



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

**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).**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

AUTORES: Adriana Cristina Segovia Cevallos

Edgar Efrén Ludeña Veliz

DIRECTOR: Mst. Gerardo Peña Castro

CUENCA - ECUADOR

2014

*Con todo el cariño y amor a mis padres, hermanas y sobrino;
a mi novio Geovanny, por haber puesto un granito de arena en este trabajo;
a mis amigas Fernanda y María José, por formar parte de mi familia; y,
a todos aquellos pacientes que pude conocer y con quienes compartí momentos
inolvidables.*

Adriana

A mis padres, hermanos, esposa y a mi hija Rafaela que está por nacer.

Edgar

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida y a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía. Algunas están aquí conmigo y otras, en mis recuerdos y en mi corazón; sin importar donde estén, quiero darles mis más sinceros agradecimientos por formar parte de mí. Los resultados de este proyecto están dedicados a todas las personas que, de una u otra forma, son parte de su culminación. Primeramente, quiero agradecer a Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y, sobre todo, felicidad. A mi familia, que ha sido un pilar fundamental dentro de mi formación como persona; a mi padre, por confiar en mí, por no rendirse en los momentos más difíciles y por ser el mejor ejemplo de superación, por su sustento incondicional e infinita enseñanza moral, lo que me ha permitido llegar al último escalón de mi educación.

Igualmente, quiero agradecer a la Universidad del Azuay, al personal docente y a mi profesor Mst. Gerardo Peña Castro que, en este andar por la vida, influyó con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien, preparada para los retos que pone la vida. Agradezco infinitamente al Hospital Vicente Corral Moscoso, al personal médico y administrativo, por abrirme sus puertas para cumplir un sueño que, seguramente, cambiará la salud mental de pacientes oncológicos; de manera muy especial a la Dra. Alicia Hurtado que, con sus consejos, sabiduría y experiencia ha guiado mi camino para la elaboración de este proyecto. Por último, y no menos importante, agradezco la colaboración infinita de mis pacientes, que han dedicado un poco de su tiempo y esfuerzo para esta investigación; gracias por los momentos compartidos y gracias por permitirme dejar huella en sus corazones, sin ellos esto no hubiese sido posible.

Adriana

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente a Dios, por la sabiduría que nos da para realizar nuestras actividades; también a mi familia, por el apoyo incondicional que me ha brindado durante mi carrera universitaria y la elaboración de este trabajo.

Dejo constancia de mi especial reconocimiento a la Universidad del Azuay, por la capacitación que me ha otorgado a través de los profesores de la escuela de Psicología Clínica.

Es preciso reconocer la apertura brindada por las autoridades del H.V.C.M. y agradecer de manera muy especial a la Dra. Alicia Hurtado, psicóloga clínica del Hospital Regional, quien con sus consejos nos ayudó a aclarar nuestros pensamientos; también es meritorio agradecer a nuestro director de tesis Mst. Gerardo Peña Castro, quien con sus conocimientos y enseñanzas nos dirigió para realizar este proyecto, beneficiando a las personas que padecen cáncer.

De manera muy grata, es importante reconocer el aporte de todo el personal que labora en el Hospital Regional, ya que con su colaboración, ayudaron a trabajar en la salud mental de los pacientes, que día a día se hacen atender en esta casa de salud.

Edgar

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	v
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO 1: PSICOLOGÍA PROYECTIVA

1.1 Proyección y Apercepción según Freud y Bellak.....	3
1.1.1 Formas de distorsión aperceptiva.....	5
1.2 Supuestos básicos.....	6
1.2.1 Determinismo psicológico.....	6
1.2.2 Principio de continuidad psíquica.....	6
1.3 Características de las técnicas proyectivas.....	7
1.3.1 Comparación entre la situación de test proyectivo y psicoanálisis.....	7
1.3.2 El test de apercepción temática, T.A.T.....	8
1.3.3 Test de la Persona Bajo la Lluvia.....	14
Conclusiones.....	18

CAPITULO 2: PSICO-ONCOLOGÍA Y SALUD

2.1 Psico-oncología.....	19
2.1.1 Actitudes y estigmas asociados al diagnóstico de cáncer.....	19
2.1.2 El comienzo formal de la psico-oncología.....	20
2.1.3 Definición de psico-oncología.....	21
2.2 Trabajo con pacientes en hospitalización.....	22
2.2.1 El adulto con cáncer.....	23
2.2.2 Tratamiento psicológico.....	24
2.2.3 Psicoterapias.....	25
2.3 Psicología de la salud.....	27
2.3.1 Calidad de vida y enfermedad crónica y/o terminal.....	27
2.3.2 Importancia del estudio de la calidad de vida.....	28
2.4 Reacciones emocionales en el diagnóstico de una enfermedad terminal.....	28

2.5 Psicoanálisis oncológico.....	30
2.5.1 El psicoanálisis en el tratamiento del paciente oncológico.....	30
2.5.2 Pulsión de muerte.....	31
Conclusiones.....	33

CAPITULO 3: PLAN DE INTERVENCIÓN

3.1 Etapa de diagnóstico.....	34
3.1.1 Selección de pacientes (criterios de inclusión-exclusión).....	35
3.1.2 Entrevista personal y ficha clínica.....	36
3.1.3 Aplicación de pruebas: T.A.T. y Test de la Persona Bajo la Lluvia.....	36
3.2 Etapa de intervención psicológica.....	37
3.2.1 Psicoeducación para pacientes con cáncer.....	37
3.2.2 Psicoterapia psicodinámica.....	40
3.2.3 Psicoterapia breve de Bellak.....	41
3.2.4 Pasos de la psicoterapia breve de Bellak.....	42
3.2.5 Descripción de técnicas psicodinámicas.....	43
3.2.6 Modelo del dispositivo psicoterapéutico.....	44
3.3 Etapa de evaluación y comparación de resultados.....	50
3.3.1 Test: T.A.T. – Test de la Persona Bajo la Lluvia.....	50
3.3.2 Retest: T.A.T. – Test de la Persona Bajo la Lluvia.....	83
3.3.3 Comparación de resultados.....	107
Conclusiones.....	116

CONCLUSIONES GENERALES.....	117
------------------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	119
--------------------------	------------

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo consiste en la elaboración de un Plan de Evaluación e Intervención Psicodinámica en pacientes con cáncer en la etapa diagnóstica. El cáncer ocupa la tercera causa de muerte en el Ecuador con una tasa de mortalidad de 61 personas por cada 100 mil habitantes, según el Ministerio de Salud Pública.

Este trabajo se divide en tres etapas: **Etapas de diagnóstico** (T.A.T. y test de la Persona Bajo la Lluvia), **etapas de intervención psicológica** (Psicoeducación-Psicoterapia breve de Bellak) y **etapas de evaluación y comparación de resultados** (test - retest).

Este proyecto ayudó a reducir emociones negativas, disminuyendo la pulsión de muerte, mejorando la calidad de vida frente al tratamiento médico. Los conflictos psicológicos encontrados en estos pacientes fueron: autoimagen negativa, tristeza-felicidad; los cuales disminuyeron a través de la intervención psicoterapéutica.

ABSTRACT

This paper involves the development of a Psychodynamic Evaluation and Intervention Plan in the diagnostic stage of cancer patients. Cancer is the third leading cause of death in Ecuador with a mortality rate of 61 persons per 100 thousand inhabitants, according to the Ministry of Public Health.

This work is divided into three stages: **Diagnosis Stage** (T.A.T-Thematic Apperception Test- and The Person Under the Rain" Test); **Psychological Intervention Stage** (Short-Term *Bellak's Psycho-education and Psychotherapy*); and **Stage of Evaluation and Comparison of Results** (test - retest).

This project helped reduce negative emotions, decreasing death drive, and improving the quality of life while the medical treatment is applied. The psychological conflicts found in these patients were: negative self-image, and happiness-sadness; which decreased through psychotherapeutic intervention.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

Considerando los avances de la psicología en general y motivados por experiencias de nuestras prácticas pre-profesionales en el H.V.C.M. y SOLCA, conscientes de las necesidades percibidas en el ámbito de la salud mental, tanto la parte diagnóstica como la de intervención, y en miras a mejorar el conocimiento de la realidad local, presentamos un Plan de Evaluación e Intervención Psicodinámica, en pacientes con cáncer en la etapa diagnóstica, en el Hospital Vicente Corral Moscoso. La importancia de un estudio psicológico en pacientes con cáncer nos ayudará a conocer los conflictos que presentan, sus necesidades, sus deseos inconscientes y sus fortalezas para recibir el tratamiento médico.

Este trabajo implicó tres grandes etapas: primero la etapa diagnóstica, a través de la aplicación de entrevistas personales, fichas clínicas y tests proyectivos como el T.A.T. y la Persona Bajo la Lluvia; segundo la etapa de intervención psicológica, donde aplicamos el modelo psicoterapéutico breve de Bellak y brindamos Psicoeducación; y, tercero la etapa de evaluación y comparación de resultados, donde analizamos los conflictos presentados en la primera aplicación de los reactivos psicológicos y el retest que se elaboró al final del tratamiento psicoterapéutico. La muestra de esta investigación consta de 20 pacientes hombres y mujeres en una edad delimitada de 18 y 65 años de edad. La intervención psicoterapéutica se la realizó de manera individual con un mínimo de 6 sesiones de 40 a 50 minutos de duración cada una, enfocándonos en el modelo terapéutico breve de Bellak. Esta investigación es de tipo exploratoria-descriptiva, que utiliza el método inductivo, para analizar casos particulares de pacientes con cáncer en la etapa diagnóstica de su enfermedad.

El objetivo general consistirá en elaborar un plan de evaluación e intervención psicodinámica en pacientes con cáncer en la etapa diagnóstica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el área de oncología, de la ciudad de Cuenca.

Los objetivos planteados responden a necesidades tanto individuales como sociales, para dar a conocer la importancia de los aspectos psicológicos de los pacientes, para ello tenemos:

- Evaluar los diferentes síntomas psicológicos a través de técnicas proyectivas.

- Reducir aquellas emociones que refuerzan el sufrimiento en el paciente con cáncer tales como: ansiedad, miedo, angustia, pulsión de muerte.
- Trabajar en la aceptación de la enfermedad para obtener una mejor respuesta emocional al tratamiento.
- Psicoeducar a pacientes y sus familias en relación a la enfermedad y etapas del tratamiento.
- Desarrollar una propuesta de intervención con técnicas psicodinámicas que se adapten a aquellos aspectos específicos que demande el paciente.

Cada capítulo es secuencial, es necesario respetar su orden para que la comprensión de los mismos sea óptima. Los momentos contienen sistematizaciones teóricas y están seguidos por pensamientos de los autores, inicialmente presentamos la fundamentación teórica de la investigación, el primero y segundo capítulo consta de Psicología Proyectiva, conceptos de Proyección y Apercepción según Freud y Bellak, tests como: el T.A.T. y Persona Bajo la Lluvia, con sus técnicas de aplicación e interpretación, además presentamos conceptos de Psicooncología y Psicología de la Salud, posteriormente el tercer capítulo consta de la selección de pacientes con los criterios de inclusión y exclusión, además de la entrevista personal y ficha clínica que se aplicó a pacientes oncológicos, también se describe la Psicoeducación que brinda información a pacientes respecto a su enfermedad y conceptos de la terapia breve de Bellak, por último presentaremos el Plan de Intervención desarrollado con sus diferentes escalas y resultados obtenidos.

Finalmente, podemos indicar que esta investigación se basa en elaborar un plan psicológico para pacientes con cáncer, obteniendo así un buen diagnóstico a través de técnicas proyectivas temáticas (T.A.T.) y expresivas (Persona Bajo la Lluvia), para analizar los resultados y encontrar conflictos emocionales producto de la enfermedad. Con esta información se pudo brindar apoyo psicoterapéutico de manera adecuada, mejorando y disminuyendo conflictos presentados al inicio del tratamiento. Este trabajo nos ayudó a conocer de manera más profunda al paciente oncológico, destacando sus necesidades y fortalezas internas. Los resultados que se obtuvieron de esta investigación son buenos, a pesar de las dificultades y limitaciones, tales como: el tiempo de atención a los pacientes, puesto que venían cada 21 días y la condición física de los mismos provocados por los estragos de la quimioterapia.

CAPITULO 1

PSICOLOGÍA PROYECTIVA

En este capítulo trataremos los fundamentos teóricos de nuestro trabajo investigativo. Comenzaremos explicando los conceptos de proyección según Freud y de apercepción según Bellak, así mismo haremos referencia a los reactivos psicológicos empleados para este proyecto: el **T.A.T.** y la **Persona Bajo la Lluvia**, sus características generales, fundamentos conceptuales, técnicas de aplicación e interpretación.

1.1 PROYECCIÓN Y APERCEPCIÓN SEGÚN FREUD Y BELLAK.

Freud, S. (1911), define la proyección como un mecanismo de defensa. En el caso Schreber indica: **“Una percepción interna es reprimida y, en su lugar, su contenido, después de haber sufrido una cierta deformación llega a la conciencia bajo la forma de percepción que viene del exterior”**. La paranoia se explica por un deseo homosexual, reprimido y proyectado, y se entiende de la siguiente manera:

a) Yo un hombre le amo a él un hombre.

b) El sentimiento es cambiado en su contrario: Yo no le amo, yo le odio.

c) Yo le odio se convierte en: Él me odia o me persigue, lo que justifica el odio que le tengo. Aquí se da la proyección: El odio no es una acción mía; el odio existe; luego el odio es una acción de mis enemigos. Un sentimiento de origen interno es así vivido por el sujeto como si fuera la consecuencia de una percepción externa: **Yo no le amo, yo le odio, porque él me persigue. La proyección es la expulsión de un deseo intolerable fuera de la persona; hay proyección de lo que no se quiere ser.**

En un segundo estadio se amplía el concepto con el inicio de las técnicas proyectivas. La proyección, es el simple desconocimiento, ya no la expulsión por el

sujeto, de deseos y emociones que no acepta como suyos. Este sentido de proyección, aparece en el último capítulo del libro: Psicopatología de la vida cotidiana, titulado Creencia en la causalidad y en la superstición.

a) “Cuando se pide a un sujeto un nombre o una cifra, su elección está, determinada por una preocupación personal. Lo que confirma la existencia del determinismo psíquico. Este concepto de causalidad es producto del desconocimiento de las motivaciones inconscientes, que son las causas de nuestros pensamientos y de nuestras acciones, es decir nuestra conducta está guiada por pensamientos y acciones presentan contenidos inconscientes, todo lo que hacemos tiene una causa, por ende nada viene de la nada”.

b) “La superstición proviene también de una proyección. En el supersticioso pasa lo contrario. En primer lugar, él proyecta hacia el exterior una motivación que yo busco en el interior; en segundo lugar, él interpreta por un suceso real el azar que yo atribuyo a una idea. Lo que él considera como oculto corresponde en mí a lo que es inconsciente, porque el supersticioso no sabe nada de la motivación de sus propias acciones accidentales y porque ésta motivación busca imponerse a su reconocimiento, está obligado a desplazarla situándola en el mundo exterior. Pienso en efecto que para una buena parte de la gente, la concepción mitológica del mundo, no es otra cosa que una psicología proyectada en el mundo exterior. Este texto indica la filiación de los dos sentidos de la palabra proyección y hace residir **la esencia de la proyección en el desplazamiento**. La proyección conserva el contenido del sentimiento inconsciente desplazando el objeto de este sentimiento” (Freud, S. 1904).

Haciendo una relectura cuidadosa de los escritos de Freud, S. (1938), encontramos que había anticipado nuestra actual línea de pensamiento, cuando expresó en **Tótem y Tabú**, que la proyección no se ha creado especialmente para propósitos de defensa, sino también ocurre **cuando no existen conflictos**. La proyección de las percepciones internas hacia el exterior es un mecanismo primitivo que, contribuye sobre nuestras percepciones sensoriales, de modo que por lo común contribuye de manera importante en moldear nuestro mundo exterior. Bajo condiciones que aún no se han determinado de manera suficiente, inclusive las percepciones internas de procesos de ideación y emoción se proyectan al exterior, cuando en realidad deberían permanecer en el mundo interno. Por otro lado, apercepción se define como: **“El proceso mediante el cual la nueva experiencia**

es asimilada y transformada por el residuo de la experiencia pasada de cualquier individuo para formar un todo nuevo,” (Bellak, L. 1964).

Por ejemplo: La mayoría de los individuos concuerdan que en la lámina 1 en el T.A.T., muestra a un niño sentado frente a un violín. Por tanto, esta percepción puede establecerse como una norma. Cualquier persona que, por ejemplo, describa esta lámina como un niño en un lago, distorsiona de manera aperceptiva la situación del estímulo.

1.1.1 Formas de distorsión aperceptiva:

Bellak, L. (2000), indica que la apercepción es la interpretación significativa de un organismo acerca de la percepción, por lo tanto: Apercepción, en psicología es un proceso mediante el cual la nueva experiencia es asimilada y transformada en función del residuo de la experiencia pasada de cualquier individuo para formar un todo nuevo. El residuo de la experiencia pasada se denomina masa aperceptiva.

1) Proyección Invertida: Es el grado máximo de distorsión, y no puede hacerse consciente. Este concepto es observado en individuos paranoides, el cual puede expresarse en esencia como el cambio de lo amo inconsciente, al me odia consciente. Por ejemplo, lo que sucede en el mecanismo paranoide: yo lo amo pasa a yo lo odio por formación reactiva, y de este, por proyección, a él me odia.

2) Proyección simple: Es atribuir a los otros sentimientos y actitudes, que el sujeto ya esperaba encontrar. Es una distorsión simple, asociativa, a través de la transferencia del aprendizaje o, en casos más complejos, por la influencia de imágenes previas sobre las presentes. Este tipo de proyección se la describe bien en el siguiente ejemplo: Pedro desea pedirle a Juan su computadora, mientras camina piensa en cómo pedirle. Reflexiona: Juan me dirá que la última vez que me prestó, se lo devolví dañado. Entonces Pedro responde en su mente, que se lo regresó en el mismo estado en que lo recibió. Luego Juan responde en la fantasía diciendo que es probable que Pedro dañe la computadora y así continúa la discusión en la mente de Pedro. Cuando finalmente Pedro llega a la casa de Juan, este último se encuentra de pie en la puerta y dice alegremente: Hola Pedro, ¿En qué puedo servirte? y Pedro responde enojado ¡Te puedes quedar con tu maldita computadora!

3) Sensibilización: Es la forma de crear una percepción que no existe a nivel objetivo, es una percepción a más sensible de los estímulos existentes. La hipótesis

de la sensibilización significa, que un objeto del ambiente se percibe con mayor facilidad que otro. Ejemplo: Una persona llega tarde al trabajo, el supervisor siente enojo hacia la persona impuntual. Algunas personas no observan el enojo en absoluto y no reaccionan ante él, mientras que otras pueden observarlo y reaccionar. Ciertos individuos tienden a percibir el enojo, inclusive en ocasiones en las que no existe de manera objetiva, a esto se llama sensibilización.

4) Externalización: Se trata en cambio de una configuración reprimida de imágenes, fácilmente evocable conscientemente. Ejemplo: Los pacientes que relatan las historias del T.A.T., presentan contenidos y expresiones de su vida pasada y actual. Esto se lo comprueba luego del interrogatorio que se realiza, confirmando, que estos contenidos son latentes y se dan sin que las personas se den cuenta de su externalización, (Bellak, L. 2000).

1.2 SUPUESTOS BÁSICOS.

Bellak, L. (2000), en su libro: T.A.T., C.A.T. y S.A.T. Uso clínico, propone dos supuestos básicos para la interpretación y análisis del T.A.T. que veremos a continuación:

1.2.1 Determinismo psicológico:

La hipótesis del determinismo psicológico se considera como un caso especial de la ley de causalidad, donde todo aquello que se dice o se escribe en respuesta ante alguna situación de estímulo, como todas las otras producciones psicológicas, tiene una causa y un significado dinámico, debe tomarse en cuenta el principio de sobredeterminación, dado que este insiste en que cada parte del material proyectado tiene más de un significado, correspondiente a los diferentes niveles de organización de la personalidad. Como ejemplo, es útil recordar que una historia quizá se tomó a nivel consciente de una película vista recientemente y, de todas maneras pudo haberse narrado sólo porque refleja un conflicto importante de la persona a nivel preconscious y también porque, al mismo tiempo conlleva un significado simbólico a nivel inconsciente.

1.2.2 Principio de continuidad psíquica:

Otra suposición básica es la continuidad psíquica, que sirve para analizar la personalidad de un individuo. Si se toma una muestra de un río a diversos intervalos relativamente cercanos, el análisis químico del contenido será muy similar; cualquier muestra será representativa del contenido total. Una teoría de la personalidad principalmente genética, como el psicoanálisis, sostiene que los contenidos principales de la corriente conservarán la matriz principal y solo será modificada por las afluentes en mayor o menor grado, (Bellak, L. 2000).

1.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS.

Las técnicas proyectivas tienen dos características fundamentales: En primer lugar, los reactivos de las pruebas por lo general son estímulos relativamente **ambiguos**. La segunda característica fundamental, es que utilizan un formato de elaboración de respuestas, conocido también como formato de **respuesta libre**. A los fundamentos subyacentes de las técnicas proyectivas se las conoce normalmente, como hipótesis proyectivas. **“Si el estímulo para una respuesta es ambiguo, entonces la dinámica de la personalidad del examinado determinará la respuesta, hay poco en la naturaleza del estímulo de la prueba proyectiva que establezca lo que sería una respuesta razonable”**, (Anastasi, A. y Urbina, S. 1998).

Las respuestas se formularán en términos de los deseos, fantasías, inclinaciones, temores, motivaciones, sensaciones de la vida actual del examinado, por lo tanto, **la prueba proyectiva es una forma ideal de descubrir características de las personalidades profundamente arraigadas, quizá inconscientes**. Existen diferencias entre los tests proyectivos y tests psicométricos, si bien ambos son instrumentos que utiliza el psicólogo, las técnicas psicométricas buscan medir rasgos puntuales de la personalidad, mientras que las técnicas proyectivas pretenden lograr una descripción completa de la misma. Para esto, las técnicas psicométricas recurren a estímulos más concretos cuya respuesta está estandarizada mediante baremos, por lo tanto sus respuestas se cuantifican, mientras que los estímulos de las técnicas proyectivas son ambiguos con respuestas cualitativas, se preocupan por la percepción subjetiva propia del individuo evaluado, permitiendo al sujeto una respuesta libre bajo el supuesto que la persona proyectará en sus respuestas sus percepciones, sentimientos, estilos y/o conflictos, (Anastasi, A. y Urbina, S. 1998).

1.3.1 Comparación entre la situación de test proyectivo y psicoanálisis:

La situación de test proyectivo puede ser definida según sus semejanzas y diferencias con la situación psicoanalítica. El paciente que emprende una cura psicoanalítica es invitado a hablar libremente sin ningún tema de partida, participa de las ideas y de los sentimientos en la medida que estos se presentan a su consciencia. Tiene un tiempo indefinido delante de él, el número de sesiones no está fijado de antemano. Un sujeto sometido a un test proyectivo se encuentra en una situación análoga de libertad, pero no de duración, lo que acarrea dos diferencias suplementarias: la introducción de un material previo y la de una encuesta ulterior. El sujeto sometido a un test es, en efecto, libre de dar sus respuestas.

Las consignas insisten a menudo sobre todo si el sujeto acaba de pasar un test, sobre la diferencia con los tests de aptitudes, donde el material presentado posee una estructura latente de naturaleza cognitiva que el sujeto debe descubrir, donde hay una, y generalmente solo una, buena respuesta. Al contrario en un test proyectivo, el sujeto es libre de decir o de hacer lo que él quiere a partir del material que le es presentado y del tipo de actividad que le es propuesta, le decimos que no hay respuestas buenas ni malas ya que la primera idea que le viene a la mente esa es la buena respuesta. Como en el psicoanálisis lo que cuenta es lo que se presenta espontáneamente a la consciencia. La libertad de expresión y libertad de tiempo constituyen, los dos principios comunes a la cura psicoanalítica y a la administración de los tests proyectivos, estos dos principios se particularizan de forma diferente. Con un test proyectivo todo sucede en una sesión o en un número pequeño de sesiones. Las asociaciones libres del sujeto deben ser provocadas, (Anzieu, D. 1973).

1.3.2 El Test de Apercepción Temática, T.A.T.

El T.A.T. reposa sobre una teoría de la personalidad. Murray, H. (1938), publica en su libro: Exploraciones de la personalidad, donde expone su sistema teórico centrado sobre la dualidad necesidad-presión, **poniendo como hipótesis principal la identificación del narrador al personaje central por medio del sesgo desde donde expresa sus propias necesidades**, siendo los demás personajes y/o el

medio los encargados de representar las presiones que resiente el narrador. Finalmente, Murray, H. (1943), presenta el Manual del T.A.T. en su forma definitiva, constituido por un juego de 31 láminas y un manual de aplicación.

a) Técnica de aplicación:

Como cualquier situación de prueba, debe establecerse un rapport en el primer contacto psicólogo-paciente, es decir que exista una empatía tanto psicológica como emocional. La persona se sienta en una silla, por lo general, es deseable que quien aplique la prueba se ubique a un lado del examinado, de modo que el paciente no pueda verlo y de tal manera que el examinador pueda tener una vista completa de expresiones faciales de la persona. Tal vez sea necesario modificar la posición cuando se trata con pacientes suspicaces y con otro tipo de trastornos, así como niños.

Consigna:

Murray, H. (1943), propone las siguientes formas de consigna:

Forma A (adecuada para adolescentes y adultos de inteligencia y cultura promedio): Este es un test de imaginación, que es un aspecto de la inteligencia. Le voy a ir mostrando algunas láminas una por vez, y usted deberá componer una historia para cada una, que tenga la mayor acción y el mayor número de personajes posibles. Usted dirá qué es lo que ha conducido a los hechos que se ven en la figura, qué está sucediendo en ese momento, qué sienten y piensan los personajes luego dirá como termina. Exprese sus pensamientos a medida que vayan apareciendo en su mente. ¿Comprende? Dispone de 50 minutos para las 10 láminas, puede dedicar, pues, alrededor de 5 minutos a cada historia. Aquí está la primera.

Forma B (adecuada para niños y adultos con educación escasa, y personas psicóticas): Ésta es una prueba que consiste en contar cuentos. Aquí tengo algunas figuras que voy a ir enseñándole. Quiero que me invente un cuento para cada una. Usted me dirá qué ha sucedido antes y que está sucediendo ahora. Explique qué sienten y qué piensan los personajes y cómo terminará. Puede inventar el cuento que quiera. ¿Comprende? Bueno, entonces, aquí tiene la primera

figura. Tiene cinco minutos para el primer cuento. Veremos que bien puede hacerlo, (Murray, H. 1943).

Según Bellak, L. (2000), frente a diversas formas de dar la consigna, la siguiente se acomoda a las necesidades y al ambiente de los pacientes oncológicos. **En este momento le vamos a presentar una serie de láminas, una por una, y le pedimos que cuente una historia, trate de crear un cuento, indicando que pasó antes y que está pasando ahora, diga que piensan y que sienten los personajes, y cómo terminará la historia, llevaremos el registro de sus respuestas y no olvide que dispone de tiempo suficiente, puede empezar ahora.**

Existen varias formas de aplicación del T.A.T. que veremos a continuación:

Individual: Las instrucciones que se recomiendan son: Este es un test de imaginación, que es un aspecto de la inteligencia, también es frecuente que se añada: Déjese ir libremente, luego se pide que narre la historia de acuerdo con la consigna mostrada anteriormente. Se propone para la aplicación individual una secuencia estándar de 10 láminas del T.A.T., esto ha conducido a un consenso gradual de la siguiente secuencia equilibrada en cuanto al género, Bellak recomienda aplicar tanto a varones como a mujeres la siguiente secuencia estándar: 1, 2, 3VH, 4, 6VH, 7NM, 8VH, 9NM, 10 y 13HM.¹

Grupal: Ésta aplicación del T.A.T. continúa siendo un método popular para obtener historias con propósitos de investigación. Por lo común, las láminas se proyectan en una pantalla y se dan a los participantes las mismas instrucciones que para la aplicación individual, pero se les pide escribir sus historias.

Autoaplicación: Este procedimiento consiste en que el examinado narre la historia en forma oral y que el examinador registre las respuestas por escrito o con el uso de una grabadora, en muchos casos es práctico dar a la persona examinada las láminas seleccionadas, con instrucciones por escrito u orales, enfatizando que debe ver los dibujos uno a la vez y después escribir las historias en papel en blanco en el consultorio o en su casa. Es útil hacer saber al examinado que se espera que

¹ Ver anexo 1. Láminas de aplicación estándar para pacientes oncológicos.

escriba aproximadamente 300 palabras por historia de la manera tan espontánea como sea posible, (Murray, H. 1943).

b) Técnica de interpretación:

Se han elaborado numerosos sistemas para la interpretación, casi todos tienen alguna utilidad, sobre todo como investigación y adiestramiento para no descuidar algunos aspectos de las historias. No existen normas de aplicación general para analizar e interpretar el T.A.T., cabe afirmar, no obstante, **que un profundo conocimiento de la psicología dinámica contribuya a aumentar la capacidad interpretativa del examinador**, en cualquier caso, el enfoque debe variar de acuerdo con el objetivo que se pretende al aplicar el test. La interpretación en primer lugar, debe orientarse hacia el blanco que interesa, en segundo lugar hay que decidir cuáles son los datos necesarios para satisfacer tal propósito. En el caso de nuestra investigación se interpretará de una manera diagnóstica para visualizar los índices de la pulsión de muerte, autoimagen, necesidades, y ambiente, que reflejan los pacientes en la etapa diagnóstica con cáncer. Para la interpretación del T.A.T. nos basamos en el análisis de las 10 categorías de calificación propuestas por Bellak:

1. Tema principal: Se puede comprender de mejor manera como un intento por replantear la esencia de la historia, sacando los contenidos más significativos de cada una. El tema debe consistir de un replanteamiento sencillo de los significados resumidos de la historia, encontrar la tendencia común y replantearla de manera breve y en palabras simples. Indicamos los tipos de diagnósticos que se pueden aplicar según Bellak: a nivel descriptivo, interpretativo, diagnóstico, simbólico y elaborativo.

2. Héroe Principal: Es de quién más se habla en la historia, es la figura con la que el narrador parece identificarse. Debe considerarse que el héroe es la figura que más se asemeja al paciente, en cuanto a edad, sexo y otras características, expresa la vocación, intereses, rasgos, capacidades e idoneidad del héroe principal, al igual que su imagen corporal, representan con frecuencia las cualidades reales o deseadas del paciente. Schilder, P. (1925), fue en creador del concepto de imagen corporal y afirmó: **“La imagen del cuerpo humano significa la representación que de nuestro propio cuerpo formamos en nuestra mente, es la apariencia que tiene el cuerpo para nosotros”**.

3. Principales necesidades y pulsiones del héroe: Se analizan las necesidades conductuales y necesidades latentes que produce el paciente, también se analiza la inferencia dinámica, si introduce personajes, objetos o circunstancias o la omisión de personajes, objetos o circunstancias. Las necesidades conductuales del héroe constituyen los datos iniciales y vale la pena registrar si este es sumamente, agresivo en la historia, ataca y daña a varias personas a medida que se desarrolla el tema. Por supuesto es útil recordar que las necesidades conductuales del héroe pueden ser las necesidades conductuales de la persona, pero en apariencia son solo las necesidades de fantasía de la persona. El problema de la relación de las necesidades latentes en el T.A.T. con la conducta explícita es importante, con frecuencia, el intérprete de las historias del T.A.T. debe decidir si una necesidad expresada se relaciona de manera estricta con el nivel de fantasía o con la realidad; por ejemplo, la necesidad de agresión o logro.

4. Concepto del ambiente: Es una mezcla compleja de autopercepciones inconscientes y distorsión aperceptiva de los estímulos debido a imágenes del pasado dentro de la memoria. Entre más consistente parezca una imagen del ambiente en las historias del T.A.T., habrá mayor razón para considerarla como una parte constitutiva importante de la personalidad del individuo y como un indicio útil acerca de sus reacciones en la vida cotidiana. En general, los términos descriptivos como necesitado de protección, hostil, explotador, amistoso, peligroso, etc. serán suficientes para calificar el ambiente.

5. Figuras vistas como: Esto permite un estudio de las distorsiones aperceptivas de las relaciones sociales y de los factores dinámicos que le son básicos por tanto, realiza un estudio exhaustivo de las actitudes del héroe hacia sus padres y contemporáneos y hacia personas más jóvenes o inferiores. Este método nos permite registrar tales apercepciones y las reacciones del individuo hacia su percepción es decir, cada lámina permite que la persona cree una situación que puede concebirse como un problema, que después tiene que resolver, con lo cual pone al descubierto su capacidad para llegar a formaciones de arreglo con las necesidades personales; en otras palabras, mostrar las propias defensas.

6. Conflictos significativos: Se estudian los conflictos significativos de un individuo, no solo se desea saber la naturaleza del conflicto sino también las defensas que utiliza la persona en contra del mismo. Cuando se determina cual

pulsión o fuerza está en conflicto con el superyó, es importante especificar en una o dos palabras la conducta resultante: por ejemplo, si el conflicto se encuentra entre el superyó y la agresión, puede ser que la persona reaccione con timidez. En este caso se tiene una excelente oportunidad para estudiar la estructura de carácter y el pronóstico para la persona. En ocasiones, el conflicto no estará entre el superyó y las pulsiones tales como la agresión, adquisición o los deseos sexuales, sino entre dos impulsos como logro y placer o autonomía y sumisión.

7. Naturaleza de las ansiedades: Identifica la principal angustia y las defensas que utiliza la persona. Difícilmente, es necesario enfatizar la importancia de determinar la principal angustia, será valioso señalar las defensas en este contexto, ya sea que asuman la forma de pasividad, huida, agresión y oralidad.

8. Principales defensas en contra de conflictos y temores: Es importante indicar las defensas que utiliza la persona frente a sus conflictos y angustias. Ya que el T.A.T. no solo estudia el contenido de las necesidades sino que, además, deben analizarse las defensas en contra de estas necesidades. Con frecuencia, tal estudio ofrecerá más información en cuanto a las necesidades, ya que éstas pueden resultar menos evidentes que las defensas en su contra; por otro lado, la estructura defensiva puede relacionarse de modo más estrecho con la conducta manifiesta. A través del estudio de pulsiones y defensas el T.A.T. permite una evaluación inequívoca de la estructura de carácter de la persona.

9. Idoneidad del superyó que se manifiesta como “castigo” para el “delito”: Esto proporciona un excelente discernimiento acerca de la severidad del superyó, el héroe creado por un individuo psicópata puede quedar sin castigo alguno dentro de las historias sobre homicidio y lo más que ocurre es una leve sugerencia de que puede haber aprendido una lección para su vida futura; por su parte, una persona neurótica puede inventar historias en las que la héroe lo matan por accidente o de manera intencional o se le mutila o muere por enfermedad después de cometer una infracción o expresión de agresión mínimas. Un superyó rígido ocurre en los tipos de psicosis y un superyó flexible es característico de la neurosis. Un superyó no integrado en ocasiones es demasiado severo y en otras demasiado indulgente lo cual se observa con frecuencia en individuos neuróticos.

10. Integración del Yo: Revela qué tan bien funciona la persona y la capacidad para resolver problemas, las demandas de la realidad por una parte y los dictados del superyó por otra. La idoneidad del héroe para enfrentarse con los problemas

que encara en las láminas y su propia apercepción de ello, revela lo que el terapeuta desea conocer a este respecto. En este caso, el interés se centra en ciertas características formales que permiten una apreciación de lo que en realidad constituye la fortaleza del yo, lo cual a menudo contribuye en gran medida a facilitar la posible clasificación del paciente en una de las categorías nosológicas, además del diagnóstico dinámico que proporciona las variables de contenido como la principal contribución del T.A.T. El interés clínico en las **funciones del yo** ha aumentado de manera significativa ya que pueden ser evaluadas a partir de las historias del T.A.T. en sí y registrarse en la escala de calificación, también se pueden evaluar las funciones del yo con base en la conducta durante la prueba. Para la interpretación del T.A.T. se ha propuesto una hoja de calificación que incluyen las 10 categorías para en análisis de respuestas, (Bellak, L., Abrhams, D. 2000).²

c) Resumen e informe final:

Después que se han analizado todas las historias los principales datos obtenidos deben anotarse en la hoja de la forma abreviada del protocolo. Cuando se estudia la página de resumen después de que se ha terminado el análisis de las historias, en la mayoría de los casos se vuelve bastante claro un patrón repetitivo en las respuestas de la persona. El informe final puede redactarse directamente, de la página de resumen, se sugiere que para el formato del informe final siga la secuencia de las 10 categorías de la hoja de análisis, este formato final dependerá en gran medida de la persona a la cual se dirige. Sin embargo, se insiste en que se eviten frases vacías e inferencias erróneas por medio del siguiente procedimiento:

La primera mitad del informe puede consistir de afirmaciones abstractas generales relativas a la persona, siguiendo el esquema antes indicado; la segunda mitad debería incluir, entonces, documentación específica y concreta mediante extractos de las historias o referencias específicas a las mismas, de las cuales se hayan extraído las principales afirmaciones abstractas. Si se debe ofrecer un diagnóstico o si uno desea establecerlo, se recomienda utilizar la siguiente fórmula: “Los datos presentados en el T.A.T. son consistentes con el diagnóstico de...” y también que de preferencia, nunca se debe hacer un diagnóstico en base a una sola prueba, o

² Ver anexo 2. Hoja de corrección con 10 categorías del T.A.T.

mejor nunca debe hacerse sólo con base en evidencia de pruebas, sin información adicional obtenida en una entrevista clínica, (Bellak, L., Abrhams, D. 2000).

1.3.3 Test de la persona Bajo la Lluvia:

a) Antecedentes históricos:

Fay, H. (1924), elabora y aplica un test cuya consigna es **“Dibuje una mujer que pasea por la calle, llueve”**. El test exige comprensión y representación de cinco elementos: la persona de sexo femenino, el elemento dinámico el paseo, representado por el movimiento de piernas, brazos o cuerpo; representación del ambiente calle, arboles, etc.; la lluvia y la vestimenta de protección. La presencia de cada elemento es evaluada por un punto y los detalles complementarios con un cuarto de punto. De acuerdo con la edad existe un puntaje o baremo esperado. Más tarde Rey, A. (1947), propone un nuevo método de evaluación del test, teniendo en cuenta todos los detalles que aparecen en el dibujo. Recibió muchas objeciones y dicho test dejó de ser aplicado.

