



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Tema:

### **LOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL CUIDADOR PRIMARIO SEGÚN EL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD ONCOLÓGICA**

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica**

**Línea de investigación:**

Desarrollo humano y salud mental

**Autora:**

FIERRO ALVARADO IVETTE ALEJANDRA

**Directora:**

PSC. CL. MG. MARÍA ISABEL RAMOS NOBOA

Ambato – Ecuador

Septiembre 2016

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE**

**AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

LOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL CUIDADOR PRIMARIO SEGÚN EL  
ESTADIO DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD  
ONCOLÓGICA

**Línea de investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autora:**

Fierro Alvarado Ivette Alejandra

María Isabel Ramos Noboa, Psc. Cl. Mg.  
CALIFICADORA

f. \_\_\_\_\_

Betsy Ilaja Verdesoto Lcda. Mg.  
CALIFICADORA

f. \_\_\_\_\_

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo Psc. Cl. Mg.  
CALIFICADORA

f. \_\_\_\_\_

Aitor Larzabal Fernández Lcdo. Mg.  
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. \_\_\_\_\_

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.  
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. \_\_\_\_\_

Ambato – Ecuador  
Septiembre 2016

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo, Ivette Alejandra Fierro Alvarado portadora de la cédula de ciudadanía 180508791-1 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

---

Ivette Alejandra Fierro Alvarado

CI 180508791-1

## **DEDICATORIA**

Dedicado a quien en vida fue Fausto Rene Villota Larrea que demostró ser un hombre valiente en su lucha contra el cáncer. A su esposa Edith Alvarado e hijos Fausto, Fernanda y Daniela Villota que con amor y entrega cuidaron del hasta el último de sus días.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios principalmente por los dones y virtudes que me ha concedido, por su guía y protección en cada paso que doy lo que me permite culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres Álvaro y Marianita que son mi ejemplo a seguir, gracias por su constancia, paciencia, perseverancia y sobre todo por su amor y entrega mientras me educaban para que pueda alcanzar cada una de mis metas; a mis hermanos Álvaro y María Augusta que son mis compañeros de vida y que han estado conmigo en cada paso trascendental. Agradezco a mi familia extendida que siempre estando lejos o cerca me brindan su amor y preocupación

Agradezco a Isabel Ramos que con su dirección y preocupación hizo posible la realización del presente proyecto de investigación. Gracias a mis amigas y amigos que siempre están a mi lado apoyándome y compartiendo este largo caminar llamado vida y que han sido parte fundamental en este proceso. Y finalmente gracias a todos los profesores que han guiado mi vida universitaria, gracias por compartir su conocimiento y experiencia, me servirá para toda la vida.

## RESUMEN

La investigación tiene como objetivo diagnosticar los mecanismos de defensa más empleados por los cuidadores primarios del paciente oncológico y en base a estos establecer una guía que provea de estrategias de afrontamiento al cuidador primario. Se trata de un estudio de modalidad cuanti-cualitativa, que se desarrolla en base a un enfoque psicoanalítico. La información se recolectó por medio de la entrevista e historia clínica psicológica, Test proyectivo HTP y la encuesta enfocada en determinar los mecanismos de defensa más utilizados por el cuidador. Se trabajó con 20 cuidadores primarios de pacientes de los diferentes estadios de la enfermedad (I, II, III, IV), que se encuentran en tratamiento en “SOLCA Tungurahua”. Los resultados obtenidos permitieron determinar que los mecanismos de defensa más utilizados por el cuidador primario son la proyección, represión, negación y la formación reactiva. En base a los resultados obtenidos se desarrolló una guía de estrategias de afrontamiento que busca brindarle al cuidador primario herramientas para una mejor adaptación a la situación que está atravesando.

**Palabras Clave:** Cáncer, mecanismos de defensa, cuidador primario.

## ABSTRACT

This research seeks to diagnose the most commonly used defense mechanisms by primary caregivers of cancer patients to establish a guide that provides coping strategies to the primary caregiver. It is a study that uses a quantitative and qualitative method based on a psychoanalytical approach. The information was collected through interviews and psychological clinical history, HTP projective test and a survey focused on identifying more defense mechanisms to be used by the caregiver. This research worked with 20 primary caregivers of patients of different stages (I, II, III, IV) who are treated at "SOLCA Tungurahua". The results showed that most of the defense mechanisms used by the primary caregiver are: projection, repression, denial and reaction formation. Based on the gathered results, a guide of coping strategies that aims to provide the primary caregiver tools to better adapt to the situation that the patient is going through was developed .

**Key words:** Cancer, defense mechanisms, primary caregivers.

## TABLA DE CONTENIDOS

|   |      |
|---|------|
| DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD .....                                 | iii  |
| DEDICATORIA .....   | iv   |
| AGRADECIMIENTO.....   | v    |
| RESUMEN.....  | vi   |
| TABLA DE CONTENIDOS.....  | viii |
| TABLA DE GRÁFICOS .....   | xii  |
| INTRODUCCIÓN .....  | 1    |
| CAPÍTULO I.....   | 3    |
| PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DEL TRABAJO.....                                      | 3    |
| 1.1. Antecedentes .....   | 3    |
| 1.2. Problema.....  | 5    |
| 1.2.1. Descripción del problema .....   | 5    |
| 1.2.2. Preguntas Básicas.....   | 6    |
| 1.2.2.1. ¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?.....                 | 6    |
| 1.2.2.2. ¿Por qué se origina? .....   | 7    |
| 1.3. Justificación.....   | 7    |
| 1.4. Objetivos .....  | 8    |
| 1.4.1. General.....   | 8    |
| 1.4.2. Objetivos Específicos.....   | 8    |
| 1.5. Pregunta de estudio, meta y/o hipótesis de trabajo .....                       | 9    |
| 1.6. ¿Que será capaz de hacer el producto final del proyecto de investigación? .... | 9    |

|   |    |
|---|----|
| CAPÍTULO II .....                                       | 10 |
| MARCO TEÓRICO.....                                      | 10 |
| 2.1. Tópicos Freudianos.....                            | 10 |
| 2.1.1. Primera Tópica.....                              | 10 |
| 2.1.1.1. Consciente.....                                | 10 |
| 2.1.1.2. Inconsciente .....                             | 11 |
| 2.1.1.3. Preconsciente .....                            | 12 |
| 2.1.2. Segunda Tópica.....                              | 13 |
| 2.1.2.1. El Ello .....                                  | 13 |
| 2.1.2.2. Superyó .....                                  | 14 |
| 2.1.2.3. El Yo .....                                    | 15 |
| 2.2. Mecanismos de defensa.....                         | 16 |
| 2.2.1. Clasificación de los mecanismos de defensa ..... | 18 |
| 2.2.1.1. Represión .....                                | 20 |
| 2.2.1.2. Negación.....                                  | 20 |
| 2.2.1.3. Formación Reactiva .....                       | 21 |
| 2.2.1.4. Proyección.....                                | 22 |
| 2.3. Cáncer.....  | 23 |
| 2.3.1. Cáncer desde la medicina.....                    | 23 |
| 2.3.2. Cáncer y psicología.....                         | 26 |
| 2.3.3. Cáncer desde el Psicoanálisis.....               | 27 |
| 2.3.4. Cuidar al paciente con Cáncer .....              | 30 |

|   |    |
|---|----|
| 2.3.4.1. Cuidador Primario.....   | 31 |
| 2.3.4.2. Problemas que produce el cuidado crónico .....   | 34 |
| 2.3.4.3. Síndrome del Cuidador .....  | 35 |
| CAPÍTULO III.....   | 38 |
| METODOLOGÍA .....   | 38 |
| 3.1. Metodología de investigación .....   | 38 |
| 3.1.1. Método Aplicado .....  | 39 |
| 3.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información .....  | 40 |
| 3.1.3. Población y Muestra .....  | 42 |
| 3.1.4. Procedimiento Metodológico.....  | 43 |
| CAPÍTULO IV.....  | 45 |
| ANÁLISIS DE RESULTADOS .....  | 45 |
| 4.1. Análisis de la historia clínica: Datos sociodemográficos .....   | 45 |
| 4.2. Análisis de la historia clínica: Antecedentes relevantes de la historia de vida de los cuidadores primarios..... | 49 |
| 4.3. Análisis del cuestionario de Mecanismos de defensa .....   | 51 |
| 4.4. Correlación de los mecanismos de defensa con el estadio de la enfermedad de los pacientes con cáncer. ....       | 60 |
| CAPÍTULO V .....  | 69 |
| PROPUESTA.....  | 69 |
| 5.1. Planteamiento de la propuesta .....  | 70 |
| 5.1.1. Institución .....  | 70 |

|                                     |  |    |
|-------------------------------------|--|----|
| 5.1.2.                              | Población Beneficiaria .....                     | 70 |
| 5.1.3.                              | Ubicación .....                                  | 70 |
| 5.1.4.                              | Objetivos .....                                  | 70 |
| 5.1.4.1.                            | Objetivo general.....                            | 70 |
| 5.1.4.2.                            | Objetivos Específicos.....                       | 71 |
| 5.2.                                | Introducción .....                               | 71 |
| 5.3.                                | Justificación .....                              | 72 |
| 5.4.                                | Tema .....                                       | 72 |
| 5.4.1.                              | Conceptualización:.....                          | 73 |
| 5.4.1.1.                            | Mecanismos de defensa .....                      | 73 |
| 5.4.1.2.                            | Clasificación de los mecanismos de defensa. .... | 73 |
| 5.4.1.3.                            | Síntomas físicos y emocionales .....             | 76 |
| 5.4.1.4.                            | Estrategias de Afrontamiento.....                | 77 |
| CAPÍTULO VI.....                    |  | 80 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... |  | 80 |
| 6.1.                                | Conclusiones .....                               | 80 |
| 6.2.                                | Recomendaciones .....                            | 82 |
| BIBLIOGRAFÍA.....                   |  | 84 |

## TABLA DE GRÁFICOS

### Tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 2. 1. Tipos de angustia .....  | 16 |
| Tabla 2. 2. Clasificación de los mecanismos de defensa .....   | 18 |
| Tabla 2. 3. Clasificación del Cáncer por los tipos de tejido.....  | 24 |
| Tabla 2. 4. Estadios del cáncer.....   | 25 |
| Tabla 2. 5. Clasificación de los estadios de funcionalidad en pacientes con cáncer terminal, según la Escala Performance Status..... | 32 |
| Tabla 2. 6. Cuidado del paciente.....  | 33 |
| Tabla 2. 7. Necesidades del cuidador primario .....  | 35 |
| Tabla 2. 8. Determinantes en la aparición del SCC .....  | 36 |
| Tabla 4. 1. Antecedentes Relevantes de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos de SOLCA.....                               | 49 |
| Tabla 4. 2. Correlaciones entre mecanismos de defensa y los estadios de la enfermedad.....   | 60 |
| Tabla 4. 3. Correlaciones entre uso de los mecanismos de defensa.....  | 61 |
| Tabla 4. 4. Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio I .....              | 62 |
| Tabla 4. 5. Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio II.....              | 63 |
| Tabla 4. 6. Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio III.....             | 65 |

|  |    |
|--|----|
| Tabla 4. 7. Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio IV ..... | 66 |
| Tabla 5. 1. Clasificación de los mecanismos de defensa. ....   | 73 |
| Tabla 5. 2. Síntomas físicos y emocionales .....   | 76 |
| Tabla 5. 3. Estrategias de Afrontamiento.....  | 77 |

### **Gráficos**

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 3. 1. Procedimiento .....   | 43 |
| Gráfico 4. 1. Género de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos de SOLCA..... | 45 |
| Gráfico 4. 2. Edades de las mujeres cuidadores de pacientes oncológicos de SOLCA .....  | 46 |
| Gráfico 4. 3. Rangos de edad de la población de hombres cuidadores primarios.....       | 47 |
| Gráfico 4. 4. Nivel socioeconómico de la población de cuidadores primarios.....         | 48 |
| Gráfico 4. 5. Porcentaje del uso de mecanismos defensivos en estadio 1 .....            | 51 |
| Gráfico 4. 6. Porcentaje del uso de mecanismos defensivos en estadio 2 .....            | 52 |
| Gráfico 4.7. Porcentaje del uso de mecanismos defensivos en estadio 3 .....             | 53 |
| Gráfico 4. 8. Porcentaje del uso de mecanismos defensivos en estadio 4 .....            | 54 |
| Gráfico 4. 9. Represión relacionada con los estadios del cáncer. ....                   | 55 |
| Gráfico 4. 10. Formación Reactiva relacionada con los estadios del cáncer. ....         | 56 |
| Gráfico 4. 11. Negación relacionado con los estadios del cáncer. o .....                | 57 |
| Gráfico 4. 12. Proyección relacionada con los estadios del cáncer. ....                 | 59 |

## INTRODUCCIÓN

El Cáncer en la actualidad se ha convertido en una enfermedad diagnosticada diariamente en los diferentes ambientes hospitalarios, al ser considerado socialmente como una enfermedad catastrófica al momento de su diagnóstico genera tanto en la persona que lo padece como en sus familiares o allegados un gran impacto emocional. Esta investigación pretende determinar cuáles son los mecanismos de defensa más utilizados por los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos. La incidencia de esta enfermedad va en aumento por lo que se considera importante no trabajar únicamente con la persona que padece cáncer sino también con los encargados de su cuidado, los que viven la enfermedad conjuntamente con el paciente.

El contenido de esta investigación está constituido por seis capítulos; el primer capítulo en el que se presenta la información que dio paso a la investigación como la descripción del problema, el estado del arte, justificación y el planteamiento de los objetivos que son la base de la investigación con los cuales se llevó a cabo la meta propuesta. Con la finalidad de sustentar teóricamente el tema planteado se ha elaborado el marco teórico que es el segundo capítulo, en el que se plantea la fundamentación teórica de los mecanismos de defensa, concepto y clasificación, de igual manera sustentación teórica desde varios enfoques sobre el cáncer, haciendo énfasis en el cuidado primario para lo que se hace uso de información técnica y avalada.

En el tercer capítulo se describe la metodología usada, el alcance del estudio y su diseño, también se presentan los instrumentos empleados que permitieron el análisis

de la temática planteada. Se detallan los pasos para la elección de la población con la que se trabajó, por último se detalla el proceso de la investigación conjuntamente con las actividades realizadas. En el cuarto capítulo se detallan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos utilizados en la investigación que son: historia clínica, el test proyectivo HTP y cuestionario de mecanismos de defensa, para lo que se utilizó tablas de resumen y gráficos con su análisis e interpretación y la correlación de las variables.

