimioterapia

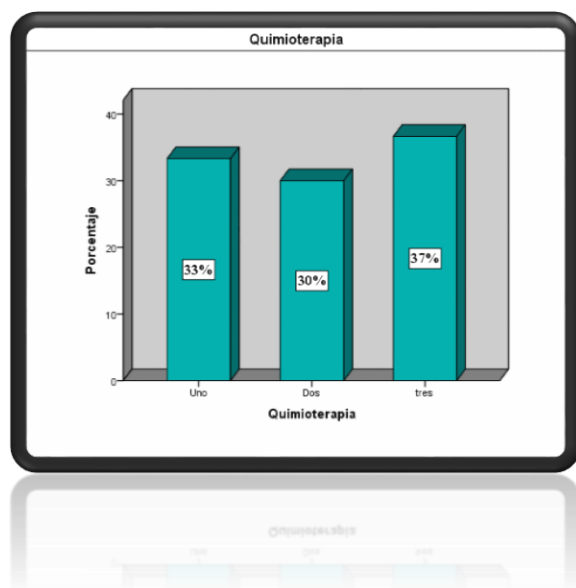


Ilustración 4: Porcentaje número de sesión de quimioterapia en la que cada paciente se encuentra recibiendo.

Fuente: FUPEC Familias Unidas para los Enfermos de Cáncer. Cuenca-Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Ruilova

En la gráfico podemos ver que el 33% recibió ya la quimioterapia número 1, un 30% la quimioterapia número 2, y el 37% la quimioterapia número 3.

Gráfico Grado de Ansiedad Test de Hamilton

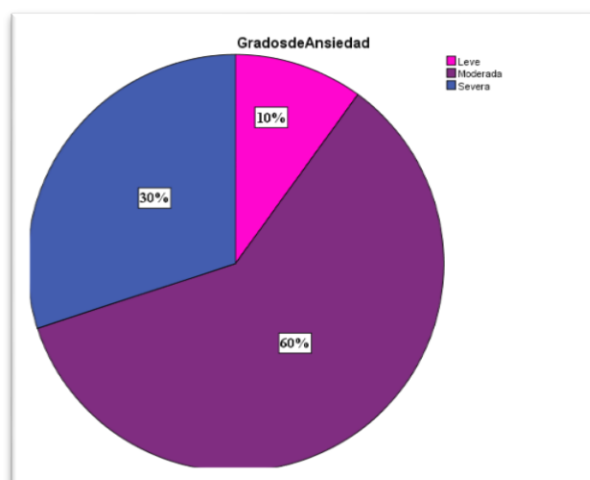


Ilustración 5: Porcentajes Grado de Ansiedad Test de Hamilton

Fuente: FUPEC Familias Unidas para los Enfermos de Cáncer. Cuenca-Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Ruilova

En el test aplicado a cada uno de los pacientes al inicio de la terapia se pudo ver que en su mayoría el 60% de los pacientes, presentaban ansiedad moderada, 30% ansiedad severa y 10% de los pacientes ansiedad leve.

Tabla Chi cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,500 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	18,567	2	,000
Asociación lineal por lineal	12,889	1	,000
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

Gráfico Grado Re-test de Ansiedad de Hamilton

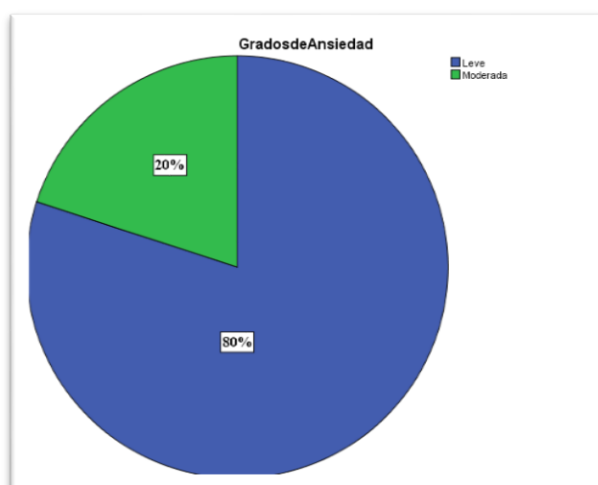


Ilustración 6: Porcentajes Grado de Ansiedad Re -Test de Hamilton

Fuente: FUPEC Familias Unidas para los Enfermos de Cáncer. Cuenca-Ecuador.