Hammer, E., (1995), nos ofrece variados ejemplos del test de la persona bajo la lluvia cuyo análisis es insuficiente y de él hemos comenzado nuestro aprendizaje y profundización. Hace referencia a que es un test difundido por vía oral y del que no puede aseverarse quién es su autor, aunque presupone que podría ser Arnold Abrams o Abraham Amchin o varios sujetos simultáneamente.

b) Técnica de aplicación:

Se trata de un procedimiento simple que produce un poco de ansiedad en el sujeto ante la prueba, su aplicación requiere poco tiempo y puede ser aplicado por personal auxiliar, tan solo se necesita una hoja de papel y un lápiz. Puede administrarse en forma individual como grupal. Es una prueba proyectiva ya que el sujeto se manifiesta en su acción: él debe hacer el trabajo, no se le ofrece copia, de este modo impregna el dibujo con su propio estilo y forma de percibir su esquema corporal. En síntesis, deja la huella de su vida interior. Se entrega el papel a lo largo. Si el sujeto modifica la posición del papel, debe respetársele esta selección. La consigna consiste, simplemente, en solicitarle que **“dibuje una Persona Bajo la Lluvia”**, (Hammer, E., 1995).

En medida en que lo necesite, se tranquiliza al sujeto comentándole que no se busca evaluar la calidad del dibujo y que, haga lo que hiciere, estará bien a los fines del test. Ante las preguntas respecto al dibujo si lo hace con paraguas, paisajes, etc., es preferible reintentar la consigna y alentarle a que lo realice lo mejor posible y como lo deseé. Si durante la prueba el individuo reitera inseguridad o temor, vale la pena afirmarle que está haciendo bien las cosas, que lo que está haciendo es lo correcto. Si el sujeto pregunta acerca de si realiza el dibujo del paraguas o no, debe dejárselo a su elección, ya que la aparición del paraguas es un indicador de importancia. Se registrará la actitud del entrevistado, los comentarios que realiza, si toma muy poco o demasiado tiempo para llevar a cabo la consigna y todo dato que resulte llamativo, (Querol, S.; Chaves, M. 2004).

c) Técnica de interpretación:

En la interpretación del dibujo buscamos obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador. El ambiente desagradable hace propicia la aparición de defensas que suelen mostrarse en el test de la persona. En este último, existen defensas que se mantienen ocultas, a veces tan solo insinuadas, precisamente porque la persona tiene que hacer frente a una situación desagradable. La persona Bajo la Lluvia, agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes. Es decir, el dibujo de la persona es una situación no estresante, en tanto sí lo es la persona bajo la lluvia. En cuanto al uso del papel, si el individuo modifica la posición del mismo, nos está dando una primera señal, que podrá interpretarse, a la luz de los demás datos, como oposición, rechazo de órdenes, sugerencias, indicaciones; conducta acaparante, invasiva, etc., (Querol, S.; Chaves, M. 2004).

Esquema para la interpretación del test de la Persona Bajo la Lluvia:

Análisis de recursos expresivos:

- a) Dimensiones
- b) Emplazamiento
- c) Trazos
- d) Presión
- e) Tiempo
- f) Secuencia

- g) Movimiento
- h) Sombreados

Análisis de contenido

- a) Orientación de la persona
- b) Posturas
- c) Borrados en el dibujo
- d) Repaso de líneas
- e) Detalles de accesorios y su ubicación
- f) Vestimenta
- g) Paraguas como defensa

- h) Reemplazo del paraguas por otros elementos
- i) Partes del cuerpo
- j) Identidad sexual
- k) Dibujo de un personaje y no de una persona

Expresiones de conflicto en el dibujo

- a) La neurosis fóbica
- b) La neurosis histérica
- c) La neurosis obsesiva
- d) Depresión
- e) Melancolía
- f) Psicótico
- g) Psicosis maníaco-depresiva
- h) Paranoia
- i) Enfermedades psicósomáticas
- j) Epilepsia
- k) Alcoholismo

Mecanismos de defensa

- a) Desplazamiento
- b) Regresión
- c) Anulación
- d) Aislamiento
- e) Represión
- f) Inhibición

g) Defensas maníacas³

CONCLUSIONES:

- La fundamentación teórica y el manejo práctico de las técnicas proyectivas aportan significativamente para la evaluación e interpretación de datos en pacientes con enfermedades terminales.
- Es indispensable que el psicólogo tenga un conocimiento psicoanalítico para la aplicación e interpretación del T.A.T. y la Persona bajo la lluvia, para realizar un buen diagnóstico y un adecuado acompañamiento psicológico a pacientes que sufren de cáncer.
- Sin los supuestos psicológicos básicos del determinismo psicológico y el principio de continuidad psíquica; no podríamos aplicar ni sacar conclusiones de las técnicas proyectivas para el respectivo proceso psicoterapéutico en pacientes oncológicos.

³ Ver anexo 3. Hoja de corrección para la Persona Bajo la Lluvia.

CAPÍTULO 2

PSICO-ONCOLOGÍA Y SALUD

En este capítulo trataremos de explicar de manera histórica el nacimiento de la psico-oncología, su definición y su importancia dentro del campo de la salud, además de métodos de trabajo dentro de la hospitalización para pacientes oncológicos. Explicaremos las características del adulto con cáncer y sus diferentes pérdidas psico-sociales, destacaremos también la intervención psicológica que necesita el paciente con cáncer focalizada en las psicoterapias: individual, grupal y familiar, basándonos en la psicoterapia dinámica breve. Finalmente, trataremos los temas concernientes a la psicología de la salud y la calidad de vida que debe conocer el paciente oncológico. La fundamentación teórica de este capítulo se basa en psicoanálisis oncológico, poniendo énfasis en la pulsión de muerte.

2.1 PSICO-ONCOLOGÍA.

“La psico-oncología contribuye al cuidado clínico de pacientes y familiares, para el entrenamiento personal en el manejo de problemas psicológicos, durante todo el tiempo que dure el tratamiento del cáncer. Es importante señalar que la palabra cáncer comenzó a disminuir en los países occidentales al tiempo que el diagnóstico de cáncer era dado abiertamente a los pacientes. Esta situación hizo posible que los aspectos psicológicos del cáncer se estudiaran y exploraran abiertamente sin resistencias”, (Die Trill, M. 2003).

2.1.1 Actitudes y estigmas asociados al diagnóstico de cáncer:

Según, Die Trill, M. (2003), en su libro de Psico-oncología indica que en el siglo XIX así como en siglos anteriores, el diagnóstico de cáncer equivalía a ser sentenciado a muerte. Decirle a un paciente que padecía de cáncer, era considerado como algo inhumano y cruel. Por otra parte, se pensaba que si la persona no sabía que tenía cáncer, esto le facilitaría mantener su capacidad de adaptación, este concepto era compartido por todos los médicos alrededor del mundo además se consideraba éticamente aceptable usar mentiras piadosas, a pesar de que a los familiares se les decía la verdad. El temor a tener cáncer era tan grande que las familias rehusaban revelar el diagnóstico, ya que de lo contrario la gente se enteraría de la verdad y, como consecuencia, el paciente y sus familiares serían discriminados y estigmatizados por temor a ser contagiados por el cáncer, como en ese entonces se creía.

Los sentimientos de vergüenza y culpa eran común denominador en el paciente y su familia. A principios del siglo XX, al tiempo que las técnicas quirúrgicas mejoraban y con la introducción de la anestesia, empezó a ser posible curar al paciente con cáncer. Por primera vez se vio la importancia de educar al público y a finales del siglo XIX se iniciaron programas de educación en Europa con el objetivo de cambiar la visión fatalista que la gente tenía sobre el cáncer. En los Estados Unidos en 1913, se enfatizó la educación y se recomendó extender el conocimiento que se tenía en cuanto a los síntomas, tratamiento y prevención del cáncer, (Álvares, M., Pérez, A. 1980).

2.1.2 El comienzo formal de la psico-oncología:

A finales de la década de los sesenta, la tasa de supervivencia del cáncer mejoró, lo cual generó que el público, en general, fuera menos pesimista con respecto al pronóstico de los pacientes y permitió que el diagnóstico de cáncer fuera revelado más frecuentemente. Esto influyó de manera significativa el comienzo de la psico-oncología, lentamente, al ser más abierta la información con el diagnóstico de cáncer aumentó la atención para los pacientes terminales y generó en el público preocupación por la calidad de vida en enfermedades crónicas y delicadas, que a su vez, produjo presiones sociales para una mayor y más directa atención a los

aspectos humanísticos y psicológicos, (Bayés, R.; Guillén, G.; Rodríguez, J.; Antequera, J.; Barbero, J. 2006).

Die Trill, M. (2003), explica los factores que contribuyen a tener énfasis en los aspectos psicológicos del cáncer:

- Cambios sociales en las actitudes hacia el cáncer, moviéndose hacia menos pesimismo.
- Mayor atención al cuidado paliativo y de soporte a través del movimiento de hospicio.
- Incremento en la frecuencia de explicarle al paciente su diagnóstico de cáncer.
- Aumento en la preocupación por la autonomía del paciente y en los aspectos humanos del cuidado.
- Reconocimiento de influjos psicológicos y de comportamiento en el riesgo de cáncer, detección temprana y prevención.
- Surgimiento de la psiquiatría de enlace y de la psicología médica con énfasis en el cuidado psicológico del paciente gravemente enfermo.

2.1.3 Definición de psico-oncología:

Según, Die Trill, M. (2003), en 1992 el interés por los aspectos psicológicos y comportamentales del paciente con cáncer llevaron a la definición de una nueva sub-especialidad de la oncología. La psico-oncología abarca dos dimensiones psicológicas concernientes al paciente con cáncer:

a) La respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente en todas las diferentes etapas de la enfermedad (psicosocial).

b) Los factores psicológicos, de comportamiento y aspectos sociales que pudieran influir en la morbilidad y mortalidad de pacientes con cáncer (psicobiológicos).

“La psico-oncología constituye una rama especializada entre la medicina y la psicología que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento, los estados de salud y enfermedad, la prevención y el tratamiento, el fomento de

hábitos sanos y la interdisciplinariedad para pacientes con cáncer”, (Die Trill, M. (2003).

Es por eso que ésta sub-especialidad incluye profesionales de diferentes disciplinas en el área médica, quienes usan su experiencia clínica o métodos de investigación para aplicar estos conocimientos al área del cáncer. La psiquiatría, la psicología, el trabajo social y el área de enfermería han contribuido al conocimiento científico y metodológico de esta sub-especialidad. Durante las últimas dos décadas hemos presenciado como la psico-oncología ha evolucionado a escala mundial, especialmente en América Latina y en España, esto ha sido posible al tener la oportunidad de identificar y estudiar el impacto de diferentes culturas y sistemas de salud en el tratamiento de pacientes con cáncer, su calidad de vida y la adaptación psicológica de pacientes y familiares a esta enfermedad y a sus consecuencias.

Mondragón, J.; Trigueros, I. (1999), refieren que la psico-oncología tiene como condiciones los siguientes objetivos:

- Llevar a cabo una atención integral que tenga en cuenta aspectos: físicos, emocionales, sociales y espirituales, que llevarán a una atención tanto a nivel individual como familiar y social.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar: El soporte emocional y la comunicación con el enfermo, la familia y el equipo terapéutico deberá ser a través de una relación franca y honesta.
- Promover la autonomía y la dignidad del enfermo con el sentido de conservar y restaurar todas las capacidades, tanto prácticas como afectivas y relacionales de los enfermos.
- Concepción terapéutica activa: incorporando una actitud rehabilitadora con miras a la recuperación total del enfermo.
- Importancia del ambiente, atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

2.2 TRABAJO CON PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN.

En el libro de Psico-oncología, Die Trill, M. (2003), resalta que el paciente hospitalizado se ve sometido obligadamente a situaciones de aislamiento, separación de su casa, de su entorno cotidiano, puesto que se encuentra recluido

en una habitación de la que no puede salir y a la que muchas ocasiones están restringidas. Además enfrenta una pérdida de su intimidad en el espacio físico, al compartir habitaciones; en lo corporal, por el sin número de exámenes; y, en lo psíquico, debido a las entrevistas de información relacionados con sus hábitos, conductas sexuales, etc. A estas dificultades de hospitalización que sufre el paciente se suman otras especialmente cuando la estadía es prolongada, el coste económico, las repercusiones físicas como la debilidad por la pérdida de su propia autoimagen. **El trabajo psicológico no es tarea fácil ya que se presentan situaciones de resistencias, de negación, irritabilidad o depresión.** Enfermarse supone enfrentarse a un mundo desconocido y a una serie de reacciones emocionales. Cabe mencionar que para la asimilación de la enfermedad se deben destacar los siguientes factores:

- La personalidad del paciente
- La edad del paciente
- El tipo de enfermedad
- Mecanismos de defensa

2.2.1 El adulto con cáncer:

Díaz, G.; (2003), señala que **“Cuando se interroga a un adulto con cáncer, lo primero que recuerda es el impacto del diagnóstico y la sensación de perder algo muy valioso en su vida”**. Si bien es cierto que la enfermedad es un padecimiento que al paciente afecta de sobremanera, existen otras adversidades que se evidencian con el cáncer como:

- **La pérdida de la identidad:** aunque de una manera transitoria el paciente deja de valorarse como lo hacía antes, puesto que de una manera negativa repercuten los síntomas, la hospitalización, el deterioro por los tratamientos, la baja laboral, el cese de sus funciones familiares, sociales, académicas, etc.
- **La pérdida del control:** el paciente se vuelve vulnerable a las reacciones y manifestaciones de la enfermedad y del tratamiento. Además se siente dependiente del médico.
- **La pérdida de las relaciones:** no solamente por el aislamiento o la lejanía de las personas durante la enfermedad, sino también por la falta de apoyo y

compañía de sus seres queridos en los momentos más difíciles y no por falta de afecto, sino porque el cáncer afecta no solo al paciente sino a todo su entorno.

- **La pérdida de experiencias sexuales en el futuro:** los pacientes oncológicos más que los tratados por otras enfermedades, temen perder su vida sexual como resultado de las cirugías, de los tratamientos con radioterapia y las terapias hormonales que reciben.
- **La pérdida de imagen de sí mismo:** los pacientes con tumores en la cabeza o cuello, así como algunos portan ostomías o reciban por largo tiempo tratamiento con esteroides, ven afectada su autoimagen al punto que algunos evitan el contacto social.
- **La pérdida del estilo de vida:** la interrupción transitoria del estilo de vida les provoca malestar sobre todo cuando el apoyo social es escaso y tienen familiares dependientes. A eso suma, el temor a no poder continuar con su forma de vida.
- **La pérdida de la capacidad de procreación:** cuando la pareja han puesto como uno de los principales ideales la procreación, la enfermedad en muchos casos genera cuestionamientos e incluso crisis en las parejas.
- **La pérdida del proyecto vital o de futuro:** el paciente puede considerar que la enfermedad está truncando su carrera profesional y con ello sus posibilidades de contar con recursos para realizar sus proyectos planificados, por lo cual pueden posponer o suspender sus planes.
- **La pérdida del esquema de valores prioritarios:** los valores y prioridades cambian radicalmente al punto que los pacientes manifiestan que existe un antes y después de la enfermedad.

También es importante señalar que, la familia del enfermo en el transcurso de la enfermedad pasa por ciclos repetidos de: desesperanza, esperanza, frustración, adaptación y reajuste. El apoyo a la familia debe enfrentarse desde distintos campos: el social, por ejemplo, puede ayudar a tolerar los efectos psicológicos del estrés severo, facilita la recuperación, disminuye las alteraciones emocionales y logran mayor autoestima y bienestar.

2.2.2 Tratamiento psicológico:

Die Trill, M. (2003), sostiene que: **“el tratamiento psicológico en el enfermo con cáncer, tiene como objetivo ayudar al paciente a adaptarse ante la situación de la enfermedad y del tratamiento, así como mejorar la calidad de vida, esta intervención debe responder a un todo integrado”**. El estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste y adaptación del paciente ante el cáncer va a depender del estadio clínico, los efectos de los tratamientos como quimioterapias y radioterapias, el nivel y el modo de información que reciba, el apoyo psicológico y los recursos ambientales, por último la competencia del paciente para hacer frente al estrés y a la disponibilidad del paciente al tratamiento psicológico. Las líneas de intervención psicológica están orientadas a:

- Intervenciones preventivas, que consiste en la eliminación de hábitos de consumo de sustancias de riesgo, afrontamiento al estrés, adopción de hábitos saludables.
- Información adecuada, en función de sus necesidades y de su familia, cuidando el contenido, el tipo y las vías de información, así como el momento más oportuno.
- Preparación a la hospitalización y tratamientos, para disminuir la ansiedad y el impacto estresor que conlleva, adquirir respuestas adaptativas a esta situación, controlando las respuestas emocionales de afrontamiento contra la hospitalización y cirugía.
- Psicoterapia individual, para pacientes psicológicos y sus familiares.

2.2.3 Psicoterapias:

La psicoterapia psicodinámica constituye una de las estrategias de intervención terapéutica en la práctica de la Psico-oncología, (Holland y Rowland 1989), y es particularmente útil para comprender las reacciones emocionales de pacientes con cáncer, pues permite clarificar el inicio de los síntomas psiquiátricos como respuesta al diagnóstico de cáncer; asimismo ofrece una perspectiva útil para comprender y resolver los conflictos que surgen en la relación médico-paciente.

a) Psicoterapia individual:

Die Trill, M. (2003), hace referencia al apoyo y acompañamiento emocional que se da al paciente, consiste en el counselling (asesoramiento) que refleja la necesidad de una persona de buscar ayuda o consejo en otra persona. El soporte emocional es considerado uno de los instrumentos terapéuticos básicos de los cuidados paliativos. Este más que una técnica o un grupo de técnicas específicas, supone la creación de una comunicación abierta y de confianza basada en el respeto mutuo, con los objetivos de reducir la soledad del paciente, normalizar sus reacciones emocionales y reducir la tensión, a través de facilitar la expresión emocional del paciente.

Die Trill, M. (2003), asegura que existen muchos tipos de psicoterapias que están siendo utilizadas en el ámbito paliativo, la mayoría de ella se suelen complementar con técnicas de counselling a continuación pasamos a describir brevemente una de ellas: Las psicoterapias psicodinámicas breves se centran en los conflictos emocionales causados por la situación de enfermedad, a través del análisis de sus relaciones pasadas, de sus mecanismos de defensa, de la exploración interna del yo, y se caracterizan por la posición de neutralidad que mantiene el paciente.

b) Psicoterapia de grupo:

Para Die Trill, M. (2003), la terapia o psicoterapia de grupo centra su trabajo terapéutico en las interacciones interpersonales, de modo que puedan abordarse los problemas personales e interpersonales en contexto grupal. La psicoterapia de grupo, al igual que la psicoterapia individual, está destinada a ayudar a las personas que desean mejorar sus habilidades para afrontar los problemas que se presentan en la vida cotidiana. La psicoterapia de grupo ayuda a resolver las dificultades emocionales y estimular el desarrollo personal de los participantes. El terapeuta elige como candidatos para el grupo a aquellas personas que pueden beneficiarse de este tipo de terapia, así como los que pueden tener una influencia útil para otros miembros del grupo. También permite una mejor adaptación psicosocial al tratamiento.

c) Psicoterapia familiar:

Para Die Trill, M. (2003), **“La teoría general sostiene que lo que ocurre a una parte afecta, inevitablemente al todo, el efecto de la enfermedad sobre la**

familia depende de la gravedad, la evolución, el desenlace, la existencia y el momento del ciclo vital que se encuentre”. Todas estas metas tratan de ayudar al enfermo a que pueda integrar la situación presente dentro del continuo de experiencias de la vida, permitiéndole un ámbito seguro en el que poder compartir. Los familiares, por otro lado, deben enfrentarse a decisiones difíciles relacionadas con la organización familiar, el trabajo, etc.; a las reacciones emocionales del paciente y de los integrantes de la familia; a la idea de la muerte del ser querido; y a la incertidumbre de un futuro sin él. La familia puede necesitar ayuda para:

- Adaptarse a la nueva situación.
- Ser eficaz y sentirse bien en los cuidados del enfermo.
- Mantener una comunicación positiva con el paciente.
- Prepararse para la pérdida y anticipación del duelo, (Die Trill, M. 2003).

2.3 PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Debido a la importante interrelación entre cuerpo, mente y ambiente, nació la psicología de la salud, para ocuparse precisamente de estos factores psicológicos que influyen en la enfermedad física. Los psicólogos de la salud nos encargamos de promover comportamientos y estilos de vida saludables que ayuden a las personas a prevenir enfermedades contribuyendo a su curación. Cuando intervenimos en el comportamiento de las personas para que cambien de manera que mejore su salud, estamos haciendo psicología de la salud.

2.3.1 Calidad de vida y enfermedad crónica y/o terminal:

Shellex, E. (2007), en su libro Psicología de la salud, refiere que este concepto ha presentado considerables definiciones y variaciones a lo largo del tiempo. Primero, el termino se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.

Actualmente el concepto hace referencia a la **evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, educación, alimentación, trabajo, vivienda, seguridad social, ocio y derechos humanos, además, puede ser definido, en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo.**

Entonces podemos decir, que la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación de éstas por parte del individuo. Según este enfoque la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Desde esta perspectiva y del campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente, referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida cotidiana. La calidad de vida tiene varios componentes, específicamente funcionamiento físico, estatus psicológico, funcionamiento social y sintomatología relacionada con la enfermedad y el tratamiento de la misma. **La calidad de vida entre las personas con enfermedades crónicas ahora se avalúa con atención centrada en cuanto afecta e interfiere el padecimiento y su tratamiento en actividades diarias como el dormir, comer, trabajar y realizar actividades sociales. “Esencialmente, las evaluaciones de la calidad de vida sopesan el compromiso que las actividades diarias han sufrido a partir de la enfermedad y su tratamiento”, (Shellex, E. 2007).**

2.3.2 Importancia del estudio de la calidad de vida:

Para estudiar la calidad de vida entre los pacientes crónicos existen varias razones según Oblitas, G. (2010), en su libro Psicología de la salud y calidad de vida:

- La documentación de cómo afecta exactamente la enfermedad en las actividades laborales, sociales y personales para luego elaborar un diseño de intervenciones que mejora la calidad de vida.
- Las mediciones de la calidad de vida pueden señalar el tipo de problemas que el paciente puede esperar a raíz del padecimiento.
- Este tipo de mediciones evalúan el impacto del tratamiento en la calidad de vida, las mediciones de la calidad de vida han hecho posible que se evalúe el impacto de terapias molestosas para el paciente y para identificar algunos de los determinantes para la poca adherencia a éstas.

- La información de la calidad de vida puede ser utilizada para comparar terapias.
- La calidad de vida puede ayudar a tomar decisiones acerca del tipo de cuidado que aumentará la supervivencia con la mayor calidad de vida posible.

2.4 REACCIONES EMOCIONALES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL.

Oblitas, G. (2010), indica que en las enfermedades agudas existe una primera fase temporal cuando todas las actividades diarias se encuentran interrumpidas. Los padecimientos crónicos pueden ir acompañados de la necesidad de realizar cambios intermitentes o permanentes en la actividad física, laboral y social. Las personas con enfermedades crónicas deben integrar el rol de paciente en su vida psicológica si es que desean adaptarse a su problema médico. Los pacientes pueden entrar en un período de crisis marcado por un desequilibrio físico, social y psicológico si los problemas asociados con la enfermedad crónica no son afrontados adecuadamente, el resultado puede ser una exageración de síntomas y su significado, esfuerzos indiscriminados por afrontar la situación, actitudes cada vez más neuróticas y el empeoramiento de la salud.

Con el tiempo, la fase de crisis en la enfermedad crónica es superada y los pacientes comienzan a desarrollar la sensación de cómo es que la enfermedad alterará sus vidas. Las dificultades de largo plazo que requieren atención rehabilitativa comienzan a aparecer. A continuación se consideraran temas emocionales y el afrontamiento ante enfermedades crónicas:

a) Negación:

Es un mecanismo de defensa a través del cual las personas evitan las implicaciones de una enfermedad. Es una reacción común ante enfermedades crónicas que ha sido observada entre pacientes con problemas de corazón, paciente con eventos cerebro vascular y pacientes con cáncer. Los pacientes pueden actuar como si la enfermedad no fuese severa como si en poco tiempo fuese a desaparecer o como si tuviese pocas implicaciones a largo plazo. Inmediatamente después del diagnóstico, durante la fase aguda de la enfermedad,

la negación puede servir como una función protectora. La negación puede reducir la experiencia de los síntomas desagradables así como los efectos secundarios de los tratamientos, enmascara el miedo asociado con los padecimientos crónicos hasta que el paciente se halla acostumbrado al diagnóstico y esté en mejores condiciones para afrontar la realidad. Durante la fase de rehabilitación, la negación puede tener efectos negativos si es que este interfiere con habilidad para recibir la información necesaria lo cual será parte del tratamiento del paciente.

b) Ansiedad:

La mayoría de los pacientes se abruman ante los cambios potenciales en sus vidas y, en algunos casos, por la posibilidad de la muerte. Varios pacientes con cáncer se encuentran constantemente vigilantes a los cambios en su condición física y cada pequeño malestar o dolor puede desencadenar miedo ante la posible recurrencia de los tumores. La ansiedad es un problema, no solo porque intrínsecamente es tensionante sino porque puede interferir con el funcionamiento, los pacientes ansiosos tienen menos posibilidades de afrontar de manera efectiva tratamientos como la quimioterapia y radioterapia.

c) Depresión:

Es una reacción común y regularmente debilitante que se presenta con frecuencia acompañado a las enfermedades crónicas. Hace algún tiempo la depresión era tratada como un desafortunado resultado psicológico de la enfermedad crónica, pero su significancia médica ha aumentado su reconocimiento. La depresión puede ser un síntoma del declive de la fortaleza física, especialmente entre los adultos mayores masculinos exacerba el riesgo y el curso de varios problemas crónicos. La depresión es una reacción retardada ante la enfermedad crónica ya que generalmente toma tiempo a los pacientes el comprender las implicaciones de su condición, (Oblitas, G. 2010).

2.5 PSICOANÁLISIS ONCOLÓGICO.

Esta perspectiva comenzó con el surgimiento de la psicología moderna, particularmente con los primeros trabajos de Freud, S. (1995), en su libro: Obras Completas, sobre la histeria conversiva. Los conflictos inconscientes específicos pueden producir padecimientos físicos específicos que simbolizan el conflicto

psicológico reprimido. **En la histeria conversiva, el paciente convierte el conflicto en un síntoma a través del sistema nervioso voluntario**, el o la paciente, por tanto parecieran librarse de la ansiedad que el conflicto pudiese producir y también revaloriza la influencia de la mente en la enfermedad. En su teoría acerca de las emociones, afirma que las que no se expresan en palabras o acciones se traducen en alteraciones físicas. La teoría psicoanalítica sostiene que los impulsos inaceptables y prohibidos eran reprimidos y buscaban formas alternativas de descarga, dichos impulsos, expresados a un nivel somático, tenían un significado simbólico relacionado con el evento psíquico. **El histérico desplazaría la experiencia dolorosa al inconsciente y luego, la reacción retornaría en forma de algún problema físico.**

2.5.1 El psicoanálisis en el tratamiento del paciente oncológico:

Freud, S. (1917), describió en su trabajo Duelo y Melancolía, como algunos pacientes deprimidos salían de su depresión psíquica por el desarrollo de una enfermedad orgánica. **Es decir, cuando enfermaban dejaban de estar deprimidos o la depresión quedaba enmascarada**, es decir el aparato psíquico está constituido por diferentes instancias que mantienen relaciones entre sí. **Las instancias que constituyen el aparato son: yo, ello y superyó.**

En el melancólico si el yo no es capturado por la manía, muere, porque el superyó tiene concentrado todo el instinto de muerte. En la melancolía el superyó recrimina al yo por una falta cometida, y el yo se siente culpable de la falta porque el objeto al cual recrimina el superyó, ha ocupado el lugar del yo por identificación. El sujeto se ha identificado al objeto para no perderlo, lo ha introyectado. En el proceso de identificación de la melancolía, como en todo proceso de identificación, se desexualiza al objeto. El revestimiento libidinal del objeto queda liberado de eros pulsión de vida y a merced de tánatos pulsión de muerte, liberada como tendencia a la agresión y a la destrucción.

La pulsión de vida es la del erotismo, la que tiende a la búsqueda del placer, a la mínima tensión, mientras que la pulsión de muerte es la puntuación, el límite al que está sometido el principio del placer, la ley que hace al tiempo. En el cáncer, el sujeto psíquico asume sin mediar obstáculo las recriminaciones del superyó y el autocastigo, en forma de permisión del ataque de las células mutadas y forclusión de los límites al sí mismo. El yo no se comporta como un compañero del superyó

sino como un siervo, en tanto que la vida para el yo es ser amado por el superyó. Y el yo es servil al ello, en tanto el ello le manda impulsos y el yo miente a la realidad para cumplir con los deseos del ello.

El sujeto no está deprimido por el diagnóstico del cáncer sino que la depresión de base fue responsable del desarrollo del tumor. Lo que le deprimió fue la necesidad de castigo. **“Para que la estructura del cáncer se cure, no sólo hay que curar el cuerpo en el que se está escenificando la batalla, el campo de batalla, sino que también ha de elaborarse el conflicto psíquico que desencadenó la lucha. El diagnóstico de un cáncer o tumor, nos procura la alarma del diagnóstico psíquico y eso, dadas las propiedades no sólo curativas, sino también preventivas del Psicoanálisis, supone una gran noticia”, (Freud, S. 1995).**

2.5.2 Pulsión de muerte:

Según, Laplanche, J.; Pontalis, J. (1996), **“La pulsión de muerte o pulsiones de muerte es la tendencia inherente a toda vida orgánica que se evidencia en actos encaminados a la búsqueda de un estado anterior a la vida”**. Dentro de la última teoría freudiana de las pulsiones, designan una categoría fundamental de pulsiones que se contraponen a las pulsiones de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico. Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirían hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva.

Freud comienza su trabajo considerando la experiencia del trauma psicológico y eventos traumáticos, particularmente experimentados por los soldados al volver de la Primera Guerra Mundial y descubrió una regularidad curiosa en las experiencias desagradables: el sujeto tendía a querer repetir las o recrearlas. Tras elaborar teorías acerca de las diversas causas de tal situación sobre todo la idea de repetir eventos traumáticos para querer llegar a dominarlos tras algún tiempo, Freud consideró la existencia de una pulsión de muerte que balanceaba la tendencia de los organismos a hacer únicamente lo que les resultaba placentero. La pulsión de muerte dirigida hacia el exterior tiene su manifestación en las pulsiones destructivas o agresivas, descritas por Freud, S. (1930), en su ensayo sociológico: El malestar en la cultura. Cabe señalar que pensadores como Karen Horney o Erich Fromm, a mediados de siglo XX, negaron que existiera un Tánatos o una pulsión de muerte

innatos sino que, las situaciones adversas en la sociedad crearían en cada sujeto humano al sentirse fracasado o frustrado tal tipo de pulsión negativa contra el propio individuo, (Laplanche, J.; Pontalis, J. 1996).

CONCLUSIONES:

- La psico-oncología es un tema que aporta de manera significativa en la visión y el tratamiento del enfermo con cáncer, ayuda a que el psicólogo tenga una guía de trabajo para mejorar los aspectos emocionales de los pacientes oncológicos.
- Los conceptos de psicología de la salud y calidad de vida fortalecen la relación paciente-terapeuta durante el proceso de intervención psicológica puesto que el psicólogo debe ser empático al momento de abordar las experiencias y diálogos del paciente.
- Desde una visión psicoanalítica, se puede comprender a la persona de una manera más interna y dinámica, tomando en cuenta las fortalezas y debilidades de su yo, teniendo conciencia que la pulsión de muerte se encuentra presente en los pacientes con enfermedades terminales.

CAPÍTULO 3

PLAN DE INTERVENCIÓN

Este proyecto de intervención psicodinámica consiste en seleccionar pacientes que cursen la etapa de diagnóstico de cáncer en el Hospital Vicente Corral Moscoso⁴ de la ciudad de Cuenca con un periodo de duración de seis meses, el abordaje psicoterapéutico fue individual con un mínimo 6 sesiones, dependiendo de las necesidades de cada paciente. La fundamentación teórica para este trabajo se basa en psicología proyectiva y psicoanálisis, temas expuestos en los capítulos anteriores. La segunda parte del proyecto consiste en la aplicación de dos tests proyectivos el **T.A.T.** y la **Persona Bajo la Lluvia**, obteniendo así información acerca de sus conflictos significativos que cada paciente oncológico presenta al inicio del tratamiento médico y psicológico. Una vez obtenidos los resultados, se

⁴ De aquí en adelante se utilizarán estas siglas (H.V.C.M.) para referirse al Hospital Vicente Corral Moscoso.

realizaron varias sesiones de psicoeducación y psicoterapia breve según la propuesta de Bellak, para disminuir síntomas que afecten el estado emocional de los pacientes, las técnicas más utilizadas fueron: Asociación libre de ideas, atención flotante, comunicación entre paciente terapeuta, interpretación, insight del terapeuta, translaboración.

3.1 ETAPA DE DIAGNÓSTICO.

La mayoría de los pacientes tienen una experiencia subjetiva de perder algo muy valioso en el momento en que son diagnosticados con cáncer, es lo primero que se les viene a la mente cuando se les interroga, perder la vida es la percepción más inmediata que viene a la conciencia del enfermo cuando el médico informa sobre el padecimiento, este sentimiento tan radical de confirmación de la pérdida de salud, es vivido como equivalente a una muerte dolorosa. Lo que pretendemos con esto es realizar una evaluación psicológica a los pacientes en su etapa diagnóstica de cáncer dentro del H.V.C.M. En el área de oncología no existe evaluación, ni acompañamiento psicológico para este tipo de pacientes, por lo cual en esta primera etapa del proyecto trataremos de reforzar la investigación psicológica en este ámbito de la salud, para obtener una visión de los conflictos y dificultades emocionales que se presentan en este tipo de enfermedad. Para la evaluación psicológica se aplicarán entrevistas personales y familiares, para posteriormente, dar paso a la aplicación de reactivos psicológicos y dar inicio al tratamiento psicoterapéutico.

3.1.1 Selección de pacientes (criterios de inclusión-exclusión):

El universo de esta investigación consta aproximadamente de 100 pacientes con diferentes tipos de cáncer. La muestra está formada por 20 pacientes hombres y mujeres en una edad delimitada entre 18-65 años, datos obtenidos de la encuesta⁵ aplicada a los pacientes del H.V.C.M., que equivale al 20% de la población total. Es importante recalcar que al inicio de la selección de los pacientes existieron varias dificultades, puesto que algunos de los pacientes ya comenzaron su tratamiento médico y no cumplían con los criterios de inclusión, es por eso que la muestra se completó en los tres primeros meses del trabajo inicial, se abordó cada caso según el ingreso de cada paciente nuevo que acudía al H.V.C.M.

⁵ Ver anexo 4. Modelo de la encuesta aplicada en el H.V.C.M. de Cuenca.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diferentes tipos de cáncer.
- Tiempo de tratamiento en el H.V.C.M. de 0 a un año.
- Pacientes que residan en Cuenca y fuera de la ciudad.
- Pacientes que presenten dificultades en el ámbito individual y familiar.
- Pacientes que no hayan recibido tratamiento psicológico.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que estén en tratamiento oncológico más de un año.
- Pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años.
- Pacientes que presenten dificultades en el ámbito social y laboral.
- Pacientes que estén con tratamiento psicológico.

3.1.2 Entrevista personal y ficha clínica:

La entrevista personal es un método para evaluar comportamiento del paciente. Como técnica, sirve para la obtención de información mediante el dialogo planificado, estructurado o abierto, según los objetivos establecidos por el psicólogo. La entrevista es la fase decisiva en el proceso de selección de pacientes y de ella depende el proceso psicoterapéutico. Para ello se realizarán entrevistas en la primera sesión con los pacientes seleccionados para obtener información y llenar la respectiva ficha clínica.⁶

Durante el inicio de este proyecto se trabajó con veinte pacientes oncológicos como indicaba la muestra, se aplicó reactivos psicológicos desde la segunda sesión y posteriormente se brindó apoyo psicoterapéutico, según avanzaba el tratamiento médico y psicológico cada paciente iba experimentando situaciones de ansiedad, estrés y decaimiento de su propio estado emocional, lo que impedía la continuación del proyecto, esto se dio específicamente con cinco pacientes quienes desertaron el tratamiento psicológico debido al estado grave de su enfermedad, es así que hubieron tres pacientes con quienes se eliminó el contacto puesto que ya no

⁶ Ver anexo 5: Modelo de ficha FIEPS.

acudían al H.V.C.M. a recibir su tratamiento médico y psicológico, otro paciente había fallecido debido a la agresividad del cáncer que padecía, y el último sufrió una embolia poco antes de continuar con su tratamiento en el H.V.C.M. Es así que se pudo finalizar el apoyo psicoterapéutico con quince de los veinte pacientes además de llenar sus respectivas sesiones psicoterapéuticas, todo basado en el modelo de terapia breve según Bellak y con la aplicación del T.A.T. y Persona Bajo la Lluvia para un posterior retest.

3.1.3 Aplicación de pruebas: T.A.T. y Test de la Persona Bajo la Lluvia:

La selección de los pacientes nos sirve para reducir la población del universo total y obtener una muestra representativa para el trabajo psicológico. Luego de haber realizado la primera entrevista y llenar la ficha clínica a los 20 pacientes en la etapa diagnóstica, pasamos a la aplicación de los reactivos psicológicos para obtener los primeros datos de los posibles conflictos y estado emocional de cada paciente, para realizar un diagnóstico inicial y empezar el trabajo psicoterapéutico. Aplicamos los reactivos psicológicos a partir de la segunda sesión, primero se aplicó el test de la **Persona Bajo la Lluvia**, porque requería de poco tiempo y esfuerzo para el examinado, posteriormente se aplicó el **T.A.T.** que fluctúa entre una a dos sesiones aproximadamente, debido a que algunos pacientes presentaban cansancio físico e interrupciones por el tratamiento médico que impedía que la aplicación se realice en una sola sesión.

3.2 ETAPA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

Luego de las entrevistas personales y aplicación de reactivos psicológicos, se obtuvieron patrones comunes de los diferentes conflictos de los pacientes, con esta información se inicia a partir de la tercera sesión el trabajo psicoterapéutico, que consta de 6 sesiones como mínimo de manera individual, basándonos en el modelo psicoterapéutico de terapia breve de Bellak. Es importante que antes de empezar una etapa de intervención, se debe comenzar con la Psicoeducación para informar a los pacientes sobre la enfermedad y protocolo de tratamiento médico.

3.2.1 Psicoeducación para pacientes con Cáncer y sus familias:

La Psicoeducación para pacientes con cáncer en el H.V.C.M, es uno de los ejes principales en el tratamiento y futura adaptación a la enfermedad, este trabajo se lo

realizó al inicio de las visitas médicas, donde se recibía información de la etapa o ciclo que está recibiendo cada paciente seleccionado para nuestro trabajo y también mediante información brindada por los médicos de la institución, por lo tanto este trabajo consistió en informar a pacientes y sus familias los cambios a nivel físico y psicológico durante el tratamiento oncológico, los puntos principales que se tomaron para este trabajo en Psicoeducación fueron: Cambios psicológicos al momento de recibir el tratamiento médico, emociones, aspectos de su estado físico, alimentación adecuada y reflexiones diarias para aumentar la motivación.