Las conclusiones y recomendaciones de esta investigación se encuentran detalladas dentro del quinto capítulo, con los resultados obtenidos en el desarrollo de este proyecto de investigación. Finalmente, para cumplir la meta planteada en el sexto capítulo se presenta la guía de estrategias de afrontamiento dirigidas al cuidador primario del paciente oncológico.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DEL TRABAJO**

### **1.1. Antecedentes**

Para realizar la investigación fue importante conocer algunos estudios que se han realizado previamente, por lo que a continuación se detallan algunas investigaciones similares.

En la ciudad de México en un estudio realizado por Alfaro (2008) titulado “Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales en la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán” (p.1), la investigación se realizó en una muestra de 100 cuidadores, de los cuales 65 eran cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y 35 eran cuidadores de pacientes terminales. Se obtuvo como resultado un alto nivel de sobrecarga. Los cuidadores de los pacientes terminales presentaron más síntomas de depresión y su estado de ánimo se encontraba más afectado, sin embargo, en los dos tipos de cuidadores, manifestaron una sobrecarga en relación con la depresión y la ansiedad,

por lo tanto, se recomendó un programa de intervención psicológica, al encontrarse afectada el área afectiva de los cuidadores especialmente de los enfermos terminales. En Barcelona, García (2011) realizó un estudio dentro del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, con enfoque cualitativo, sobre el perfil del cuidador primario. La pregunta que guió la investigación fue: “¿Cuáles son los estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo del cuidador primario con el enfermo oncológico infantil? “ (p.4). La población con la que se realizó la investigación fueron 35 personas, entre ellos 26 mujeres y 9 hombres que desempeñaban el rol de cuidadores primarios en la fundación Enriqueta Villavecchia. Se obtuvo como resultados que “los cuidadores primarios debido al cuidado permanente del paciente tienen grandes conflictos internos, muchas de ellos tuvieron que dejar su trabajo limitando así la posibilidad de redes de apoyo, al tener como principal actividad el cuidado del enfermo” (García, 2011, p.12), estas condiciones en la calidad de vida del cuidador, generan agotamiento y estrés al no poseer tiempo de recreación provocando así un desajuste emocional y físico.

En Madrid en un estudio realizado por Huerta, Corona y Mendez (2006) dentro del Instituto Nacional de pediatría, con el tema: “Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer” (p.2), se trabajó con una muestra de 50 cuidadores primarios, a los cuales se les aplicó el instrumento de salud y vida cotidiana (HDL) en base a los resultados el autor pudo concluir que el afrontamiento cognitivo activo es el predominante en los cuidadores que usualmente son los padres, ya que a las demandas provocadas por la enfermedad de su hijo les otorgan un nuevo significado o lo modifican, logrando reducir los niveles de tensión provocados por la situación.

En la ciudad de Quito en un estudio realizado por Toledo (2012), en la Fundación Jonathan, con el tema: “Análisis del síndrome del cuidador primario en madres de niños y niñas de 0 a 2 años con parálisis cerebral” (p.1), se trabajó con 5 madres de niños que acuden a la institución, midiendo en ellas el nivel de tensión y de esfuerzo, obteniendo como resultado un gran nivel de sobrecarga y estrés. Como consecuencia presentaron dolencias físicas, problemas de salud mental y falta de estrategias personales para afrontar la situación.

## **1.2. Problema**

### **1.2.1. Descripción del problema**

La investigación se propuso en base a las necesidades observadas dentro del Hospital Julio Enrique Paredes C. “Unidad oncológica SOLCA Tungurahua”, el problema aparece al momento en que el paciente es diagnosticado con Cáncer, inmediatamente a esto una persona cercana asumirá voluntariamente o por delegación el rol de cuidador primario. Cuando la persona empieza a cuidar al enfermo, está expuesto a situaciones estresantes por la condición del paciente, “la presión familiar, el administrar la medicación, en algunos casos tendrán que dejar su trabajo, las redes de apoyo serán menores y las diferentes responsabilidades que al asumir el rol se le otorgan, por naturaleza lo afectarán psicológicamente” (García, 2011, p. 12), para afrontar esta carga emocional se activarán automáticamente los mecanismos de defensa para afrontar la situación.

Los mecanismos de defensa aparecen a raíz de una situación que es percibida por el cuidador como estresante o difícil de manejar, esto provocará un sin número de reacciones, lo que hará que la adaptación a la enfermedad, no se dé correctamente (Larbán, 2010). La activación de los mecanismos de defensa tanto del cuidador primario como del paciente, pueden provocar síntomas a nivel físico o mental. Es importante tener en cuenta que al momento en que estos mecanismos se presentan, influirán también en la relación entre el cuidador y el paciente teniendo ya que la conducta y la manera de afrontar la situación serán distintas. Se debe considerar que los mecanismos de defensa van a variar dependiendo del estadio de la enfermedad, que las condiciones de cada paciente son totalmente diferentes, ya que los síntomas y la probabilidad vida varían en cada estadio.

## **1.2.2. Preguntas Básicas**

### **1.2.2.1. ¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?**

El problema aparece a raíz del diagnóstico de la enfermedad, en este momento una persona cercana al paciente asume el rol de cuidador primario, la situación causa síntomas psicológicos como: ansiedad, depresión o estrés y al no saber cómo afrontarlos se dan inconscientemente los mecanismos de defensa como la negación, represión, racionalización, entre otros.

### **1.2.2.2. ¿Por qué se origina?**

Se origina a raíz del inadecuado manejo de las estrategias de afrontamiento que poseen los cuidadores primarios y la baja capacidad de adaptación ante situaciones no circunstanciales. Por este motivo en la presente investigación busca determinar qué mecanismos son utilizados con mayor frecuencia por los Cuidadores primarios.

### **1.3. Justificación**

El Hospital Oncológico “SOLCA Tungurahua” es el único centro oncológico en la provincia de Tungurahua que se encarga de la atención de los pacientes oncológicos del centro del Ecuador, el cual se encarga principalmente del tratamiento de los síntomas físicos del paciente con cáncer y en menor grado de los síntomas psicológicos, sin embargo, al ser el centro de atención el paciente oncológico se deja de lado a los encargados de su cuidado, principalmente al cuidador primario que es el que tiene a su cargo al paciente la mayor parte del tiempo y por ende vive la enfermedad día a día.

El indagar de qué manera afronta la enfermedad el cuidador primario del paciente con cáncer a nivel psicológico tiene grandes aportes, como por ejemplo: Conocer la percepción de la enfermedad desde un punto de vista diferente a la del paciente oncológico, también se puede conocer como el ejercer el rol de cuidador puede modificar la calidad y el estilo de vida de una persona. En base a la información que se recolectó durante la investigación se pudo establecer parámetros con los cuales se podría trabajar dentro de un proceso psicológico con este tipo de pacientes, así como generar una guía de estrategias de afrontamiento que permita llevar el cuidado

del paciente oncológico de una manera más sana evitando, problemas de salud a nivel físico y mental.

#### **1.4. Objetivos**

##### **1.4.1. General**

Analizar los mecanismos de defensa del cuidador primario según los estadios de la enfermedad del paciente oncológico.

##### **1.4.2. Objetivos Específicos.**

- Diagnosticar mecanismos de defensa utilizados por el cuidador primario.
- Correlacionar los mecanismos de defensa más usados por el cuidador primario según el estadio de la enfermedad del paciente.
- Elaborar una guía de estrategias de afrontamiento en base a la clasificación de los mecanismos de defensa más usados en el cuidador primario según el estadio de la enfermedad del paciente.

### **1.5. Pregunta de estudio, meta y/o hipótesis de trabajo**

#### **Meta**

- Disponer de una guía de estrategias de afrontamiento en base al análisis de los mecanismos de defensa usados por el cuidador primario según el estadio de la enfermedad del paciente.

### **1.6. ¿Que será capaz de hacer el producto final del proyecto de investigación?**

El producto final de la investigación al ser una guía brindará a los cuidadores primarios estrategias de afrontamiento que le permitan llevar a cabo de una mejor manera su rol frente al cuidado con el paciente y también cuidar de su salud física y sobre todo emocional.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Tópicas Freudianas**

El termino tópica es una derivación del termino griego “topos” que significa lugar. Freud lo utilizó para definir en dos categorías a su teoría sobre el aparato psíquico, planteando la primera tópica entre los años 1900-1920.

##### **2.1.1. Primera Tópica**

El aparato físico fue concebido por Freud a partir de 3 registros. El primero las tópicas, que hacen referencia a los diferentes lugares de la psique, segundo el registro dinámico que trata sobre la existencia de un conflicto psíquico y finalmente el registro económico que se refiere a la energía psíquica que se moviliza en la psique del sujeto constituida por el consciente, preconsciente e inconsciente los cuales se detallan a continuación (Azouri, 1998).

##### **2.1.1.1. Consciente**

El Psicoanálisis tiene como premisa básica la diferenciación del consciente y del inconsciente, planteándose a partir de esta, diferentes teorías. Para entender el enfoque psicoanalítico es importante tener conocimiento de las bases en las que se planteó por lo que a continuación se describen.

La conciencia según como la describe el fundador del psicoanálisis es la “superficie del aparato psíquico, en el que se encuentran todas las percepciones que llegan vienen de afuera (percepciones sensoriales) y las internas que son las sensaciones y sentimientos” (Freud, 1923, p.4), a la conciencia entonces llegarán todas las percepciones tanto externas (del medio) y las internas en este caso vendrían a ser las inconscientes que podrán pasar a la conciencia bajo ciertas condiciones. La conciencia es también una instancia transitoria, pues las percepciones no son siempre conscientes, Freud (1923) explica que “el estado de la conciencia pasa con rapidez; la representación ahora consciente no lo es más en el momento que sigue, sólo que puede volver a serlo bajo ciertas condiciones que se producen con facilidad” (p.4), es decir lo percibido será consciente siempre y cuando sea útil para el sujeto caso contrario las percepciones se vuelven latentes al transcurrir el tiempo y también dependerá del grado de satisfacción o malestar que estas generen en el sujeto.

#### **2.1.1.2. Inconsciente**

A pesar de que Freud no fue el primero en introducir el término inconsciente, al tomarlo en su teoría le dio un significado distinto, haciéndolo el principal elemento de estudio dentro del desarrollo de su teoría. El inconsciente para Freud vendría a ser una instancia a la cual la conciencia no tiene acceso, sin embargo, tiene diferentes formas de salir a flote a través de los actos de la vida cotidiana como son: los lapsus, lapsus linguae, errores de lectura, errores de escritura, errores de la acción, extravíos los sueños, actos fallidos, en esta área del aparato psíquico a diferencia de la conciencia, posee las representaciones o elementos reprimidos, es decir que no serán

evocados con facilidad por el sujeto. El inconsciente vendría a ser en base a Freud (1923) una serie de “procesos psíquicos latentes incapaces de volverse conscientes, al haberse reprimido de la conciencia” (p. 5), es decir son todas las percepciones que dentro del aparato psíquico podrían generar algún tipo de malestar.

### **2.1.1.3. Preconsciente**

En esta premisa del psicoanálisis, Freud (1923) en su libro *el Yo y el Ello* postula que existe una instancia más en el aparato psíquico del ser humano a parte del consciente y el inconsciente, argumentando que “la diferencia efectiva entre una representación inconsciente y una preconsciente consiste en que la representación inconsciente se consume en algún material que permanece no conocido, mientras que en el caso de la segunda (prcc) se añade la conexión con representaciones-palabra” (p.4), denominando así a esta área preconsciente que vendría a ser la que separa al consciente del inconsciente.

El preconsciente es el punto de unión entre el consciente e inconsciente siendo este según Minhot (2003) un, “sistema crítico cuya función es la de tomar decisiones conscientes, y se sitúa en el extremo motor” (p.95), para que los procesos de pensamiento que usualmente son inconscientes alcancen la conciencia, es necesario que se enlacen con los signos del lenguaje, precisamente es la función que realiza esta instancia, sin embargo no todos estos pensamientos se volverán conscientes, debido a que se presenta una fuerza llamada censura que controlará también los elementos que pasarán a la conciencia.

Esta clasificación no fue suficiente para Freud al descubrir la existencia del Yo, describiéndolo como una “organización coherente de los procesos psíquicos que se encuentra ligada a la conciencia” (citado en Milke, 2009, p.26); con este hallazgo decide formular una segunda tópica que pudiera abarcar esta nueva organización empezando así a hablar del “*Ello y el Superyó y el Yo*” los cuales posteriormente serán una parte fundamental dentro de su teoría.

### **2.1.2. Segunda Tópica**

La segunda tópica fue planteada en los años 1920-1939, la que consiste en la descripción de 3 instancias psíquicas que constituyen el aparato psíquico, estas instancias son: el Ello, Yo y Superyó que se describen a continuación.

#### **2.1.2.1. El Ello**

Esta instancia psíquica es considerada la más primitiva de la psique del sujeto, ya que está conformado por un conjunto de impulsos instintivos que constituyen el polo pulsional de la personalidad. Los contenidos y la expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes por lo tanto tienen una gran conexión con la parte biológica del sujeto, allí se encuentra la energía instintiva, y por medio del ello esta energía logra su exteriorización psíquica (Laplanche & Pontalis, 2004). El Ello al estar sometido

al proceso primario<sup>1\*</sup> se encuentra regido por las leyes del principio del placer, siendo así el ser primitivo sin frenos.”

#### **2.1.2.2. Superyó**

Instancia psíquica planteada por Freud (1923) como parte de su segunda tópica. El Superyó es concebido como el heredero de la instancia parental; aparece dentro de la infancia, al pasar la etapa fálica a raíz de la superación del complejo de Edipo<sup>2\*</sup>, en primer momento el superyó es representado por la autoridad parental que permite en la evolución infantil alternar las pruebas de amor y los castigos generadores de angustia. “El Superyó vendría a ser la instancia que representa la ley dentro del aparato psíquico, si bien es cierto contiene una parte del material inconsciente, este a partir de que se instaura en el sujeto fijara los límites al ello y la ley en el sujeto (no al incesto). Existe un combate en el aparato psíquico muy marcado, entre el Ello y Superyó ya que se los podría considerar polos opuestos. El Ello al ser el área primitiva en la que se encuentran los instintos y pulsiones buscará satisfacerlos a toda costa, aun si esto podría generar malestar en el sujeto, por lo que el Superyó al representar la autoridad estará en constante conflicto evitando la satisfacción de los mismos. Es ahí el momento en que aparece el Yo como mediador y salvavidas, para evitar así que se produzca un caos en el aparato psíquico.

---

<sup>1</sup> 1 Proceso primario. Proceso en el cual la energía psíquica fluye libremente la cual se condensa y desplaza al buscar la satisfacción de los deseos del inconsciente que salen a manera de lapsus, sueños, entre otros.

<sup>2</sup> 2 Complejo de Edipo. Mecanismo de identificación sexual en el cual el niño elige a su madre como primer objeto de amor.