Aplicado por: Fernanda Ruilova

En el segundo test aplicado después de la intervención terapéutica pudimos observar un cambio en cuanto a los niveles de ansiedad, donde el 80% de pacientes presentaron ansiedad leve y solo un 20% ansiedad moderada.

4.5 DISCUSIÓN

En esta investigación los que se ha querido constatar es si los niveles de ansiedad disminuyeron después de la aplicación de los procesos terapéuticos a cada paciente en donde los resultados disminuyeron después de la aplicación de los procesos terapéuticos a cada paciente, en donde los resultados afirman que la ansiedad se reduce visiblemente con las terapias.

Se han realizado estudios de la ansiedad en pacientes hospitalarios.

Restrepo, Molina (2005) el estudio verifica también que la ansiedad se presenta después de ya haberse establecido el diagnóstico de cáncer, pues el paciente afronta varios problemas relacionados como problemas económicos, y la incertidumbre por el aplazamiento de los planes de vida y miedo a la muerte, generando así la ansiedad en dichos pacientes. Por lo que es necesario establecer un plan terapéutico para disminuir la ansiedad.

Baider (2003) En estudios, realizados con las parejas de pacientes de cáncer de mama, documentaron la ansiedad y depresión que presentan su pareja como trastornos de sueño, alimentarios, sentido de desamparo, y miedos reales o fantaseados al cáncer y sus tratamientos, la ansiedad psicológica afecta no solamente al paciente si no a su pareja poniendo así restricciones en cada una de sus vidas, por lo que de igual manera necesitaron ayuda terapéutica para disminuir la ansiedad.

López, Rodríguez (2000) Llegan a la conclusión en sus estudio que la ansiedad se produce con mayor impacto en la etapa como el diagnóstico, la situación de recidiva y el tratamiento paliativo, se reflejan más en la ansiedad como en la depresión. Aunque también es común encontrarla en los procesos de adaptación y aceptación que tienen un papel relevante en el estado emocional del paciente. En esta investigación realizada se ha evidenciado estudios relacionados directamente al golpe emocional que provoca el diagnóstico y la ansiedad que produce en el paciente como en la familia, al verse estancado en sus metas de vida.

4.6 CONCLUSIONES

Al analizar el nivel de ansiedad de cada paciente al inicio del tratamiento, se observó que luego de la aplicación de los procesos terapéuticos, se presentó una disminución de ansiedad de severa a moderada y leve, con esto se demuestra que la terapia basa en psicoeducación, relajación, logoterapia, es efectiva.

También se pudo observar, que la ansiedad afecta más al sexo femenino que al masculino.

4.7 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se pueden sugerir para el presente estudio y mejorar así la calidad de vida de las personas que pasan por esta enfermedad tan complica.

- Trabajar en la psicoeducación que se le brinda al paciente, para que este pueda someterse al tratamiento lo más pronto posible y no lo postergue cuando ya esté más afectado por la enfermedad.
- Investigar a fondo sobre la ansiedad psíquica y la somática que se presenta en el test de ansiedad de Hamilton y que relación tendría esta con la enfermedad descrita

REFERENCIAS.

- Alonso, C., & Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. Clínica Contemporánea, Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44919>
- Campoverde, N. y Campoverde, F. (2012) El cáncer: un problema de salud pública en el Ecuador y en el cantón Cuenca. Revista de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20386/1/Nicolas%20Campoverde%20y%20Felipe%20Campoverde%2036-45%281%29.pdf>
- Del Pino, M. M. (2014). Algunas reflexiones sobre el tabú a la palabra cáncer. Revista Archivo Médico de Camagüey, Recuperado de: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2805>
- Die Trill, M. (2003) Psico-oncología. Hopsital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. EdicionAdes
- Die Trill, M. (2013) Intervención psico-oncológica en el ámbito hospitalario. Hospital Universitario Gregorio Marañón. España. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n2a3.pdf>
- Durá, Estrella, & Ibañez, Elena. (2000). Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. Psicología, Saúde & Doenças, 1(1), 27-43. Recuperado en 18 de julio de 2016, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862000000100004&lng=pt&tlng=p
- El Universo, (3 de febrero del 2012), Cáncer de útero, mamas y piel, los más comunes en Ecuador. Recuperado de <http://www.eluniverso.com/2012/02/03/1/1384/cancer-utero-mamas-piel-mas-comunes-ecuador-II.html>