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.

Según Bulacio, J.; Vieyra, M. (2003), en su libro Psicoeducación en la Salud, indican algunos aspectos importantes que se deben tomar en cuenta para una buena psicoeducación en pacientes con cáncer:

Brindar ayuda para tratar la ansiedad cuando:

- Cuando la ansiedad sea demasiado frecuente.
- Cuando la respuesta de ansiedad se mantenga tiempo después de que haya pasado la situación que la provocó.
- Cuando la respuesta de ansiedad sea demasiado intensa para la situación que la ha provocado.
- Cuando hay alteraciones psicofisiológicas producidas por la tensión: sensación de cansancio, dolor muscular, fatiga, insomnio, etc.
- Cuando existan pensamientos catastróficos, anticipatorios, sensación de bloqueo o dificultad para tomar decisiones que interfieran en tu vida.

Brindar ayuda para tratar la tristeza cuando:

- Los sentimientos de tristeza son demasiado intensos y duraderos.
- Se llora de forma frecuente.
- Se tenga “ganas de hacer nada” (apatía).
- Uno se siente culpable.
- Se tiene desesperanza, indefensión.
- Uno es incapaz de disfrutar de las cosas como se hacía antes.
- Se tiene problemas para dormir.

Hábitos saludables en pacientes con Cáncer:

Los hábitos son conductas que realizamos de forma repetida prácticamente a diario que pasan a constituir nuestro estilo de vida. Se basan en nuestras creencias, ideas, experiencias previas que se han consolidado con el aprendizaje, etc.

Los hábitos más saludables van a facilitar el tratamiento de la enfermedad, mientras que unos hábitos inadecuados pueden no solo perjudicar el tratamiento, sino también empeorar el problema.

Pautas para seguir una alimentación saludable, cumplir la pirámide alimenticia.

- Practicar actividad física moderada de forma regular.
- Comer de forma variada, combinando todo tipo de alimentación.

Frutas y verduras: Aportan fibra y ciertas vitaminas y minerales imprescindibles para el correcto funcionamiento del organismo.

Proteínas: Fundamentales durante el tratamiento oncológico, ya que permiten al organismo recuperarse más fácilmente y luchar contra las infecciones.

Cereales: Aportan una gran cantidad de carbohidratos que son una magnífica fuente de energía para el organismo.

Leche y derivados: Aportan vitaminas, minerales y son la mejor fuente de calcio.

Recomendaciones para adaptarse a los cambios físicos:

- No confundir el atractivo físico con lo personal, es importante sentirnos valiosos por nosotros mismos y no sólo por nuestro aspecto.
- Acostumbrarse de forma progresiva a la nueva imagen corporal.
- Tener en cuenta la opción de contactar con otras personas que hayan pasado por esto, compartir sus experiencias y emociones puede ser una

manera de encontrar diferentes propuestas para adaptarse a esta nueva situación.

- Mostrar normalidad, con el fin de que las personas del entorno también se adapten a estos cambios.
- Buscar ayuda psicológica especializada.
- No descuidar el aspecto físico, buscar nuevas formas de arreglarse y encontrar el apoyo de la familia, (Bulacio, J.; Vieyra, M. 2003).

Reflexiones diarias:

Las reflexiones diarias tienen como objetivo motivar a los pacientes oncológicos en el tratamiento y pronta recuperación de su enfermedad, la mayoría de las reflexiones contenían temas relacionados con la lucha por la vida, temas religiosos y de superación personal. Estas reflexiones se entregaban a los pacientes todos los días después de la visita médica, una vez leída la reflexión por parte de los psicólogos, se interactuaba con los mismos pacientes, exponiendo sus puntos de vista y comentarios sobre la lectura. Esto ayuda a que el paciente tenga una visión más positiva acerca de su padecimiento y recuperación.

3.2.2 Psicoterapia psicodinámica:

Estos modelos surgieron esencialmente en respuesta al problema asistencial planteado por una masa cada vez mayor de la población consultante en centros hospitalarios, de salud mental, público y privado. En ese sentido se tuvo que incorporar el uso de psicofármacos y terapias grupales, pues el número de profesionales requeridos era insuficiente para cubrir la demanda. Otros factores que influyeron en la emergencia de las terapias de corto plazo fueron las limitaciones económicas de los que solicitaban ayuda, la edad avanzada que presentaban. Este planteamiento de acortar el proceso terapéutico, ya lo mencionaba Freud, S. (1919), además, agregaba que era necesario que el Estado implementara un servicio de salud pública que incluyera el tratamiento psicoterapéutico.

Lo interesante de su planteamiento es que consideraba que la labor terapéutica no solo se centra en la resolución de problemas sino que tienen una labor pedagógica, pues orienta, educa, reeduca, además de tener una labor ortopédica temporal, es decir, el terapeuta cumple una función más activa, auxiliar del yo del paciente, considerando la situación externa que afecta al paciente.

Esta focalización de la labor terapéutica hacia un aspecto de la problemática o sintomatología del paciente es la característica predominante de las psicoterapias breves actuales. En la conferencia que pronunció Freud (1904), en el colegio de médicos de Viena, expuso que es **un método que enseña al médico sobre el origen y enlace de los fenómenos patológicos, además, de guiar al terapeuta hacia otras formas de influjo terapéutico**. También en los **nuevos caminos de la psicoterapia psicoanalítica plantea que las tareas del terapeuta básicamente son dos**: hacer consciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias. Y que la cura analítica debe, en la medida de lo posible, ejecutarse en estado de privación, abstinencia. La abstinencia tiene que ver con la contracción de la enfermedad y el restablecimiento.

De acuerdo a esto la psicoterapia 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.

3.2.3 Psicoterapia breve de Bellak:

La psicoterapia breve integra un número limitado de formatos que pueden combinarse dependiendo de lo que necesita el paciente. Existen psicoterapias focales, de apoyo, no regresivas, correctivas, de urgencia. Todas ellas parten de una evaluación psicodiagnóstica previa que hace el profesional para medir el riesgo que corre el paciente, es decir evalúan el punto de urgencia emergente.

El modelo de psicoterapia breve y de urgencia de Bellak, L. (2009), se fundamenta en la psicología del yo, en la teoría del aprendizaje. Se considera que sólo el profesional experimentado lo puede realizar porque requiere del empleo total de sus capacidades. La psicoterapia, preferentemente, **de urgencia**, debe cumplir sus fines a corto plazo, su duración es de una a seis sesiones, con un tiempo de duración de 45 a 50 minutos. La función del terapeuta es activa y tiene que estar penetrantemente alerta para percibir cada comunicación significativa.

En este tipo de psicoterapia el dolor o el peligro al que se expone el paciente requiere que **la intervención sea inmediata con algún grado de alivio** con frecuencia en la primera sesión terapéutica. Los objetivos son en términos de

superación de síntomas y reducción de problemas actuales del paciente, atiende también problemática psico-social, lo que podría indicar que el insight es relativo al tema focalizado. La psicoterapia breve, como su nombre lo indica la define el límite de tiempo pre-determinado. En ella el terapeuta le define la tarea al paciente, y le explica el proceso terapéutico para mantener la alianza terapéutica. Se le explica y ejemplifica al paciente algunos conceptos dinámicos, como ser, que los problemas actuales que sufre se deben a experiencias pasadas que las emociones distorsionan lo que vemos e interpretamos las cosas, le explicamos al paciente, a qué se refieren ciertos conceptos como la proyección, ambivalencia, autoreporte, insight.

La psicoterapia breve es una forma de enseñarle al paciente a identificar situaciones que vive, y como las experiencias pasadas inciden en su comportamiento. En este sentido la terapia es un modo de corregir la forma de ver y deshacer las distorsiones que se han adquirido en el desarrollo. La psicoterapia vista así, es una forma de desaprender, aprender y reaprender.

Se le da prevalencia a cualquier intercambio humano que permita una respuesta más o menos libre, aun cuando sea en respuesta a un estímulo ordenado implica hasta cierto punto la asociación libre en un continuo asociado a la vida cotidiana. La interpretación es parcial pues se focaliza en los conflictos actuales, del pasado, problemas médicos y su ambiente. Al focalizarse en la resolución sintomática actual su efectividad es relativa, pues el insight va dirigido hacia las relaciones del sujeto con las personas de su entorno actual, y tiene mayor participación cognitiva que afectiva. De la misma forma el manejo de la transferencia está más dirigida a mantener la alianza terapéutica explícita, fomentando la transferencia positiva que sostenga la credibilidad del terapeuta, no se interpreta y si fuera necesario se dirige hacia los objetos extra-transferenciales. Por el contrario cuando emerge la transferencia negativa se relaciona con las formas positivas de relación o se muestra como elemento perturbador para el tratamiento.

3.2.4 Pasos de la psicoterapia breve de Bellak:

a) La comunicación entre paciente y terapeuta: Es esencial para que informe sus problemas, historia y vida actual; tiene múltiples formas: verbal, no verbal. Se expresa en el estilo de comunicar, es decir, en la forma como usa la palabra, el ritmo, la carencia de expresión una vez que el paciente comienza a comunicar, el terapeuta empieza a formular alguna idea de los denominadores comunes entre la conducta presente del paciente, su historia pasada y la relación terapéutica.

Cuando el terapeuta reconoce los conflictos y sus causas patológicas deben informarle al paciente acerca de estos acontecimientos comunes.

b) Interpretación: Es el proceso por el cual el terapeuta indica los acontecimientos denominadores entre la conducta y la afectividad del paciente en el pasado, presente y las situaciones de transferencia, en general se conoce como interpretación. Clínicamente, la interpretación puede involucrar muchos pasos preoperatorios y varias formas de expresión. Aunque la interpretación es el proceso clásico de intervención en la psicoterapia dinámica, no es, por supuesto, si se habla en una forma estrictamente esquemática, cuando el paciente ve estos acontecimientos comunes, entonces el paso siguiente es el insight.

c) Insight del terapeuta: Se produce mientras escucha atentamente y activamente al paciente, pues busca reconocer los denominadores comunes en el patrón de conducta relacionado con el síntoma. Una vez que el terapeuta ha comprendido la situación del paciente, le comunica esto al paciente a través de la interpretación, o por medio de intervenciones preparatorias para guiar la paciente al insight. En esta comunicación se toma en cuenta si el paciente está en condiciones para el insight, de forma contraria se puede preparar a éste para conseguirlo por medio de observaciones encauzantes, entre ellos está la técnica del silencio, la aceptación pasiva, la inflexión de la voz etc. El insight está en función a la forma de devolver que tiene el terapeuta. El insight es la percepción intelectual y emocional del paciente del patrón que sigue su comportamiento y se manifiesta cuando el paciente puede relacionar esos patrones con su forma actual de manejarse como recordando viejos comportamientos, o cuando hace un cambio de emoción después de la interpretación.

d) Translaboración: Ocurre una vez que el paciente ha hecho el insight y puede aplicar este conocimiento a su vida práctica. Esto significa que el paciente ha adquirido mayor conciencia de su conducta manifiesta y de sus causas, lo que le permite controlar voluntariamente su conducta, y siguiendo los principios del aprendizaje generaliza la conducta. Este proceso es metapsicológico porque reestructura la dinámica de la personalidad al fortalecer al yo, suaviza las presiones del superyó, y regula las presiones del impulso. Cuando no se logra eliminar el síntoma, por su carácter sobredeterminado, es fundamental que el proceso se repita las veces que sea necesario para develar los patrones asociados al síntoma. Permite evaluar la efectividad del proceso terapéutico, (BELLAK, L., 2009).

3.2.5 Descripción de técnicas psicodinámicas:

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-analizado, a través del lenguaje verbal, y en un contexto específico en el cual se ubica esta relación. En este punto vamos a indicar las definiciones y descripciones operativas de los procedimientos y procesos psicoterapéuticos empleados en el psicoanálisis, adaptados para el trabajo en pacientes con cáncer.

- **Encuadre:** El encuadre o “setting” se refiere al conjunto de normas y habitualidades que configuran la relación analista-paciente, en el contexto de la terapia, se relaciona con la actitud psicoanalítica, consistentemente receptiva, favorecedora de la comprensión, desprovisto en lo posible de juicios peyorativos de valor. El encuadre permite obtener que la situación analítica tenga características cuasi experimentales para el estudio de cómo piensa y siente el ser humano.
- **Asociación libre de ideas:** Es el método descrito por Freud como la regla fundamental, constitutiva de la técnica y que consiste en que el analizado exprese, durante las sesiones de la cura psicoanalítica, todas sus ocurrencias, ideas, imágenes, emociones, pensamientos, recuerdos o sentimientos, tal cual como se le presentan, sin ningún tipo de selección; aun cuando el material le parezca incoherente, impúdico, impertinente o desprovisto de interés.
- **Atención flotante:** Sirve para designar la regla técnica según la cual el analista debe escuchar al paciente sin privilegiar ningún elemento del discurso de este último y dejando obrar su propia actividad inconsciente. La atención flotante supone por consiguiente, por parte del analista, la supresión momentánea de sus prejuicios conscientes y de sus defensas inconscientes.
- **Neutralidad:** Describe la actitud que debe asumir el analista para asegurar el desempeño adecuado durante el análisis. El concepto se puede definir como una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo; neutral respecto a las

manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula (no entrar en el juego del paciente); por último, ser neutral en cuanto al discurso del analizado, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

3.2.6 Modelo del dispositivo psicoterapéutico:

TEMA: Psicoterapia Breve de Bellak

Objetivo: Intervenir a través de la psicoterapia Breve de Bellak, de manera individual a pacientes con cáncer en la etapa diagnóstica del H.V.C.M.

Sesiones: Para este trabajo de intervención se aplicó 6 sesiones como mínimo a cada paciente, basado en la psicoterapia de urgencia de Bellak, la muestra está constituida por 15 pacientes, entre hombres y mujeres en la etapa diagnóstica de su enfermedad.

Primera sesión:

Recolección de información personal para llenar la ficha clínica.

Aplicación de reactivos psicológicos.

Segunda sesión:

Aplicación de reactivos psicológicos obteniendo así, una aproximación diagnóstica de ciertos conflictos.

Tercera sesión:

Encuadre psicológico.

Intervención psicológica.

Cuarta sesión:

Comunicación con el paciente.

Asociación libre de ideas.

Interpretación de conflictos del paciente.

Quinta sesión:

Análisis causal de conflictos mediante el insight.

Atención flotante y neutralidad.

Sexta sesión:

Resolución de conflictos.

Transelaboración.

Técnicas:

- Comunicación entre paciente-terapeuta.
- Interpretación de contenidos.
- Insight.
- Transelaboración.
- Encuadre.
- Asociación libre de ideas.
- Atención flotante.
- Neutralidad.

Metodología:

Psicoterapia breve de orientación dinámica que se basa en el apoyo inmediato, emocional para un paciente en etapas críticas de su vida, cuyo principal objetivo es dar apoyo psicológico, ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicite. La psicoterapia, preferentemente, **de urgencia**, debe cumplir sus fines a corto plazo, su duración es de una a seis sesiones, con un tiempo de duración de 45 a 50 minutos. La función del terapeuta es activa y tiene que estar penetrantemente alerta para percibir cada comunicación significativa.

A continuación presentamos un estudio de caso del trabajo de intervención psicoterapéutica aplicado a pacientes con cáncer, basado en el dispositivo terapéutico de Bellak donde exponemos la evolución del paciente desde el inicio del tratamiento hasta su finalización:

ESTUDIO DE CASO:

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

Fecha: 6 de marzo del 2013 **Elaborado por:** Adriana Segovia Cevallos/ Edgar Ludeña Veliz.

DATOS INFORMATIVOS:

Nombre:	Carmen Roció Rodríguez Jara		
Edad: 46 años	Estado Civil: Casada	Religión: Católica.	
Lugar y fecha de nacimiento:	Chordeleg, 17 de septiembre 1966		
Residencia: Chiwinda/Oriente	Dirección: Mariscal Lamar 21-97	Teléfono: 07-3049-067	
Instrucción: Primaria	Ocupación: Tejería sombreros.		

Informante: Paciente

Parentesco:

TIPO DE CONSULTA			
Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado	x	Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente	x	Familiar (s)	
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

Tenía un tumor en la garganta, hace un año aproximadamente le operaron, toma medicación pero hace 4 meses le diagnosticaron un tumor en el seno y axila, actualmente está en el primer ciclo de quimioterapia.

IMPLÍCITA

Indica que se sentía mal, muy triste, la familia está muy triste, la paciente lloró en la entrevista.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Vivía en Chordeleg hasta los 12 años, aprendió a tejer y estudiaba, luego fueron a vivir en el Oriente debido a que su padre tenía tierras. Se casó a los 21 años, con su pareja cuidaban animales y vivían tejiendo sombreros. Su padre falleció cuando vivían su primer año en el Oriente con una infección al estómago. Hace 13 años murió su madre. Indica que su matrimonio fue complicado y difícil al inicio porque su esposo era grosero, ella le tenía miedo. Hace 10 años mejoro la relación con su esposo. Indica la paciente que era tímida y q hablaba muy poco.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL.

Su esposo Carlos Tello de 54 años de edad es agricultor, tiene 3 hijos y presenta una buena relación con sus dos hijas pero con el hijo varón presenta un poco de dificultades en la relación, todos sus hijos estudian.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

T.A.T.: La paciente en la mayoría de sus historias presenta contenidos de tristeza y desamparo.

Persona Bajo la Lluvia: La paciente expresa incomodidad, falta de adaptación y dificultad para tomar decisiones, falta de defensas, retraimiento e inseguridad,

tendencias hacia el pasado, rasgos depresivos, personalidad introvertida y su mecanismo de defensa es la inhibición.

Retest:

T.A.T.: La paciente presenta menos conflictos, ha mejorado la relación con su familia, se la percibe con una actitud más positiva respecto a su persona y a su enfermedad.

Persona Bajo la Lluvia: Está dispuesta a enfrentar las presiones de su entorno, aún existen conflictos con su esquema corporal. Pero asimila con mayor facilidad su padecimiento.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

La paciente llega al H.V.C.M. para recibir cada cierto periodo de tiempo las respectivas quimioterapias que le brindan sus médicos, al momento de trabajar con ella se presenta ansiosa porque desconoce su enfermedad y eso le preocupa mucho.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

Presenta un trastorno de adaptación a la enfermedad y un cuadro depresivo leve.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Sus rasgos de personalidad son introvertidos y dependientes.

**GUÍA No. 6
EVOLUCIÓN EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA**

Fecha	Sesiones	Objetivos	Técnicas	Resultados
6/03/2013	Primera sesión	Recolectar datos personales para la ficha clínica. Aplicar reactivos psicológicos.	Entrevista personal	Se trabajó con tranquilidad, colaboró y brindó información importante. Aplicación: Persona Bajo la Lluvia
27/03/2013	Segunda sesión	Aplicar reactivos psicológicos: T.A.T.	Entrevista personal	Al aplicarle el test la paciente denota tristeza y resistencia.

29/05/2013	Tercera sesión	Intervenir conflictos.	Comunicación Encuadre Asociación libre	La paciente colaboró durante toda la sesión y hubo descarga emocional.
19/06/2013	Cuarta sesión	Llamar a la paciente para el respectivo seguimiento.	Comunicación Atención flotante y neutralidad.	Acude cada 21 días al H.V.C.M. lo que complica la continuación con el tratamiento psicológico.
10/07/2013	Quinta sesión	Brindar charlas motivacionales y psicoeducación respecto a su tipo de cáncer y alimentación.	Comunicación Insight	La paciente está más tranquila, se le hizo saber de la aplicación del retest.
15/07/2013	Sexta sesión	Análisis de los contenidos respecto a su enfermedad.	Interpretación	La paciente tiene una visión positiva respecto a su recuperación.
31/08/2013	Séptima sesión	Aplicar reactivos psicológicos: Retest del T.A.T. – Persona Bajo la Lluvia	Entrevista personal	Se le indicó las pautas para el retest, estaba dispuesta a colaborar.
01/09/2013	Octava sesión	Cerrar proceso psicoterapéutico. Ayudar con información para la transferencia a SOLCA.	Insight Translaboración.	Agradeció el apoyo brindado y se transfiere a SOLCA por el cierre del área de oncología del H.V.C.M.

3.3 ETAPA DE EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DE RESULTADOS.

Esta etapa consiste en realizar una primera aplicación de reactivos psicológicos obteniendo una aproximación diagnóstica de los conflictos que presentan la mayoría de los pacientes, luego de la intervención psicológica se realiza un retest, para analizar la posible disminución de los conflictos psicológicos mostrados en la primera aplicación, posteriormente se muestran las comparaciones de los resultados y alcances logrados en la intervención psicoterapéutica.

3.3.1 Test: T.A.T. – Test de la persona Bajo la Lluvia:

- Evaluación de la escala de Autoimagen: T.A.T. y Persona Bajo la Lluvia:

Schilder, P. (1925), fue el creador del concepto de imagen corporal-autoimagen y afirmó: **“La imagen del cuerpo humano significa la representación que de nuestro propio cuerpo formamos en nuestra mente, la apariencia que tiene el cuerpo para nosotros”**. Este concepto se hace más claro y particular en la lámina 1 del violín, la de la persona recostada en un sofá 3VH y en el dibujo del hombre subiéndose la cuerda 17VH. Justamente, esta apariencia que tienen la mayoría de personas con enfermedades psicosomáticas como el cáncer, hacen que tengan una representación negativa acerca de su propio cuerpo, es por eso que los datos obtenidos luego de la aplicación del T.A.T. y la persona bajo la lluvia a 20 pacientes oncológicos, en etapa de diagnóstico del H.V.C.M., indican que la percepción que tiene cada uno de sí mismo, respecto a su enfermedad y padecimiento en su mayoría es negativa lo que hace indispensable el trabajo psicoterapéutico, para mejorar el estado de ánimo y así obtener una autoimagen adecuada, para que el paciente responda de una manera positiva al tratamiento médico y psicológico.

Gráfico 1.1: Autoimagen: Resultados del T.A.T.

N: 220 historias del T.A.T.

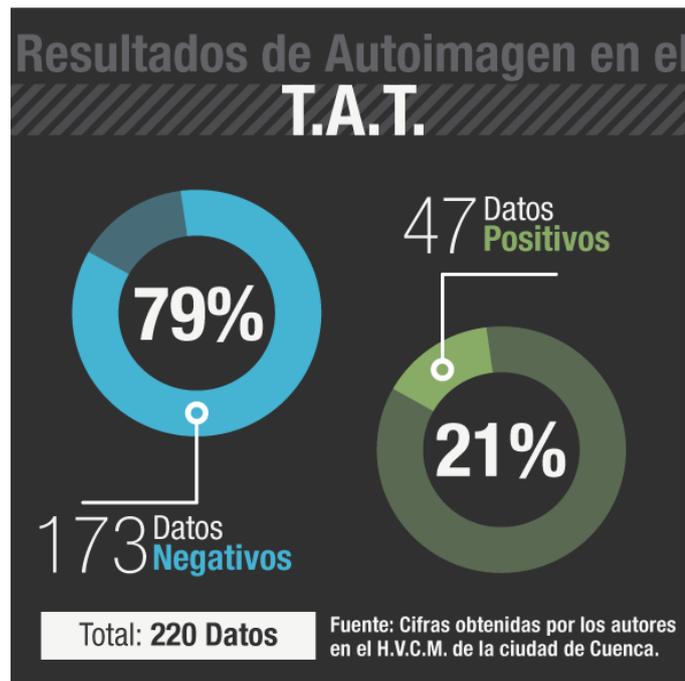


Gráfico 1.2: Autoimagen: Resultados de la Persona Bajo la Lluvia.

N: 20 protocolos del Test de la Persona Bajo la Lluvia.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. y la Persona Bajo la Lluvia, donde existen contenidos de Autoimagen negativa:

Paciente 1: Cristian, 19 años.

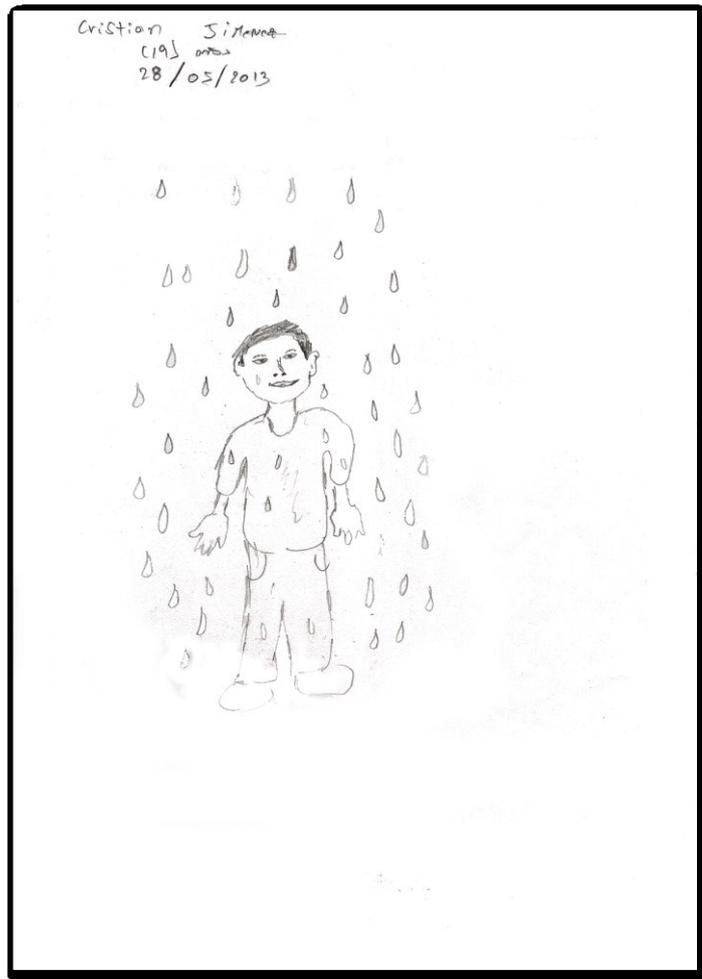
En un paciente impulsivo, en su infancia presenta la ausencia de sus padres debido a que migraron a E.E.U.U., regresaron cuando era adolescente, al inicio la convivencia con ellos era muy conflictiva no asumía las reglas y normas, el costaba adaptarse. El concepto del ambiente que él da a las historias del T.A.T. es muy similar a lo que él vivió desde pequeño.

Lámina 7NM

“Una relación entre madre-hija, una madre dedica mucho tiempo a su trabajo para poder llevar el pan a su casa y así darle el estudio a su hija, pero parece que la hija le pidió un regalo (una muñeca) a la mamá , y la madre hizo todo para conseguir el dinero y no fue suficiente por lo cual le compró otra muñeca y se la dio a la hija, pero la hija no la recibió, por lo cual viró la cara con decepción porque no le dieron lo que ella quería.”

Autoimagen negativa en el T.A.T.: El héroe (hija), presenta decepción porque no le dieron lo que ella quería.

Persona Bajo la Lluvia:



Autoimagen negativa en la Persona Bajo la Lluvia: El dibujo tiende a la regresión y no hay paraguas lo que significa falta de defensas.

Paciente 2: Cila, 65 años.

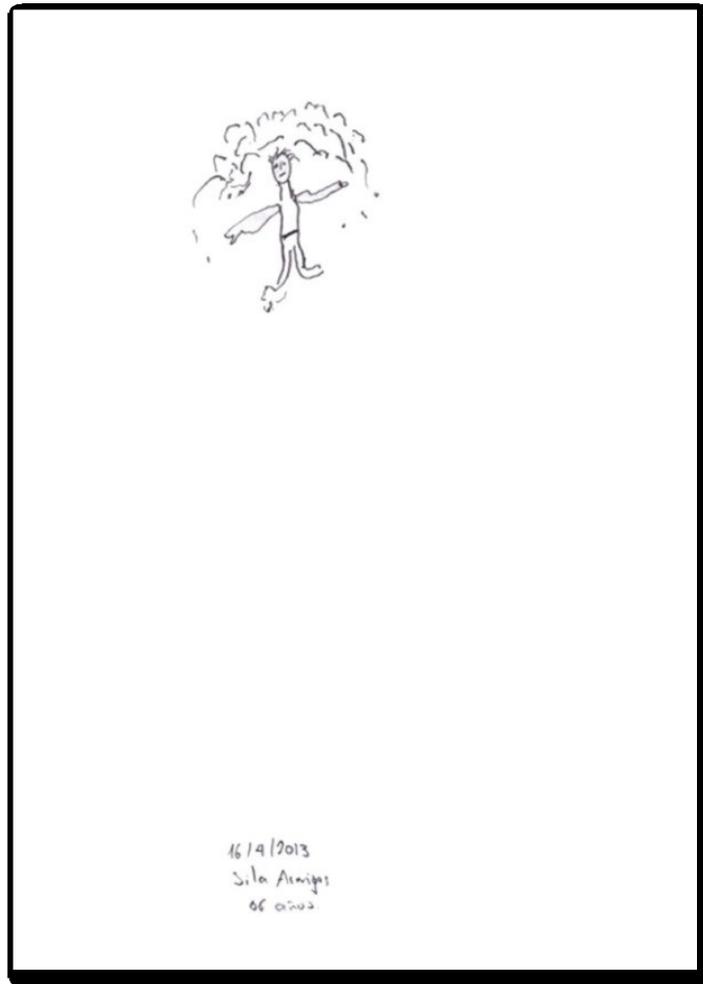
La paciente muestra facilidad al llanto, es muy sensible y afectiva, es muy apegada al esposo con quien mantiene una buena relación, desde el inicio de su diagnóstico clínico denota mucha tristeza.

Lámina 3VH

“Está amargado llorando, él se siente mal, dejándose llevar por la situación, no tiene ánimo ni valor, él ha sido bueno antes hasta que se enfermó, si él no se hace el tratamiento no se puede curar y si hace todo lo que le dice el doctor se va a recuperar.”

Autoimagen negativa en el T.A.T.: El héroe está amargado y llorando, no tiene ánimo, está enfermo.

Persona Bajo la Lluvia:



Autoimagen negativa en la Persona Bajo la Lluvia: No tiene defensas por la ausencia de paraguas, no hay línea de apoyo por lo que no acepta su enfermedad, los rasgos del dibujo son muy débiles.

➤ **Evaluación de la escala de Necesidades del héroe: T.A.T. y Persona Bajo la Lluvia:**

Las necesidades son datos muy importantes que se resumen en las historias, es útil recordar que las necesidades conductuales del héroe pueden ser las necesidades conductuales de la persona, pero en apariencia son solo las necesidades de fantasía de la persona. El problema de la relación de las necesidades latentes en el T.A.T. con la conducta explícita es importante, con frecuencia el intérprete de las historias debe decidir si una necesidad expresada se relaciona de manera estricta con el nivel de fantasía o con la realidad; por ejemplo, la necesidad de agresión o de logro. El psicólogo debe tener a su disposición datos clínicos y biográficos del paciente, si se tiene suficiente información acerca del paciente entonces las

historias del T.A.T. deben considerarse como complementarias a los datos conductuales obtenidos.

Stanford, R. (1943), destacó algunas reglas importantes concernientes a la relación entre necesidades de fantasía y necesidades conductuales, sugirió que existen ciertas necesidades que en general son intensas a nivel de fantasía y escasas a nivel conductual; es decir, aquellas necesidades que, en general, están prohibidas e inhibidas por la presión cultural en contra de su manifestación explícita. Estas son en primer lugar las necesidades de adquisición, agresión, autonomía, actividad sexual, el deseo de que alguien cuide de nosotros y la necesidad de evitar que se nos cause daño. Sin embargo, algunas necesidades quizá encuentren poca expresión manifiesta en la fantasía, pero pueden tener gran cantidad de expresión en la conducta manifiesta debido a las demandas de la realidad por ejemplo: la necesidad de orden, de evitar la censura de la sociedad y de aprendizaje. De nuevo existe una clase de necesidades que pueden ser intensas tanto en fantasía como en conducta, lo cual indica que, aunque dentro de la sociedad dichas necesidades se permiten y se alientan, resultan frustradas con la suficiente frecuencia como para requerir gratificación particular a nivel de fantasía (en especial las necesidades de logro, amistad y dominio). En esta escala de necesidades, los pacientes se obtuvieron índices altos en la necesidad de apoyo-protección, en segunda instancia la necesidad de comprensión-diálogo, y por último la necesidad de logro-autorrealización.

Estas necesidades son muy latentes y se presentan en la mayoría de las entrevistas e intervenciones psicológicas que se ha realizado dentro del trabajo de salud mental. También se puede corroborar esta información con el análisis de los resultados de la persona bajo la lluvia donde la necesidad más frecuente es la de comprensión-diálogo, este índice es muy semejante con los resultados del T.A.T., en segundo lugar está la necesidad de logro-autorrealización y por último la necesidad de apoyo protección, estos datos de los dos tests nos demuestran, que el paciente con cáncer tiene muchas necesidades psicológicas que deben ser intervenidas de una manera adecuada para fomentar su equilibrio psíquico y así obtener un apoyo, no solo médico sino psicodinámico.

Gráfico 2.1: Necesidades del héroe: Resultados del T.A.T.

N: 220 historias del T.A.T.

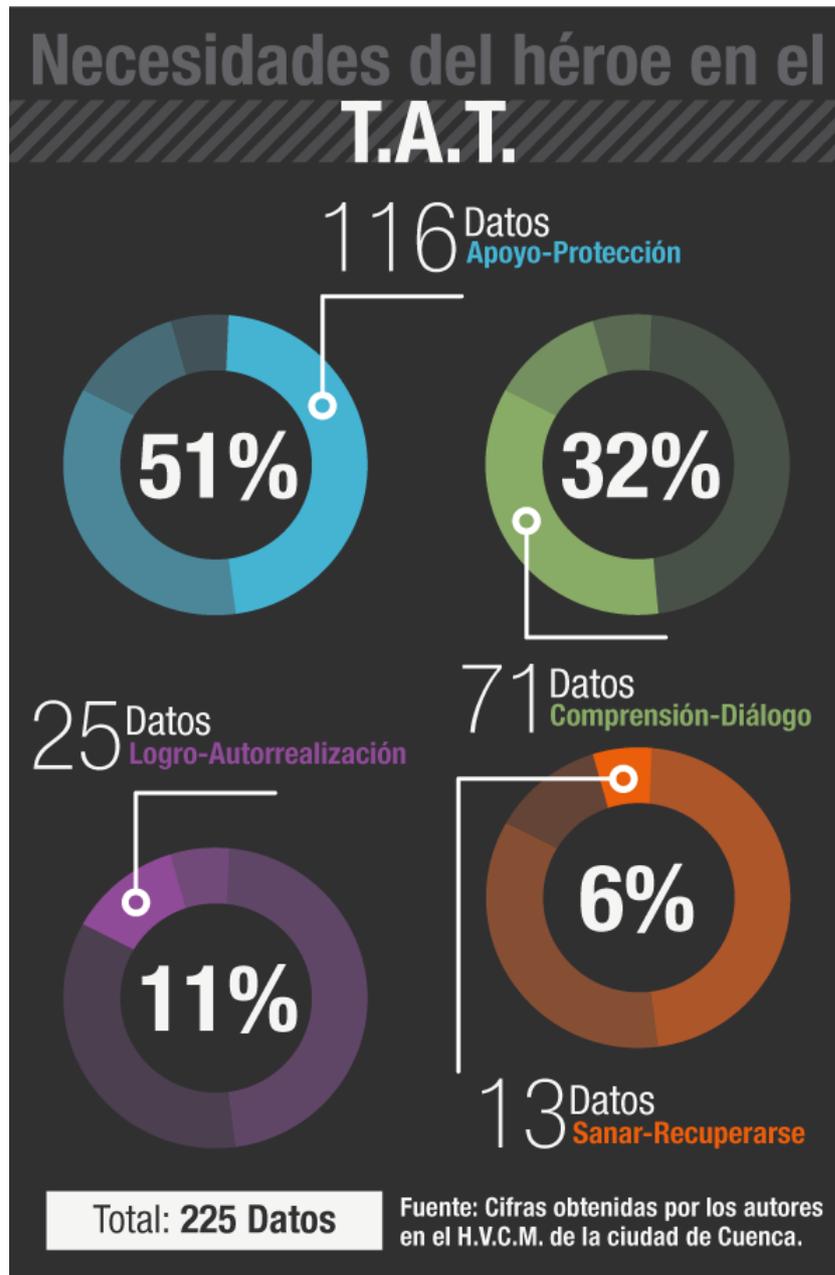
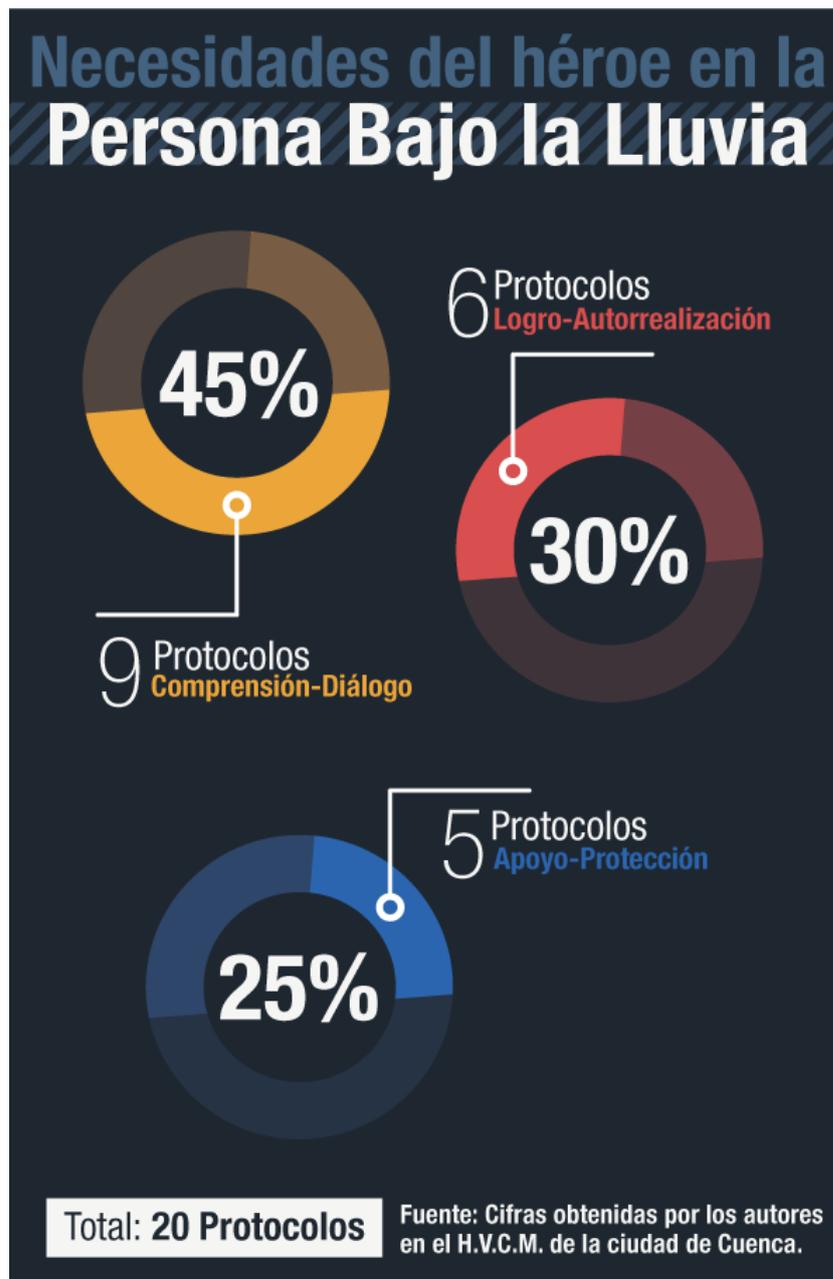


Gráfico 2.2: Necesidades del héroe: Resultados de la Persona Bajo la Lluvia.