### 2.1.2.3. El Yo

Es la Tercera Instancia planteada por Freud en su segunda tópica del aparato psíquico. El Yo se encuentra en una relación de dependencia, tanto a las reivindicaciones del Ello como a los imperativos del superyó y a las exigencias de la realidad. Aunque se presenta como mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es puramente relativa pues siempre dependerá de las demandas del ello y las exigencias del superyó.

El Yo tiene funciones principales dentro del aparato psíquico, así como las otras instancias, una de ellas es la de adaptarse a la realidad y defender al sujeto de posibles peligros o dificultades. Corman hace referencia a diversos tipos de peligro: “los procedentes del mundo interno y los relacionados con la realidad externa que según como se experimenten de forma equilibrada, impulsiva o con férreas defensas se hallan íntimamente relacionados con fantasías inconscientes, tendencias, defensas y con el equilibrio, rigidez o fortaleza de las instancias psíquicas” (citado en Gomila, p.330). El Yo no sólo protege del displacer de origen interno, sino que también aprende a experimentar el displacer del mundo externo, al encontrarse en estrecho contacto con él, del cual toma sus objetos amorosos extrayéndolos de las impresiones que su percepción capta y elabora.

A. Freud (1954) plantea que el Yo combate solamente a los derivados del Ello que buscan introducirse en su territorio pretendiendo alcanzar su satisfacción y hacerse conscientes como: amor, celos, desconfianza, dolor que acompañen a los deseos sexuales, o también ira, odio, rabia que forman parte a los impulsos agresivos, el Yo evitará a toda costa que estos salgan en su manera natural y para ello buscará transformarlos y usará lo que Freud llamó mecanismos de defensa.

## 2.2. Mecanismos de defensa

El término defensa es empleado por primera vez por Freud (1894) en su estudio sobre las "Neuropsicosis de defensa" citado por Bleger (1968) en el cual describe los síntomas como formaciones defensivas frente a ideas y afectos no tolerados por el Yo y dolorosos. Freud posteriormente, sustituye el término por el de *represión*, pero se retracta y señala que la represión sería una forma de defensa más no su totalidad, por lo que decide regresar al concepto anterior. No es hasta 1926 que estudió en detalle la noción de estos, denominando así mecanismos de defensa a "las reacciones psíquicas generadas por el yo a un hecho o representación que podría ser para el sujeto considerado amenazante" (Citado en Bleger, 1968, p.84).

La angustia que causan las diferentes situaciones en la vida del sujeto, dan paso a que se generen los mecanismos de defensa, pero esta defensa no aparece solamente por la angustia que se genera al percibir como amenazante una representación, se produciría también de la conciencia moral (Superyó) o de la realidad exterior, las cuales se describen a continuación en la Tabla 2.1.

Tabla 2. 1. Tipos de angustia

| Tipos              | Definición   |
|--------------------|--|
| Angustia real      | Aparece de los peligros y amenazas del mundo exterior.   |
| Angustia neurótica | Se genera por los impulsos del ello que amenazan con penetrar a través de las barreras de control del yo y que pueden conducir a conductas que serían castigadas de alguna |

|                 |   |
|-----------------|---|
|                 | manera.   |
| Angustia moral, | Se produce por una acción real o imaginaria que cae en conflicto con el súper- yo del individuo y que da lugar a sentimientos de culpa. |

Fuente: Freud (citado en Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003)

La angustia como se la menciona anteriormente se da ante una situación que es percibida como peligrosa actuando como una especie de advertencia de tal modo que obliga al sujeto a someterse a acciones autocorrectivas. A menudo el Yo es capaz de hacer frente a la angustia tomando ciertas medidas de afrontamiento que se pueden considerar sanas, como la sublimación, que es considerada también un mecanismo de defensa, sin embargo, cuando estas medidas no son suficientes, el Yo hace uso de mecanismos de defensa que podrían generar altercados en el funcionamiento normal del aparato psíquico del sujeto.

Los mecanismos de defensa trabajan conjuntamente con la personalidad total, estos permiten al sujeto distorsionar la percepción de peligro, disminuyendo de cierta manera la tensión o ansiedad y las fuentes de inseguridad. Según Bleger (1968) los mecanismos de defensa “son técnicas que logran un ajuste o una adaptación del organismo, pero que no resuelven el conflicto.” (p.83). En base a lo planteado por el autor se diría que los mecanismos de defensa permiten que el conflicto causado en el sujeto se disocie, es decir que se separe la representación del sentimiento o emoción que esta le genera llevándola al inconsciente, impidiendo su resolución.

Los mecanismos no existen solamente en los procesos patológicos, sino que intervienen normalmente en el ajuste y desarrollo del sujeto; “lo que condiciona o

produce cambios cualitativos; la rigidez o plasticidad en la dinámica o alternancia de las conductas defensivas es otro de los caracteres que diferencia lo normal de lo patológico" (Freud, 1937 p. 238), es normal que estos mecanismos de defensa se activen, ya que todo sujeto en algún momento de su vida necesitará utilizarlos, la diferencia entre su uso normal o patológico está en que para emplearlos, el sujeto necesita consumir energía psíquica para establecer y mantener estos mecanismos.

Como se mencionó anteriormente Freud fue el primero en tratar sobre el Yo y su manera de defenderse ante las pulsiones del Ello, sin embargo su hija Anna Freud no se quedó conforme con el análisis total de este tema planteado por su padre. Lo cual la indujo a realizar análisis más profundo de este tema, desarrollando una clasificación de los mecanismos de defensa los cuales se detallaran a continuación.

### 2.2.1. Clasificación de los mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa en base al trabajo realizado por A. Freud en su libro "El YO y los mecanismos de defensa" se clasifican en 9 tipos, los mismos que se describen en la tabla 2.2 que se presenta a continuación.

Tabla 2. 2. Clasificación de los mecanismos de defensa

| Mecanismos de defensa  | Definición  |
|------------------------|---|
| <b>Racionalización</b> | Mecanismo en el cual el sujeto intenta justificar una conducta o situación, atribuyéndola a motivos lógicos o admirables. |
| <b>Desplazamiento</b>  | Mecanismo en el cual el sujeto redirige la emoción causante de malestar hacia una representación o persona.               |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Formación Reactiva</b> | Implica comportarse de manera opuesta a los sentimientos reales del individuo.   |
| <b>Negación</b>           | Esfuerzo inconsciente por suprimir una realidad desagradable, implica el reconocimiento de la realidad.  |
| <b>Represión</b>          | Es el rechazo de un elemento que ingresa a la conciencia hacia el inconsciente y permanece inconsciente. Este elemento desde el inconsciente pugna por expresarse, por ganarse acceso a la conciencia. |
| <b>Regresión</b>          | Este mecanismo genera un retroceso a un nivel evolutivo, en el que se usan de patrones antiguos que permitieron la resolución de conflictos en una etapa previa.                                       |
| <b>Proyección</b>         | Atribución de pensamientos, sentimientos, conductas y motivos no aceptables propios hacia otras personas.  |
| <b>Introyección</b>       | Comprende la adquisición o atribución de características de otra persona como si fueran de uno.  |
| <b>Sublimación</b>        | Desplazamiento de la dirección del objeto instintivo hacia un valor social más elevado, presupone la aprobación o el conocimiento de tales valores, la existencia del superyó.                         |

Fuente: (Freud, 1954)

Estos nueve mecanismos de defensa permiten que la tensión psíquica disminuya y así el Yo de cierta forma esquive las demandas del Ello, existen varias clasificaciones de los mecanismos de defensa de estudios posteriores realizados por varios autores, sin embargo la presente investigación se acogerá a la clasificación planteada por A. Freud

A continuación se describen más a fondo los mecanismos de defensa: represión, negación, formación reactiva y proyección debido a que esta conceptualización permitió el desarrollo de la investigación.

#### **2.2.1.1. Represión**

La represión es el primer mecanismo de defensa trabajado por Freud, este mecanismo “implica que un elemento es rechazado de la conciencia y permanece inconsciente. Desde el inconsciente pugna por expresarse, por ganarse acceso a la conciencia” (Gómez & Campbell, 2013,p.38). Al momento en que este mecanismo se activa (inconscientemente) en el sujeto, la representación causante de malestar o su afecto, serán excluidos inmediatamente al inconsciente, lo que podría generar diferentes síntomas psicológicos o físicos en la búsqueda de hacerse conscientes.

La represión vendría a ser el principal mecanismo de defensa pues los demás están ligados en cierta manera a este, “La esencia del proceso de la represión no consiste en suprimir y destruir una idea que representa al instinto sino en impedirle hacerse consciente” (Freud, 2011), mientras el yo busca defenderse de las amenazas del ello, lo reprimido busca salir por cualquier vía por lo que se generan otros mecanismos de defensa como son la negación, la formación reactiva, la proyección.

#### **2.2.1.2. Negación.**

El Yo al luchar contra los impulsos del Ello por el intento de fuga de lo reprimido, en algunas ocasiones activará el mecanismo de defensa de la negación, así el Yo

según A. Freud (1954) “sé capacita para eludir los estímulos displacientes y en lugar de percibir la impresión dolorosa y subsecuentemente anular sus efectos, sustrayendo sus cargas o catexias, el yo usa la libertad de preservarse, esquivando abordar la peligrosa situación externa” (pg.45).

Como ejemplo de este mecanismo, se pudo observar dentro de la investigación el caso de una joven que no aceptaba la enfermedad de su madre, le era difícil aceptar esta verdad porque le causaba un gran malestar pensar en la posible muerte de su madre. La negación estaba presente de tal manera que la joven no quería llevar a su madre al hospital pues ella aseguraba que no estaba enferma. Como se plantea en el ejemplo anterior el Yo puede refugiarse en una realidad alterna la cual le permite, huir y así evitar la producción de displacer en el verdadero sentido de la palabra.

### **2.2.1.3. Formación Reactiva**

El Ello buscará hacer consciente lo reprimido para poder satisfacer sus impulsos, por lo que una vez más el Yo activa sus defensas, intentando protegerse, así este mecanismo permitirá que los impulsos reprimidos que intentan hacerse conscientes se disfracen haciendo que parezcan lo contrario a su forma original. Según A. Freud (1954) este mecanismo de defensa sirve “como garantía contra el retorno de lo reprimido desde adentro” (p.58). Al asegurar la represión mediante la formación reactiva el Yo se vale de la capacidad del instinto para la conversión en lo contrario.

Para entenderlo mejor se puede hablar del hijo que siente odio por su padre, pero al no ser algo aceptado socialmente y al tener que convivir diariamente con él, este sentimiento podría generar un malestar muy fuerte por lo que lo reprimirá y en su

intento de salir, al utilizar la formación reactiva el Yo transformará este sentimiento en lo contrario, mostrando así un amor exagerado, incluso dependiente hacia la figura paterna.

#### **2.2.1.4. Proyección**

Al igual que los mecanismos planteados anteriormente, el Yo busca otra manera de defenderse y en cada sujeto estas defensas variaran dependiendo de la situación y la personalidad de cada uno. Así al momento en que el Yo se defiende por medio de este mecanismo entra a un proceso en el que el sujeto atribuirá los propios impulsos, sentimientos o afectos a otras personas como un fenómeno defensivo (Gomila, 2005). La proyección así como todos los mecanismos de defensa guarda una cercana relación con la represión, al separar el afecto de la representación y esta aparecerá no solo ante una situación que le genere de ansiedad o angustia por los instintos de Ello sino también por las demandas de Superyó (Freud, 1954). La proyección es un mecanismo que incluso el sujeto puede haberlo utilizado desde la infancia, este aparece por que el sujeto repudia sus propios deseos y actividades que devienen peligro, lo que le permite encontrar un autor responsable en el mundo exterior.

Estos mecanismos de defensa planteados anteriormente, los puede hacer uso inconscientemente, cualquier persona que atraviere a una situación que le genere malestar. Al realizar la observación clínica anterior a la investigación se pudo evidenciar del uso de ciertos mecanismos de defensa en sujetos que asumían el rol de cuidador primario de pacientes con cáncer, por lo que se consideró pertinente la

indagación de este fenómeno, para lo cual es necesario en primera instancia, hacer referencia a la temática relacionada con el cáncer, su definición, clasificación y el rol que cumplen los cuidadores primarios de los pacientes que padecen esta enfermedad.

## **2.3. Cáncer**

### **2.3.1. Cáncer desde la medicina**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,2005), el término cáncer abarca a un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una de las características principales del cáncer es la propagación rápida de células malignas que crecen más de lo normal y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o regarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de metástasis. Según estudios realizados por la OMS (2005), a medida que pasan los años las cifras de mortalidad causados por estas enfermedades van aumentando, el incremento se debe a la calidad de vida que llevan las personas, la alimentación, el cuidado de la salud, entre otras cosas permiten que se produzcan estas enfermedades.

El Instituto Nacional del Cáncer (2015) manifiesta que el Cáncer es un término utilizado para definir al grupo de enfermedades en las que existe la multiplicación de células anormales que tienen la capacidad de invadir otros tejidos y órganos. En el cáncer, no solo hay un fallo de la célula transformada en tumoral para realizar sus funciones especiales, sino que también se establece la invasión de otros tejidos a distancia (metástasis) y una competencia por la supervivencia con las células normales del entorno, que se basa en el aprovechamiento de cambios mutacionales

rápidos y continuos, favorables a sus propósitos, y en la selección natural. Según la Organización Mundial de la Salud (2005) las células han perdido su compromiso con el resto y, paradójicamente, su traicionera lucha por una supervivencia aislada origina su propia destrucción al conducir a la muerte al huésped que parasitan.

Existen diferentes clasificaciones de cáncer, entre ellas están, la clasificación por el sitio de origen, la clasificación por el grado, la clasificación por el escenario y la clasificación por los tipos de tejido. En esta investigación para tener un conocimiento más amplio acerca del cáncer se detallará la clasificación por los tipos de tejido en la tabla 2.3, por ser la clasificación que utilizan los doctores en SOLCA Tungurahua al momento del diagnóstico.