- Frankl, V. E. (2015). El hombre en busca de sentido. miguel Betancourt Martínez.
- González-Escalada, J. R., Camba, A., Casas, A., Gascón, P., Herruzo, I., Núñez-Olarte, J. M.,... & Torres, L. M. (2011). Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. Revista de la Sociedad Española del Dolor, Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462011000200005&script=sci_arttext&tlng=en
- Graña, B., Vega, A., & Cueva, J. (2005). Cáncer de mama y ovario hereditario: consejo genético, seguimiento y reducción del riesgo. Psicooncología, Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/16855>
- Instituto nacional del Cáncer (2015). Estadificación del cáncer recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
- Instituto nacional del Cáncer (2015) ¿Qué es el cáncer? recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- Khosravi Shahi, P., Castillo Rueda, A. D., & Pérez Manga, G. (2007, November). Manejo del dolor oncológico. In Anales de medicina interna. Arán Ediciones, SL. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001100010
- Maganto, V. V., González, M. M., Moreno, M. V., & Pascual, D. R. (2003). Modelo de organización de los cuidados paliativos. In Oncología en atención primaria
- Mandal, A (2012) Clasificación del cáncer. Revista News Medical. Recuperado de: [http://www.news-medical.net/health/Cancer-Classification-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Cancer-Classification-(Spanish).aspx)
- Maté, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Psicooncología, Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/17109>

- Medina Coello, X., & Alvarado Aguilar, S. (2011). Psicooncología: una respuesta al malestar emocional del paciente oncológico. Revista médica Científica del Hospital José Carrasco Arteaga del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- Organización Mundial de la Salud (2015) Cáncer. Recuperado el 12 de octubre de 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- De Prado, C., Viteri, A., & Fuente, N. (2003). Aspectos psicológicos del paciente con cáncer. Gaceta Médica de Bilbao, Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?q=prado+viteri&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Real Academia Española. (2015). Diccionario de la lengua española. Consultado en <http://dle.rae.es/?id=742bRjf>
- Regina Secoli, S., Pezo Silva, M. C., Alves Rolim, M., & Machado, A. L. (2005). El cuidado de la persona con cáncer: un abordaje psicosocial. Índex de Enfermeria, Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962005000300007&script=sci_arttext&tlng=e
- Salaverry, O. (2013) La etimología del cáncer y su curso histórico. Rev. Peru.med.exp. Salud pública. Lima Recurado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a26v30n1.pdf>
- Sanz, J., & Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705522>
- Sánchez-Castillo, T., Amador-Velázquez, R., & Rodríguez-García, C. (2015). Afrontamiento y Logoterapia en Pacientes Terminales y Cuidadores Primarios. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/32408>
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento de psicooncología. Boletín de psicología, Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=741934>

- Taboada, C. M. PSICOONCOLOGÍA, HIPNOSIS CLÍNICA, PSICOTERAPÉUTICA COMPORTAMENTAL EN PSICOONCOLOGIA: UNA MIRADA HACIA LOS PACIENTES. Recuperado de http://hc.rediris.es/pub/bscw.cgi/d5001464/Malvezzi-Psicooncologia_hipnosis_clinica_psicoterapeutica_comportamental.pdf
- Valdespino-Gómez, V. M., & Valdespino-Castillo, V. E. (2012). Terapia epigenética en el cáncer. Logros y perspectivas. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2012/cc125o.pdf>
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. Psico-oncología, Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/105ffa135bfc78b50836eeface55e00e/1?pq-origsite=gscholar>

ANEXOS

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Fecha:

Nombre:

Edad:

Instrucción:

Etapas Clínicas

Diagnóstico:

Género:

Estado Civil:

Fecha de nacimiento:

Etapas clínicas:

Quimioterapia:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... he comprendido la información y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informad/a y entendido que los datos obtenidos en este estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, he sido informada a la vez que mi información será confidencial. Por lo que de manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación con fines educativos.

Firma del participante

ESCALA DE ANDIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión imposibilidad para relajarse reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor del pecho, sensación de desmayo	0	1	2	3	4

10. Síntomas espiratorios: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigo cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor,	0	1	2	3	4

ANSIEDAD PSIQUICA:	
ANSIEDAD SOMATICA:	
PUNTUACION TOTAL:	

EVOLUCIÓN
Ejecución de las técnicas

FECHA	EVOLUCIÓN	ACTIVIDAD
		-