N: 20 protocolos del Test de la Persona Bajo la Lluvia.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. y la Persona Bajo la Lluvia donde existen contenidos de Necesidades del héroe:

Paciente 3: Luz, 51 años.

Es una paciente sensible con facilidad al llanto, proviene de un hogar donde hubo violencia intrafamiliar, su padre era agresivo. Al inicio de su matrimonio ella sufrió

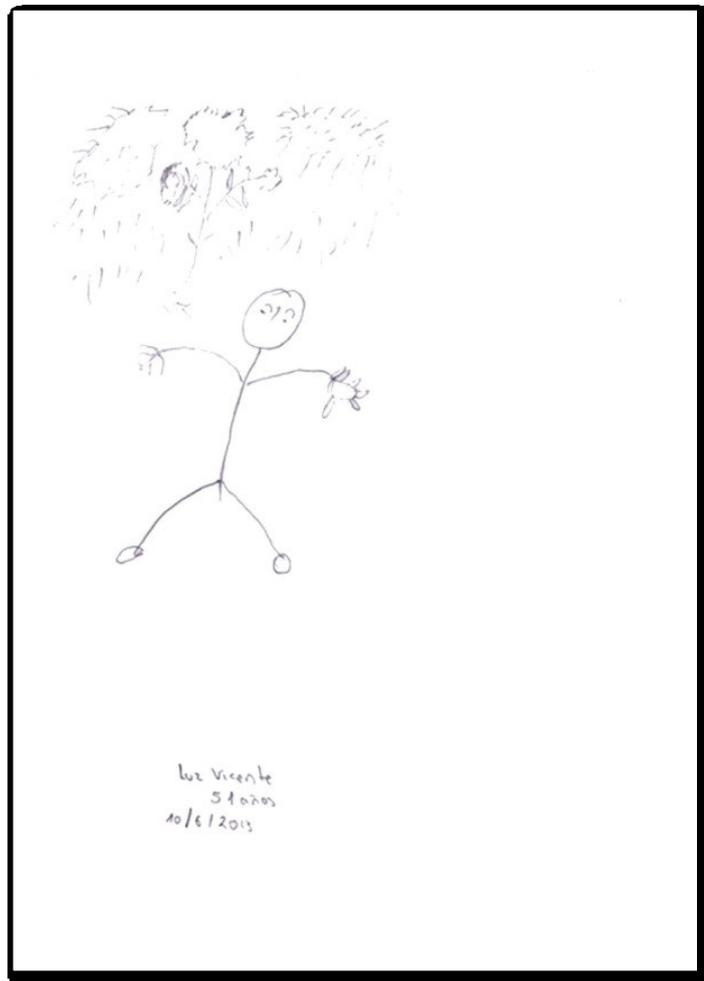
violencia por parte del marido, ahora ellos mantienen una estrecha relación, ella denota muchas necesidades en la mayoría de sus historias.

Lámina 1

“Un niño triste, pensando, a ver si le sale bien o mal, lo que piensa para un trabajo o un viaje, esta triste porque está solo, piensa en salir adelante, quiere trabajar para salir adelante, terminará con pensamientos buenos y con éxito.”

Necesidades del héroe en el T.A.T.: Hay necesidad de apoyo y protección porque el héroe (niño) está solo y triste, el héroe quiere salir adelante. También hay necesidad de logro y autorrealización por lo que quiere trabajar para salir adelante.

Persona Bajo la Lluvia:



Necesidades del héroe en la Persona bajo la lluvia: El dibujo presenta tendencia a la regresión por lo que la paciente tiene conflictos sin resolver del pasado, presenta necesidad de apoyo y protección por la ausencia de la línea de apoyo y la

ausencia de paraguas lo que significa que carece de defensas para enfrentarse al mundo exterior.

Paciente 4: Julia, 46 años.

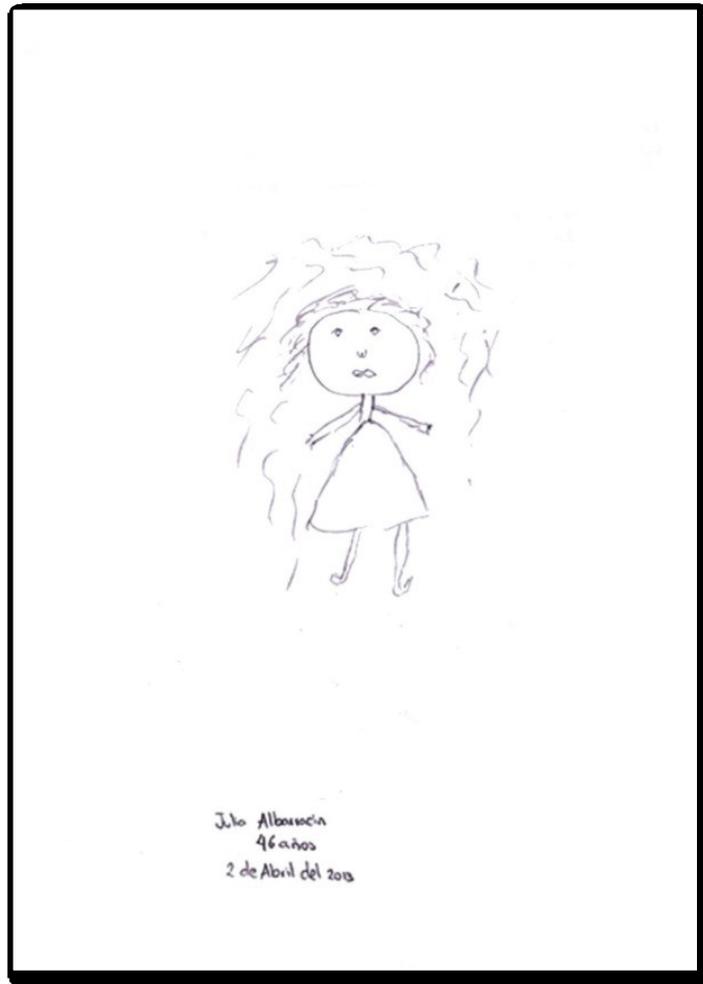
La paciente cuando recibió sus primeras quimioterapias tenía facilidad al llanto y tristeza, con el tiempo se fue adaptando, le extirparon su seno derecho por lo que poco tiempo después de su operación empezó a sufrir del síndrome del miembro fantasma, ella en las historias del T.A.T. presenta algunas necesidades como apoyo comprensión, incluyendo a Dios como parte vital para salir adelante en su tratamiento.

Lámina 2

“Aquí está un pesebre o unas montañas, alguien está predicando la palabra de Dios, pidiendo por las enfermedades, pidiendo a la virgen que nos cuide, que hemos pecado mucho y seguiremos pecando, el final será que nosotros nos apeguemos a él (Dios) y él solucionará cualquier problema.”

Necesidades del héroe en el T.A.T.: Existe la presencia de Dios que es un indicio de la necesidad de apoyo y protección. Hay necesidad de comprensión-dialogo por el acto de predicar la palabra de Dios y pedir por las enfermedades (sanación).

Persona Bajo la Lluvia:



Necesidades del héroe en la Persona Bajo la Lluvia: Existen tendencias regresivas, por lo que necesita apoyo y protección para afrontar su pasado, no hay paraguas lo que indica falta de defensas para enfrentar el mundo.

✓ **Evaluación de la escala de Concepto del Ambiente: T.A.T.**

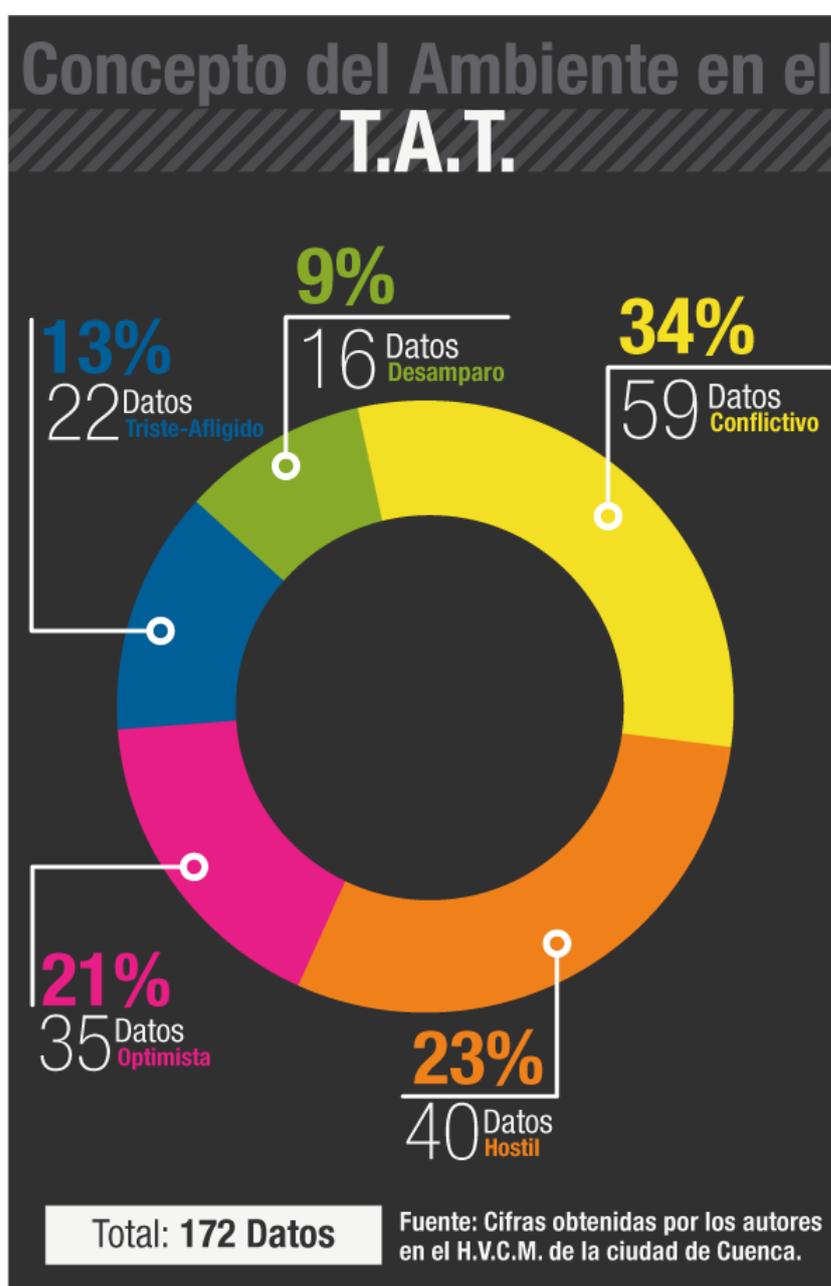
Este concepto es una mezcla compleja de autopercepciones inconscientes y distorsión aperceptiva de los estímulos debido a imágenes del pasado dentro de la memoria. Entre más consistente parezca una imagen del ambiente en las historias del T.A.T., habrá mayor razón para considerarla como parte constitutiva importante de la personalidad del individuo y como un indicio útil acerca de sus reacciones en la vida cotidiana. En general, los términos descriptivos como necesitado de protección, hostil, explotador, amistoso, peligroso, etc. serán suficientes.

La mayoría de los pacientes muestran acerca del concepto del ambiente en las historias del T.A.T., una tendencia hacia una percepción conflictiva, lo que refleja

que su ambiente es agresivo, por lo tanto estas autopercepciones inconscientes que tiene el paciente acerca de su enfermedad, de su trabajo, de su familia hacen que sea percibido de una manera conflictiva. Por otra parte tenemos una percepción hostil de su ambiente, caracterizado por angustia, ansiedad e inadecuación hacia la asimilación y adaptación a la enfermedad, al contrario de esta percepción negativa del ambiente tenemos que algunos pacientes muestran una visión positiva-optimista a su situación actual con una.

Gráfico 3.1: Concepto del Ambiente: Resultados del T.A.T.

N: 220 historias del T.A.T.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. donde existen contenidos del Concepto del Ambiente:

Paciente 5: María, 43 años.

Al momento de la entrevista psicológica la paciente se muestra tranquila, dentro de su biografía personal proviene de una familia disfuncional y caótica, existen conflictos con su padre, la mayoría de las historias reflejan un ambiente hostil y conflictivo.

Lámina 3VH

“Es una señora parece que estuviera borracha, está caída en el suelo llorando a lo mejor tiene problemas con su hijo, parece que estuviera tomada, está muy decaída y triste está tirada en el suelo, necesita conversar con alguien y el final para ella será que si no busca ayuda pronto no podrá levantarse y salir adelante.”

Concepto del Ambiente en el T.A.T.: El ambiente es conflictivo debido a los problemas que tiene el héroe (señora) con su hijo.

Paciente 6: José, 53 años.

El paciente comenzó el tratamiento presentando síntomas depresivos y tristeza, esto se reflejó en las entrevistas clínicas y en la mayoría de las historias relatadas del T.A.T. al momento de la aplicación, ha tenido pensamientos suicidas, su esposa lo abandonó y le fue infiel y es por esto por lo que mantiene un duelo no resuelto, tiene una estrecha relación con su madre y su última hija.

Lámina 1

“Este es un muchacho que esta estresado, triste por algo que le pasa y si sigue así va a tener un final muy malo, es un niño muy amargado, acabaría muy mal, por su tristeza, él tiene que empezar a quererse a sí mismo.”

Concepto del Ambiente en el T.A.T.: El ambiente del héroe (muchacho), es triste y afligido por lo que está estresado y amargado, está triste por algo que le pasa.

- **Evaluación de la escala de Conflictos Significativos: T.A.T. y Persona Bajo la Lluvia:**

Cuando se estudian los conflictos significativos de un individuo, no sólo se desea saber la naturaleza del conflicto sino también las defensas que utiliza la persona en contra del mismo. Cuando se determina cual pulsión o fuerza está en conflicto con el superyó, es importante especificar en una o varias palabras la conducta resultante: por ejemplo, si el conflicto se encuentra entre el superyó y la agresión, puede ser que la persona reaccione con timidez. En este caso se tiene una excelente oportunidad para estudiar la estructura de carácter y el pronóstico de la persona. En ocasiones, el conflicto no estará entre el superyó y las pulsiones, tales como la agresión, adquisición, o los deseos sexuales, sino entre dos impulsos como logro y placer o autonomía y sumisión.

En esta escala de conflictos significativos los pacientes denotaron un índice muy alto en el conflicto tristeza-depresión, lo que indica que la mayoría de los pacientes tienen síntomas depresivos como anhedonia, aflicción, facilidad al llanto y bajo estado de ánimo, el siguiente conflicto latente es el de pulsión de muerte, lo que se demostró en la hipótesis planteada al inicio de esta investigación, donde se hace hincapié a que los pacientes oncológicos presentan un deseo de morir utilizando la extragresión e intragresión reflejadas en la mayoría de las historias del T.A.T., utilizando como un mecanismo de defensa hacia su enfermedad y padecimiento.

Por último destacamos el conflicto de la lucha entre la autonomía vs dependencia, antes de la enfermedad estos pacientes eran muy autónomos se desenvolvían solos y realizaban sus actividades con total normalidad, en el momento del diagnóstico y posteriormente en su tratamiento, estos niveles de autonomía han disminuido notablemente ya que la reacción frente al padecimiento del cáncer los pacientes muestran actitudes dependientes y el mismo hecho del deterioro físico que produce esta enfermedad provoca que estas personas dependan del otro.

Relacionando los datos del T.A.T. con los del test de la persona bajo la lluvia obtenemos que en este test, los conflictos significativos tienen una relación con la proyección de su autoimagen ya que este test a diferencia del T.A.T. es netamente gráfico, por ende sus resultados muestran índices altos en el conflicto de enfermedades psicosomáticas, estos resultados son representativos ya que la mayoría de los pacientes investigados, grafican su cuerpo resaltando alguna lesión o enfermedad.

El siguiente conflicto, tristeza-depresión los resultados son muy similares al del T.A.T., en autonomía vs dependencia, por último presentan conflictos sin resolver, estos conflictos se manifestaron en la mayoría de los pacientes tales como:

conflictos no resueltos en la infancia, la relación con los padres, duelos no resueltos y con la pareja.

Gráfico 4.1: Conflictos Significativos: Resultados del T.A.T.

N: 220 historias del T.A.T.

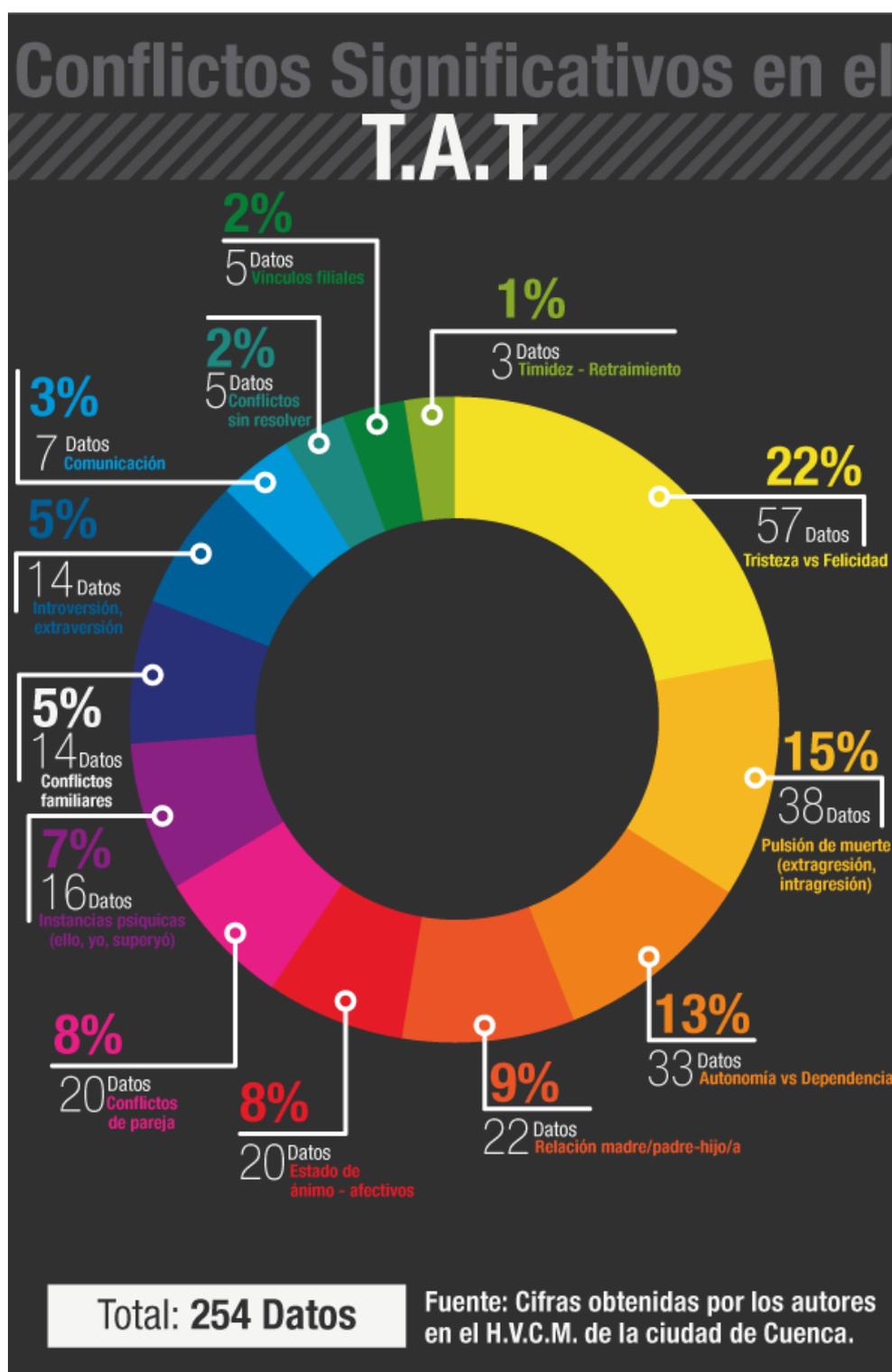
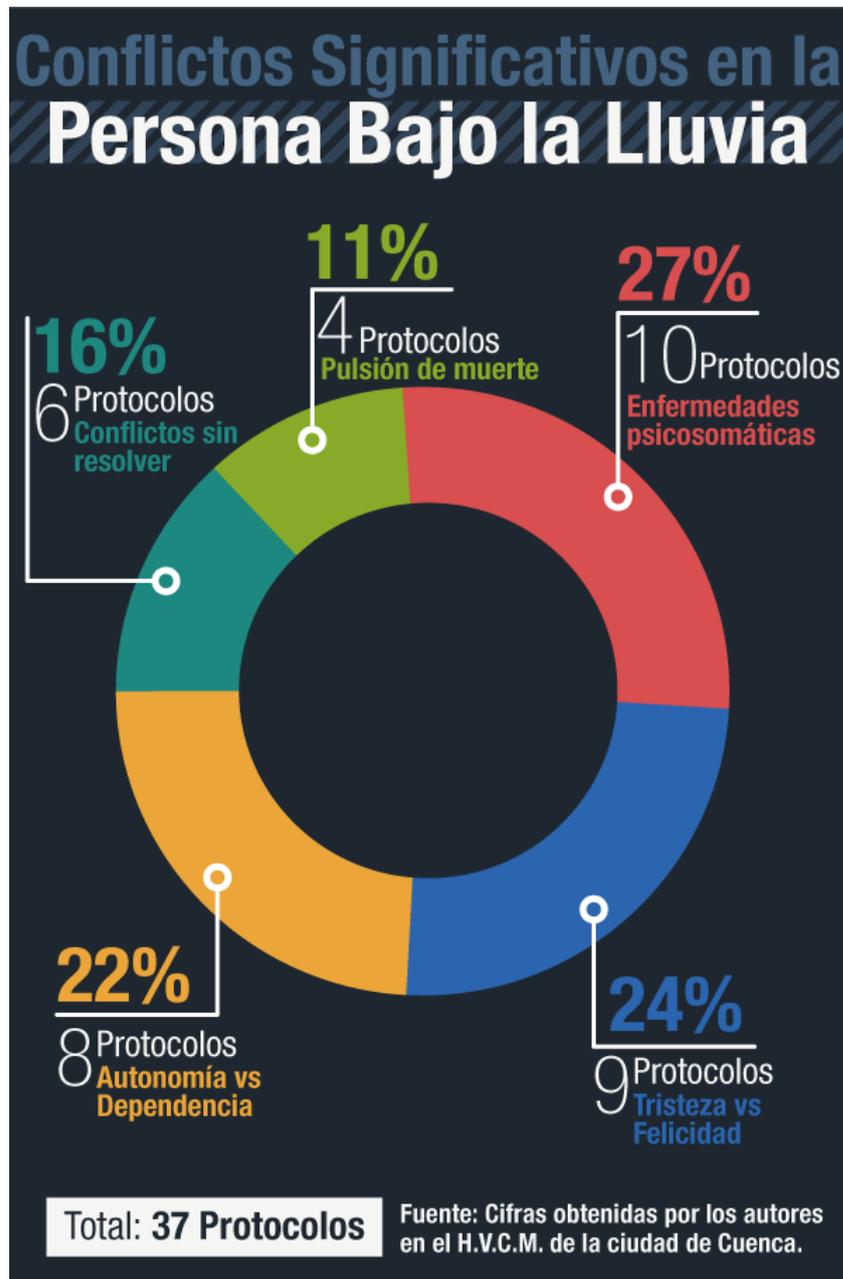


Gráfico 4.2: Conflictos Significativos: Resultados de la Persona Bajo la Lluvia.

N: 20 protocolos del Test de la Persona Bajo la Lluvia.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. y la Persona Bajo la Lluvia donde existen contenidos de Conflictos Significativos:

Paciente 7: Milton, 56 años.

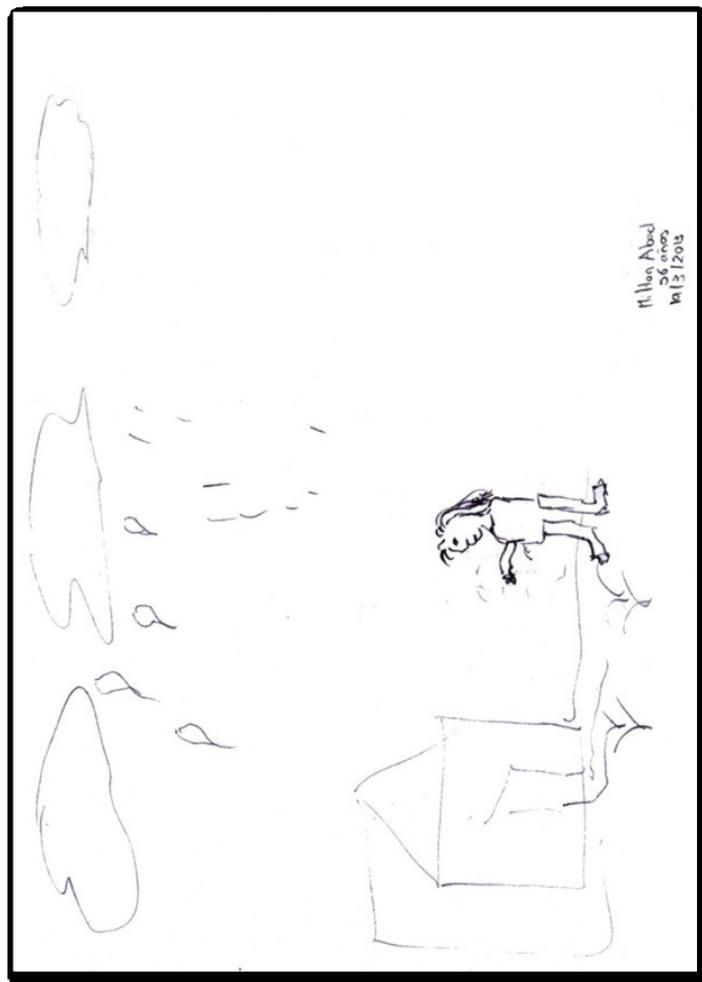
El paciente ha presentado una inestabilidad afectiva, mantuvo dos compromisos los cuales han sido conflictivos, él viajó a E.E.U.U. y hace 4 meses aproximadamente, le diagnostican con cáncer terminal, le dan 3 meses de vida desde entonces denota tristeza, depresión y malas relaciones con su esposa.

Lámina 3VH

“Una persona desprotegida, tal vez alcohólica, drogadicta o abandonada, le veo con una especie de arma, al final la persona espera la muerte, se le ve tirada ahí, tal vez puede ser una madre que es lastimada brutalmente por su esposo, o si es un arma busca que suicidarse.”

Conflictos Significativos en el T.A.T.: Existe un claro conflicto de pulsión de muerte, se percibe la intrusión que el héroe (persona desprotegida) crea en la historia por estar alcohólica, abandonada, etc.

Persona Bajo la Lluvia:



Conflictos significativos en la Persona Bajo la Lluvia: Existen conflictos sin resolver y tendencias hacia el pasado por lo que la persona dibujada mira hacia la izquierda y sus rasgos son débiles.

Paciente 8: Jorge, 64 años.

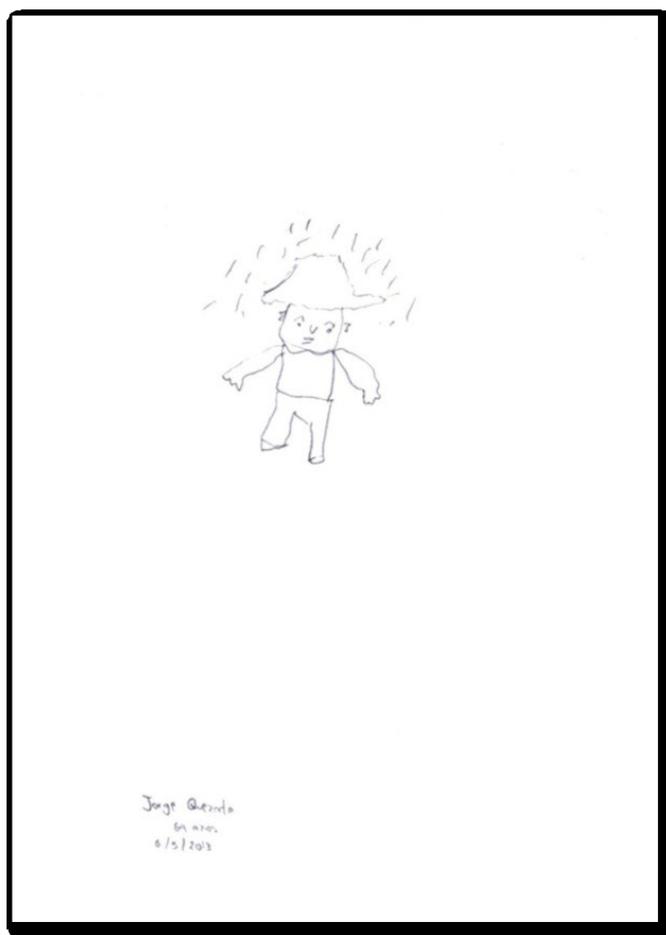
Es un paciente que desde pequeño tuvo una vida muy trágica, era víctima de maltrato por parte de su madre, no conoció a su padre y él le guardo rencor a su madre hasta el día en que ella falleció, en la mayoría de las historias del T.A.T. se muestran conflictos de mala relación con su madre, por lo que tiene un conflicto sin resolver.

Lámina 15

“Se ve que han muerto varias personas, pueden ser sus familiares o para pensar que la muerte le espera, sino hay un concepto de comunicación en el hogar no funciona, podría estar enfermo y se siente mal, con el mismo, porque no hace las cosas bien. Quizás al final reciba comprensión y apoyo.”

Conflictos significativos en el T.A.T.: Como rasgo principal en esta historia, claramente existe la intra y extragresión donde el héroe está enfermo (persona), han muerto personas y la muerte le espera forman parte del conflicto significativo de la pulsión de muerte.

Persona Bajo la Lluvia:



Conflictos significativos en la Persona Bajo la Lluvia: Existen tendencias hacia el pasado y son conflictos que la persona todavía no ha resuelto, los rasgos del dibujo son débiles y no define bien las extremidades y la cabeza por lo podría tratarse de un conflicto como las enfermedades psicosomáticas.

➤ **Evaluación de la escala de Naturaleza de las Ansiedades: T.A.T.**

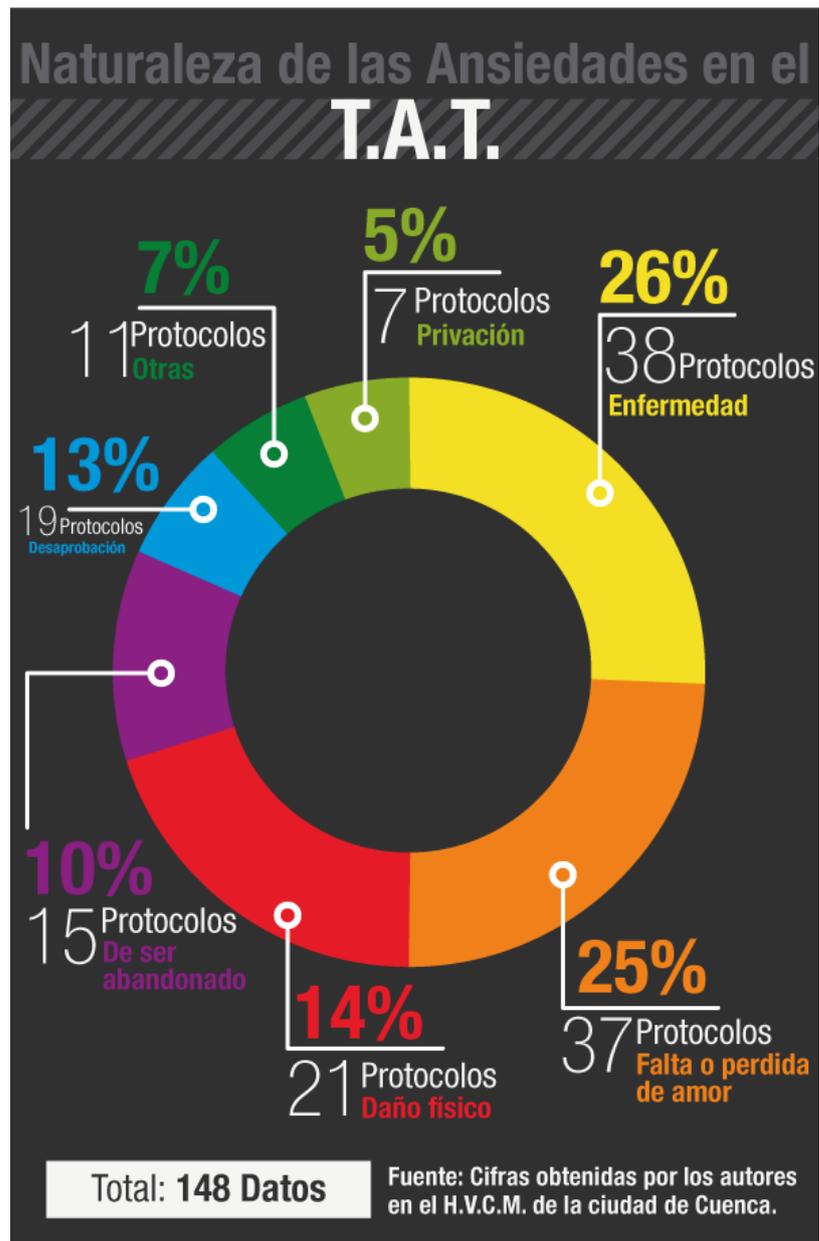
Difícilmente, es necesario enfatizar la importancia de determinar la principal angustia. De nuevo, será valioso señalar las defensas en este contexto, ya sea que asuman la forma de pasividad, huida, agresión, oralidad, etc.

Siguiendo con los diferentes contenidos de las historias del T.A.T., tenemos las ansiedades que muestran los pacientes, donde la más representativa es la de enfermedad, seguido de la de falta o pérdida de amor, lo que indica que ante la situación que atraviesan los pacientes la mayoría presentan estos dos tipos de ansiedades primarias, es elocuente que lo que más les preocupa es justamente, su enfermedad, tratamiento y recuperación, en algunos dependiendo del tipo de cáncer ésta ansiedad es más repetitiva y compulsiva, también esa ansiedad que produce el quedarse solo.

La falta de apoyo produce este tipo de ansiedad de creer que sus familiares o pareja lo rechacen ante el diagnóstico y su posterior tratamiento de la enfermedad. Análogamente, a la de enfermedad tenemos como otra ansiedad importante a la de daño físico, la vivencia que tiene el paciente en el tratamiento contra el cáncer es en sí negativa en la parte física como la caída de cabello, náuseas, falta de apetito y manipulaciones que recibe su cuerpo.

Gráfico 5.1: Naturaleza de las Ansiedades: Resultados del T.A.T.

N: 220 historias del T.A.T.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. donde existen contenidos de Naturaleza de las ansiedades:

Paciente 9: Iván, 53 años.

El paciente desde muy pequeño fue muy independiente, trabajaba por si solo su padre era alcohólico y maltrataba a su madre, por eso él decidió salir de la casa e independizarse, antes de su diagnóstico sentía muchos dolores físicos lo cual le llevó a una preocupación exagerada sobre su salud, en la mayoría de las historias del T.A.T. se reflejan ansiedades de enfermedad, etc.

Lámina 3VH

“Está triste, es un niño que ha tenido un problema o una enfermedad, está que se lamenta, llora y no hay quien le ayude, está perdido en su pensamiento, será una enfermedad terrible o la vida ha sido bien dura para ella, alguien tratará de ayudarla, ya sea económica o psicológicamente, ella tiene que pararse y levantarse, ojalá existan personas caritativas para que le ayuden.”

Naturaleza de las ansiedades en el T.A.T.: La ansiedad de ser abandonado está presente cuando el héroe (niño) se lamenta y no hay nadie quien lo ayude, también hay la ansiedad de estar enfermo o que la vida ha sido bien dura para el héroe (niño).

Paciente 10: Cristian Peralta, 26 años.

El paciente desde pequeño tuvo que mudarse a otra ciudad para salir adelante, su padre tuvo un accidente grave por lo que tuvieron que regresar a su ciudad natal, él es muy apegado a su familia y mantiene buena relación con sus hermanos y padres, en las historias del T.A.T. la naturaleza de las ansiedades se muestra como falta o pérdida de amor del otro.

Lámina 1

“Había una vez una familia donde sus padres tuvieron que partir para dar un mejor porvenir a sus hijos en un principio estaba bien, ellos no se daban cuenta que eran pequeños y al pasar el tiempo sintieron la falta de amor de sus padres y se sentían solo, triste, vacío de amor. Con el pasar de los años sus padres regresaron, pero ellos estaban resentidos por el abandono y no tenían una buena relación con su familia.”

Naturaleza de las ansiedades en el T.A.T.: La ansiedad de falta o pérdida de amor se observa claramente cuando el héroe (hijos), sintieron la falta de amor de los padres, se sentía solos, triste y vacíos de amor, también hay la ansiedad de ser abandonado porque sus padres fueron a buscar un porvenir para sus hijos y el héroe se siente resentido.

- **Evaluación de la escala de Mecanismos de Defensa: T.A.T. y Persona Bajo la Lluvia:**

En el T.A.T. no solo debe estudiarse el contenido de las necesidades sino que, además deben analizarse las defensas en contra de estas necesidades. Con frecuencia, tal estudio ofrecerá más información en cuanto a las necesidades ya que, éstas pueden resultar menos evidentes que las defensas en su contra; por otro lado la estructura defensiva puede relacionarse de modo más estrecho con la conducta manifiesta. Con frecuencia, a través del estudio de pulsiones y defensas, el T.A.T. permite una evaluación inequívoca de la estructura de carácter de la persona. También es valioso estudiar los aspectos molares de las historias; por ejemplo, algunas personas eligen defensas obsesivas en contra del contenido perturbador de una lámina; pueden producir cuatro o cinco temas, cada uno muy corto y descriptivo, que son diferentes en sentido manifiesto, pero idénticos a nivel dinámico.