Tabla 2. 3. Clasificación del Cáncer por los tipos de tejido.

| <b>Tipo</b>      | <b>Descripción</b>   |
|------------------|--|
| <b>Carcinoma</b> | Es el tumor maligno que se origina en la capa que recubre (células epiteliales) los órganos.   |
| <b>Sarcoma</b>   | Se trata de un tumor maligno que se origina en los tejidos conectivos, tales como los cartílagos, la grasa, los músculos o los huesos.   |
| <b>Mieloma</b>   | El tumor se origina en las células de plasma de la médula., estas son capaces de producir los diversos anticuerpos en respuesta a infecciones.   |
| <b>Leucemia</b>  | Conocido comúnmente como cáncer de la sangre. Las personas con leucemia presentan un aumento notable en los niveles de glóbulos blancos o leucocitos, se afectan la sangre y la médula ósea (zona interna de los huesos, donde se originan las células sanguíneas) |
| <b>Linfoma</b>   | Se denomina así al cáncer del sistema linfático. El sistema linfático es una red de ganglios y vasos finos que existe en todo el cuerpo, su función es combatir  |

|                        |  |
|------------------------|--|
|                        | las infecciones.   |
| <b>Tipos mezclados</b> | Éstos tienen dos o más componentes del cáncer. Algunos de los ejemplos incluyen el tumor mesodérmico mezclado. |

Fuente: Aecc (Asociación Española Contra el Cáncer, 2015)

El cáncer como se observa en la tabla anterior puede encontrarse en cualquier órgano o área del cuerpo humano, afectando en diferente forma y grado a los sujetos que lo padecen. El tratamiento para enfrentar el cáncer por ende será diferente en cada paciente y sus efectos secundarios de igual forma variarán según el organismo de cada sujeto, por lo que el afrontar la enfermedad será totalmente diferente en cada caso.

Así como el cáncer se puede diagnosticar por el tejido en el que se encuentra el daño, se lo ubica también en base al grado de la enfermedad, por lo que se pondrá al paciente oncológico en los estadios de la enfermedad que se detallan en la tabla 2.4 a continuación:

Tabla 2. 4: Estadios del cáncer.

| <b>Estadio</b>    | <b>Descripción</b>   |
|-------------------|--|
| <b>Estadio I</b>  | El tumor o daño se encuentra únicamente en el órgano de origen, y su tratamiento no es tan drástico.                           |
| <b>Estadio II</b> | Son tumores de alto grado, generalmente superficiales, que no comprometen la funcionalidad del órgano en el que se encuentran. |

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Estadio III</b> | Son tumores grandes, de alto grado y generalmente más profundos.  |
| <b>Estadio IV</b>  | El cáncer se ha diseminado a órganos o tejidos distantes, es decir se ha generado metástasis. Su tratamiento es únicamente paliativo. |

Fuente: Instituto Nacional del cáncer (INC, 2015)

Los pacientes de los diferentes estadios, como se detalla en la tabla 2.4, al estar expuestos una enfermedad que invade diferentes órganos de su cuerpo, deteriorándolos en base al avance de la enfermedad necesitan de un cuidado singular, cada caso es único, así como los síntomas y reacciones de cada paciente serán diferentes; sin embargo, se considera que el sujeto que se encuentra en el estadio IV de la enfermedad (cáncer terminal), tiene un deterioro mayor tanto en el aspecto emocional como en el funcional, por la propagación de la enfermedad al encontrarse en esa etapa.

### **2.3.2. Cáncer y psicología**

Se puede considerar al cáncer dejando a un lado el punto de vista médico, como un grupo de células que se ha alejado de los ideales del resto dejando de servir a su totalidad (cuerpo), para enfocarse en su bienestar buscando su propio crecimiento, según Dethlefsen (2002) “el cuerpo ve como cada vez más sus células alteran su comportamiento y, mediante una activa división, inician un proceso que en si no conduce a ningún fin y solo encuentra sus límites en el agotamiento del huésped”(p.284), al dejar de portarse como miembro multicelular, retrocede a una

etapa en la que verá únicamente por su auto multiplicación, utilizando a la comunidad como su fuente de alimentación desgastando al cuerpo y provocando un mal funcionamiento del órgano al que pertenece. Frente al diagnóstico de cáncer el sujeto empezará un periodo de duelo, que implica la pérdida del ideal de vida, de la salud; en ocasiones de la pérdida de una parte del cuerpo, sumando a todo esto el deterioro de la imagen que provoca los tratamientos como la cirugía, quimioterapias, radioterapia, etc.

En base a la experiencia obtenida posterior a las realizar prácticas en el departamento Psicológico de “ SOLCA Tungurahua” se pudo percibir que previo a la detección del cáncer, la espera del diagnóstico genera reacciones de ansiedad, angustia en los pacientes y familiares, generando un gran impacto emocional, al ser un momento de mucha tensión por el significado de la enfermedad, se puede pensar que los sujetos que la sufren presentan un duelo, es decir negación del suceso, angustia, agresión, depresión, culpa, aludiendo en algunos de los casos que es un castigo Dios por no haber cumplido con sus preceptos.

### **2.3.3. Cáncer desde el Psicoanálisis**

Así como se planteó anteriormente el cáncer desde el punto de vista médico y el de la psicología en general, es importante describirlo desde el psicoanálisis; plantea Chiozza (2010) al cáncer como el comportamiento narcisista de las células de los neoplasmas malignos que comienzan a actuar para su propio interés creciendo así de manera incontrolable, creando tumores malignos que son los protagonistas del cáncer. Para llegar a este planteamiento, el autor postula que existe un deseo

incestuoso reprimido en el sujeto por ser considerado prohibido, estas fantasías incestuosas son consideradas una descarga de excitación que se teme, y que al ser reprimida adquiere una representación sustitutiva, como una enfermedad, una maldición o alguna otra forma de castigo (Chiozza, 2010), constituyendo así un fracaso para el paciente al no satisfacer sus instintos o fijaciones.

Por otra parte Aulagnier (citado en Alessandri, 2009), plantea que el cuerpo del cuál el sujeto (paciente con cáncer) se siente amo, le hace una mala jugada, pues es invadido, el cuerpo el cuál es habitado por un nuevo huésped (cáncer) genera un sentimiento de estar en casa, este es vivido de manera inadvertida, pero no disruptiva, puede generar daños por el pasar de los años, pero el cuerpo sigue sintiéndose acogedor para el huésped mientras tanto al someterse a varios tratamientos o cirugías el sujeto siente que el cuerpo ya no es su casa, ahora es un lugar desconocido. Se puede considerar esta situación como una catástrofe, la cual destruye, derrumba, dejando al sujeto en un estado de profunda desorientación e incertidumbre.

El cuerpo se transforma en fuente y lugar de sufrimiento, de esta forma empieza una batalla entre este y el Yo, en la que dejarán de ser una unidad psicósomática como lo plantea Freud (citado en Alessandri, 2009) convirtiéndose este cuerpo en una exterioridad ajena al Yo, provocando así un sufrimiento inevitable, generando sentimientos de impotencia y miedo al sentir amenazada su existencia llegando incluso a desconfiar de las capacidades del otro (médico). En el momento en el que el individuo se da cuenta que no tiene control de su cuerpo, aparece la disociación como mecanismo de sobrevivencia, creando la desintegración entre la psique y el cuerpo del paciente.

El cáncer puede afectar a diferentes partes del organismo, uno de estos lugares puede ser la mama, Alessandri (2009) en su estudio “cáncer de mama y mastectomía” plantea que este puede darse por que en la mama se centra un importante quantum de energía libidinal, convirtiéndose en lugar erógeno privilegiado del goce, representando un significante fálico del deseo y también del goce. Al ser un lugar de concentración de energía libidinal tendrá un mayor grado de tensión psíquica, por lo que está fuertemente erotizado y es propenso no solo al desplacer propio de la vida psíquica sino también al padecimiento. El quantum de energía libidinal buscará ser descargado por determinado lugar del cuerpo en este caso la mama, y en su liberación el Yo se defenderá, por lo que el goce es desplazado y reubicado en el cuerpo como síntoma, provocando incluso la enfermedad como forma de castigo.

Frente a un diagnóstico de cáncer se avecinan fantasías de deterioro, dolor y muerte. El cuerpo, es invadido por los avatares de la medicina, son contingencias que irrumpen en el cuerpo. Dependiendo del tipo de diagnóstico, este cuerpo puede ser mutilado, la imagen especular es afectada, algo de esa imagen se pierde (Vera, 2012), el sujeto tendrá que enfrentarse a una nueva situación de vida que en la mayoría de los casos atenta hacia la misma lo que representa un momento de gran incertidumbre, al ser considerada una enfermedad impredecible, debido a que no todos los organismos evolucionan de la misma manera ante los diferentes tratamientos y la cura no va a ser en todos los casos el resultado final.

#### **2.3.4. Cuidar al paciente con Cáncer**

Cuidar, según el Diccionario de la Lengua citado por Larbán (2010) refiere que cuidar es: “Asistir a alguien que lo necesita. Cuidar, sería el acto de atender; Tratar; Cuidar a alguien; Tener atención por alguien; Tener cuidado de/por alguien; Cuidarse así mismo” (p.57). El cuidar se podría definir como el conjunto de acciones, que involucran, esfuerzo mental y físico, valores, afectos con el fin de ayudar en la mejora de la calidad de vida de la persona a la cual se atiende.

Cuidar a una persona es cuidar de un sujeto único, con derechos, con una identidad y personalidad concebidas mientras crece, estas características propias del sujeto el cuidador debe saber respetar y promover en la medida de sus posibilidades (Larbán, 2010). La persona que necesita de cuidados sigue y seguirá siendo, un sujeto otorgado de una dignidad exclusiva que por causa de su patología, sufre una reducción de sus capacidades y de sus posibilidades de expresión, movimiento y comunicación; pero, aun así, es una persona, y en cuanto tal, su dignidad es intocable.

El paciente oncológico por las características de la enfermedad y por el fuerte proceso que deben pasar en la búsqueda de su vencimiento, necesitará según el estadio en el que se encuentre, cuidados en diferentes áreas de su vida para lo cual una persona, usualmente un familiar cercano, deberá asumir estos cuidados de forma permanente, mientras el paciente padezca la enfermedad, a las personas que asumen este rol se las ha denominado cuidadores primarios de los cuales vamos a tratar a continuación.

#### **2.3.4.1. Cuidador Primario**

En 1999 la OMS definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por él y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta” (Alfaro et. Al, 2008). Por lo cual, la OMS establece que el cuidador primario es la persona encargada del bienestar del sujeto que en ese momento necesita de su cuidado será temporal o permanentemente, lo cual tendrá un impacto en el estilo de vida del cuidador y de la persona que necesita de su cuidado.

Algunos factores identificados en los cuidadores primarios y que han sido susceptibles de evaluación son patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, síndrome del cuidador, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad y estrés, tipo de cuidado y sobrecarga. Estos factores van a variar dependiendo de la forma en que los cuidadores primarios afronten la situación y esto también se verá influenciado por el Estadio de cáncer en la que se encuentre el paciente, a continuación en la tabla 2.5 se hace referencia a la funcionalidad de los pacientes con cáncer que se encuentran en estadio IV de la enfermedad.

Tabla 2. 5: Clasificación de los estadios de funcionalidad en pacientes con cáncer terminal, según la Escala Performance Status.

**Estados de funcionalidad del paciente con cáncer en etapa terminal ( estadio IV)**

|  |  |
|--|--|
| <b>1. Paciente plenamente activo</b>   | En condiciones de realizar todas las actividades, sin restricción.   |
| <b>2. Paciente restringido</b>   | En actividades físicamente extenuantes, pero capaz de realizar actividades del diario vivir, recibe atención médica ambulatoria. |
| <b>3. Paciente que recibe atención ambulatoria menos del 50% del tiempo.</b> | Capaz de proveerse autocuidado, pero incapaz de llevar a cabo cualquier tipo de trabajo  |
| <b>4. Paciente capaz de proveerse autocuidado sólo en forma limitada,</b>    | Confinado a la cama o silla más del 50% de las horas de vigilia, necesita cuidados de enfermería                                 |
| <b>5. Paciente completamente discapacitado, postrado</b>                     | No puede proveerse autocuidado y necesita cuidado de enfermería.   |

Fuente: (Eastern Cooperative Oncology Group, 2015)

Como se pudo observar en la tabla anterior los pacientes oncológicos en estadio IV, dependiendo de los órganos que están comprometidos y el tipo de tratamiento al que se encuentren sometidos, podrán tener una funcionalidad que va desde activa hasta totalmente inactiva y en base a esta funcionalidad el cuidador primario tendrá que asumir sus responsabilidades.

El cuidador primario que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo que por su enfermedad se encuentra limitado, será usualmente el esposo/a , hijo/a, un familiar o alguien cercano a la persona que padece la enfermedad,

poniendo en primer plano su solidaridad con el que sufre. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia (Expósito, 2008).

Es importante que antes de asumir el cuidado al enfermo el cuidador tenga en cuenta los siguientes aspectos que se detallan en la tabla 2.6:

Tabla 2. 6. Cuidado del paciente

|    |   |
|----|---|
| A) | La información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.  |
| B) | Orientación sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad de su familiar   |
| C) | Valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir su cuidado que tienen otros miembros de la familia |
| D) | Mantener, si es posible, sus actividades habituales   |
| E) | Saber organizarse y cuidarse  |
| F) | Prepararse para enfrentar la etapa de duelo.  |

Fuente: (Expósito, 2008)

Estos aspectos expuestos en la tabla anterior permiten que el cuidador primario realice sus actividades de una manera más efectiva, cuidando así no solo del bienestar físico y psicológico del paciente sino también el propio.

#### **2.3.4.2. Problemas que produce el cuidado crónico**

El cuidador primario demanda apoyo porque la atención de un paciente dentro del hogar representa un cambio realmente significativo en el estilo de vida, al momento del diagnóstico no se encuentran preparados. Con frecuencia el brindar cuidados constantes a la persona que lo requiere genera en la persona que asume el rol de cuidador sentimientos depresivos así como irritabilidad, disminución del rendimiento, sensación de fracaso y en muchos casos se presentan también síntomas somáticos, la pérdida de autoestima es un factor que interviene en gran manera al desgaste emocional y lo que podría dar a paso a otro trastorno, que se conoce como el síndrome del quemado, se producen básicamente según Expósito (2008) por:

- a) La transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes le atienden.
- b) La repetición de las situaciones conflictivas.
- c) La imposibilidad de dar de sí mismo de forma continuada que puede llegar a incapacitarle seriamente para continuar en esta tarea. (prr.3).

Algunos factores identificados en los cuidadores primarios y que han sido susceptibles de evaluación son patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, síndrome del cuidador, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad y estrés, tipo de cuidado y sobrecarga, por lo que el cuidador primario al ser un sujeto común que por circunstancias extraordinarias asumió este rol, también tienen necesidades para desarrollar este papel, las cuales se detallan en la tabla 2.7 expuesta a continuación:

Tabla 2. 7. Necesidades del cuidador primario

| <b>Necesidades</b>                  | <b>Descripción</b>   |
|-------------------------------------|--|
| <b>Necesidad de información</b>     | Información sobre la enfermedad y sus implicaciones.                           |
| <b>Necesidad de formación</b>       | Formación sobre el cuidado al paciente.  |
| <b>Necesidad económica</b>          | Solventar los gastos que demanda la enfermedad.                                |
| <b>Afrontamiento del estrés</b>     | Poder manejar de manera adecuada la situación compleja en la que se encuentra. |
| <b>Necesidad de apoyo emocional</b> | Apoyo por parte de familiares o amigos cercanos.                               |
| <b>Necesidad de descanso</b>        | Establecer horarios adecuados de descanso para evitar un desgaste.             |

Fuente: (Garcia , 2011)

En la tabla 2.7 se puede evidenciar las necesidades que atraviesa el cuidador primario, estas no solo tendrán que ver con los factores, tiempo y dinero sino también con la salud mental y física del cuidador.