En ocasiones, una sucesión de temas ante la misma lámina demuestra que la persona intenta lidiar con un conflicto perturbador; las historias sucesivas son cada vez más inocuas, lo cual muestra un aumento en las defensas. Por otro lado, cada tema sucesivo puede permitir mayor expresión del deseo o necesidad prohibidos. En la mayoría de las historias relatadas por los pacientes en el T.A.T., tienden a utilizar como primer mecanismo de defensa la racionalización, esto indica que los pacientes justifiquen y piensen acerca de su enfermedad de una manera aceptada para ellos y para el otro, la proyección ocupa el segundo lugar, este mecanismo de defensa ayuda a que las personas puedan expresar sus sentimientos y emociones con respecto al padecimiento de su enfermedad y por último está la represión, es un índice bajo comparado con el porcentaje del test de la persona bajo la lluvia, las personas en este test tienden muy poco a la represión el simple hecho de crear historias hace que la persona dialogue y fantasee con algún acontecimiento o aspecto de su vida.

En el test de la persona bajo la lluvia como el mecanismo de defensa más utilizado está la regresión, este mecanismo refleja los conflictos no resueltos que presentan la mayoría de los pacientes, problemas que quedaron sin resolver en algunas instancias de su vida tales como: (traumas de la infancia, de pareja, familiares duelos, etc.), el siguiente mecanismo más utilizado en este test es el de la represión, índice muy alto comparado con el del T.A.T., este test siendo gráfico presenta muy pocos estímulos promoviendo así la represión de sus contenidos y por último está el mecanismo de defensa el aislamiento, las personas para resolver sus conflictos utilizan esta tendencia de aislamiento y separación entre lo cognitivo y afectivo de su personalidad.

Gráfico 6.1: Mecanismos de Defensa: Resultados del T.A.T.

N: 220 historias del T.A.T.

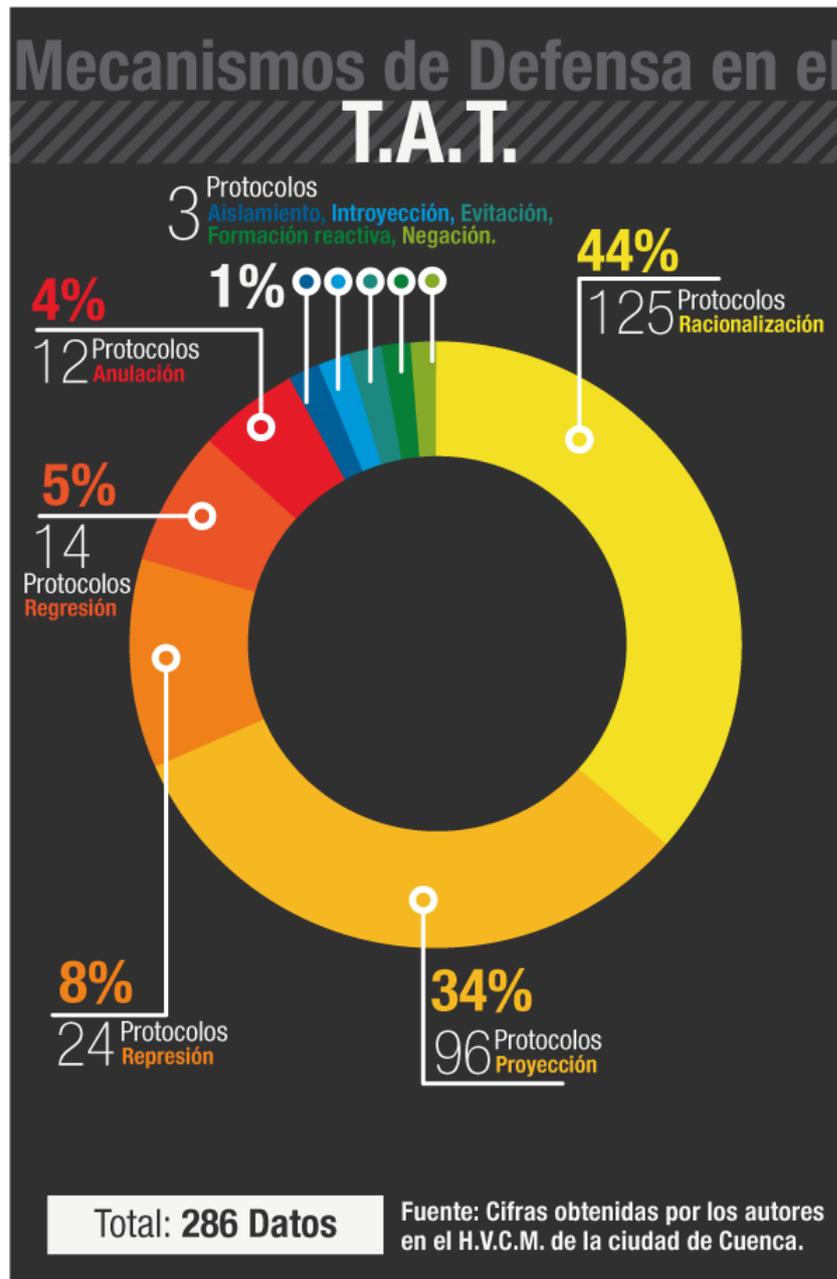
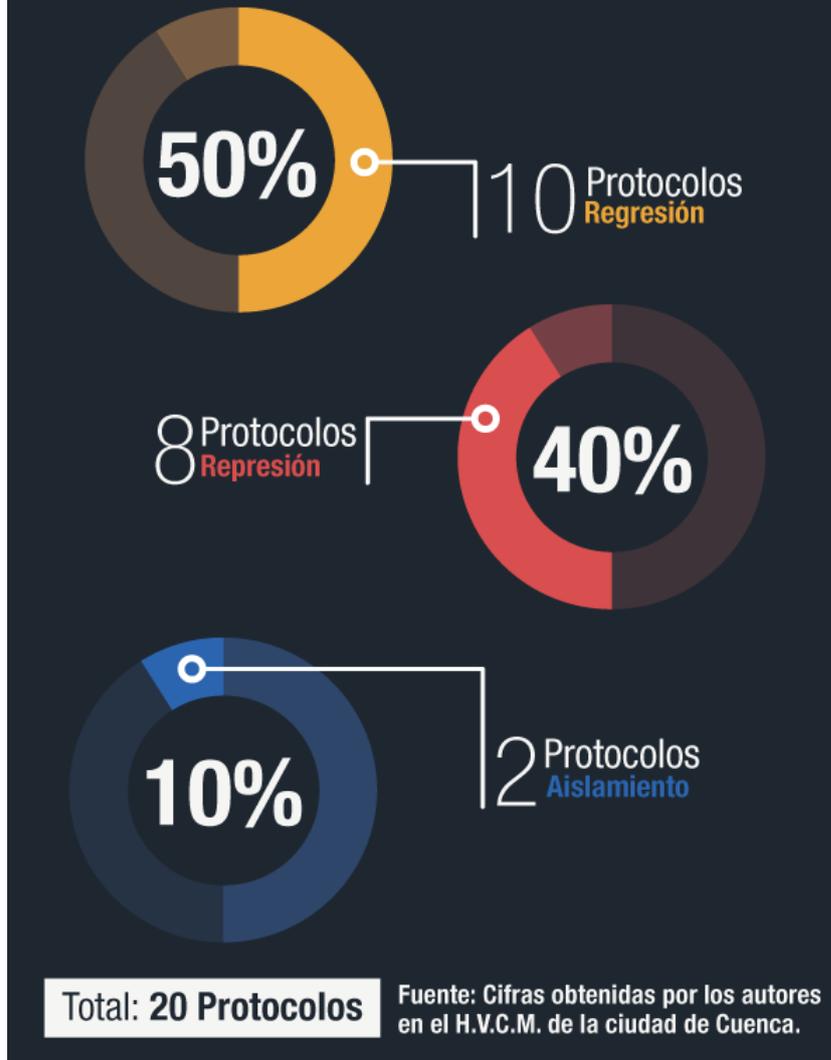


Gráfico 6.2: Mecanismos de Defensa: Resultados de la Persona Bajo la Lluvia.

N: 20 protocolos del Test de la Persona Bajo la Lluvia.

Mecanismos de Defensa en la Persona Bajo la Lluvia



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. y la Persona Bajo la Lluvia donde existen contenidos de Mecanismos de Defensa:

Paciente 11: Diana, 24 años.

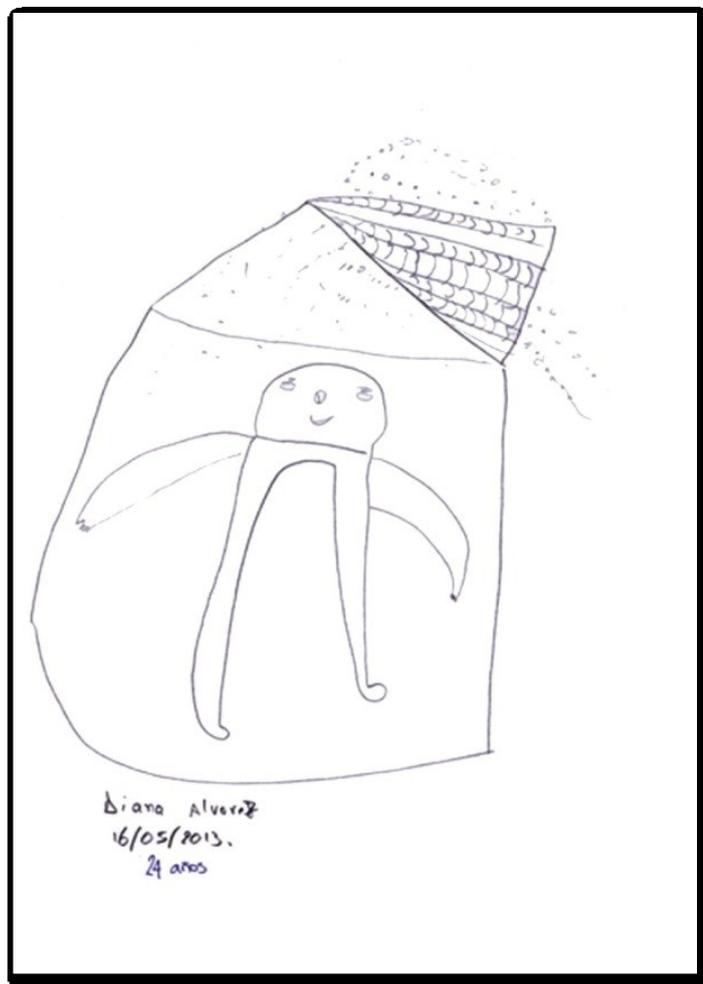
La paciente creció en un hogar disfuncional, puesto que su padre desde el momento de su nacimiento migro a los E.E.U.U. para dar un apoyo económico a su familia, ella no conoció a su padre, mantiene excelente relación con su madre y con su pareja actual, dentro de muchas historias del T.A.T. que ella describe la paciente tiende a usar como mecanismo de defensa la racionalización, pero a su vez en el test de la persona bajo la lluvia denota como mecanismo de defensa el aislamiento causa por la cual mantiene conflictos del pasado sin resolver.

Lámina 8VH

“Aquí están tres hombres, a uno le están matando, hay un chico que está triste y admirado porque le matan a un ser humano, está con miedo, ya que quitar la vida a un ser humano es fatal, él está rezando por ellos, el hombre sería malo o ladrón o quizá le quitó la mujer al otro por eso le hicieron eso, son asaltadores y matones.”

Mecanismo de defensa en el T.A.T.: Como mecanismo de defensa en esta historia está presente la racionalización porque matan a un hombre por ser malo o ladrón, el héroe (chico) está triste y admirado por lo que matan a un ser humano.

Persona Bajo la Lluvia:



Mecanismo de defensa en la Persona Bajo la Lluvia: Tenemos al aislamiento como mecanismo de defensa, la persona dibujada está encerrada entre líneas lo que significa que no hay contacto con el mundo exterior.

Paciente 12: María, 58 años.

La paciente en el momento de la entrevista se la ve triste, con facilidad al llanto y voz temblorosa, según indica tuvo una mala relación con su esposo por lo que ella decidió criar a sus hijos sola, también informó que está a cargo de una niña que adoptó debido a que su amiga no la pudo cuidar, actualmente está más tranquila y animada a continuar con las quimioterapias y a trabajar en el proceso terapéutico.

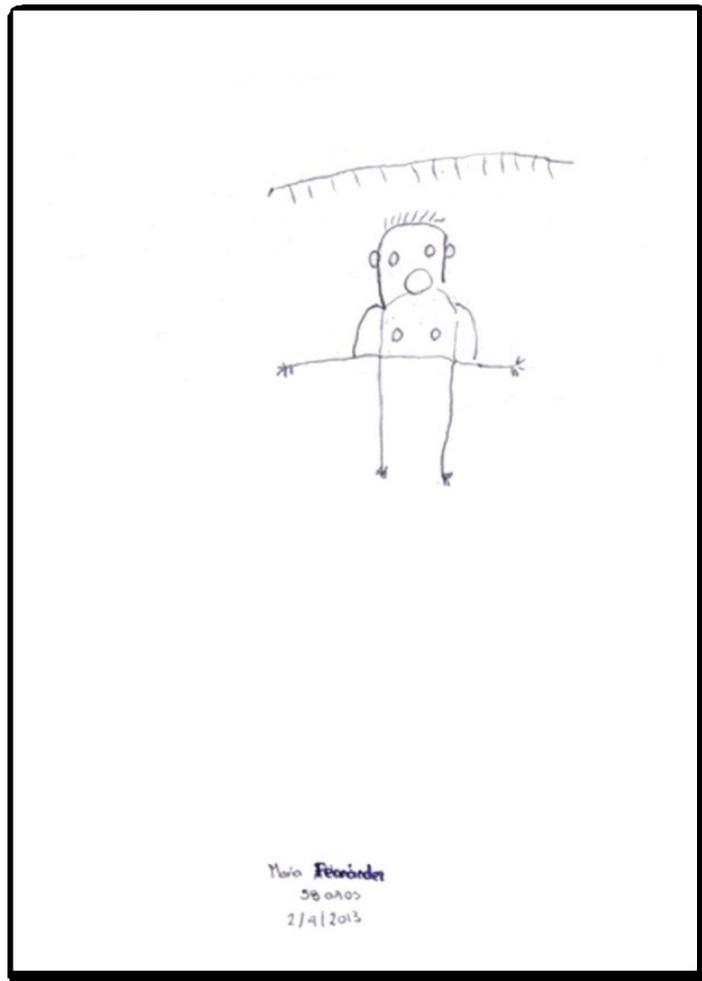
En muchas de las historias del T.A.T., utiliza como mecanismo de defensa la proyección, pues demanda dificultades que ella misma ha comunicado en consulta, por el contrario en el test de la persona bajo la lluvia prevalece el aislamiento debido a que ella es una mujer independiente y le cuesta mucho abrirse a los demás, es reservada y tímida.

Lámina 4

“Él está serio, ella está triste y lo mira, pero él no le toma en cuenta, no quiere hablar con ella, puede pasar alguna cosa con ellos, ella busca tranquilidad pero él no le da, no hay comunicación, él puede tener algún trauma y necesita ayuda y ella necesita consuelo, porque no hay ayuda del hogar.”

Mecanismo de defensa en el T.A.T.: La proyección provoca que el héroe de esta historia (ella) esté triste, y que busque la tranquilidad que él no le da, el héroe necesita consuelo, porque no hay ayuda en el hogar.

Persona Bajo la Lluvia:



Mecanismo de defensa en la Persona Bajo la Lluvia: Los rasgos en este dibujo son poco precisos, con falta de detalles podría hablarse del aislamiento como mecanismo de defensa debido a las líneas que tratan de encerrar a la persona.

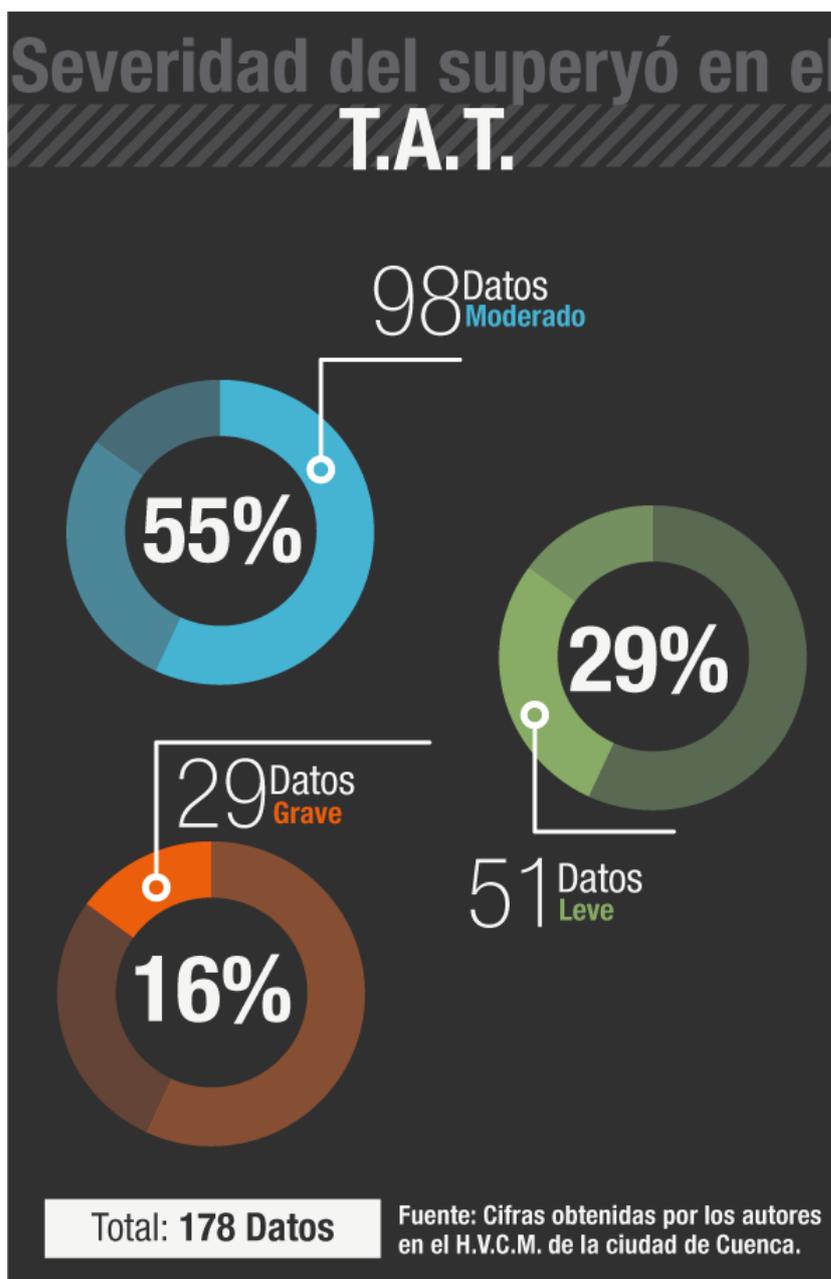
➤ **Evaluación de la escala de Severidad del superyó: T.A.T.**

La relación de la naturaleza del castigo con la gravedad de la ofensa proporciona un excelente discernimiento acerca de la severidad del superyó; el héroe creado por un individuo psicópata puede quedar sin castigo alguno dentro de las historias sobre homicidio y lo más que ocurre es una leve sugerencia de que puede haber aprendido una lección para su vida futura; por su parte, una persona neurótica puede inventar historias en las que al héroe lo matan por accidente o de manera intencional o se le mutila o muere por enfermedad después de cometer una infracción o expresión de agresión mínimas. Por otro lado, un superyó no integrado en ocasiones es demasiado severo y en otras demasiado indulgente, lo cual se observa con frecuencia en individuos neuróticos. En la estructura psíquica de la mayoría de los pacientes se obtiene datos según el T.A.T., que su superyó es

moderado, frente a un superyó demasiado severo, es decir que esto refleja que existe un superyó bastante establecido y moral que ayuda a que los pacientes tengan una percepción más positiva hacia su tratamiento y pronta recuperación, existen muy pocos contenidos agresivos y de autoreproches hacia su padecimiento.

Gráfico 7.1: Severidad del superyó: Resultados del T.A.T.

N: 220 historias del T.A.T.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. donde existen contenidos de Severidad del superyó:

Paciente 13: Luisa, 33 años.

La paciente presenta CA de útero al momento de las entrevistas, está dispuesta a trabajar en el tratamiento psicológico, presenta problemas familiares tales como la violencia intrafamiliar que sufrió desde pequeña, actualmente está predispuesta al tratamiento médico y psicológico.

Lámina 8VH

“Aquí se ve un señor que le están matando, están como en una guerra hay armas y se ve la foto de un chico joven, se trata de algo como de una guerra, parece que el señor está muerto, le mataron por odio o venganza.”

Severidad del superyó en el T.A.T.: En esta historia vemos a un superyó demasiado grave, claramente se observa un tendencia hacia la agresión por la presencia de armas, que conlleva a la pulsión de muerte (extragresión), donde al héroe (señor), le están matando.

Paciente 14: Milton, 47 años.

El paciente acude al H.V.C.M. debido a un tumor en el cerebro, al momento de la entrevista presenta desorientación, está recibiendo quimioterapias a partir de la cirugía que le realizaron en la cabeza, muestra interés por trabajar en el ámbito psicológico por lo que es muy colaborador y comunicativo.

Lámina 15

“Es un psicópata que es un criminal, tiene una arma en las manos, nunca se va a sentir bien en ninguna parte, ha matado a mucha gente, nunca andará bien, él está bien enfermo necesita psicología, la mente la tiene enferma, está triste y confundido, él no encuentra respeto por nadie y terminará mal.”

Severidad del superyó en el T.A.T.: El superyó es grave por el héroe (psicópata) es un criminal con un arma en sus manos, hay extragresión por lo que el héroe ha matado a mucha gente, está enfermo.

➤ **Evaluación de la escala de Integración del yo: T.A.T.**

Ésta es una variable importante a investigar, revela que tan bien funciona la persona. Expresa a qué nivel es capaz de establecer un arreglo entre las necesidades y las demandas de la realidad, por una parte y los dictados del superyó por la otra. La idoneidad del héroe para enfrentarse con los problemas que encara en las láminas y su propia apercepción de ello, revela lo que el terapeuta desea conocer a este respecto, en este caso, el interés se centra en ciertas características formales, tales como el héroe principal, necesidades, conflictos y su ambiente, etc. Estas observaciones permiten una apreciación de lo que en realidad constituye la fortaleza del yo, lo cual a menudo contribuye en gran medida a facilitar la posible clasificación del paciente en una de las categorías nosológicas, además del diagnóstico dinámico que proporcionan las variables de contenido como la principal contribución del T.A.T. El desenlace en las historias del T.A.T., la mayoría de los pacientes proyectan un desenlace feliz, frente a un desenlace infeliz, es decir que a pesar de la situación personal por la que están atravesando, la mayoría de los pacientes se visualizan con un final feliz ya sea con una pronta recuperación, una aceptación a la enfermedad o una muerte tranquila.

Gráfico 8.1: Integración del yo: Resultados del T.A.T.

N: 220 historias del T.A.T.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. donde existen contenidos de Integración del yo:

Paciente15: Javier, 18 años.

El paciente llega al H.V.C.M. tras ser diagnosticado con un tumor en los ganglios de cuello, al momento de la entrevista inicial comenta que su enfermedad no le afectó mucho su estado emocional, se le pregunto si desea trabajar en el proyecto a lo que afirmó que si, por lo que ha sido un paciente muy colaborador durante todo su tratamiento.

Lámina 9NM

“Una niña llamada Carlot despertó en un sueño profundo, en un lugar maravilloso, era perfecto sin familia que, entonces decidió hacer lo que siempre quiso jugar, dormir y bailar siempre pero tuvo problemas, se sentía sola no tuvo un apoyo familiar, sus amigos solo la invitaban a bailes, ella se sentía desesperada y buscaba apoyo y no lo encontraba, empezó a volverse loca al fin despertó, a su lado estaba su madre a quien abrazó y besó fuertemente, y le dijo que nunca la dejará ella supo entonces que al final de los problemas siempre estará la familia incondicional.”

Integración del yo en el T.A.T.:

Existe un desenlace feliz lo que indica una concordancia y una adecuación positiva con su yo, el héroe (niña), tiene problemas que los resuelve con el apoyo de su familia.

Paciente 16: Cristian, 18 años.

El paciente acude al H.V.C.M. tras un cáncer, el cual deberá trata con sesiones de quimioterapia, se le recomendó trabajar con nosotros a lo que respondió que si estaba dispuesto a colaborar, viene dese El Triunfo con su mamá y asegura que no tiene una buena relación con ella.

Lámina 3VH

“Una persona que está triste, se la ve deprimida está sola, parece que estuviese llorando por algo, ha de haber tenido muchos problemas con su familia y parece que va a seguir triste.”

Integración del yo en el T.A.T.:

El desenlace es infeliz, no hay adecuación con su yo porque el héroe (persona) está triste y tiene problemas con su familia.

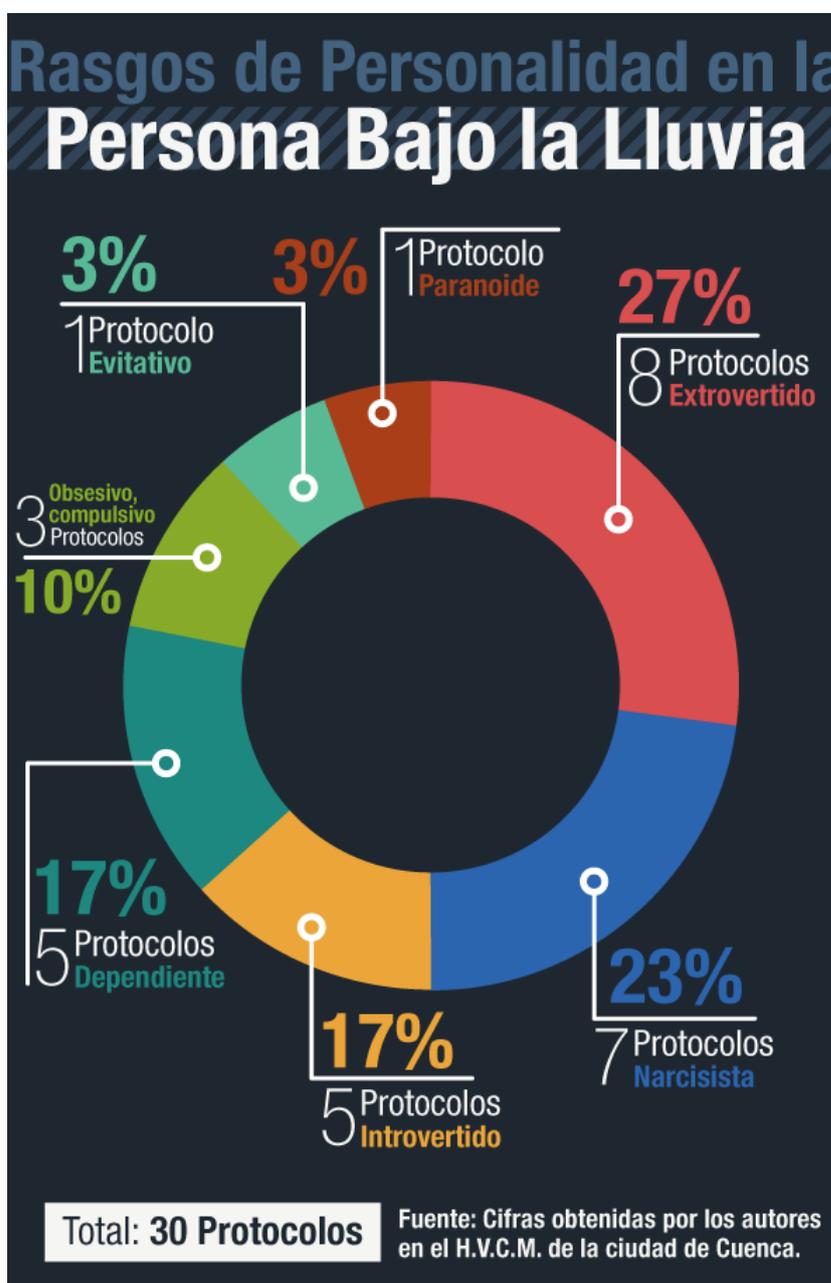
➤ Evaluación de la escala de Rasgos de Personalidad: Persona Bajo la Lluvia:

En el test de la persona bajo la lluvia al analizar los rasgos de personalidad, encontramos que existen tendencias a los rasgos primarios extrovertido-narcisistas respectivamente y como rasgos secundarios tendencias introvertido-dependiente, en ambos casos. La mayoría de los pacientes atendidos muestran como prioridad rasgos de personalidad con tendencias afectivas, puesto que su vivencia por la enfermedad hace que la persona sea menos cognitiva y actúe de una manera más impulsiva y abierta al dialogo, lo que favorece al trabajo y tratamiento psicológico.

Por otro lado es importante señalar los rasgos dependientes que produce este padecimiento, relacionándolo con los datos obtenidos en los conflictos significativos, como la lucha entre autonomía-dependencia, es decir que los pacientes que muestren estos rasgos de personalidad tienden a desencadenar actitudes dependientes con su familia y hacia su ambiente.

Gráfico 9.1: Rasgos de Personalidad: Resultados de la Persona Bajo la Lluvia.

N: 20 protocolos del Test de la Persona Bajo la Lluvia.



3.3.2 Retest: T.A.T. – Test de la persona Bajo la Lluvia:

Siguiendo con los lineamientos propuestos en este proyecto, se aplicó el retest luego de 6 meses de trabajo terapéutico para proseguir con la aplicación del T.A.T. y la Persona bajo la lluvia, en esta etapa del plan de intervención se reevaluó a 15 de 20 pacientes propuestos al inicio de esta investigación. Esta reducción de la muestra se debe a varios factores que impedían la armonía del retest, tales como: aspectos sociales, físicos y económicos como el fallecimiento de un paciente, la deserción del trabajo psicológico de algunos otros y la distancia del lugar de residencia donde vivían lo que les impedía continuar con el tratamiento. Cabe señalar que para realizar las intervenciones hubo muchas complicaciones en la parte administrativa del H.V.C.M., casi al finalizar con la muestra y su respectivo retest, por motivos de escasez en medicación y bajos recursos en el área oncológica, esto produjo incertidumbre y malestar a la mayoría de los pacientes oncológicos, como consecuencia de tantos cambios fueron trasladados a SOLCA para continuar con sus tratamientos, esto dificultó el seguimiento y el contacto entre pacientes terapeuta.

➤ Evaluación de la escala de Autoimagen: T.A.T. y Persona Bajo la Lluvia. Retest:

En esta escala de autoimagen observamos un aumento progresivo en la percepción positiva de sí mismo, en el test T.A.T. los resultados son en su mayoría autoimagen positiva. En el test de la persona bajo la lluvia de igual manera la tendencia positiva es superior a la negativa. Estos datos corroboran la hipótesis planteada al inicio del proceso de investigación, la cual consistía en que los pacientes que reciban una adecuada intervención psicológica mejorarían su estado de ánimo y autoimagen para continuar con su tratamiento oncológico. El concepto de autoimagen positiva, fue incrementando por el apoyo no solo psicológico, sino también el apoyo familiar y por la mejoría temporal de su propia enfermedad, es importante indicar que una buena comunicación entre paciente y terapeuta ayudará a la mejoría del estado emocional del paciente.

Gráfico 10.1: Autoimagen: Resultados del T.A.T.

N: 165 historias del T.A.T.

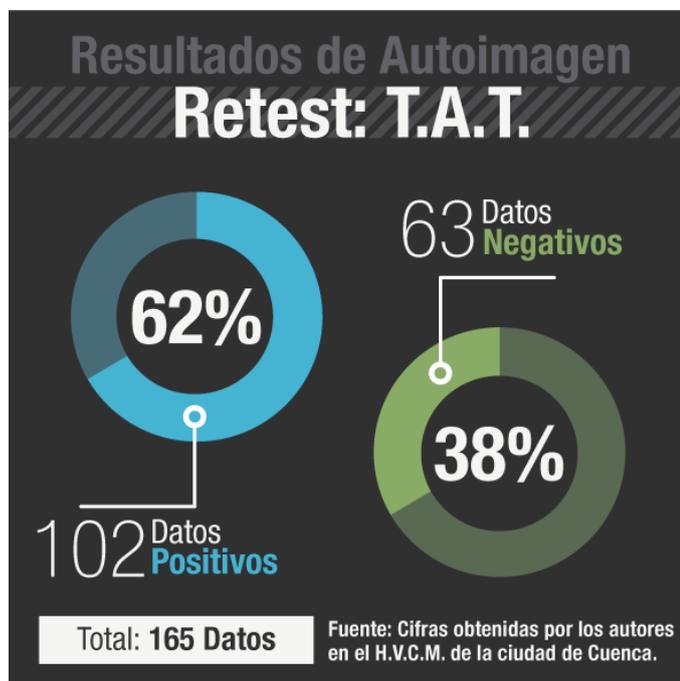


Gráfico 10.2: Autoimagen: Resultados de la Persona Bajo la Lluvia.

N: 15 protocolos del Test de la Persona Bajo la Lluvia.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. y la Persona Bajo la Lluvia donde existen contenidos de Autoimagen negativa. Retest:

Paciente 1: Cristian, 19 años.

El paciente se sentía estable y tranquilo dentro del trabajo psicoterapéutico, asegura que ya no podrá continuar asistiendo a las sesiones debido al traslado a SOLCA, con él se cumplió el mínimo de sesiones propuestas y el respectivo retest.

Lámina 2

“Una familia del campo dedicada a la agricultura, aquí se ve a padre, madre e hija; los padres se dedican a su trabajo, la hija puede salir adelante en sus estudios, la chica se va con sus libros a clases, se siente bien, ella tiene que salir adelante ya que sus padres hacen todo por ella, termina bien porque al final es una profesional y sus padres se sienten orgullosos.”

Autoimagen positiva en el T.A.T.: El héroe (hija), puede salir adelante en sus estudios, se siente bien, al final es una profesional.

Persona Bajo la Lluvia. Retest.



Autoimagen positiva en la Persona Bajo la Lluvia: La autoimagen es positiva, puesto que la persona dibujada está bien representada en el espacio además hay la presencia del paraguas lo que no había en la primera aplicación del test, esto significa que el paciente posee defensas adecuadas para enfrentarse al mundo exterior.

➤ **Evaluación de la escala de necesidades del héroe: T.A.T. y Persona Bajo la Lluvia. Retest:**

Siguiendo con el análisis del retest, se aprecian las necesidades que la mayoría de pacientes muestran en los contenidos de las historias y también en los gráficos realizados de la persona bajo la lluvia, estas necesidades pueden ser de dos tipos: necesidades de fantasías o necesidades conductuales, es importante indicar que existe una similitud entre estos dos tipos de necesidades y en los resultados de los dos tests aplicados⁷. En esta escala existen puntajes altos en necesidades conductuales tanto en el T.A.T. como en la persona bajo la lluvia, tales como: apoyo-protección y comprensión-diálogo y en las necesidades de fantasía o deseo encontramos las de sanar-recuperarse y logro-autorrealización, estos resultados nos dan una visión amplia de lo que el paciente desea cumplir luego de terminado el tratamientos médico y psicológico, la mayoría de estas necesidades permanecen latentes en comparación con los resultados de las necesidades aplicadas en la etapa diagnóstica, mencionada anteriormente. En conclusión al analizar los datos de los dos tests, podemos dar por sentado que el paciente con cáncer necesita la ayuda de los médicos, psicólogos y como no la familia para que su recuperación sea favorable tanto en el salud física como en la salud mental, está claro señalar que muchos pacientes al terminar sus tratamientos quieren salir adelante y continuar con sus metas, lo que refleja la necesidad de deseo de logro-autorrealización muchos quieren conseguir trabajo, estudiar y continuar con una vida normal.

⁷Tests utilizados para el retest: T.A.T. - Persona Bajo la Lluvia.

Gráfico 11.1: Necesidades del héroe: Resultados del T.A.T.

N: 165 historias del T.A.T.

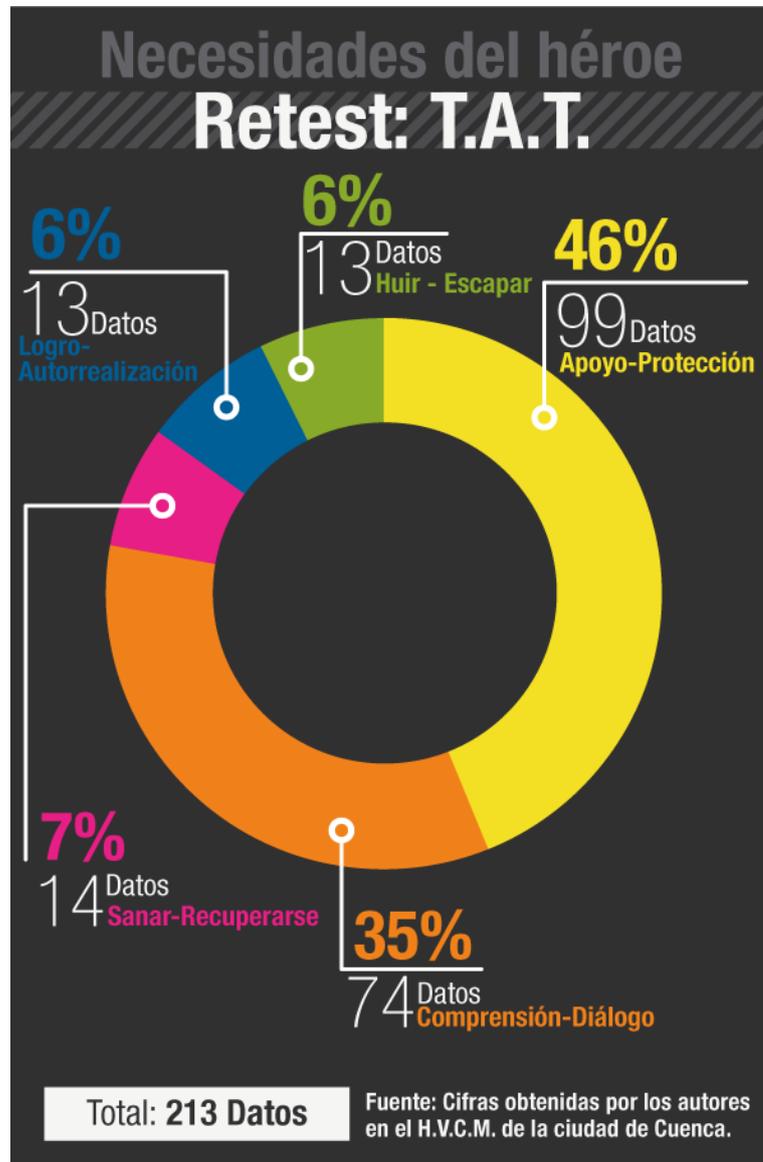
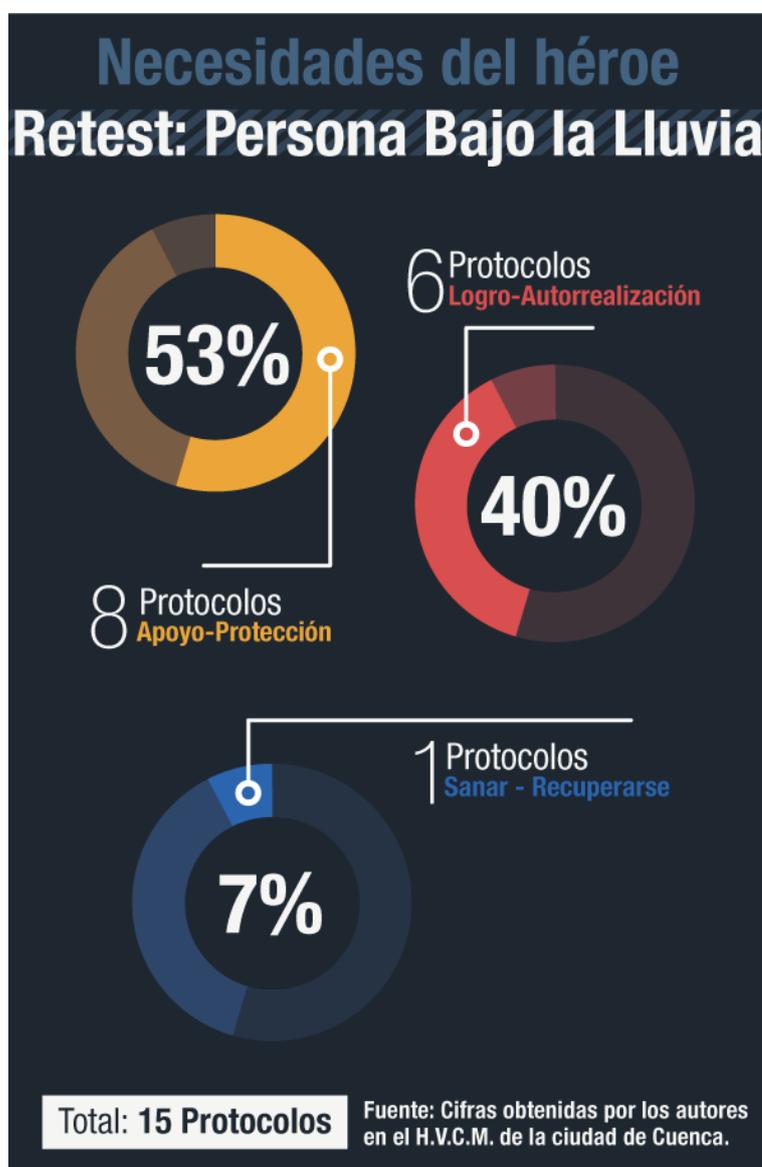


Gráfico 11.2: Necesidades del héroe: Resultados de la Persona Bajo la Lluvia.

N: 15 protocolos del Test de la Persona Bajo la Lluvia.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. y la Persona Bajo la Lluvia donde existen contenidos de Necesidades del héroe. Retest:

Paciente 2: Luz, 51 años.

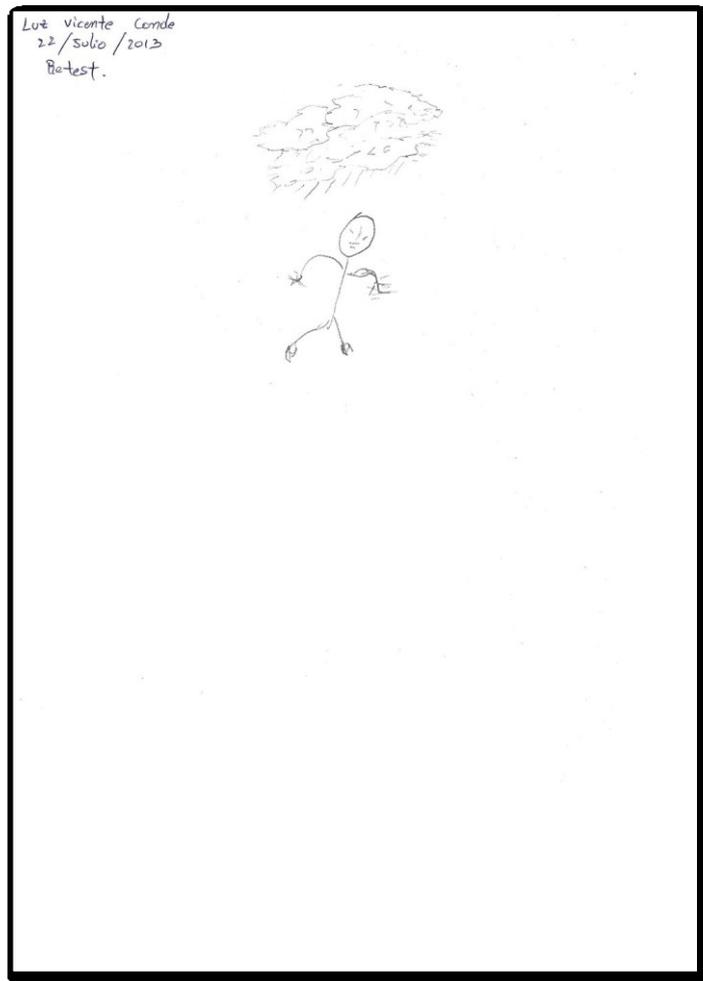
La paciente tras la aplicación del retest se la veía tranquila y manifestó su deseo de continuar con el trabajo psicológico, se sentía preocupada porque era una de las pacientes que tenían la transferencia a SOLCA por lo que lamentaba ya no poder asistir al H.V.C.M., se siente feliz con el apoyo brindado al inicio y al final del tratamiento.

Lámina 1

"Un niño está pensando en su trabajo, piensa como va a hacer para salir adelante, él está optimista porque quiere cumplir con sus sueños."

Necesidades del héroe en el T.A.T.: Hay la necesidad de logro-autorrealización porque el héroe (niño) está pensando en su trabajo para salir adelante, él está optimista.

Persona Bajo la Lluvia. Retest.



Necesidades del héroe la Persona Bajo la Lluvia: En el retest se observa que el dibujo es muy similar al de la primera aplicación, existe las necesidades de apoyo-protección y comprensión-diálogo.

Paciente 3: Julia, 46 años.

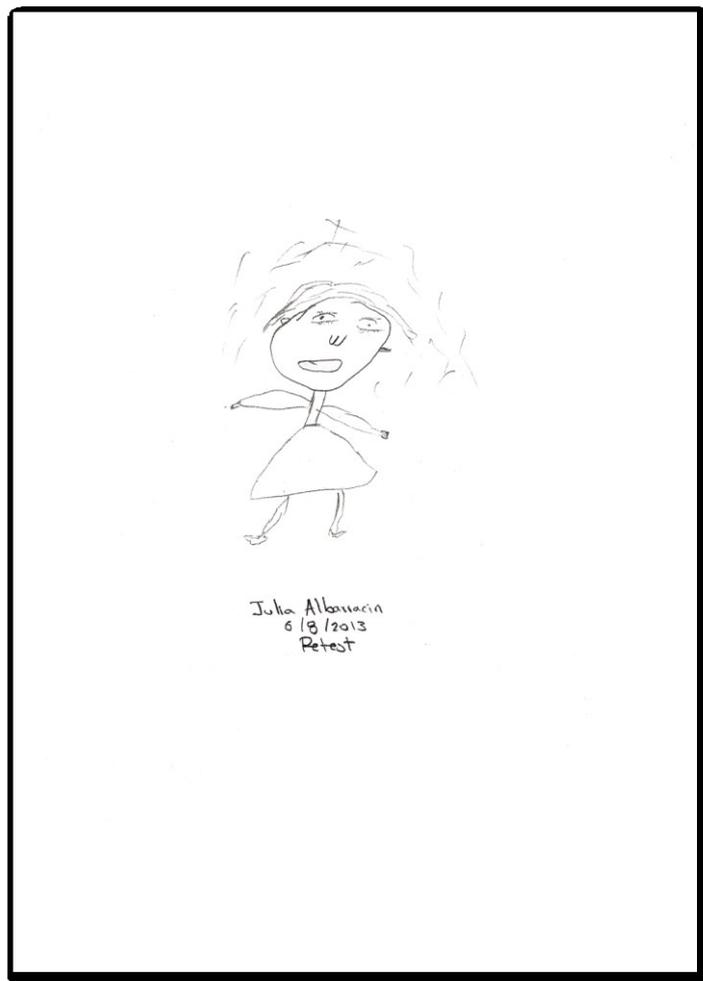
La paciente deseaba continuar el trabajo psicológico por lo que se trabajó con ella hasta el final de su tratamiento, asegura que está bien emocionalmente y que desea continuar con su vida una vez se recupere de su enfermedad.

Lámina 2

“Aquí está una señora con una biblia y hay otra señora que está embarazada que se siente cansada, la joven como que quiere darle un consuelo, un alivio leyendo la palabra del Dios, dándole ánimo, leyendo la historia terminará bien porque le hará saber que Dios existe y terminarán bien.”

Necesidades del héroe en el T.A.T.: Hay la necesidad de apoyo protección el héroe (joven) quiere dar consuelo leyendo la palabra de Dios.

Persona Bajo la Lluvia. Retest.



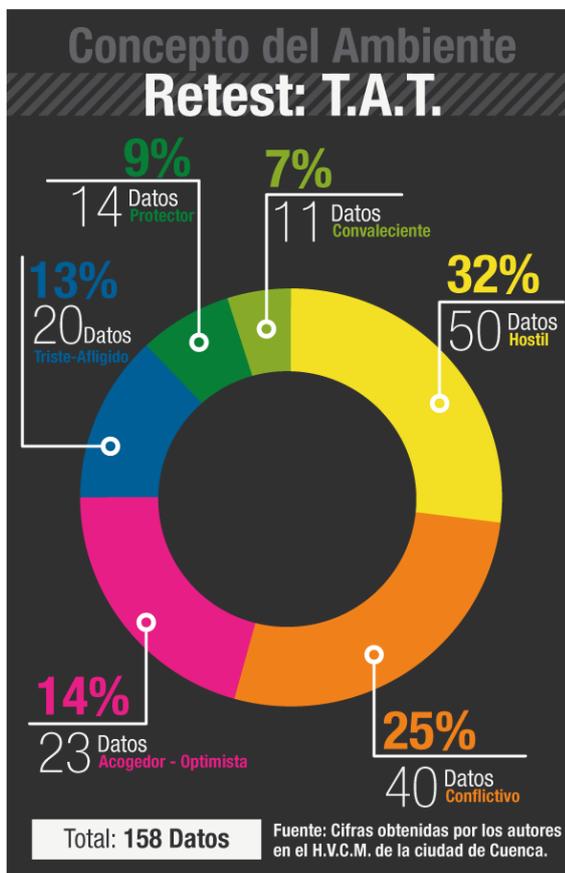
Necesidades del héroe en la Persona Bajo la Lluvia: Hay la necesidad de sanar y recuperarse debido a que la persona dibuja está representada con rasgos fuertes y definidos, además de estar bien ubicado en el espacio.

➤ **Evaluación de la escala de Concepto del Ambiente: T.A.T.**

En el análisis de esta escala nos podemos dar cuenta de la percepción que tiene el individuo con su ambiente, estas percepciones pueden ser externas o internas, en este cuadro podemos analizar que existen un concepto alto del ambiente en las escalas: hostil y conflictivo, esto se debe a que los pacientes reciben tratamientos largos y prolongados para su enfermedad, provocando en ellos el abandono del tratamiento y resistencia ante el trabajo psicoterapéutico, análogamente a estos resultados con un puntaje significativo aparece la escala de la percepción del ambiente como acogedor-optimista, lo que corrobora el trabajo psicológico realizado para pacientes oncológicos donde su percepción negativa del ambiente puede ir cambiando dependiendo de su avance médico y estado de ánimo.

Gráfico 12.1: Concepto del Ambiente: Resultados del T.A.T.

N: 165 historias del T.A.T.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. donde existen contenidos de Concepto del Ambiente. Retest:

Paciente 4: José, 53 años.

Al momento de aplicar el retest el paciente se había recuperado de una operación en el estómago, por lo que acudía constantemente al H.V.C.M. para los respectivos controles médicos y psicológicos, en el momento del seguimiento se lo veía con un estado de ánimo positivo, estaba tranquila y satisfecho con el trabajo psicoterapéutico, cabe señalar que el retest es muy parecido a la primera aplicación de reactivos psicológicos sobretodo en el T.A.T. por la similitud en las historias.

Lámina 1

“El niño está con depresión, si no recupera su autoestima él se quedará solo sin familia, abandonado, va a terminar muy mal, con la muerte, debe buscar ayuda en los amigos y doctores para que se sienta mejor.”

Concepto del Ambiente en el T.A.T.: El ambiente es triste y afligido, el héroe (niño), está con depresión y terminará con la muerte.

➤ **Evaluación de la escala de Conflictos Significativos: T.A.T. y Persona Bajo la Lluvia. Retest:**

Luego de las intervenciones psicológicas propuestas en el plan psicodinámico prevalecen los conflictos familiares, afectivos como: tristeza-felicidad, estado de ánimo, autonomía vs dependencia y de pareja, estos conflictos están distribuidos con puntajes muy cercanos lo que indica que no existe un conflicto significativo dominante, puesto que el trabajo psicológico favorece a la disminución de los conflictos internos o externos del paciente oncológico. Uno de los puntos importantes de este proyecto era disminuir la escala de pulsión de muerte que produce una enfermedad terminal como es el cáncer, justamente, esta escala ha disminuido en el retest en la mayoría de los pacientes lo que implica una percepción más positiva de la lucha por la vida y no la concepción negativa o de muerte que tenían al inicio del diagnóstico oncológico.

Gráfico 13.1: Conflictos Significativos: Resultados del T.A.T.

N: 165 historias del T.A.T.

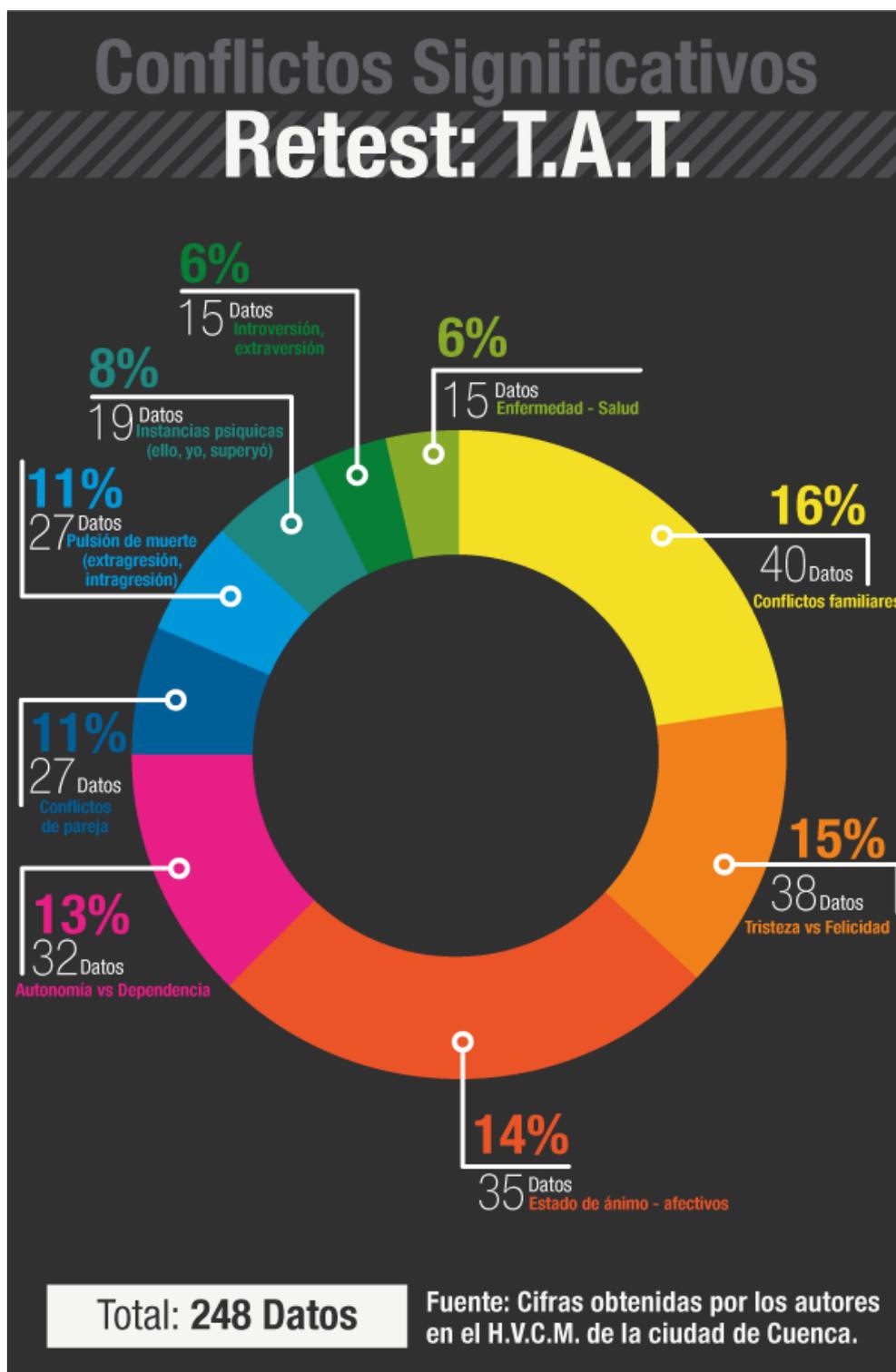
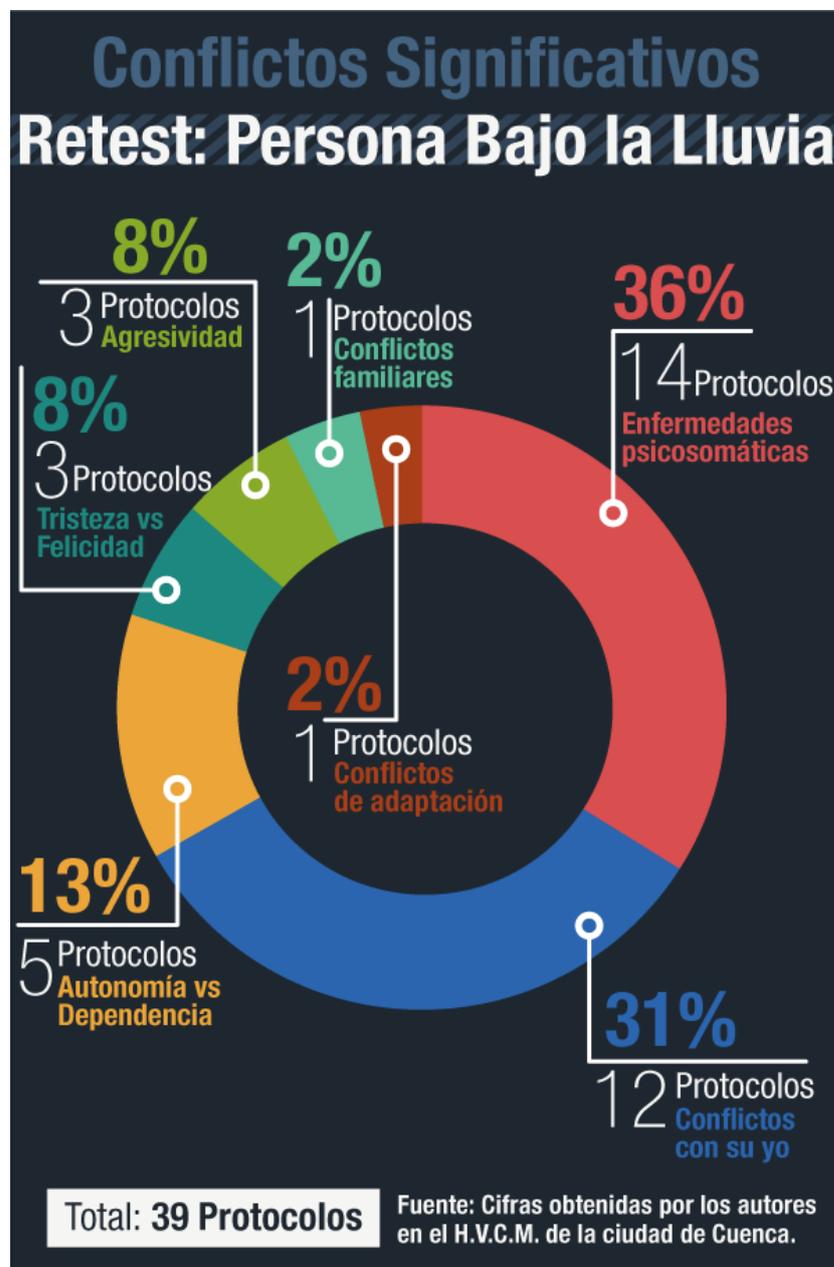


Gráfico 13.2: Conflictos Significativos: Resultados de la Persona Bajo la Lluvia.

N: 15 protocolos del Test de la Persona Bajo la Lluvia.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. y la Persona Bajo la Lluvia donde existen contenidos de Conflictos Significativos. Retest:

Paciente 5: Jorge ,64 años.

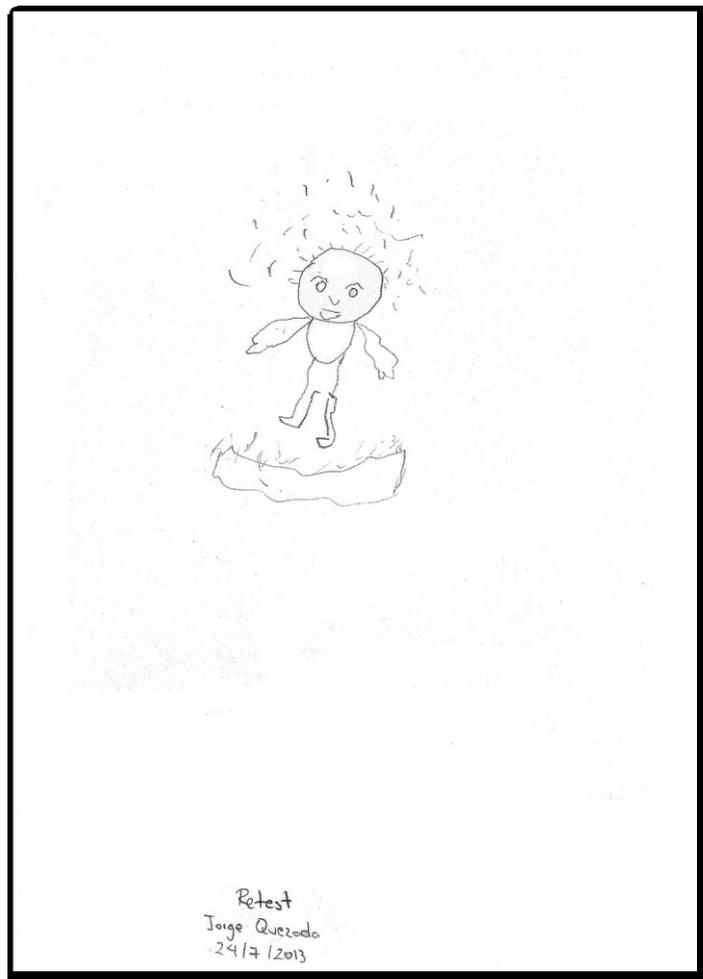
El paciente está contento con todo el trabajo realizado en el H.V.C.M. por parte de los médicos y agradece el apoyo psicológico brindado durante todo el proceso de su tratamiento.

Lámina 15

“Una persona que parece mujer, ella está pensando o sintiendo la muerte, busca matarse, está en un cementerio, había tantos problemas en su vida, problemas de la niñez, está en el cementerio con un arma que usará para acabar con su vida, si hay ayuda y busca a alguien no terminará matándose, terminará bien.”

Conflictos Significativos en el T.A.T.: El conflicto hace referencia a problemas familiares como relación madre-hijo y a la pulsión de muerte (intragresión) porque el héroe (mujer), está pensando y sintiendo la muerte además de problemas de la niñez.

Persona Bajo la Lluvia. Retest.



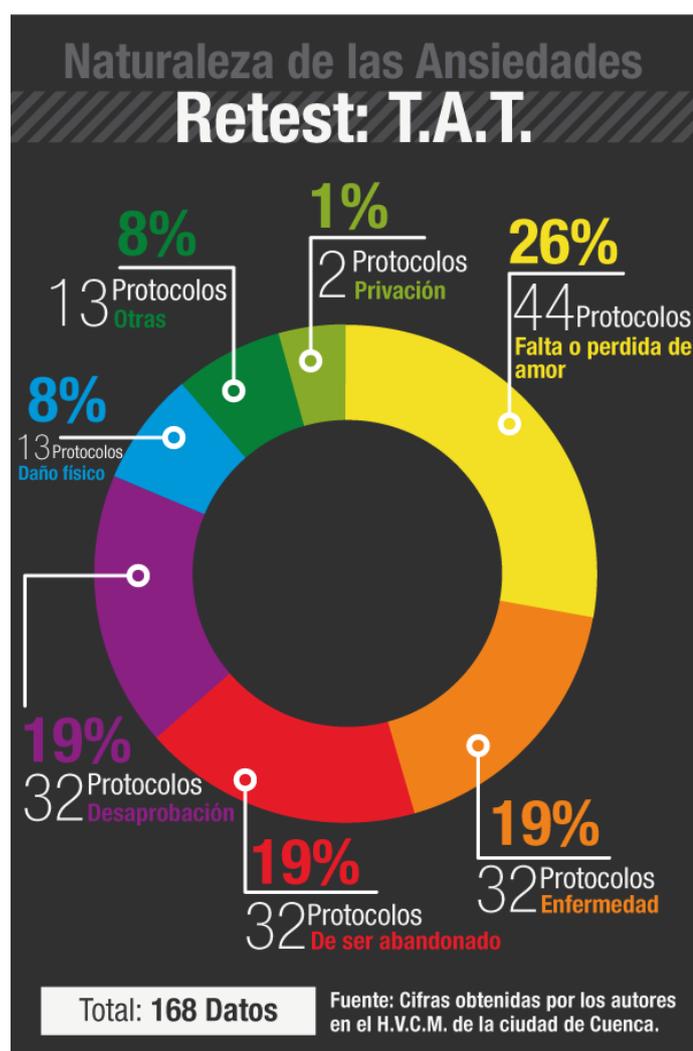
Conflictos Significativos en la Persona Bajo la Lluvia: No hay línea de apoyo lo que significa que posee un conflicto con su yo y problemas psicossomáticos debido a que la persona dibujada es ancha de sus extremidades.

➤ **Evaluación de la escala de Naturaleza de las Ansiedades: T.A.T. Retest:**

Es importante determinar la principal ansiedad que sigue afectando a los pacientes oncológicos mientras están recibiendo el tratamiento psicoterapéutico, estas ansiedades reflejan los diferentes temores que sienten en el padecimiento de ésta enfermedad terminal, este sentimiento depende del tipo de cáncer y etapa o ciclo de tratamiento por el que cursan. En esta escala del retest se obtuvieron puntajes altos en la ansiedad de falta o pérdida de amor, esto se debe a las percepciones negativas que tienen de sí mismo respecto a su autoimagen, a las relaciones con el otro (familia, amigos) puesto que el decaimiento en lo orgánico y aspecto físico va construyendo percepciones pesimistas hacia su psiquismo y proactividad, es por eso que existen puntajes altos en las ansiedades de: enfermedad, ser abandonado y desaprobación.

Gráfico 14.1: Naturaleza de las Ansiedades: Resultados del T.A.T.

N: 165 historias del T.A.T.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. donde existen contenidos de Naturaleza de las Ansiedades. Retest:

Paciente 6: Iván, 53 años.

El paciente presenta estabilidad emocional a cada intervención que acude, está por acabar su tratamiento médico, mientras que el tratamiento psicológico continúa, afirma estar satisfecho por todo el trabajo realizado.

Lámina 3VH

“Se ve una niña muy triste que está llorando, porque posiblemente es una niña enferma, y necesita ayuda de alguien, está triste sufriendo y llorando, parece una niña especial y requiere la ayuda de alguien levantarse, el final sería que no puede caminar ni hablar sola, necesita de alguien.”

Naturaleza de Ansiedades en el T.A.T.: Hay la enfermedad como ansiedad principal puesto que el héroe (niña) está muy triste, llorando y está enferma.

Paciente 7: Cristian, 26 años.

El paciente comenta no querer su traslado a SOLCA por lo que se toman medidas para que termine su tratamiento en el H.V.C.M., en cuanto al trabajo psicoterapéutico asegura sentirse muy bien tanto emocional como físicamente, tiene muchas metas de vida que las cumplirá una vez termine su tratamiento.

Lámina 1

“Había una vez un niño que era muy feliz, pero al pasar el tiempo se enteró que tenía una enfermedad que no tenía cura, se sentía triste y deprimido pero nunca perdió la fe, Dios le salvó porque su fe era tan grande y se curó.”

Naturaleza de Ansiedades en el T.A.T.: El héroe (niño) era muy feliz, pero se enteró que tenía una enfermedad sin cura por lo que la ansiedad principal del paciente es la de enfermedad.

- **Evaluación de la escala de Mecanismos de Defensa: T.A.T. y Persona Bajo la lluvia. Retest:**

Frente a los conflictos y ansiedades que presentan los pacientes es indispensable señalar las defensas que utilizan para disminuir los síntomas, en el retest del T.A.T. existen puntajes altos en dos mecanismos de defensa la racionalización-

proyección, como ya se indicó anteriormente en la etapa diagnóstica la realización de las historias promueven a que los pacientes proyecten y racionalicen sus sentimientos y emociones, a diferencia de este test en la persona bajo la lluvia, existen otros tipos de mecanismos de defensas como son la regresión con mayor puntaje, esto nos lleva a analizar la diferencia que existe entre un test proyectivo verbal y un test proyectivo gráfico, en último se limita la expresión de los contenidos afectivos por tanto el paciente tiende a reprimir y a utilizar la regresión.

Gráfico 15.1: Mecanismos de Defensa: Resultados del T.A.T.

N: 165 historias del T.A.T.

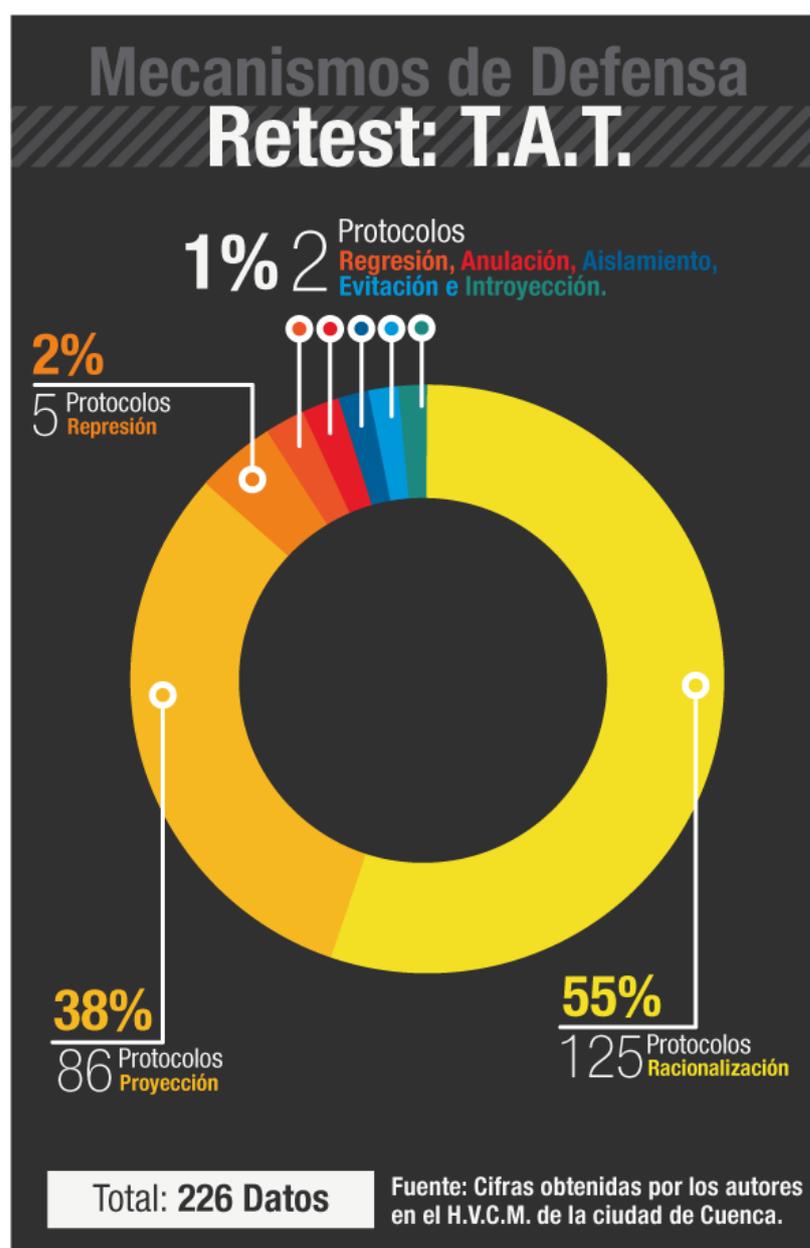


Gráfico 15.2: Mecanismos de Defensa: Resultados de la Persona Bajo la Lluvia.

N: 15 protocolos del Test de la Persona Bajo la Lluvia.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. y la Persona Bajo la Lluvia donde existen contenidos de Mecanismos de Defensa. Retest:

Paciente 8: Diana Álvarez, 24 años.

La paciente estaba por concluir su tratamiento médico y con ello también termina con el tratamiento psicológico, afirma sentirse bien en todos los aspectos de su vida

tanto familiar como social, su estado de ánimo es bueno lo que ayuda para la finalización del trabajo psicológico.

Lámina 8VH

“Está en un hospital, un señor está enfermo yendo a operarse, el hijo está pensativo pidiendo a Dios que todo salga muy bien, si el chico pide a Dios de todo corazón el paciente se pondrá bien para estar como antes.”

Mecanismos de defensa en el T.A.T.: La proyección en esta historia es muy clara, el héroe (hijo) está pidiendo a Dios para que todo salga bien.

Persona bajo la lluvia. Retest.



Mecanismos de defensa en la Persona Bajo la Lluvia: Existe una buena adecuación de la persona ante el medio, como mecanismo de defensa utiliza la racionalización porque el paraguas está cubriendo adecuadamente a la persona.

Paciente 9: María Fernández, 58 años.

La paciente en el momento del retest comenta que está contenta de seguir trabajando en el área psicológica, por otro lado esta medio triste porque le tocó el traslado a SOLCA y asegura que ya no podrá trabajar con nosotros, se terminó la aplicación del retest y se realizó en respectivo cierre terapéutico.

Lámina 4

“Está una pareja conversando, el señor no toma atención, a lo mejor no tienen comunicación, ella ha tenido algún problema y no quiere reconciliarse, ella sufre más, él tiene que sobreponerse y tener comunicación para reconciliarse con ella y estar bien.”

Mecanismos de defensa en el T.A.T.: Tenemos a la proyección como mecanismo de defensa el héroe (ella) ha tenido algún problema con él y no hay comunicación.

Persona bajo la lluvia. Retest.



Mecanismos de defensa en la Persona Bajo la lluvia: Notamos la regresión como mecanismo de defensa, la persona dibuja está ubicada hacia la derecha lo que significa la presencia de conflictos del pasado que quedaron sin resolver.

➤ **Evaluación de la escala de Severidad del superyó: T.A.T.**

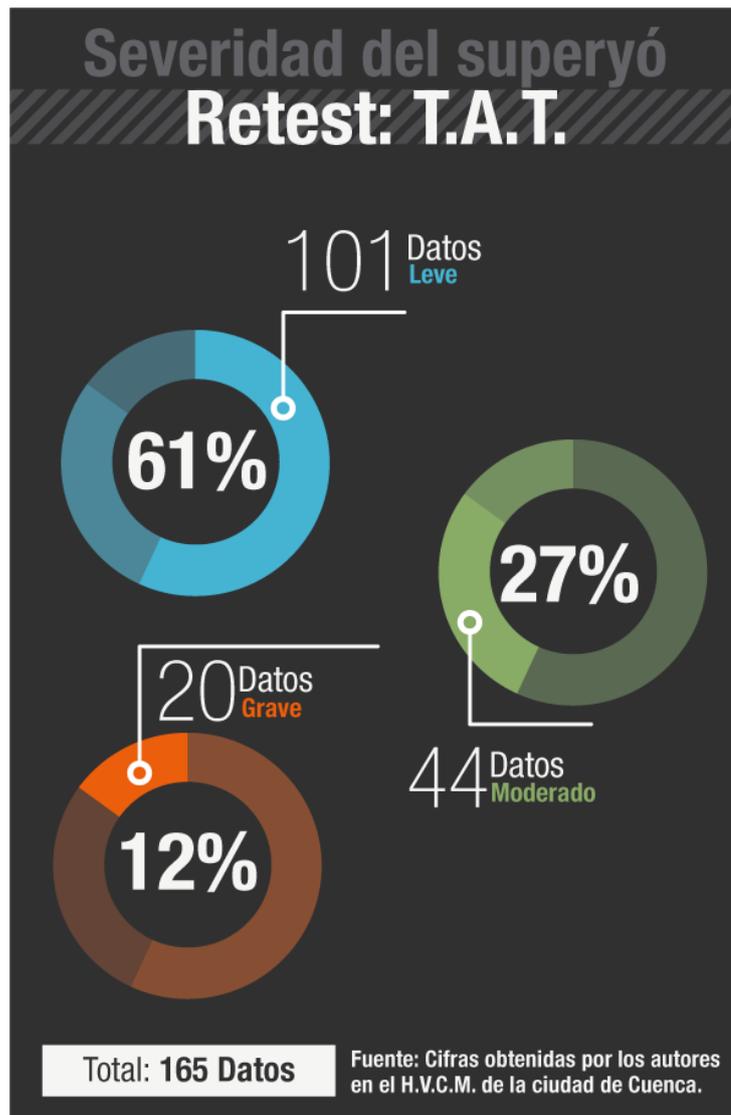
En esta escala se refleja la naturaleza del castigo con la gravedad de la ofensa que proporciona la severidad de su superyó, que puede ser de manera leve, moderado y grave, los pacientes pueden castigar un acto de manera inconsciente o manifiesta, esto depende de la integración o poca integración del superyó que se ha establecido en su personalidad durante su etapa adulta.

Por otro lado, un superyó no integrado en ocasiones es demasiado severo e indulgente, esto se observa con frecuencia en individuos neuróticos, el análisis de esta escala en el retest nos muestra un puntaje elevado de severidad del superyó leve, lo que indica que la mayoría de los pacientes luego de haber recibido una intervención psicológica contra el cáncer presentan un superyó integrado y bien

establecido en su personalidad esto ayudará a que los pacientes juzguen sus actos de una manera más adecuada.