#### **2.3.4.3. Síndrome del Cuidador**

El sujeto que toma el cargo de cuidador primario, asume nuevas responsabilidades, al tener como adeudo el bienestar de una persona enferma que por el momento no puede valerse por sí misma. Este cambio hará que el estilo de vida se modifique y en la mayoría de los casos provocará que los niveles de estrés aumenten lo que repercute en la salud mental, esto genera malestar psíquico principalmente síntomas de ansiedad y depresión, pero también deterioro en la salud física, en el área social,

tiempo de ocio, calidad de vida y situación económica lo cual se ha denominado síndrome del cuidador (López, Orueta, & Gómez, 2009). Para que este síndrome aparezca pueden intervenir varios factores los cuales se presentan en la tabla 2.8.

Tabla 2. 8: Determinantes en la aparición del SCC

**Indefensión aprendida.** Se plantea como el escaso o nulo control sobre la situación adversa en repetidas ocasiones.

**Interés social** Se refiere al interés activo del fomento del bienestar humano. La aparición del interés social, unido a la incapacidad de realizar reuniones y actividades de esparcimiento social debido a la demanda de su tarea, es un factor predictor del SCC.

**Personalidad resistente.** Es un patrón de personalidad caracterizado por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por la percepción de control del ambiente y por la tendencia a acercarse a los cambios en la vida con una actitud de desafío y no de amenaza. Esto resume los tres factores que componen este patrón de personalidad (compromiso, control y desafío). Las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del SCC.

**Género** Es una variable que se debe tener en cuenta, puesto que está relacionada con una serie de características relacionadas con el trabajo, que predisponen especialmente al género femenino.

**Demandas emocionales** Se consideran un antecedente objetivo del SCC, ya que existe una relación directamente proporcional; por lo que a mayores demandas emocionales, mayor probabilidad de padecer el síndrome. El cuidador en este caso considera que las demandas son abrumadoras, mientras que para la persona receptora de cuidado son normales.

|   |  |
|---|--|
| <b>Estrategias de afrontamiento inadecuadas</b> | Las estrategias de tipo escapista aumentan la probabilidad de sufrir SCC; mientras que las de control la disminuyen.   |
| <b>Autoeficacia</b>                             | Es la propia percepción de eficacia en las tareas que se deben realizar.<br>Está relacionada con el factor de la indefensión aprendida   |
| <b>Patrón de personalidad tipo A</b>            | Este patrón caracteriza a individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, hiperresponsabilidad. |

Fuente: (Zambrano & Ceballos, 2007)

Como se puede observar en la tabla 2.8 son varios los factores que pueden permitir que el cuidador primario sufra del síndrome de sobrecarga, a pesar de ello con ayuda de profesionales especializados y al tomar medidas adecuadas se pueda evitar que se presente.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Metodología de investigación**

La presente investigación está basada principalmente en la metodología cualitativa y también en la cuantitativa siendo un estudio de alcance exploratorio y explicativo, tendrá como base el diseño de teoría fundamentada las cuales se describen a continuación.

Al haberse aplicado un test proyectivo y la historia clínica por cada uno de los participantes de la investigación, el análisis de datos será cualitativo, los datos obtenidos con estos dos instrumentos, no permiten la obtención de resultados numéricos pues:

“La investigación cualitativa es un proceso inductivo, interpretativo, itinerario y recurrente, no es aceptado por la mayoría de científicos positivistas cuantitativos; sin embargo, cuando se necesita profundizar un problema y analizarlo con el fin de capturar un fenómeno en forma holística, el mejor enfoque es cualitativo.” (Pineda y Alvarado, citado en Garcia,2013, p.45).

El diseño utilizado dentro de la investigación es el de Teoría fundamentada que permite al investigador dar una explicación general o teórica sobre un fenómeno dado en un contexto específico desde el análisis de diversos participantes. En el caso de esta investigación los participantes son cuidadores primarios de pacientes

oncológicos que se encuentran dentro de tratamiento y el fenómeno estudiado es cómo hacen uso de sus mecanismos de defensa.

Para el desarrollo de la fundamentación teórica fue necesario recurrir a la revisión bibliográfica, la cual consiste en recopilar información o datos que se pueden estudiar desde diferentes corrientes (García, 2013). Por lo tanto el enfoque con el que se trabajó en el desarrollo de la investigación fue psicoanalítico pues la investigación se teorizó en base a textos escogidos de Freud y autores que siguen esta línea puesto que permiten sustentar la temática escogida a lo largo de este trabajo.

El análisis del cuestionario de Mecanismos de Defensa, comprenden la parte cuantitativa de esta investigación cuyos resultados son presentados de forma de porcentual. El alcance de la investigación es exploratorio, este tipo de estudio permite conocer un fenómeno que no ha sido estudiado a fondo en una población como la elegida para esta investigación y que permite expandir el conocimiento sobre el tema planteado, del cual aún existen dudas que no se han abordado antes (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), por otra parte es explicativo porque intenta como su nombre lo indica explicar el fenómeno planteado en el desarrollo de la investigación en base al análisis e interpretación de la información y los resultados..

### **3.1.1. Método Aplicado**

Para dar paso a la investigación se hizo uso del método clínico el que por medio de la utilización de diversos instrumentos y procesos permiten llegar a establecer el

análisis e interpretación de resultados en base a la temática planteada en el presente estudio, el mismo que cumple con los siguientes pasos:

- Observación Clínica no solo para reconocer la problemática sino incluso como parte de la intervención para poder puntualizar aspectos que necesitan ser profundizados.
- Entrevista individual con los pacientes internados en hospitalización con el fin de recaudar información necesaria para llevar a cabo la investigación.
- Entrevista individual semiestructurada con los cuidadores primarios, en la que se utilizó la historia clínica como instrumento de recolección de información, posterior a esto se aplicó el test proyectivo (HTP) y el cuestionario de mecanismos de defensa para obtener los datos necesarios para la investigación.

### **3.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información**

Para llevar a cabo el presente proyecto de investigación se utilizaron diferentes técnicas e instrumentos los cuales se describen a continuación.

- **Técnica**

Utilizando la observación clínica se logró definir el problema en primera instancia, de igual forma la realización de la entrevista semiestructurada con la población elegida permitió obtener la información necesaria para el desarrollo del estudio.

- **Instrumento**

Para el desarrollo de la investigación se utilizó 3 instrumentos para la evaluación; en primera instancia se realizó la historia clínica que permitió reunir los datos necesarios para el proyecto de investigación, dentro de esos datos se encuentran los personales, familiares, escolares, sociales, laborales o patológicos del sujeto.

Para la evaluación de los mecanismos de defensa en los cuidadores primarios se hizo uso del Test Proyectivo HTP , este test basado en la técnica gráfica del dibujo con la que se puede hacer una evaluación de la personalidad de forma global, pues permite que el sujeto de manera inconsciente plasme la percepción que tiene sobre sí mismo, así como la relación que mantiene con su entorno y por ende van a salir los mecanismos de defensa con los que está actuando su yo, por medio de este test la persona hará un autorretrato de su estructura psíquica (Gomila, 2005).

Otro instrumento utilizado, es el cuestionario de mecanismos de defensa elaborado por la investigadora conjuntamente con la directora de este proyecto, para lo cual se realizó primeramente la conceptualización del tema en base a los mecanismos de defensa que se pretende evaluar, posterior a esto el instrumento fue validado por profesionales que están relacionados con la temática.

Para lo cual, se pidió la validación a la psicóloga María Augusta Villena encargada del departamento psicológico en el centro de Salud N1 del Ministerio de Salud pública ubicado en la ciudad de Ambato y su principal campo de trabajo son cuidadores primarios de personas que padecen de algún tipo de discapacidad tanto física como mental. El cuestionario fue validado también por la Ps Cl. Evelyn Silva que desempeña el rol de psicóloga clínica en SOLCA Quito que atiende no

solamente a los pacientes oncológicos sino también a sus cuidadores primarios y a la vez culminado este proceso se realizaron las correcciones sugeridas.

Los mecanismos de defensa fueron establecidos por medio de la observación durante las prácticas realizadas en el Hospital Oncológico “SOLCA TUNGURAHUA”. Es así que se logra identificar que cuales eran los mecanismos más utilizados por los cuidadores primarios. El cuestionario consta de 12 preguntas las cuales están encaminadas en evaluar 4 mecanismos de defensa que son: proyección, negación, represión y formación reactiva los mismos que son usados generalmente por los sujetos frente a una situación que puede resultar estresante, Las preguntas son semi-abiertas pues tendrá 2 opciones de respuesta SI y NO, en las que se pidió argumentación dentro de la entrevista semiestructurada.

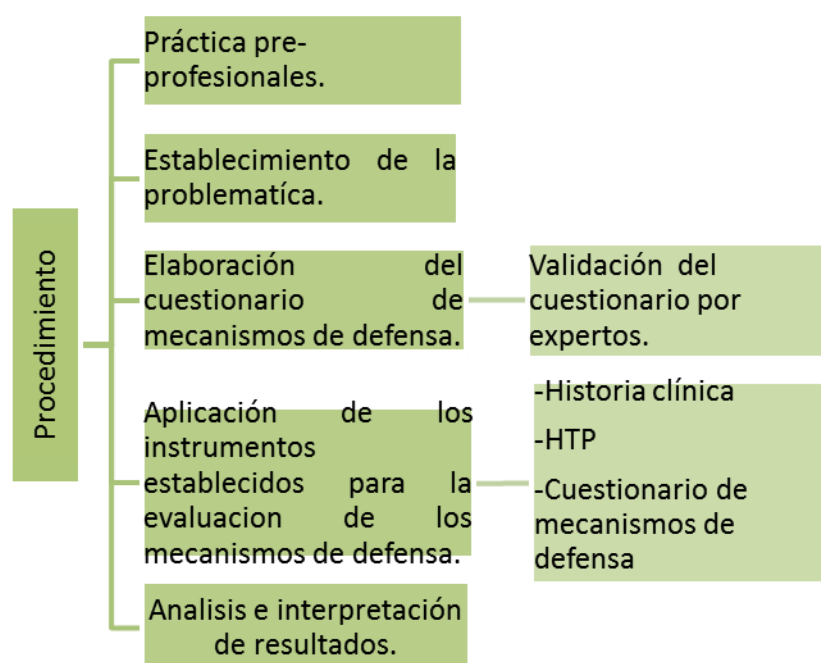
### **3.1.3. Población y Muestra**

Para realizar la presente investigación la población con la que se trabajó estuvo conformada por cuidadores primarios de pacientes oncológicos que se encontraban hospitalizados al momento de las entrevistas. La muestra elegida se la estableció gracias al muestreo no probabilístico de tipo participantes voluntarios o autoseleccionado, este tipo de muestreo permite a los sujetos proponerse como participantes o, como en el caso de esta investigación, responder activamente a la invitación (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010). La población de la investigación está compuesta por veinte cuidadores primarios que de acuerdo a la entrevista realizada presentaban malestar físico o psicológico. Su principal característica es estar a cargo del cuidado de los pacientes a tiempo completo, siendo

pacientes diagnosticados con diferentes tipos de cáncer y que se encontraban en los estadios I, II, III y IV de la enfermedad.

### 3.1.4. Procedimiento Metodológico

Gráfico 3. 1. Procedimiento



Fuente: Elaborado por la autora

Como primer paso para la identificación del problema, por medio de la observación realizada durante el periodo de prácticas pre-profesionales desarrolladas dentro del Hospital Julio Enrique Paredes C. (SOLCA Tungurahua), se identificó el uso de mecanismos de defensa en los cuidadores primarios por la falta de preparación para realizar esta tarea.

Para poder evaluar los mecanismos de defensa se elaboró un cuestionario que permita diagnosticar el porcentaje de empleo de 4 de los mecanismos de defensa más usados: Proyección, Negación, Formación reactiva y Represión.

Posteriormente se determinó la muestra con la cual se llevaría a cabo la entrevista semiestructurada, se trataba de pacientes que se encontraban Hospitalizados en el establecimiento, por medio de la cual se pudo recolectar información y seleccionar a los cuidadores primarios con los que se podría trabajar. Una vez obtenida esta información y realizado un consentimiento informado se continuó con las entrevistas semiestructuradas individuales a los cuidadores primarios, además se aplicó el cuestionario de mecanismos de defensa, y a manera complementaria el test proyectivo HTP donde por medio del dibujo de la casa, árbol y la figura humana permite evaluar entre otras cosas, los mecanismos de defensa que utiliza la persona a la que se entrevistó.

Al terminar este proceso se analizaron los resultados en forma cualitativa y también cuantitativa y la correlación planteada como objetivo dentro del presente trabajo investigativo, para así, en base a los resultados obtenidos, elaborar una guía con estrategias de afrontamiento que permita al cuidador primario llevar la enfermedad del paciente de una manera más sana.

Finalmente se realizó el planteamiento de conclusiones y recomendaciones que se obtuvieron durante todo el proceso del proyecto de investigación.

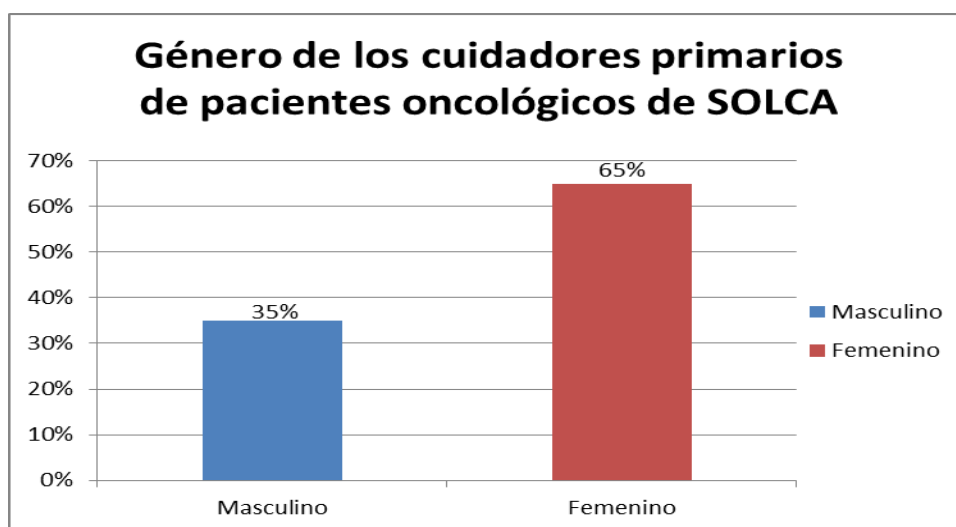
## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de la historia clínica: Datos sociodemográficos

El trabajo se realizó de forma individual, la muestra con la que se trabajó se encuentra conformada por 20 cuidadores primarios de pacientes oncológicos, independientemente de su género o edad. Para realizar el análisis de la muestra se determinó características como: Género, rango de edad, niveles socioeconómicos y antecedentes que se encuentran detallados en los siguientes gráficos.