Gráfico 16.1: Severidad del superyó: Resultados del T.A.T.

N: 165 historias del T.A.T.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. donde existen contenidos de Severidad del superyó. Retest:

Paciente 10: Milton, 47 años.

Lámina 15

“Este es el mal, es una persona mala, agresiva, puede ser un criminal, ha tenido una mala autoestima, está deprimido como si quisiera suicidarse, matarse, se siente como si algo le faltara, terminará mal y si busca ayuda y tratará de cambiar su autoestima para ser una persona de bien.”

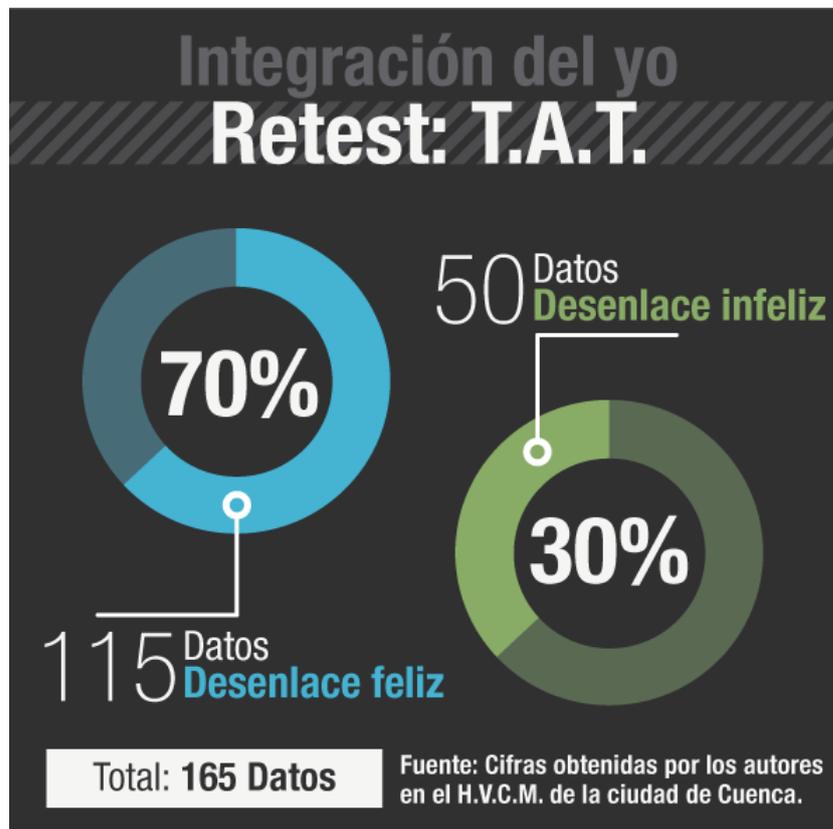
Severidad del superyó en el T.A.T.: El héroe es un criminal, que quiere suicidarse lo que indica una presencia de la pulsión de muerte con intragresión, el héroe intenta buscar ayuda para cambiar su autoestima lo que hace un superyó leve.

➤ **Evaluación de la escala de Integración del yo: T.A.T.**

Esta escala expresa el funcionamiento de la persona, su estabilidad a través de las instancias psíquicas y el control de sus ansiedades y angustias, es por eso muy importante el trabajo psicológico en procura de mejorar el funcionamiento psíquico de los pacientes oncológicos, por consiguiente luego de haber realizado las intervenciones psicológicas y haber aplicado el retest, los resultados muestran un puntaje alto en la integración del yo en desenlace feliz, lo que demuestra un funcionamiento adecuado de los pacientes oncológicos y un control más adecuado de sus pulsiones y manejo de sus defensas.

Gráfico 17.1: Integración del yo: Resultados del T.A.T.

N: 165 historias del T.A.T.



A continuación presentamos algunos ejemplos del T.A.T. donde existen contenidos de Integración del yo. Retest:

Paciente11: Javier, 18 años.

Tras terminar la primera fase de su tratamiento e paciente acude regularmente a los controles médicos, momento oportuno para continuar con el seguimiento, se le informa sobre la aplicación del retest a los que acepta de inmediato y se le aplican las pruebas correspondientes, el paciente asistió a cada una de las sesiones propuestas y salió satisfecho con el trabajo psicológico.

Lámina 9NM

“Una madre vio que su hija era muy correcta en todo debido a su sobreprotección, a la niña le tocó cruzar el bosque traer agua de un pozo, al atardecer ella no llegaba y salieron a buscar niños y ancianos hasta guardías, encontraron a la niña tendida en el pozo con una carta que decía: mamá tu perfección reflejada en mí me mató. La madre desconsolada supo que su hija al no tener libertad aunque estaba viva, nunca pudo vivir.”

Integración del yo en el T.A.T.:

El desenlace de esta historia es infeliz, indicando una integración inadecuada de su yo el héroe (niña), posee muchas dificultades y restricciones por parte de su madre, lo que le impedía vivir.

Paciente 12: Cristian, 18 años.

El paciente tiene el traslado a SOLCA debido al recorte de presupuesto del H.V.C.M. por lo que su mamá está preocupada, el estado de ánimo de paciente es muy bajo, presenta decaimiento y falta de motivación, tiene resistencia al trabajar con el tratamiento psicológico, desea regresar a su ciudad natal y abandonar el trabajo psicológico. Pocos días antes de aplicar el retest el paciente se sentía desanimado por lo que tras la aplicación sus historias denotaban escasez en cuanto al relato, posteriormente, tras haber finalizado la aplicación de reactivos psicológicos internan al paciente por tener bajas defensas, este estado de ánimo del paciente influyo en narración del T.A.T.

Lámina 3VH

“Está sola, sentada llorando, tal vez tuvo problemas con alguien, depende si hay problemas lo va a solucionar y si no va a estar igual de triste.”

Integración del yo en el T.A.T.:

El desenlace es feliz, la integración del yo es adecuada, el héroe (persona), presenta problemas que los va a resolver.

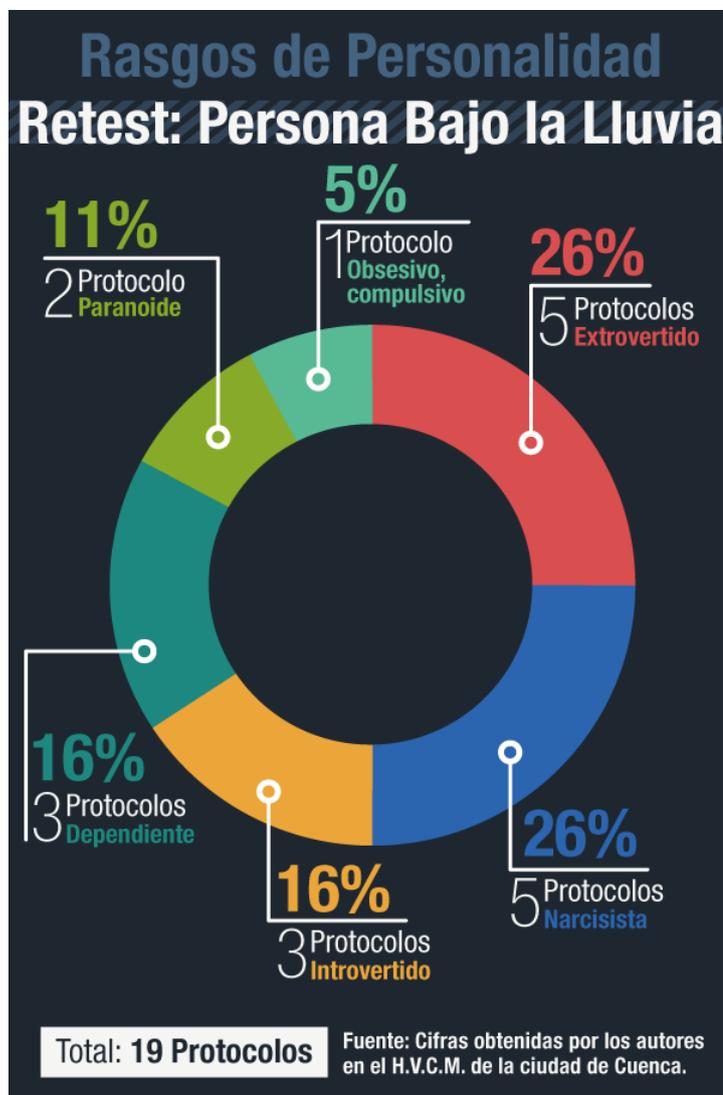
➤ Evaluación de la escala de Rasgos de Personalidad: Persona Bajo la Lluvia. Retest:

Lo rasgos de personalidad aumenta o disminuye la resiliencia que los pacientes adoptan en el tratamiento contra el cáncer y también al apoyo psicológico que se brinde, mientras sus rasgos de personalidad sean más flexibles esto ayudará a la asimilación de la enfermedad. En esta escala de los rasgos de personalidad, existen dos rasgos primarios y dos secundarios en la mayoría de los pacientes, estos datos se obtuvieron mediante el retest de la persona bajo la lluvia donde se muestran los siguientes: narcisista-extrovertido, en estos rasgos primarios denotan la empatía que se observó entre el vínculo paciente-terapeuta, lo que implica que al inicio del tratamiento los pacientes se muestran tímidos e inseguros con respecto al psicólogo y a su visión de la vida, mostrando muchas resistencias y falta de colaboración; al final del tratamiento sus rasgos tuvieron una connotación más positiva, alegre y optimista acerca de su enfermedad lo que facilitó el trabajo psicoterapéutico.

Como rasgos secundarios tenemos los: introvertido-dependiente, estos rasgos se mantuvieron en algunos pacientes dependiendo del estado físico y mental por el que atravesaba el paciente, estos rasgos impedían el discurso con el psicólogo ya que impide que puedan expresar con facilidad sus contenidos psíquicos.

Gráfico 18.1: Rasgos de Personalidad: Resultados de la Persona Bajo la Lluvia.

N: 15 protocolos del Test de la Persona Bajo la Lluvia.



3.3.3 Comparación de resultados.

La comparación de resultados de esta investigación se basa en el análisis de los datos obtenidos en la evaluación diagnóstica con los datos obtenidos en la aplicación del retest, luego del proceso de intervención psicológica que se realizó a los pacientes con cáncer en la etapa diagnóstica. Este análisis lo haremos de manera descriptiva indicando las escalas más relevantes del T.A.T. y de la Persona Bajo la Lluvia, indicando así los cambios positivos y negativos de la efectividad del proyecto de investigación. Cabe resaltar que la comparación de los resultados nos

ayudará a comprobar la factibilidad de los objetivos de la investigación propuestos de manera hipotética al inicio del trabajo.

Uno de los primeros objetivos fue la evaluación de síntomas psicológicos a través de técnicas proyectivas como el psicoanálisis y los tests proyectivos utilizados, para ello se utilizaron entrevistas iniciales, llenar el modelo FIEPS y la aplicación de reactivos psicológicos. Otro de los objetivos fue la intervención psicológica para reducir emociones que refuerzan el sufrimiento en el paciente con cáncer, trabajando en la aceptación de la enfermedad y en la psicoeducación que se brindó a pacientes y familiares. Y finalmente desarrollamos una propuesta de intervención con técnicas psicodinámicas para el trabajo psicológico en pacientes con cáncer.

Una de las primeras escalas que compararemos es la de autoimagen, este concepto es de vital importancia para el trabajo en pacientes con enfermedades crónicas, la mayoría de psicólogos clínicos indican que una de las fortalezas es fomentar una autoimagen positiva para que los pacientes reciban el tratamiento médico de una manera más tranquila para una mejor adaptabilidad y asimilación de la enfermedad.

✓ **Comparación de resultados Autoimagen: Primera aplicación del T.A.T. - Retest.**

Los resultados obtenidos en la **primera aplicación** demuestran que la autoimagen en el paciente con cáncer en la etapa diagnóstica, tiene índices altos de **autoimagen negativa (79%)**, información que se comprueba con las entrevistas realizadas, la mayoría de pacientes poseen sentimientos de muerte y pérdidas en cuanto al aspecto físico y pérdidas en el aspecto social. El paciente al inicio de su tratamiento presenta conflictos psicológicos como la separación de su familia, ansiedad a la hospitalización, depresión, etc., esto conlleva a la percepción negativa de sí mismo acerca de su situación actual.

En comparación con los resultados del **retest** luego de haber realizado las intervenciones psicológicas a cada uno de los pacientes, los datos obtenidos fueron altos en la **autoimagen positiva (62%)**, lo que demuestra la importancia del trabajo psicológico en pacientes con enfermedades crónicas, esta percepción positiva de sí mismo se complementó con la recuperación, asimilación y adaptación de su padecimiento. El trabajo psicológico se fundamentó en psicoeducar y disminuir síntomas que afecten al estilo de vida del paciente.

✓ **Comparación de resultados Autoimagen: Primera aplicación de la Persona Bajo la Lluvia - Retest.**

En este **test** los resultados fueron muy análogos con el T.A.T., en la primera aplicación la **autoimagen es negativa (71%)**, al ser un test proyectivo gráfico implica una limitación en la expresión verbal del paciente, la mayoría de síntomas que presenta se aprecia en cuanto a la ubicación de la persona dibujada, la organización gráfica de sí mismo y los mecanismos de defensa que presenta, todos estos parámetros comprueban que la mayoría de pacientes tienen una percepción negativa de sí mismo al inicio del tratamiento oncológico.

En el **retest**, hubo cambios, en la **autoimagen con una tendencia positiva (67%)**, lo que fortalece el trabajo realizado en este proyecto.

✓ **Comparación de resultados de Necesidades del héroe: Primera aplicación del T.A.T. y Persona Bajo la Lluvia - Retest.**

Las necesidades que se encontraron en la **primera aplicación** tanto en el T.A.T. como en la Persona Bajo la Lluvia, muestran resultados similares como son las necesidades de: **apoyo-protección, comprensión-diálogo y logro-autorrealización**, estos resultados se reflejan en la mayoría de los pacientes, puesto que al tener diferentes conflictos psicológicos, estas necesidades se hacen muy frecuentes en la mayoría de pacientes mediante su diálogo, es importante señalar que estos datos se correlacionan con los dos tests aplicados.

En el **retest** los resultados son semejantes ya que presentan las mismas necesidades que en la primera aplicación más la necesidades de **sanar-recuperarse**, esta última se hizo más relevante en el retest, porque cada paciente tenía una percepción más positiva de su tratamiento que al inicio, teniendo en cuenta que al mejorar su aspecto físico y psicológico, tienen una visión de recuperación para continuar con su proyecto de vida.

✓ **Comparación de resultados Concepto del ambiente: Primera aplicación del T.A.T. - Retest.**

El concepto del ambiente, se puede entender como la percepción que tiene el individuo acerca de los estímulos externos que le rodean, en este caso hace referencia a la percepción que tiene el paciente al entorno en el que se encuentra como: hospital, convivencia con el personal médico, familia, amigos. Los resultados en la **primera aplicación** nos demuestran una **percepción conflictiva del ambiente (34%)**, lo que indica la poca aceptación y asimilación de la enfermedad que tiene el paciente en la etapa diagnóstica, también la **percepción es hostil (23%)**, fomentando la desadaptación a este nuevo estilo de vida como es el tratamiento, por último tenemos con una **percepción optimista (20%)**, lo que demuestra la capacidad de lucha por el ser humano, esto dependerá del tipo de cáncer que tenga, el tiempo de recuperación y el apoyo familiar.

En el **retest** los resultados son análogos a los resultados obtenidos en la primera aplicación, diferenciándose en el orden, la **percepción del ambiente hostil (32%)**, se incrementó mientras avanzaba la enfermedad, la percepción cada vez es más amenazante por los efectos secundarios que produce el tratamiento como: caída del cabello, dolores físicos, cambios de humor, por otro lado el **ambiente conflictivo (25%)**, ha disminuido mientras avanzaba el tratamiento, es decir los pacientes han asimilado y aceptado su enfermedad, provocando que las reacciones sean menos agresivas. **El ambiente optimista (15%)**, se mantiene debido a la psicoeducación y al apoyo psicológico que han recibido durante el tratamiento.

✓ **Comparación de resultados de Conflictos significativos: Primera aplicación del T.A.T. - Retest.**

El análisis de los conflictos significativos que presentan los pacientes en la **primera aplicación** hace referencia a los aspectos físicos y psicológicos que produce la enfermedad conjuntamente con los antecedentes de los pacientes dando como resultado los siguientes conflictos: En primer lugar el conflicto de **tristeza vs felicidad (22%)**, produciendo reacciones emocionales ante el impacto de la enfermedad, algunos síntomas afloran mostrando facilidad al llanto, depresión, agresión, abatimiento, etc. En segundo lugar la **pulsión de muerte (15%)**, que hace referencia al pensamiento de muerte que produce diagnóstico de la enfermedad presentando diferentes pérdidas durante el tiempo de su tratamiento. En tercer lugar **autonomía vs dependencia (13%)**,

este conflicto se produce por la incapacidad de valerse por sí mismos que tienen los pacientes producto de su enfermedad, lo que hace que la persona dependa del otro para realizar sus actividades.

Los resultados del **retest** posterior a la intervención psicológica realizada a los pacientes, indican lo siguiente: En primer lugar **conflictos familiares (16%)**, estos conflictos estaban latentes en la mayoría de los pacientes antes del diagnóstico, pero afloraron mucho más en la etapa de intervención psicológica debido a que la prioridad ya no era solo el padecimiento sino las relaciones con los miembros de la familia, mientras los pacientes avanzaban con el tratamiento médico, la familia se convertía en un soporte para la recuperación, por eso se hizo indispensable trabajar con la familia. En segundo lugar están los conflictos de **tristeza vs felicidad (15%) y estado de ánimo-afectivos (14%)**, es importante indicar la disminución de estos conflictos en los pacientes, en el retest debido al tratamiento psicológico que ha ayudado a la disminución de síntomas. En tercer lugar se mantiene el conflicto de **autonomía vs dependencia (13%)**. El objetivo de esta investigación consistía en disminuir la pulsión de muerte en los pacientes oncológicos, este conflicto aparece cuando los pacientes recibe la información de que padece una enfermedad crónica, lo primero que se les viene a la mente es la desesperanza y sentimientos de muerte que se reflejan mediante la extragresión e intragresión, en el retest la **pulsión de muerte (10%)**, disminuyó de manera significativa gracias a la psicoeducación otorgada en las intervenciones realizadas.

✓ **Comparación de resultados Conflictos significativos: Primera aplicación de la Persona Bajo la Lluvia - Retest.**

Los conflictos significativos relevantes de este test en la **primera aplicación** son: En primer lugar **enfermedades psicosomáticas (27%)**, al ser un test gráfico proyectivo, los pacientes tienden a proyectar en el dibujo la imagen de sí mismos por las circunstancias que atraviesan en ese momento, este conflicto demuestra las dificultades físicas y psicológicas producto del cáncer, en la mayoría de los casos los pacientes tienden a omitir o a resaltar lesiones en algunas partes del cuerpo. Esto se debe a las secuelas que va dejando el cáncer y a las reacciones negativas lo que produce un malestar general en estos pacientes. En segundo lugar está **tristeza vs felicidad (24%)**, al igual que el T.A.T. este conflicto prevalece produciendo reacciones emocionales negativas en los pacientes. En tercer lugar

tenemos al conflicto de **autonomía vs dependencia (22%)**, es importante indicar que este conflicto ocupa el mismo orden que en los resultados del T.A.T., puesto que en esta etapa es donde los pacientes sufren los estragos del padecimiento y el sentimiento de autonomía va decreciendo cada vez más cayendo en la dependencia hacia los otros.

En el **retest** los resultados se asemejan con los de la primera aplicación específicamente con los conflictos de **enfermedades psicosomáticas (36%) y autonomía vs dependencia (13%)**. A diferencia que aparece en segundo lugar **conflictos con su yo (31%)**, esto indica que a los pacientes se les dificulta aceptar la realidad del padecimiento, por lo que se produce cambios de carácter y poco control de impulsos. La importancia del apoyo psicoterapéutico ayudó a que disminuyan en esta etapa del retest ciertos conflictos que afectaban al inicio de su tratamiento como el de **tristeza vs felicidad (8%)**, disminuyendo las reacciones emocionales negativas fomentando una percepción positiva de su enfermedad.

✓ **Comparación de resultados de Naturaleza de ansiedades: Primera aplicación del T.A.T. - Retest.**

Los resultados de **primera aplicación** en la naturaleza de las ansiedades del T.A.T. demuestran que en primer lugar prevalece la ansiedad de **enfermedad (26%)**, es normal que los pacientes sientan un índice alto de ansiedad cuando recibe la noticia de que tiene cáncer o cuando está por iniciar el tratamiento oncológico, la ansiedad a la enfermedad produce malestar general en los pacientes produciendo síntomas depresivos y temores a la hospitalización. En segundo lugar está la **ansiedad a la falta o pérdida de amor (25%)**, que se caracteriza por un temor al rechazo de los demás, sentimientos de soledad, el temor por la separación con el cónyuge, hijos, amigos, etc. en tercer lugar está la **ansiedad de daño físico (14%)**, el dolor que produce esta enfermedad no solo físico sino también psicológico hace que los pacientes oncológicos tengan una ansiedad de perder la vida o perder alguna parte de su cuerpo (**amputaciones-cirugías**), este tipo de ansiedad se hace más frecuente al inicio del tratamiento.

En el **retest** los resultados de la escala de la naturaleza de las ansiedad son muy similares aparece en primer lugar la ansiedad de **falta o pérdida de amor (26%)**, y en segundo lugar la **ansiedad de enfermedad (19%)**, estos dos tipos de ansiedades se mantienen debido a que el tratamiento oncológico es de larga

duración provocando en los pacientes que tales síntomas sean constantes, en tercer lugar está la ansiedad de **ser abandonado (19%)**, este sentimiento se hace más frecuente en pacientes que viven lejos y que no son de la ciudad, ellos acuden a sus tratamientos solos y por lo tanto no existe ese apoyo de la familia cuando asisten a la hospitalización.

En el retest la ansiedad de **daño físico (8%)**, ha disminuido notoriamente, lo que demuestra que mientras avanza la enfermedad los pacientes tienen más conciencia del padecimiento y conjunto con el apoyo psicológico tienen una visión a recuperarse reduciendo en malestar físico y psicológico.

✓ **Comparación de resultados de Mecanismos de defensa: Primera aplicación del T.A.T. - Retest.**

Los resultados de la primera aplicación de los mecanismos de defensa que utilizan los pacientes con cáncer son: En primer lugar la **racionalización (44%)**, indicando que los pacientes tienden a justificar su enfermedad en este caso a lo espiritual (Dios), o como un hecho del destino, a ellos se les hace más difícil aceptar su enfermedad. En segundo lugar está la **proyección (35%)**, este mecanismo de defensa provoca que muchos pacientes disminuyan su angustia proyectado sus síntomas en los otros, puesto que es más fácil hablar a través del otro que de uno mismo, este mecanismo se verifica en la mayoría de historias relatadas por los pacientes.

En tercer lugar está **represión (8%)**, esto indica que al inicio del tratamiento los pacientes reprimen contenidos afectivos, se les hace muy difícil expresar la angustia que sienten, debido a que el impacto de la enfermedad una desestructuración psíquica haciendo más difícil la aceptación y adaptación a la enfermedad.

En el retest, luego de las intervenciones psicológicas realizadas podemos indicar que los resultados poseen el mismo orden pero con diferentes puntajes, así: **racionalización (55%)**, **proyección (38%)** y por último la **represión (2%)**, este mecanismo de defensa ha disminuido considerablemente, en comparación con la primera aplicación, porque en la etapa de intervención psicológica los pacientes expresaban con libertad y sin miedo sus contenidos afectivos reprimidos haciendo que sus conflictos afloran a la conciencia.

✓ **Comparación de resultados de Mecanismos de defensa: Primera aplicación de la Persona Bajo la lluvia - Retest.**

En este test los resultados en la **primera aplicación** son: **Regresión (50%)**, aquí podemos señalar que los contenidos psicológicos de la mayoría de los pacientes no solo se focalizan en la enfermedad, sino también, existen rasgos al momento de dibujar, donde se puede apreciar la regresión, aquellos pacientes tienen conflictos que quedaron sin resolver o tendencias hacia el pasado. En segundo lugar está la **represión (40%)**, como en el T.A.T., este mecanismo se repite en este test, debido a que muchos pacientes en la primera fase del tratamiento se les hace difícil expresar sus sentimientos, utilizando la represión para calmar la angustia y ansiedad que produce la enfermedad. En tercer lugar está el **aislamiento (10%)**, en algunos pacientes al recibir su diagnóstico se aíslan del medio, encerrándose en sí mismos con el dolor que aqueja su padecimiento, este mecanismo va desapareciendo cuando dichos pacientes aceptan y asimilan malestar.

En el **retest**, el mecanismo de defensa más utilizado es: la **regresión (53,33%)**, esta información nos revela que la mayoría de los pacientes presentan conflictos no resueltos y tendencias hacia el pasado, lo que es importante recalcar que la intervención psicológica debe enfocarse más hacia este tipo de contenidos. La **represión (13,33%)**, el **desplazamiento (13,33%)** y la **inhibición (13,33%)**, presentan igual puntaje, demostrando la dificultad que tienen algunos pacientes para expresar lo que sienten, tratan de desplazar el sufrimiento hacia otras personas u objetos, para evitar la angustia que les produce la enfermedad.

✓ **Comparación de resultados de Severidad del superyó: Primera aplicación del T.A.T. - Retest.**

Los resultados en la **primera aplicación**, muestran un superyó **moderado (55%)**, señalando una integración adecuada del superyó, esto ayuda a no juzgar su padecimiento lo que fortalece su personalidad. En segundo lugar está **leve (29%)**, lo que permite que los pacientes no castiguen de manera severa sus actos y tengan conciencia de su enfermedad. En tercer lugar **grave (16%)**, muy pocos pacientes castigaban de manera severa actos que describían en las historias, cayendo en algún tipo de psicosis o neurosis.

En el **retest**, los resultados son similares, después de las intervenciones psicoterapéuticas, existe un cambio en el orden: **leve (61%), moderado (27%) y grave (12%)**, el apoyo psicológico brindado a los pacientes ha contribuido a una integración adecuada del superyó, al tener una tendencia leve de la severidad del superyó demuestra que los pacientes responden de manera más positiva y consciente ante el tratamiento médico y psicológico.

✓ **Comparación de resultados de Integración del yo: Primera aplicación del T.A.T. - Retest.**

En la **primera aplicación**, tenemos como resultados un **desenlace feliz (59%)**, indicando que la mayoría de los pacientes ante su padecimiento otorgan a las historias finales positivos demostrando su capacidad de resiliencia ante las dificultades. Y tenemos **un desenlace infeliz (41%)**, esto muestra que el resto de pacientes optan por visualizar finales negativos acerca de su vida.

En el **retest** los resultados son iguales con diferentes puntajes: **desenlace feliz (70%) y desenlace infeliz (30%)**, posteriormente, tras recibir el tratamiento psicológico, los desenlaces elaborados por los pacientes, muestran finales en su mayoría positivos.

✓ **Comparación de resultados de Personalidad: Primera aplicación de la Persona Bajo la lluvia - Retest.**

Los resultados de la **primera aplicación**, indican tres principales rasgos de personalidad: **extrovertido (27%)**, a pesar que los pacientes al inicio del tratamiento no expresaban los que sienten, poco a poco fue aflorando en ellos esa capacidad comunicativa que llevó a elaborar una buena intervención psicológica, en segundo lugar está la personalidad de tipo **narcisista (23%)**, este rasgo predominaba en pocos pacientes, debido a que ellos no asimilaban la enfermedad. En tercer lugar esta **introvertido (17%)**, pocos pacientes demostraron una incapacidad de comunicación, inhibiendo sus emociones.

En el **retest** los resultados no varían, tenemos a: **narcisista (26%), extrovertido (26%) e introvertido (16%)**, estos rasgos de personalidad favorecieron al tratamiento psicoterapéutico, obteniendo resultados positivos dentro la terapia.

CONCLUSIONES:

- Las técnicas proyectivas, como el T.A.T. y la Persona Bajo la Lluvia, aportaron significativamente para visualizar y analizar los conflictos internos de los pacientes oncológicos en la etapa diagnóstica.
- 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 intervención psicodinámica realizada disminuyó 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 ayudó a elaborar un proceso de intervención psicodinámica, para que los pacientes acepten a la enfermedad mejorando la calidad de vida.

CONCLUSIONES GENERALES:

- Hemos logrado elaborar un plan de intervención psicodinámica para pacientes con cáncer en el Hospital Vicente Corral Moscoso, cumpliendo con los objetivos planteados de esta investigación, brindando un acompañamiento psicológico individual y familiar desde el inicio del diagnóstico hasta el tratamiento médico.
- Las entrevistas personales y las técnicas proyectivas ayudan a la exploración psicológica de pacientes oncológicos, revelando los conflictos emocionales, producto de su enfermedad, para, así, realizar el tratamiento psicoterapéutico basado en las necesidades de cada paciente.
- Se ha comprobado la presencia de síntomas negativos en la estructura psíquica de pacientes oncológicos, afectando su calidad de vida, lo que perjudica la adaptación y la asimilación de la enfermedad. Tales síntomas son: autoimagen negativa, pulsión de muerte, tristeza, ambiente conflictivo.
- La intervención psicológica basada en la psicoterapia breve, de Bellak, aporta de manera significativa en la disminución de los síntomas negativos citados anteriormente.
- La aplicación de tests proyectivos a pacientes con cáncer al inicio del tratamiento, más intervenciones psicoterapéuticas y un posterior retest, dan fe de la eficacia del plan de intervención propuesto.
- Aún existen resistencias ante el trabajo psicológico con pacientes que sufren de enfermedades crónicas por parte de las casas de salud y los mismos enfermos, priorizando más el aspecto médico antes que la salud mental.

- Una de las limitaciones en el trabajo con pacientes oncológicos se encuentra en el estado físico, puesto que los estragos provocados por la medicación impiden la comunicación y la movilidad del paciente, desfavoreciendo el trabajo psicoterapéutico.
- El tiempo de hospitalización impide la continuación del trabajo psicológico, debido a que la mayoría de pacientes oncológicos acuden al tratamiento médico cada 21 días, esto postergaba las sesiones psicoterapéuticas e interrumpía la relación paciente-terapeuta.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVARES, M., PÉREZ, A. (1980). Técnicas Efectivas de Asesoramiento Psicológico. Barcelona. España: Ediciones Grijalbo, S.A.
- ANASTASI, A. y URBINA, S. (1998). Tests psicológicos. México: Prentice Hall.
- ANZIEU, D. (1973). Les méthodes projectives. París. PUF. Traducido al español por Gerardo PEÑA CASTRO, para uso interno de los alumnos de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay.
- BAYÉS, R.; GUILLÉN, G.; RODRÍGUEZ, J.; ANTEQUERA, J.; BARBERO, J. (2006). Ética en cuidados paliativos. Madrid, España.
- BELLAK, L. (1993). Test de apercepción temática, Test de apercepción infantil y técnica de apercepción para edades avanzadas: Uso Clínico. Santafé de Bogotá: Editorial El Manual Moderno (3ra Edición,). México, D.
- BELLAK, L., (2009). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- BULACIO, J.; VIEYRA, M. (2003). Psicoeducación en Salud. Barcelona. España: Ediciones Grijalbo, S.A.
- DIE TRILL, M., (2003). Psico-oncología. Argentina. Ediciones: Ades.
- DÍAZ, G., (2003). Prevención primaria del cáncer a través de cambios comportamentales. Colombia: ABA Colombia.
- FREUD, S. (1913). Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIII - Tótem y tabú, y otras obras. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.
- GREENSON, R. (2001). Técnica y Práctica del Psicoanálisis, Siglo XXI México.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona. España. Editorial Labor, S.A.
- MALCA, S. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología.
- MONDRAGÓN, J.; TRIGUEROS, I. (1999). Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud. España. Editores: Siglo XXI.
- OBLITAS, G., (2010). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Cengage Learning Editores S.A. 3ra. Edición.
- SHELLEX, E., (2007). Psicología de la Salud. México: Editores McGraw-Hill/Interamericana, 6ta. Edición.

- QUEROL, S., (2004). Test de la persona bajo la lluvia. Argentina: Lugar Editorial S.A.

ANEXOS

Anexo 1. Láminas de aplicación estándar para pacientes oncológicos.....	1
Anexo 2. Hoja de corrección con 10 categorías del T.A.T.....	7
Anexo 3. Hoja de corrección para la Persona Bajo la lluvia.....	8
Anexo 4. Modelo de la encuesta aplicada en el H.V.C.M. de Cuenca.....	13
Anexo 5. Modelo de ficha FIEPS.....	14
Anexo 6. Testimonios gráficos.....	17
Anexo 7. Glosario de términos.....	33

ANEXO 1. LÁMINAS DE APLICACIÓN ESTÁNDAR PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Murray, H. (1943).