Gráfico: 4. 1 Género de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos de SOLCA

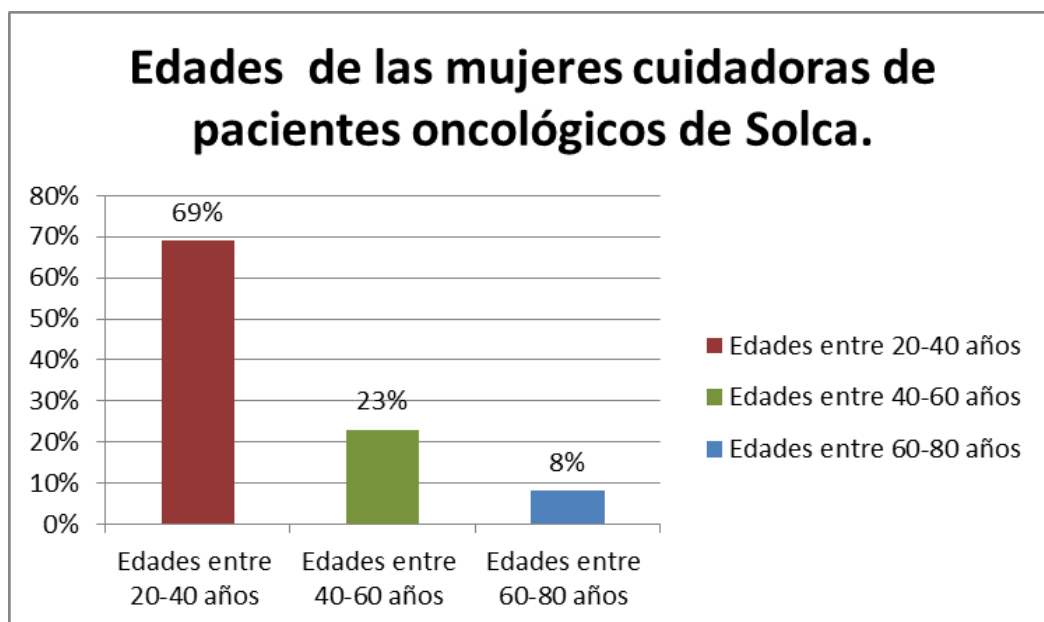


Elaborado por: Ivette Fierro

### **Análisis e Interpretación:**

En cuanto al género de la población con la que se trabajó en la presente investigación, se puede observar que predomina el género femenino en un 65% que debido a las características del género, las mujeres son las que con más frecuencia toman el cargo de Cuidadoras primarias de los pacientes, seguido por el género masculino con un 35% que al considerar las características propias del género y que en la mayoría de ocasiones son los hombres los que se encargan del sustento del hogar no asumen con frecuencia el rol de cuidadores primarios.

Gráfico: 4. 2. Edades de las mujeres cuidadoras de pacientes oncológicos de SOLCA

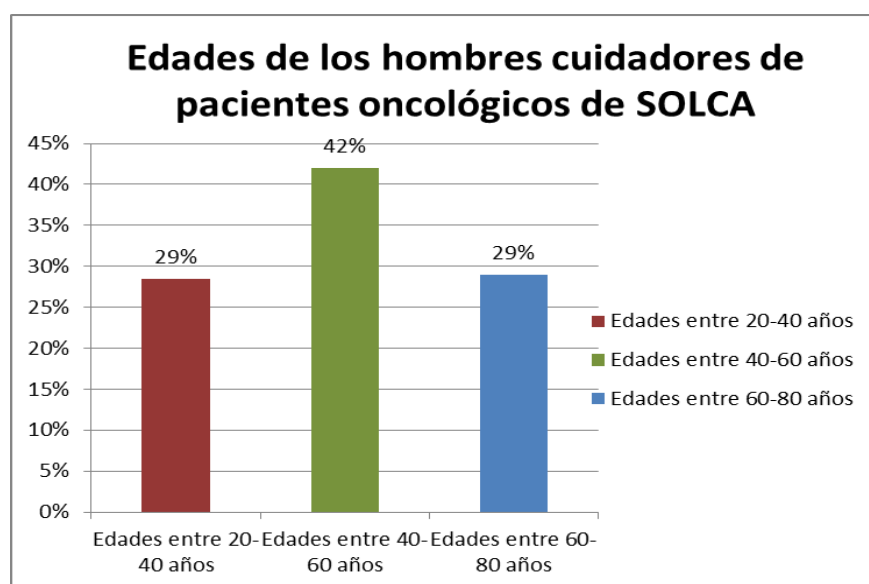


Elaborado por: Ivette Fierro

### **Análisis e Interpretación:**

En cuanto a la edad en la que se encuentra la población se realizó el análisis estadístico en dos grupos, mujeres y hombres. Dentro de la investigación la población de mujeres contempla un 60% que se encuentran en una edad que va desde los 20 a los 80 años. En el rango de edad de 20 a 40 años existe un 69% de la población femenina, este porcentaje se puede deber a que en esta edad la mujer se encuentra con una mejor condición física y en el caso de las mujeres dentro de los 20 a 30 años no tienen mayores responsabilidades fuera de los estudios o el hogar de origen. Un 23% de la población femenina de la investigación se encuentra en el rango de edad de 40 a 60 años de edad y un 8% de las mujeres con las que se trabajó tienen una edad de 60 a 80 años considerando de igual forma que la condición física y su estado de salud en esta edad se encuentra deteriorada.

Gráfico 4. 3. Rangos de edad de la población de hombres cuidadores primarios

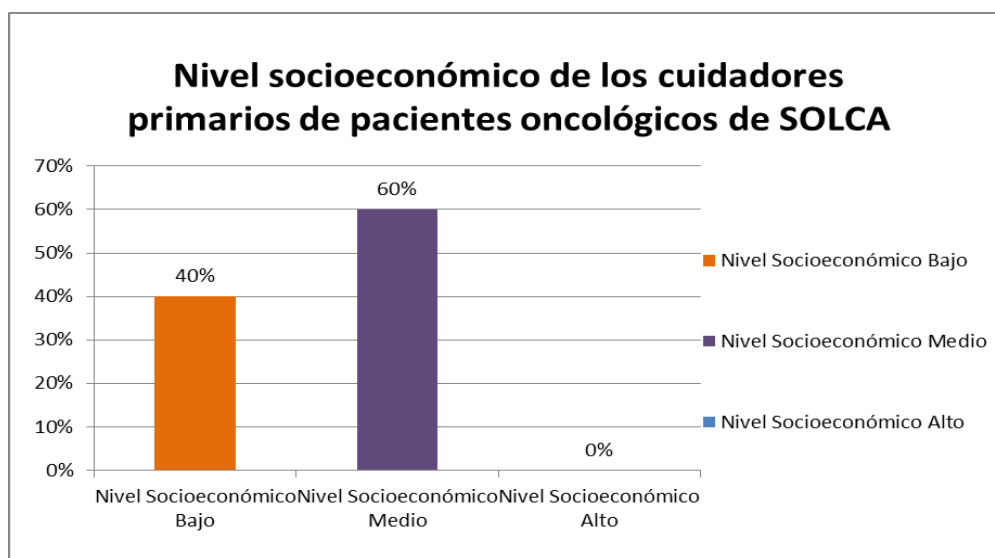


Elaborado por: Ivette Fierro

### **Análisis e Interpretación:**

Dentro de la investigación la población masculina contempla un 35% que se encuentran en un rango de edad que va desde los 20 a los 80 años. En el rango de edad de 20 a 40 años existe un 29% de la población masculina que ha tomado el cargo de cuidador primario al no tener carga familiar o encontrarse sin empleo al momento de la enfermedad del paciente. Existe un 42% de esta población que se encuentra en el rango de edad de 40 a 60 años de edad, considerando que los pacientes a los que cuidan son sus esposas o padres. Finalmente, un 29% de la población masculina se encuentra en el rango de edad de 60 a 80 años considerando que son personas que han cesado su actividad laboral.

Gráfico 4. 4. Nivel socioeconómico de la población de cuidadores primarios



**Elaborado por:** Ivette Fierro

### **Analisis e interpretación:**

Al recolectar la información correspondiente a la historia clínica se pudo establecer que el nivel socioeconómico de la población se encuentra en un 60% por el trabajo que realizan entre ellos principalmente el de comerciantes, el 40% de la población

de la presente investigación se encuentra dentro del nivel socioeconómico bajo que tiene como principal forma de sustento la agricultura.

El nivel socioeconómico predominante es el medio con una diferencia de tan solo el 20% de el nivel socioeconómico bajo, esto se debe a que la mayoría de personas que son atendidas en “SOLCA TUNGURAGUA”, es atendida por medio de convenios con el Ministerio de Salud y el IESS, lo que hace presumir que al no tener un trabajo que genere un ingreso significativo no puedan costear el valor del tratamiento.

Al encontrarse la población en estos dos niveles y en base a su nivel de educación condesciende a la investigación sugerir, que al ser personas que se encuentran en un nivel socioeconómico bajo y los niveles de estudio se encuentran entre primaria y secundaria en su mayoría, no tienen la preparación necesaria para asumir la enfermedad del paciente con cancer y sobre todo la carga emocional que conllevan los cuidados de los pacientes.

#### **4.2. Análisis de la historia clínica: Antecedentes relevantes de la historia de vida de los cuidadores primarios.**

Tabla 4. 1: Antecedentes Relevantes de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos de SOLCA.

| <b>Antecedentes</b>            | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>N°</b>         | <b>% Total</b> |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|
|                                |                   |                   | <b>Examinados</b> |                |
| <b>Violencia intrafamiliar</b> | 5                 | 25%               | 20                | 100%           |
| <b>Alcoholismo</b>             | 4                 | 20%               | 20                | 100%           |

|                            |   |     |    |      |
|----------------------------|---|-----|----|------|
| <b>Trabajo infantil</b>    | 7 | 35% | 20 | 100% |
| <b>Abandono</b>            | 7 | 35% | 20 | 100% |
| <b>Disfunción familiar</b> | 4 | 20% | 20 | 100% |

Elaborado por: Ivette Fierro

### **Análisis e interpretación:**

En base a la información recaudada en la historia clínica, se pudo obtener 5 antecedentes relevantes de la historia de vida de los cuidadores primarios que fueron parte de la investigación, esos antecedentes fueron importantes para el análisis pues en base a estos se pudo entender de mejor manera la dinámica familiar y por ende la forma en que están llevando a cabo su labor como cuidadores primarios.

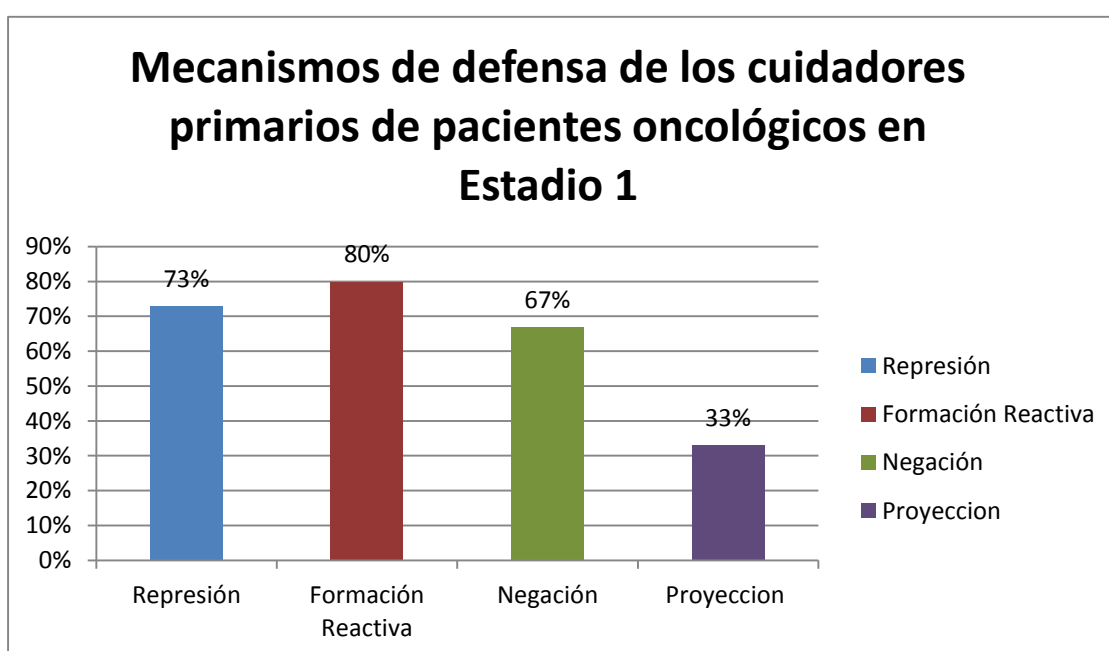
Un 20% de la población total de la investigación vivió violencia familiar en su núcleo familiar primario con en el propio, otro de los factores que han sido motivo de perturbación o malestar en los sujetos es el alcoholismo que lo ha vivido un 20% de los cuidadores primarios de forma directa o indirecta. Un 35% de los participantes de la investigación por el nivel socioeconómico en el que se encuentra tuvo que trabajar en su niñez lo que tuvo gran impacto en su desarrollo emocional y personal, así mismo 7 personas equivalente al 35% de la población dentro de su historia de vida refieren que fueron abandonados por su padre, madre o ambos a una edad temprana, dejando así un duelo no resuelto en base a la entrevista realizada con cada uno de ellos y finalmente un 20% de la población en su núcleo familiar primario o propio se presentó algún tipo de disfunción familiar.

Esta información permite dentro de la investigación, entender de una mejor manera la presencia de ciertos mecanismos de defensa al momento de realizar el cuidado de la persona con cáncer, pues al haber estado expuestos a traumas que en su mayoría no han sido superados, los cuidadores difícilmente podrán afrontar la enfermedad del paciente con la carga emocional que representa el cuidado y los traumas no elaborados del pasado, lo que es un factor determinante al momento del uso de los mecanismos de defensa.