Lámina 1



Lámina 2



Lámina 3 VH

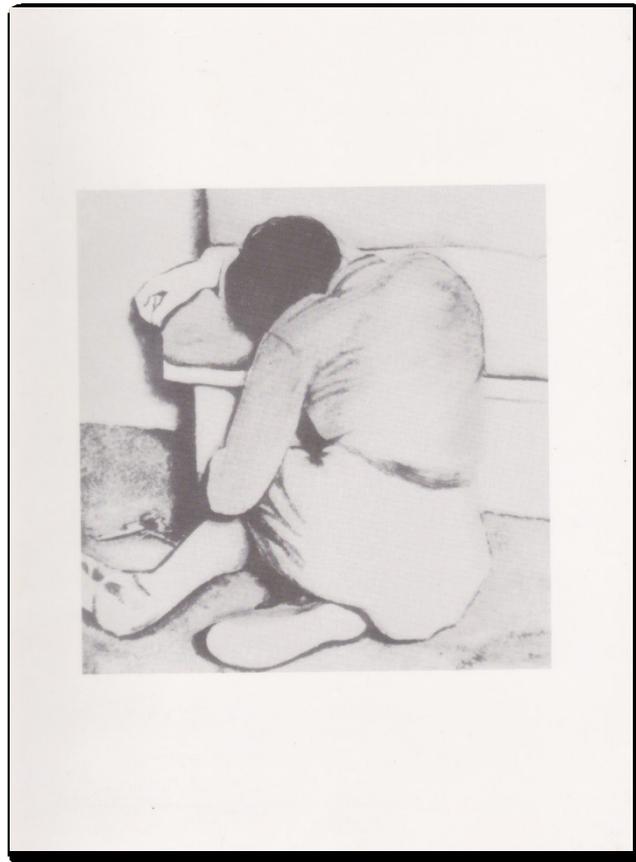


Lámina 4

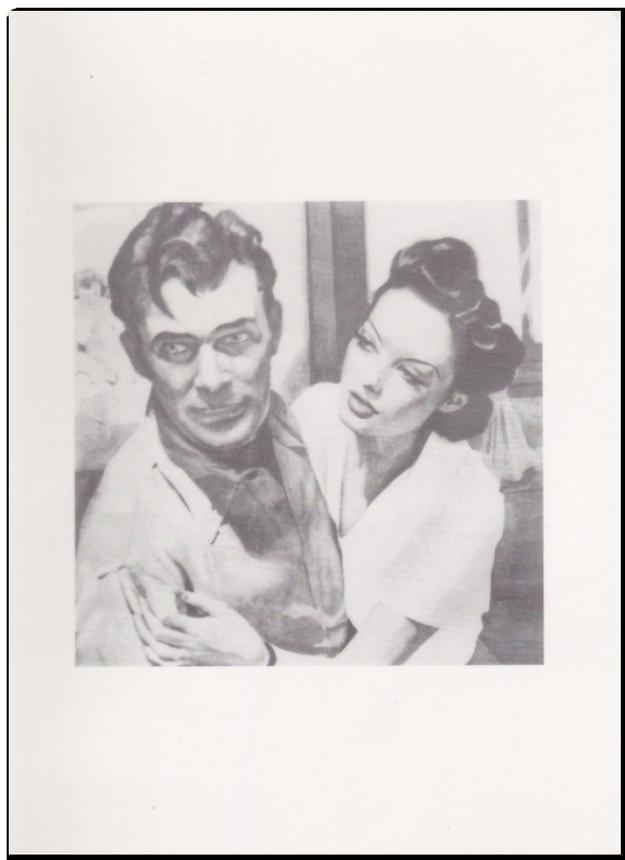


Lámina 6VH

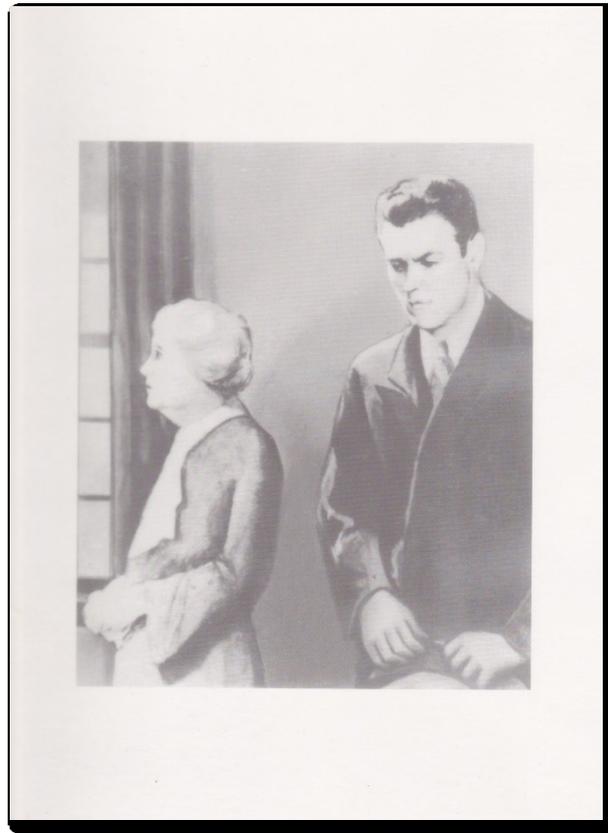


Lámina 7NM



Lámina 8VH

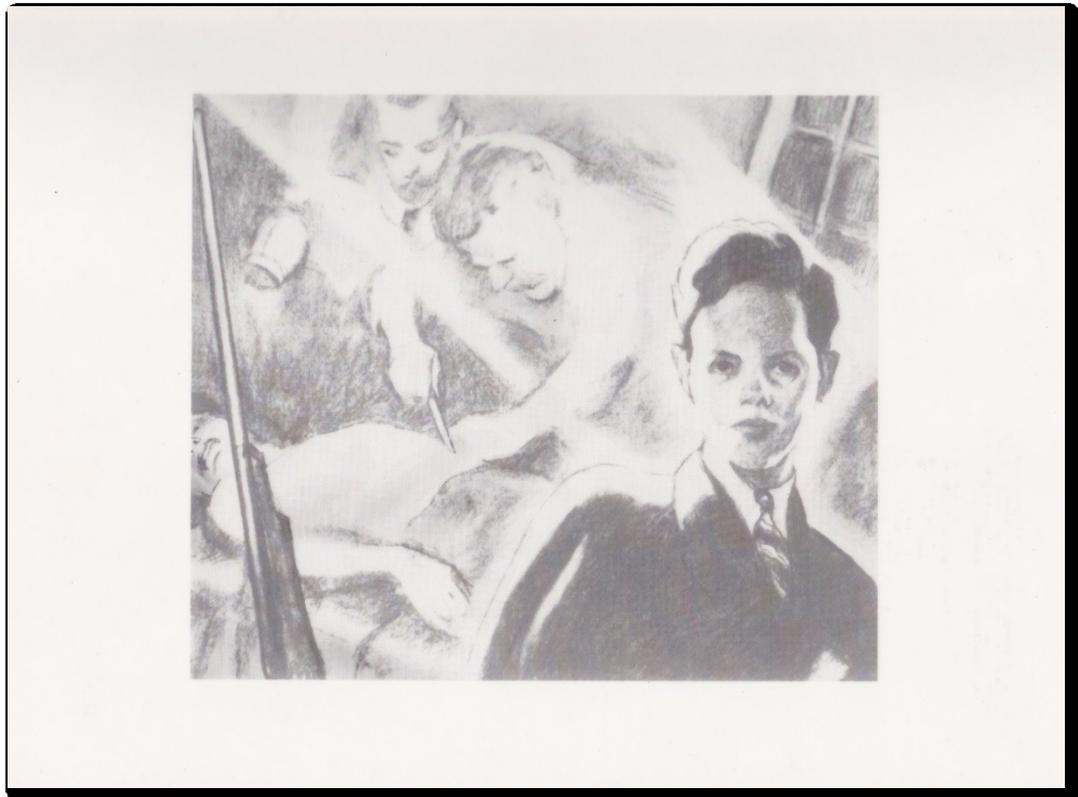


Lámina 9NM

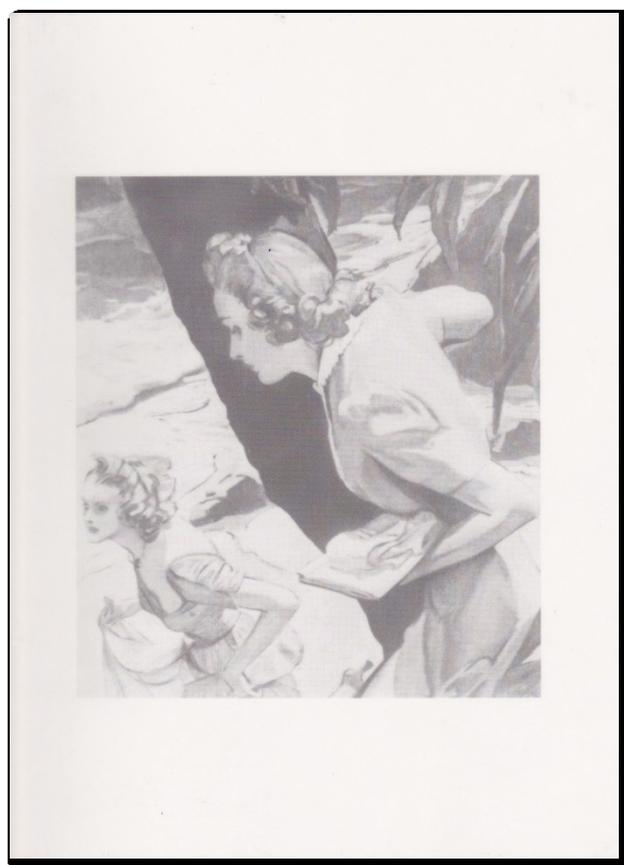


Lámina 10

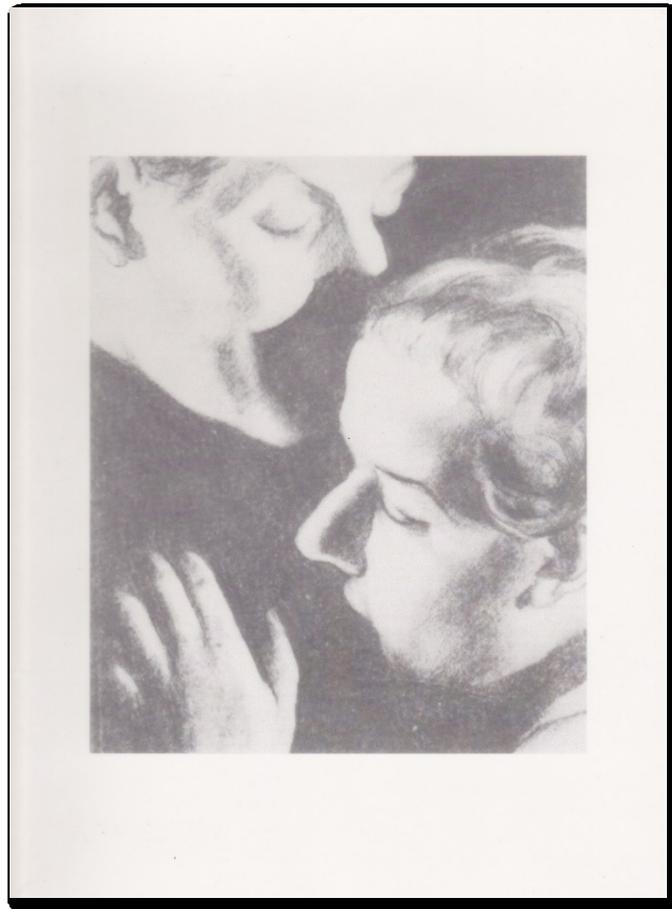


Lámina 13HM

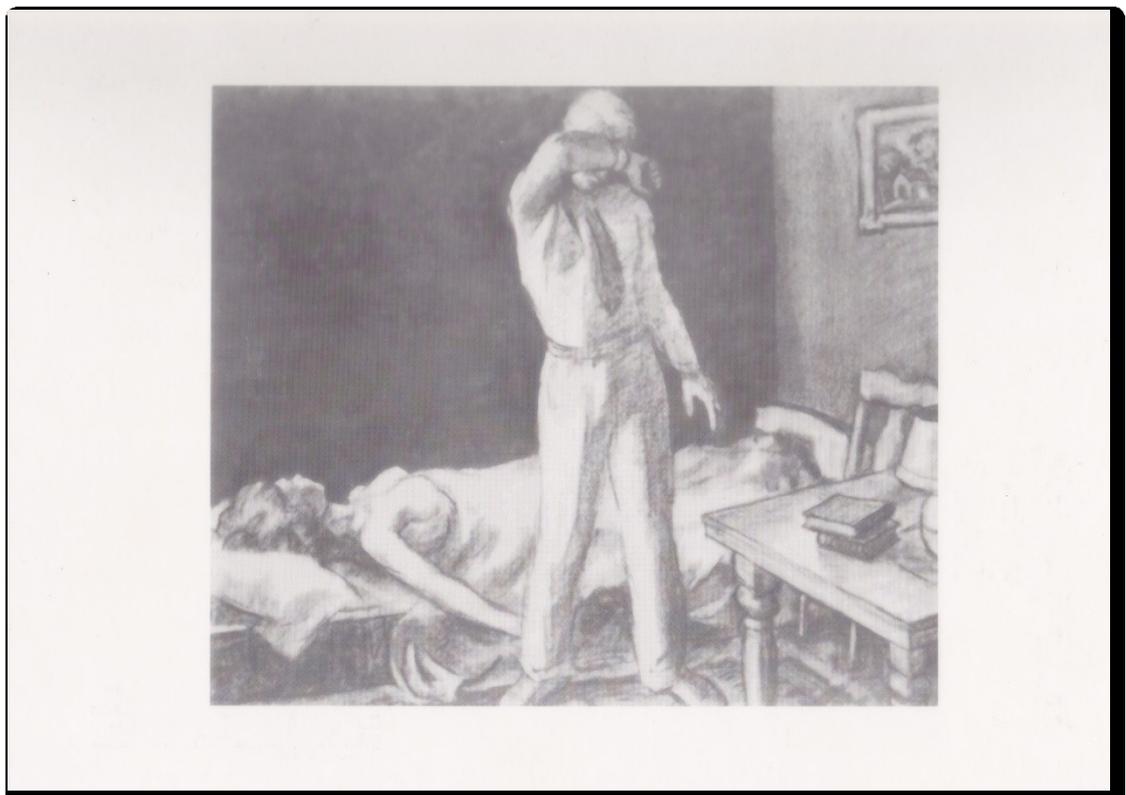
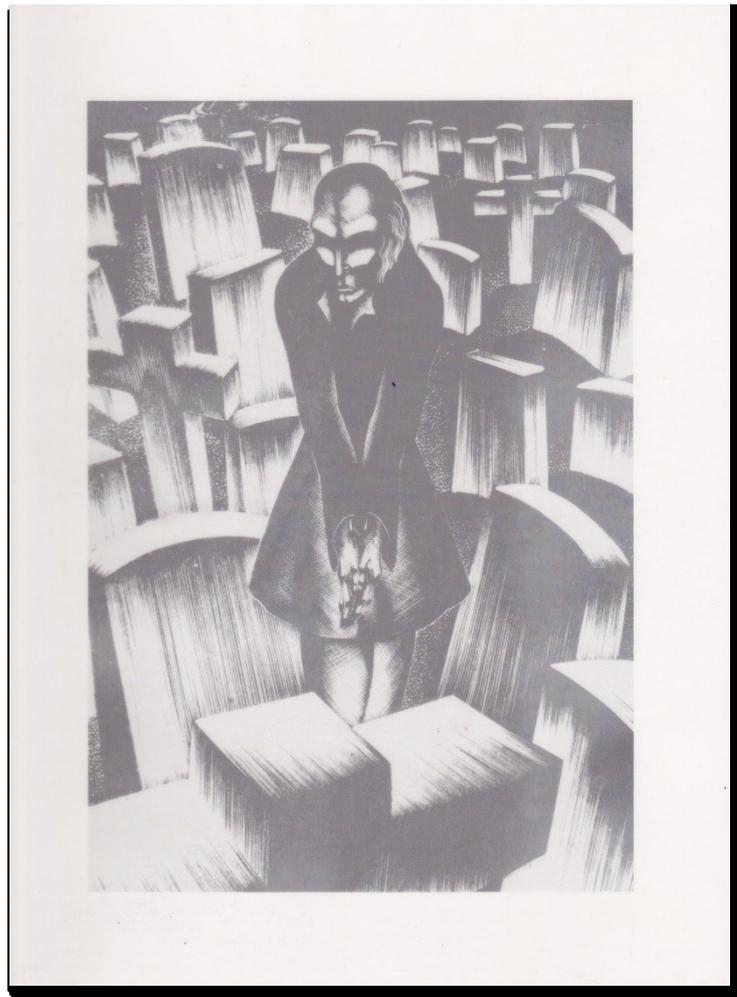


Lámina 15



ANEXO 2. HOJA DE CORRECCIÓN CON 10 CATEGORÍAS DEL T.A.T.



Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO



Nombre _____ Historia No. _____ (Lám. del T.A.T. No. _____)

1. Tema principal (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):

2. Héroe principal: edad _____ sexo _____ ocupación _____
 intereses _____ rasgos _____
 habilidades _____
 adecuación (✓, ✓✓, ✓✓✓) _____
 imagen corporal y/o autoimagen _____

3. Principales necesidades del héroe:

a) necesidades de conducta del héroe (como en la historia):

inferencia dinámica: _____

b) personajes, objetos o circunstancias introducidos:

que implican necesidad de o para: _____

c) personajes, objetos o circunstancias omitidos: _____

que implican necesidad de o para: _____

4. Concepto del ambiente (del mundo) como: _____

5. Las figuras paternas (masc. ___ fem. ___) son vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____
Las figuras contemporáneas (masc. ___ fem. ___) son vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____
Las figuras de menos edad (masc. ___ fem. ___) son vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____

6. Conflictos significativos: _____

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

de daño físico, castigo o ambos _____ de enfermedad o lesión _____
 de desaprobación _____ de privación _____
 de falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____
 de ser abandonado _____ de ser fuerte e inermes _____
 otras _____

8. Principales defensas contra los conflictos y temores: (✓)

represión _____ formación reactiva _____ racionalización _____ aislamiento _____ regresión _____
 introyección _____ negación _____ anulación _____ escisión _____
 identificación proyectiva _____ otras _____

9. Severidad del superyó que se manifiesta por: (✓)

el castigo por un "crimen" _____ inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____
 demorado _____ injusto _____ demasiado indulgente _____
 inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____

10. Integración del yo, manifiesta en sí misma en: (✓, ✓✓, ✓✓✓)

adecuación del héroe _____ desenlace: feliz _____ infeliz _____
 realista _____ irreal _____
 solución: adecuada _____ inadecuada _____

procesos del pensamiento como se revelan en el argumento que es: (✓, ✓✓, ✓✓✓)
 estructurado _____ inestructurado _____ estereotipado _____ original _____ apropiado _____
 racional _____ bizarro _____ completo _____ incompleto _____ inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio _____ inferior al promedio _____ deficiente _____

Hoja de Análisis para utilizarse con el Protocolo de Registro del T.A.T. de Bellak (Revisada).

Nota: Está en proceso una versión ligeramente revisada de las variables 9 y 10, que será publicada también por *The Psychological Corporation*. Los cambios son idénticos a los que aparecen en la Forma Abreviada Revisada.

ANEXO 3. HOJA DE CORRECCIÓN PARA LA PERSONA BAJO LA LLUVIA.



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

HOJA DE CORRECCIÓN

PACIENTE: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

RESPONSABLE: _____

	INTERPRETACIÓN
ANÁLISIS DE RECURSOS EXPRESIVOS	
• Dimensiones	
Pequeña	
Grande	
Muy grande	
Mediana	
• Emplazamiento	
Margen derecho	
Margen izquierdo	
Margen superior	
Margen inferior	
Margen centro de la hoja	
• Trazos	
Línea armónica entera y firme	
Línea entrecortada	
Línea redondeada o curva	
Línea tirante	
Líneas fragmentadas o esbozadas	
Líneas desconectadas	
Líneas rectas	
Líneas rectas con ondulaciones	
Líneas rectas con temblor	
Línea recta definida pero tosca	
Línea con ángulos anchos o picos	
Líneas con ángulos muy agudos	
Línea sin control o que escapan del contorno del dibujo	
Líneas pegadas al papel (sin levantar lápiz) formando puntas	
Líneas circulares con adornos	
Líneas curvas que se rectangularizan	
• Presión	
Normal	
Débil	
Fuerte	
Muy fuerte	
• Tiempo	
Dificultad para empezar el dibujo	
Dificultad para concluir	
Momento de quietud	

Velocidad normal	
Ejecución lenta continua	
Ejecución rápida	
Ejecución precipitada	
• Secuencia	
Orden al momento del dibujo	
• Movimiento	
Rigidez	
Mucha actividad en el dibujo	
Posición de caminar	
Realizando una acción concreta	
Exhibiéndose	
• Sombreados	
ANÁLISIS DE CONTENIDO	
• Orientación de la persona	
Derecho	
Izquierdo	
Frente	
Orientación dubitativa (dudosa)	
Perfil	
Espalda	
Dibujo muy a la izquierda	
Dibujo muy a la derecha	
Persona vista desde arriba	
Persona vista desde abajo	
Persona inclinada	
Persona inconclusa	
• Posturas	
Sentada	
Acostada	
Arrodillado	
• Borraduras	
• Repaso de líneas / tachaduras / líneas incompletas	
• Detalles, accesorios y su ubicación	
Anteojos	
Bastón / pipas	
Objetos bajo la ropa	
Objetos a la derecha de la persona	
Objetos a la izquierda de la persona	
Objetos sobre la persona	
Dibuja varias personas	
Persona encerrada entre líneas	
Nubes	
Lluvia	
Lluvia torrencial	
Lluvia escasa	
Gotas como lágrimas	
Sin lluvia	
Lluvia en un solo lugar	
Rayos	
Charcos	
Charcos de agua	
Objetos inanimados y adornos	
Animales	
Árboles / plantas / flores	
El sol y/o la luna	
• Vestimenta	
Bolsillos	
Botones	
Botas	

Transparencias	
Detalles de la ropa sin terminar	
Corbatas	
Zapatos en punta con tacos	
• Paraguas como defensa	
Paraguas cubriendo media cabeza	
Ausencia de paraguas	
Paraguas a la derecha	
Paraguas a la izquierda	
Paraguas cubriendo adecuadamente a persona	
Paraguas muy grande con respecto a la persona dibujada	
Paraguas muy chico	
Paraguas cerrado	
Paraguas cerrado en piso	
Paraguas volando	
Paraguas y nubes fusionadas	
Paraguas con agujeros	
Paraguas con dibujos	
Paraguas como sombrero	
Paraguas tipo lanza	
Paraguas en el que se remarcan las varillas	
Mango de paraguas remarcado	
Mango del paraguas débil	
• Reemplazo de paraguas por otro elemento	
Aleros y techos	
Detrás de una ventana	
Dentro de una caverna o montaña	
Utilización de un papel a modo de paraguas	
Utilización de la mano como paraguas	
• Partes del cuerpo	
Cabeza:	
Dibujo de la cabeza solamente	
Cabeza grande, desproporcionada respecto al cuerpo	
Cabeza tronchada	
CARA	
Ojos:	
Sin pupilas	
Muy marcados	
Bizcos	
Cerrados	
Como puntos	
Con pestañas	
En "V"	
Boca:	
Línea recta única	
Línea cóncava única	
Boca abierta o rota	
Labios marcados	
Labios pintados	
Dientes:	
Cejas muy marcadas	
Nariz muy marcada	
Orejas	
Mentón muy sobresalido	
Cuello:	
Angosto	
Grueso	
Largo	
Corto	
Inmovilizado por collar, polera, yeso	
Cabello:	

Muy sombreado o sucio	
En punta	
Con raya en medio	
Adornos en el cabello (moños, hebillas, etc.)	
Cuerpo:	
Cuadrado	
Estrecho	
Triangular	
Dibujo del cuerpo con palotes	
Omisión del tronco	
Hombros:	
Muy grandes y musculosos	
Caderas:	
Dibujante mujer	
Dibujante hombre	
Cintura:	
Estrecha	
Asimetría de extremidades	
Brazos largos y fuertes	
Ondulantes	
Sin brazos	
Pegados al cuerpo	
Manos y dedos:	
Mano dibujada en forma inconclusa	
Manos ocultas	
Sin manos	
Dibujo de la palma de la mano y los dedos	
Manos enguantadas	
Dedos unidos como manoplas	
Dedos tipo garras	
Dedos dibujados como líneas rectas	
Puño cerrado	
Pies:	
Sin pies	
Pies pequeños	
Desarmonía en los pies	
Pies descalzos	
Articulaciones visibles	
Piernas largas	
Piernas rellenas o gruesas	
Doble línea de apoyo debajo de los pies	
Dibujo alto, esbelto	
Figura con mucha musculatura	
• Identidad sexual	
Figura desnuda	
Persona bajo la ducha	
• Dibujo de un personaje y no de una persona	
Títeres y marionetas, caricaturas	
Personas disfrazadas	
Personaje tipo robot	
Dibujo de payaso o de personaje de historieta	
Dibujo de estatua en reemplazo de la persona bajo la lluvia	
EXPRESIONES DE CONTENIDO EN EL DIBUJO	
• Neurosis fóbica	
• Neurosis histérica	
• Neurosis obsesiva	
• Depresión	
• Melancolía	
• Psicótico	
• Psicosis maníaco depresiva	

• Paranoia	
• Enfermedades psicósomáticas	
• Epilepsia	
• Alcoholismo	
MECANISMOS DE DEFENSA	
• Desplazamiento	
Aislamiento	
• Regresión	
Represión	
• Anulación	
• Inhibición	
• Defensas maníacas	
DIAGNOSTICO CLINICO:	

FIRMA DEL EXAMINADOR: _____

ANEXO 4. MODELO DE LA ENCUESTA APLICADA EN EL H.V.C.M. DE CUENCA.

HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
ÁREA DE ONCOLOGÍA - PSICOLOGÍA CLÍNICA
“DIFICULTADES PSICOLÓGICAS EN EL PACIENTE CON CÁNCER”.

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____
F M Ocupación: _____

Procedencia: _____ Residencia actual: _____ Estado Civil: _____ Tipo de cáncer: _____

Responda con sinceridad a las siguientes preguntas:

1.) ¿Desde hace cuánto tiempo fue diagnosticado con cáncer?

2.) ¿En qué ámbitos de su vida personal le afectó la enfermedad?

Individual: Familiar: Social: Laboral:
¿Por qué?

3.) Encierre en un círculo del 1 al 10 cuánto le afectó el padecimiento de su enfermedad tomando el 1 como menos leve y el 10 como más grave. **1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10**

¿Por qué?

4.) ¿Usted recibió apoyo psicológico para la asimilación de su enfermedad?

SI NO

5.) ¿Cómo le beneficiaría recibir ayuda psicológica para el tratamiento de su enfermedad?

Autores: Adriana Segovia Cevallos- Edgar Ludeña Veliz

ANEXO 5. GUÍA DEL MODELO FIEPS.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

No.

Fecha:

Elaborada por:

DATOS INFORMATIVOS

Nombre:		
Edad:	Estado Civil:	Religión:
Lugar y fecha de nacimiento:		
Residencia:	Dirección:	Teléfono:
Instrucción:		Ocupación:
Informante:		Parentesco:

TIPO DE CONSULTA

Ambulatorio	Acogida
Hospitalizado	Consulta Privada
Otros ¿Cuál?	

DEMANDA

ORIGEN

Paciente	Familiar (s)
Profesional	Otros

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

GUÍA No. 6
EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad

ANEXO 6. TESTIMONIOS GRÁFICOS.

Área de oncología del Hospital Vicente Corral Moscoso.







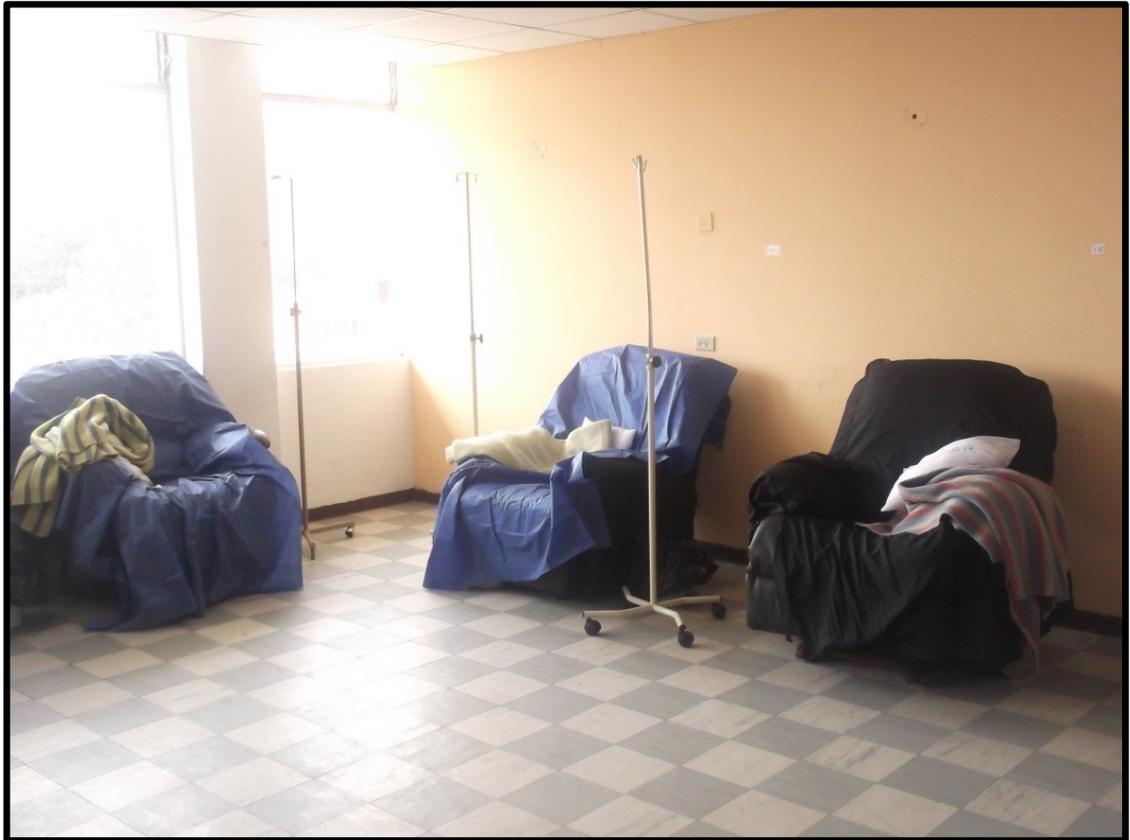


Espacio para el apoyo psicológico.





Salas donde reciben quimioterapia los pacientes oncológicos.

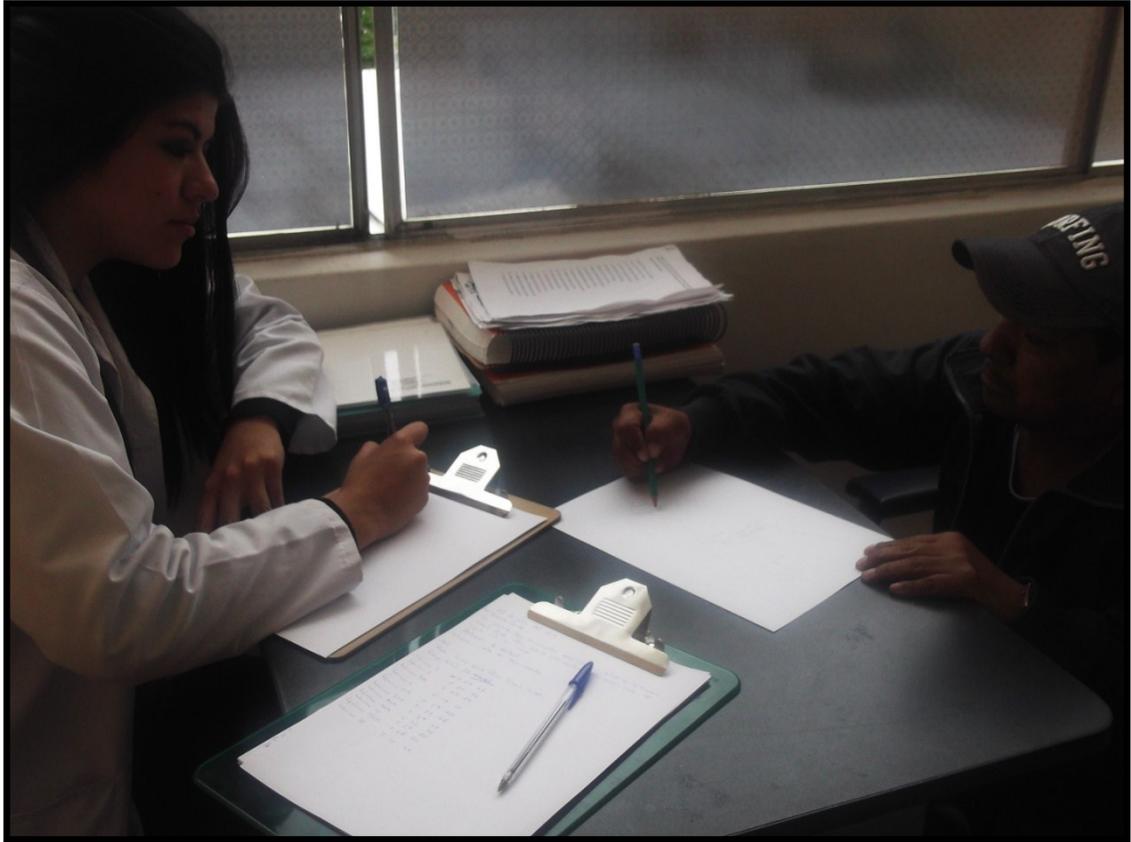




Intervención psicológica individual.







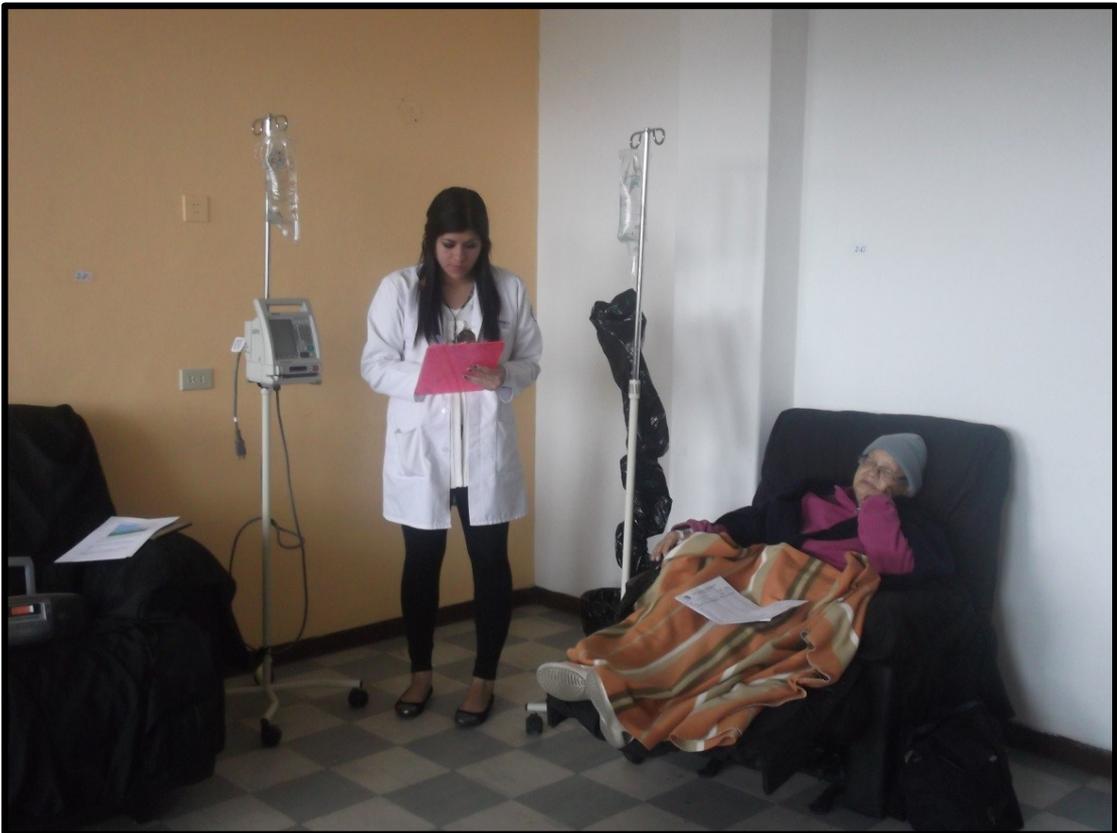




Intervención psicológica grupal (Psicoeducación):







Intervención psicológica familiar:





ANEXO 7. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Ambiguo: se da cuando una palabra, sintagma u oración es susceptible de dos o más significados o interpretaciones.

Apercepción: En Psicología es "el proceso por el cual una nueva experiencia es asimilada y transformada en residuo de la experiencia anterior de un individuo para formar un nuevo todo". En resumen, es percibir nueva experiencia referente a una experiencia anterior. Este concepto se usa en Test de Apercepción Temática.

Autoimagen: Es la imagen o representación mental que se obtiene de uno mismo, generalmente resistente al cambio, y que no representa solamente los detalles que pueden estar disponibles a la investigación u observación objetiva de otros (como la altura, peso, color del cabello, género, IQ, etc.), sino también los elementos propios que se han aprendido acerca de sí mismo, ya sea por experiencias personales o por la internalización de los juicios de los demás. Una definición simple de lo que representa la auto-imagen de una persona es la respuesta a esta pregunta - "¿Qué es lo que cree o piensa la gente de usted?".

Calidad de vida: es la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio que abarca: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente.

Contenidos latentes: Conjunto de significaciones a las que conduce el análisis de una producción del inconsciente, especialmente el sueño. Una vez descifrado el sueño no aparece ya como una narración formada por imágenes, sino como una organización de pensamientos, un discurso, expresando uno o varios deseos.

Counselling: El counselling es una profesión de ayuda que forma a un profesional denominado counselor, con el objetivo de asistir desde su saber psicológico a personas que atraviesan conflictos, crisis, o que están en la búsqueda de mayor bienestar. Literalmente traducido del inglés, el término en español más cercano sería consejero.

Estigma: Condición, atributo, rasgo o comportamiento, que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptable o inferior.

Evaluación psicológica: es una evaluación efectuada por un profesional de la salud mental como puede ser un psicólogo para determinar el estado de la salud mental de una persona. Una evaluación psicológica puede tener como resultado un diagnóstico de una enfermedad mental. Es el equivalente mental de un examen físico.

Ficha clínica: La historia clínica es un modo de conocer a las personas. Un diagnóstico retrospectivo que nos permite acceder a la intimidad de sus historias a través de un pretexto médico y psicológico.

Histeria conversiva: El trastorno de conversión (término que describe lo que anteriormente se llamaba histeria) o también llamados trastornos disociativos, fue un diagnóstico especialmente popular a fines del siglo XIX. Se refiere a los síntomas que afectan al comportamiento y que se asemejan a una enfermedad neurológica pero que no proceden de ninguna enfermedad física conocida ni se pueden explicar por ella. El psicoanálisis define el trastorno de conversión, o histeria de conversión, como una "Forma de histeria que se caracteriza por el predominio de los síntomas de conversión".

Insight: Insight es un término utilizado en Psicología proveniente del inglés que se puede traducir al español como "visión interna" o más genéricamente "percepción" o "entendimiento". Se usa para designar la comprensión de algo (este término fue introducido por la psicología Gestalt). Mediante un insight el sujeto "capta", "internaliza" o comprende, una "verdad" revelada. Puede ocurrir inesperadamente, luego de un trabajo profundo, simbólicamente, o mediante el empleo de diversas técnicas afines.

Mecanismos de defensa: Son estrategias psicológicas inconscientes puestas en juego por diversas entidades para hacer frente a la realidad y mantener la autoimagen. Las personas sanas normalmente utilizan diferentes defensas a lo largo de la vida. Un mecanismo de defensa del yo deviene patológico solo cuando su uso persistente conduce a un comportamiento inadaptado tal que la salud física y/o mental del individuo se ve afectada desfavorablemente. El propósito de los mecanismos de defensa del yo es proteger la mente/sí mismo/yo de la ansiedad o sanciones sociales y/o para proporcionar un refugio frente a una situación a la que uno no puede hacer frente por el momento.

Método inductivo: Bacon acepta la definición de Aristóteles de la inducción: "La inducción es un tránsito de las cosas individuales a los conceptos universales", la clarifica argumentando que significa obtener los axiomas sobre los que se basa el razonamiento correcto a partir "de los sentidos y los hechos particulares elevándose continua y progresivamente para llegar, en el último lugar a los principios más generales; este es el camino verdadero, pero todavía no probado", establece como método que "la inducción que ha de ser útil para el descubrimiento de las ciencias y las artes, debe analizar la naturaleza por las debidas eliminaciones y exclusiones; y luego, tras un número suficiente de negativas, concluir sobre hechos afirmativos".

Oncología: La oncología es la especialidad médica que estudia y trata las neoplasias; tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los malignos, esto es, al cáncer. El término oncología deriva del griego onkos (masa o tumor) y el sufijo -logos-ou (estudio de). Los profesionales de esta especialidad son los oncólogos.

Paranoia: El trastorno delirante o paranoia es un trastorno psicótico caracterizado por ideas delirantes no extrañas en ausencia de cualquier otra psicopatología significativa. En particular, la persona con trastorno delirante no ha cumplido nunca los criterios para la esquizofrenia y no tiene alucinaciones marcadas, aunque pueden estar presentes alucinaciones táctiles u olfativas si éstas están relacionadas con el tema del delirio. Una persona con trastorno delirante puede ser bastante funcional y no tiende a mostrar un comportamiento extraño excepto como resultado directo de la idea delirante. Sin embargo, con el tiempo la vida del paciente puede verse más y más abrumada por el efecto dominante de las creencias anormales.

Psicoeducación: La Psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desórdenes alimenticios y trastornos de personalidad. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La

teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Psicodinámico: La orientación psicodinámica en el campo de la salud mental sigue una línea que recoge el pensamiento psicoanalítico, basándose en que el acto de conducta es siempre un acto con sentido y con finalidad, con independencia de que el sujeto posea, o no, conocimiento de los mismos. La metodología derivada de esa concepción apunta, consecuentemente, a la exploración y objetivación de ese mundo interno del que el sujeto no tiene conocimiento, considerando lo inadvertido o inconsciente de la conducta como un componente esencial de la misma, precisamente por considerar que es lo inconsciente lo que da sentido y soporte a la conducta manifiesta.

Psicología de la salud: El conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento en la especialidad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.

Psicosociología: La psicopsicología constituye una rama especializada entre la medicina y la psicología que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento, los estados de salud y enfermedad, la prevención y el tratamiento, el fomento de hábitos sanos y la interdisciplinariedad.

Psicoterapia: La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo («paciente» o «cliente») que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

Pulsión de muerte: Según Sigmund Freud, pulsión de muerte (o pulsiones de muerte) es la tendencia inherente a toda vida orgánica que se evidencia en actos encaminados a la búsqueda de un estado anterior a la vida. Dentro de la última teoría freudiana de las pulsiones, designan una categoría fundamental de pulsiones que se contraponen a las pulsiones de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico. Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirían hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva.

Rapport: El Rapport es cuando dos o más personas sienten que están en “sintonía” psicológica y emocional (simpatía), porque se sienten similares o se relacionan bien entre sí. La teoría del rapport incluye tres componentes conductuales: la atención mutua, positividad mutua y la coordinación. La palabra se deriva del antiguo verbo francés rapporter que literalmente significa llevar algo a cambio; y, en el sentido de cómo las personas se relacionan entre sí significa que lo que una persona envía la otra lo devuelve. Por ejemplo, pueden darse cuenta de que comparten los mismos valores, creencias, conocimientos y conductas en torno al deporte o la política.

Técnicas proyectivas: Las técnicas pueden usarse para cuestionar de forma indirecta a los participantes a proyectar sus motivaciones, creencias, actitudes o sentimientos subyacentes con respecto a los temas de interés. Al Interpretar la conducta de otros, los participantes proyectan de manera indirecta sus propias motivaciones, creencias, actitudes o sentimientos en la situación.

Técnicas psicométricas: La psicometría es la disciplina que se encarga de la medición en psicología. Medir es asignar un valor numérico a las características de las personas, es usada esta función pues es más fácil trabajar y comparar los atributos intra e interpersonales con números y/o datos objetivos. Así, no se usa para medir personas en sí mismas, sino sus diferentes aspectos psicológicos, tales como conocimiento, habilidades o capacidades y personalidad.