#### 4.3. Análisis del cuestionario de Mecanismos de defensa

A continuación se presentan tablas estadísticas en base a los resultados obtenidos en el cuestionario de mecanismos de defensa aplicado a los cuidadores primarios de pacientes oncológicos de los estadios I, II, III y IV.

Gráfico: 4. 5. Porcentaje del uso de mecanismos defensivos en estadio 1



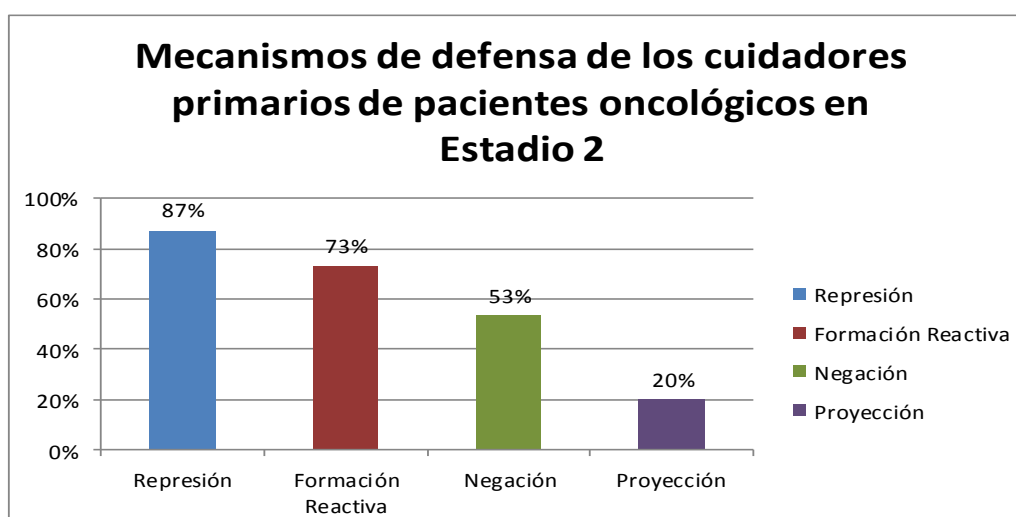
Elaborado por: Ivette Fierro

### **Análisis e interpretación:**

En el cuadro anterior se puede observar que el mecanismo de defensa de la represión obtuvo un resultado de 73%, la formación reactiva obtuvo un porcentaje del 80% siendo este el mecanismo de defensa más empleado por los cuidadores primarios de pacientes que se encuentran en Estadio 1 de la enfermedad. La negación tiene un porcentaje del 67% y finalmente como mecanismo de menos utilizado esta la proyección con un 33%.

El mecanismo más utilizado en los cuidadores del estadio I es la formación reactiva que se presenta debido al sentimiento de culpa inconsciente, el que se origina por los sentimientos ambivalentes que tiene el cuidador primario hacia la persona que se pudo evaluar también a través de las entrevistas realizadas, esto genera que los cuidados hacia el paciente en muchos de los casos sea excesivo, sobreprotegiendo al paciente oncológico.

Gráfico: 4. 6. Porcentaje del uso de mecanismos defensivos en estadio 2



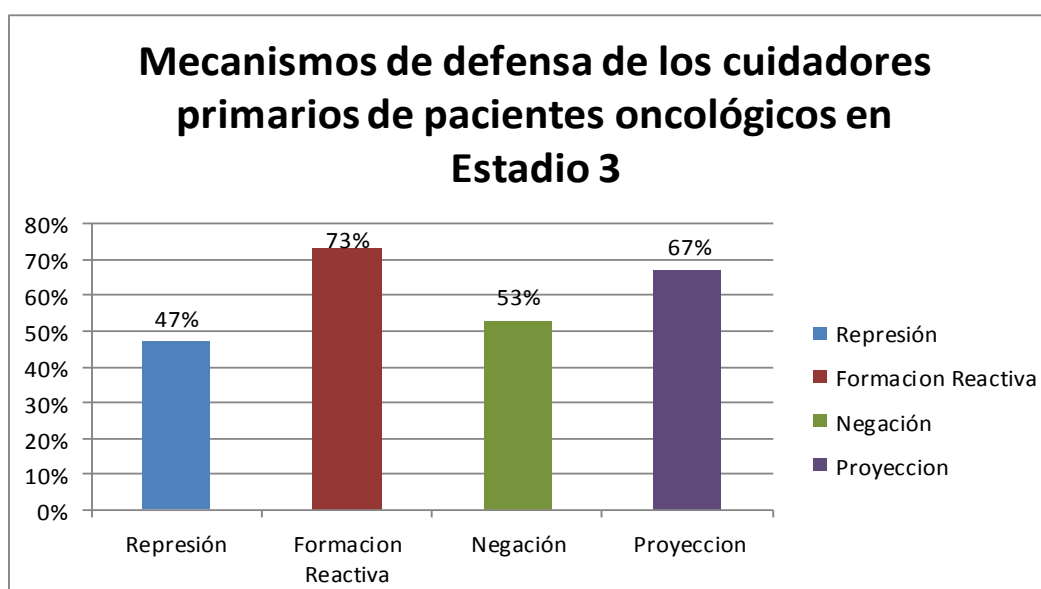
Elaborado por: Ivette Fierro

### Análisis e interpretación:

El mecanismo de defensa más utilizado por los cuidadores primarios de pacientes en estadio 2 en base al cuestionario aplicado es el de la represión con un porcentaje del 87%, a este le sigue la formación reactiva con un 73%, los mecanismos de defensa menos empleados son la negación con un 53% y la proyección con un 20%.

En los cuidadores primarios del estadio II predominó el mecanismo de defensa represión, uno de los factores por los que se presenta tiene que ver con la historia de vida de los pacientes que en la mayoría de los casos ha sufrido traumas infantiles lo que ha generado que este mecanismo se active ante las diferentes situaciones que representan una amenaza para el aparato psíquico, impidiendo así un adecuado afrontamiento de la enfermedad, al no permitir la distinción de la emoción que les provoca el asumir el cuidado del paciente con cáncer.

Gráfico: 4.7 Porcentaje del uso de mecanismos defensivos en estadio 3



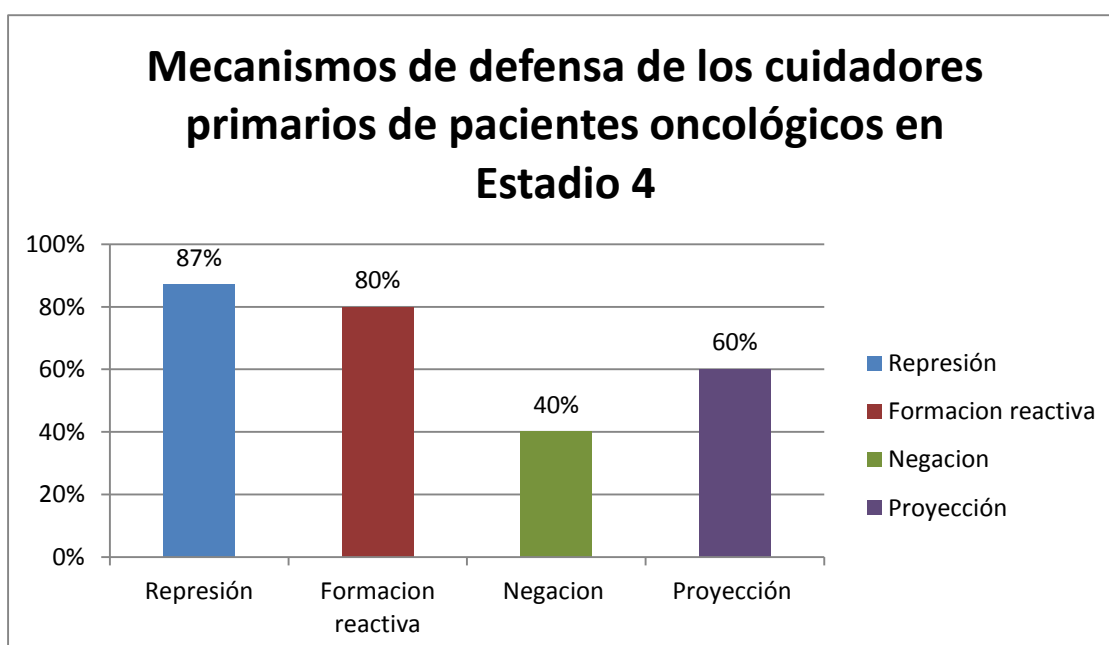
Elaborado por: Ivette Fierro

### **Análisis e interpretación:**

En el cuadro anterior se pueden observar los porcentajes del uso de mecanismos de defensa en el cuidador primario del paciente en estadio 3 siendo el más utilizado en ellos el de formación reactiva con un porcentaje del 73%. Seguido de la proyección con un 67%, la negación obtuvo en el cuestionario un porcentaje de 53% y con menos porcentaje la represión con un 47%.

La formación reactiva como se planteó anteriormente, se activa al momento en que el sentimiento de culpa invade al sujeto, el afecto real se transforma, al ser inconsciente, la persona atribuye el cuidado abnegado como una demostración de afecto, lo que produce al igual que en los cuidadores del estadio I, la sobreprotección al paciente con cáncer por la atención excesiva a la que está expuesto, lo que genera agotamiento emocional en las dos partes.

Gráfico: 4. 8 Porcentaje del uso de mecanismos defensivos en estadio 4

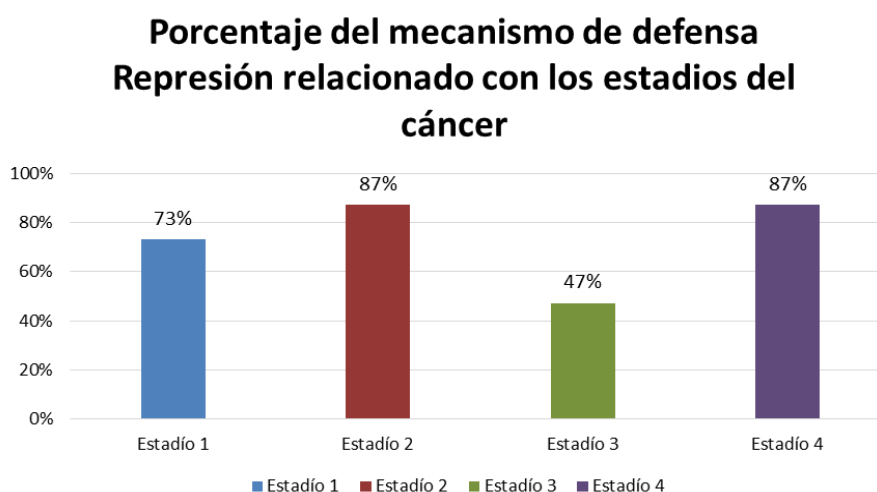


Elaborado por: Ivette Fierro

### **Análisis e interpretación:**

Finalmente después de la aplicación del cuestionario en los cuidadores primarios de pacientes en Estadio 4 se obtuvieron los siguientes porcentajes que son: 87% la represión el cual vendría a ser el mecanismo de defensa mayor usado por los cuidadores, seguido de la formación reactiva con un 80%, en un grado porcentaje es utilizada la negación con un 40% y la proyección 60%. El mecanismo de defensa Represión es empleado mayormente por lo cuidadores primarios de pacientes en estadio IV de la enfermedad, esto se debe en parte a la historia de vida de los entrevistados, sin embargo se relaciona también con la carga emocional que representa el cuidar a un paciente dentro de este estadio pues el tratamiento dependiendo del tipo de cáncer es más fuerte, tomando en cuenta que el tratamiento es netamente paliativo al ser considerado cáncer terminal. El asumir esta realidad mientras efectúa su rol de cuidador primario, hace que su desempeño sea menor y su salud emocional se vea comprometida, por lo que, la psique del sujeto opta por reprimirla y así el sujeto logra realizar su labor de mejor manera.

Gráfico: 4. 9. Represión relacionada con los estadios del cáncer.



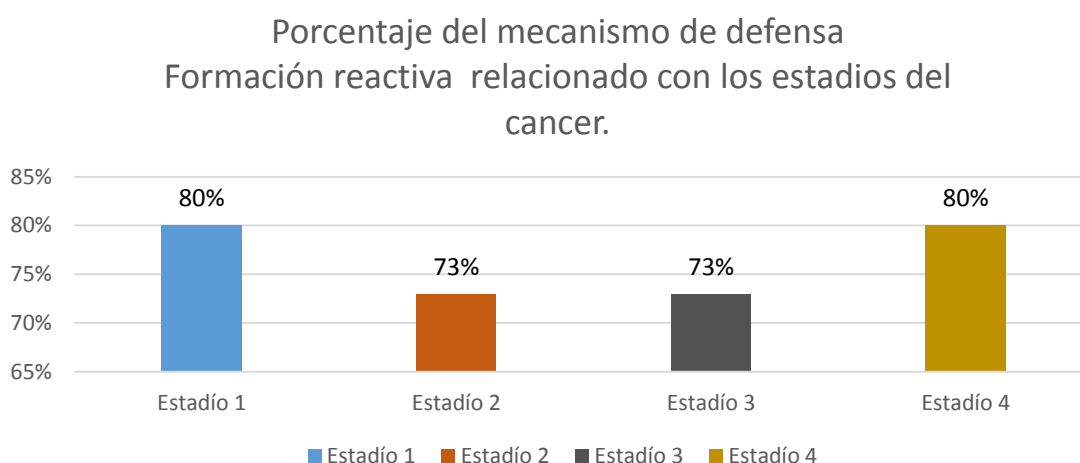
Elaborado por: Ivette Fierro

### **Análisis e interpretación:**

En el Gráfico anterior se puede apreciar que los cuidadores primarios de pacientes que se encuentran en Estadio II y del Estadio IV, presentan en un mayor porcentaje el mecanismo de Represión, mientras tanto los pertenecientes al estadio I Presentan en un 73% este mecanismo defensivo. Los cuidadores que menos emplean este mecanismo según el cuestionario aplicado son los encargados de cuidar a los pacientes dentro del estadio 3 de la enfermedad.

Esto se debe como se explicó anteriormente, a la historia de vida de los cuidadores primarios que fueron entrevistados para la investigación, se produce de igual forma por el impacto que representa para la persona tanto paciente como familiar el diagnóstico de la enfermedad y la atención que demanda el paciente, sobre todo en estadio IV de la enfermedad.

Gráfico: 4. 10 Formación Reactiva relacionada con los estadios del cáncer.



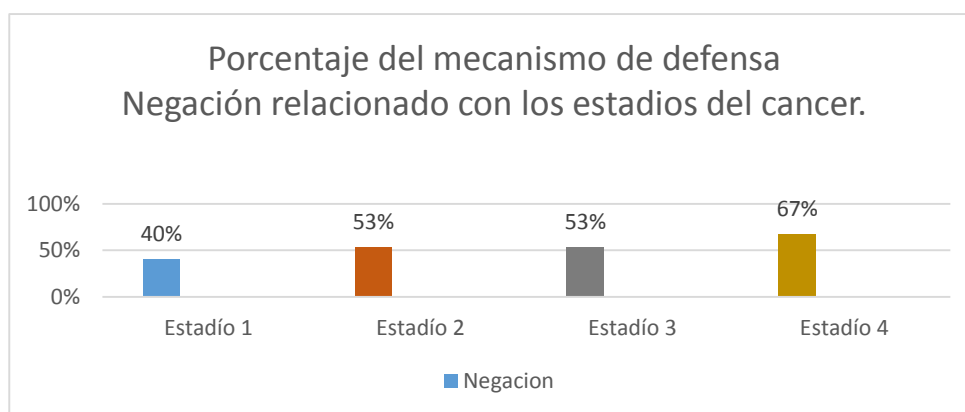
Elaborado por: Ivette Fierro

### **Análisis e interpretación:**

El mecanismo defensivo Formación Reactiva obtuvo los siguientes porcentajes: En los cuidadores de las personas en Estadio 1 y Estadio 4 este mecanismo de defensa se presentó en un 80% de los casos que fueron investigados, en los cuidadores de los Estadios 2 y 3 se obtuvo un porcentaje igualitario pues un 73% emplea este mecanismo de defensa en esta población.

La formación reactiva se presencia mayormente en los cuidadores primarios del estadio II y IV, esto principalmente tiene que ver con la relación entre el paciente oncológico y su cuidador primario, durante la enfermedad y antes de su diagnóstico, la relación cuidador-paciente, se puede ver afectada durante la enfermedad, por las demandas que presenta el paciente y que por la condición de la enfermedad se encuentran en un momento de vulnerabilidad emocional y física.

Gráfico 4. 11. Negación relacionado con los estadios del cáncer.



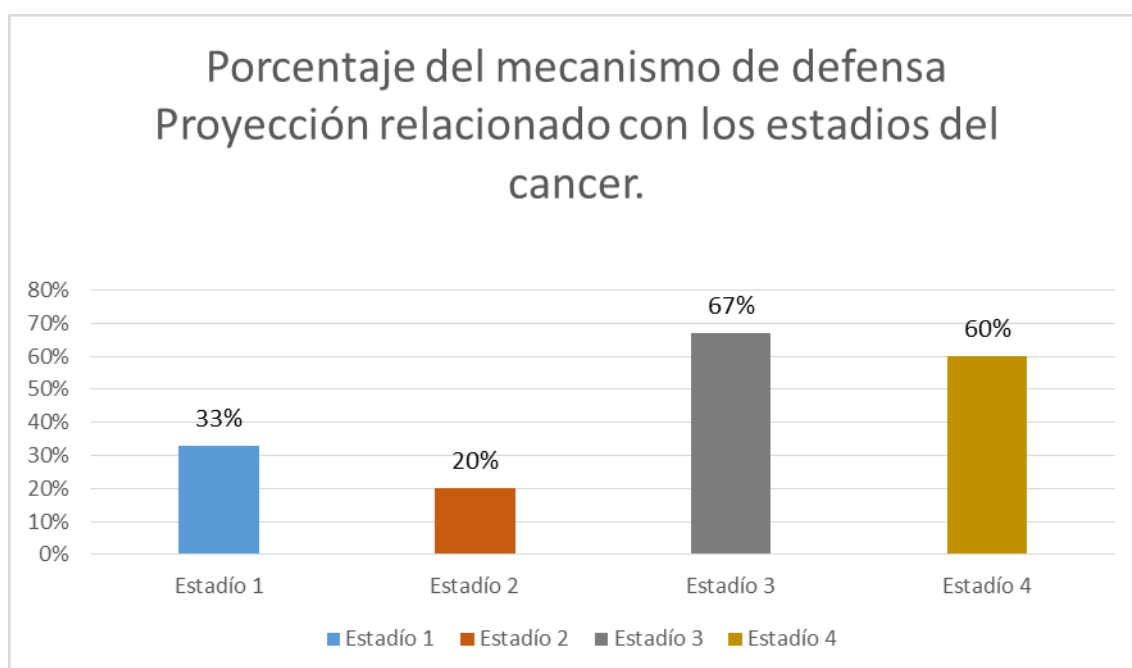
Elaborado por : Ivette Fierro

**Análisis e interpretación:**

Otro de los mecanismos de defensa evaluados es la Negación, los cuidadores primarios de pacientes en Estadio 4 son los que más lo emplean en base al análisis de los datos obtenidos en el cuestionario s, seguido de los cuidadores del Estadio 2 y estadio 3 que obtuvieron el mismo porcentaje siendo este 53%, finalmente los pertenecientes a pacientes en estadio 1 son los que menos lo utilizan obteniendo un 40%.

En base a los datos este mecanismo es el menos empleado por los cuidadores primarios, a pesar de ello se pudo observar en las personas que lo presentaban, que el uso de este mecanismo de defensa no permite un adecuado cuidado al paciente y genera frustración en el cuidador al no tener en cuenta realmente la necesidad del paciente oncológico que es real pero al no asumir la enfermedad como verdadera el cuidado hacia el paciente no será el mejor pues no se lo ve como un enfermo, esto sucede en los casos de negación con respecto a la enfermedad. La negación se presenta también en otro aspecto dentro de los cuidadores primarios de pacientes en estadio IV con respecto a que es un cáncer terminal, es decir que no tiene cura, lo que no los permite prepararse adecuadamente para asumir el duelo.

Gráfico: 4. 12. Proyección relacionada con los estadios del cáncer.



**Elaborado por:** Ivette Fierro

### **Análisis e interpretación:**

Finalmente el mecanismo de proyección es empleado por los cuidadores del estadio 3 en un 67% siendo el porcentaje más elevado, un 60% es utilizado por los cuidadores del estadio 4, los que están dentro del estadio 2 y estadio 1 en base a los datos obtenidos no presentan este mecanismo de defensa en gran medida.

La proyección genera que el cuidador primario que la utiliza, desplace la emoción que le produce la enfermedad, hacia el paciente oncológico, lo que le impide resolver de manera adecuada el malestar propio, alegando en la mayoría de casos que el paciente está cansado de la enfermedad o que no puede afrontarla, siendo el cuidador primario el que en realidad está atravesando por esto.

#### 4.4. Correlación de los mecanismos de defensa con el estadio de la enfermedad de los pacientes con cáncer.

El segundo objetivo planteado en la presente investigación se trata de la correlación entre los mecanismos de defensa y el estadio de la enfermedad de los pacientes con cáncer en base al cuestionario de mecanismos de defensa aplicado a los 20 cuidadores primarios que participaron en la investigación. Se puede observar en la siguiente tabla los resultados que se obtuvieron al ingresar los datos obtenidos en la aplicación de los cuestionarios en el programa SPSS.

Tabla 4. 2: Correlaciones entre mecanismos de defensa y los estadios de la enfermedad.

|                             |                           | Estadio de la<br>Enfermedad | Represión | Formación<br>Reactiva | Negación      | Proyección |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------|---------------|------------|
| Estadio de la<br>Enfermedad | Correlación de<br>Pearson | 1                           | -,295     | -,059                 | <b>-,503*</b> | ,245       |
|                             | Sig.<br>(bilateral)       |                             | ,221      | ,811                  | <b>,028</b>   | ,313       |
|                             | N                         | 20                          | 20        | 20                    | <b>20</b>     | 20         |

Elaborado por: Ivette Fierro

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla anterior se observa la correlación obtenida con el programa SPSS entre los mecanismos de defensa en relación al estadio de la enfermedad de los pacientes con cáncer, la cual arrojó como resultado una correlación negativa de **-,503**, con un

resultado significativo. Esto quiere decir que el mecanismo de negación se presentará en menor grado mientras más alto sea el estadio de la enfermedad, tomando en cuenta que el estadio I es cáncer inicial y el estadio IV es cáncer terminal, el mecanismo de negación se usa con menos frecuencia en los cuidadores primarios, es decir que abra una mayor aceptación de la enfermedad al estar en un estadio más avanzado. La correlación obtenida con los otros mecanismos de defensa no es representativa pues es el resultado menor a ,500 determinado para considerar una relación representativa.

Tabla 4. 3. Correlaciones entre uso de los mecanismos de defensa.

|  |                        | Negación | Proyección |
|--|------------------------|----------|------------|
| Negación   | Correlación de Pearson | 1        | -,718**    |
|  | Sig. (bilateral)       |          | ,001       |
|  | N                      | 20       | 20         |
| Proyección   | Correlación de Pearson | -,718**  | 1          |
|  | Sig. (bilateral)       | ,001     |            |
|  | N                      | 20       | 20         |
| **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). |                        |          |            |

Al utilizar el programa SPSS arrojo que existe una correlación negativa de -0,718 siendo esta significativa entre el uso del mecanismo de Negación y el de Proyección, lo que permite relacionar que entre más se presenta el mecanismo de defensa Proyección en el cuidador primario menos será el uso del mecanismo de defensa Negación.

#### 4.5 Análisis de los mecanismos de defensa. En base al test proyectivo HTP en relación con el Cuestionario de mecanismos de defensa.

Tabla 4. 4. Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio I

| CASOS                         | Interpretación del HTP  | Mecanismos de Defensa según el cuestionario | Mecanismo de defensa predominante |
|-------------------------------|---|---|-----------------------------------|
| <b>CASO 1</b><br><b>J. C.</b> | <p><b>Interpretación general:</b></p> <p>El sujeto presenta preocupación por el futuro, débil contacto con el exterior y agresividad en pequeños rasgos. Presencia de sentimientos de inseguridad y tristeza.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismo de defensa:</li> <li>• Regresión</li> <li>• Negación</li> </ul>  | <p>Negación</p> <p>Formación reactiva</p>   | <p>Negación</p>                   |
| <b>CASO 2</b><br><b>B. P.</b> | <p><b>Interpretación general:</b></p> <p>En base al análisis se trata de una persona que le cuesta adaptarse a situaciones nuevas, se percibe preocupación por la aprobación social además de resistencia a la autoridad.</p> <p>Mecanismo de defensa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Represión</li> <li>• Desplazamiento</li> </ul>                           | <p>Negación</p> <p>Represión</p>            | <p>Represión</p>                  |
| <b>CASO 3</b><br><b>Y. C.</b> | <p><b>Interpretación general</b></p> <p>Según el análisis del HTP se podría referir que la persona, dificultad al establecer relaciones sociales, le cuesta expresar sentimientos es decir es una persona muy rígida, bajo nivel de control de impulsos.</p> <p>Mecanismos de defensa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negación</li> <li>• Represión</li> </ul> | <p>Represión</p> <p>Negación</p>            | <p>Represión</p> <p>Negación</p>  |

|                                  |   |                         |           |
|----------------------------------|---|-------------------------|-----------|
| <b>CASO 4</b><br><br><b>P.P.</b> | <b>Interpretación general:</b><br>Existen rasgos marcados de negación a la realidad, así como bajo control de impulsos e inseguridad y dificultad en las relaciones interpersonales tanto dentro del hogar como fuera de él.<br>Se evidencian traumas no elaborados de etapas anteriores.<br><br>Mecanismos de defensa <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negación</li> <li>• Regresión</li> <li>• Racionalización</li> </ul> | Represión<br>Proyección | Represión |
| <b>CASO 5</b><br><br><b>F.P</b>  | <b>Interpretación general:</b><br>El sujeto presenta un duelo no resuelto de etapas anteriores así como inseguridad ante el entorno y dificultad para establecer un adecuado contacto social.<br>Mecanismos de defensa <ul style="list-style-type: none"> <li>• Represión</li> </ul>  | Represión<br>Negación   | Represión |

Fuente: Elaborado por Ivette Fierro

Tabla 4. 5. Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio II

| CASOS                             | Interpretación   | Mecanismos de defensa según el cuestionario | Mecanismo de defensa Predominante |
|-----------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| <b>CASO 1</b><br><br><b>J. V.</b> | <b>Interpretación general:</b><br>Los rasgos más significativos, son inseguridad e inestabilidad, existe un conflicto marcado con la situación por la que está atravesando proyectada claramente en el test, control de impulso marcado, dificultad para establecer contacto con el ambiente y dificultad en las relaciones interpersonales. | Negación<br>Formación reactiva              | Negación                          |

|                                       |   |  |                           |
|---------------------------------------|---|--|---------------------------|
|                                       | <p>Mecanismo de defensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negación</li> </ul>   |  |                           |
| <p><b>CASO 2</b><br/><b>M. R.</b></p> | <p><b>Interpretación general.</b></p> <p>Los rasgos más relevantes son inseguridad, inestabilidad, negación de la realidad, bloqueo en las relaciones interpersonales, es decir es una persona ensimismada, no quiere escuchar la realidad, se evidencia regresión.</p> <p>Mecanismos de defensa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Negación</li> <li>-Regresión</li> </ul>  | <p>Represión</p> <p>Formación reactiva</p> | <p>Represión</p>          |
| <p><b>CASO 3</b><br/><b>I.S.</b></p>  | <p><b>Interpretación general:</b></p> <p>Se puede observar que hay regresión al pasado, como negación de la realidad, inestabilidad, necesidad de contacto exterior, sentimiento de ser observado, sobre vigilante, busca equilibrio, traumas o situaciones no elaboradas.</p> <p>Mecanismo de defensa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Regresión</li> <li>-Negación</li> </ul>  | <p>Represión</p> <p>Negación</p>           | <p>Negación</p>           |
| <p><b>CASO 4</b><br/><b>E.C.</b></p>  | <p><b>Interpretación general:</b></p> <p>Se puede evidenciar inseguridad, inestabilidad, fantasía por compensación, sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa, dificultades en el contacto, también existe como negación de la realidad, dificultades sexuales vinculadas al complejo de castración.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de defensa</li> <li>• Negación</li> <li>• Racionalización</li> </ul> | <p>Formación reactiva</p> <p>Negación</p>  | <p>Negación</p>           |
| <p><b>CASO 5</b></p>                  | <p><b>Interpretación general:</b></p> <p>Rasgos marcados de dificultad en el control de impulsos, búsqueda de aceptación social, escasa adaptación al entorno, agresividad marcada, búsqueda de estabilidad.</p>  | <p>Formación reactiva</p> <p>Represión</p> | <p>Formación reactiva</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | Mecanismos de defensa<br>- Represión<br>-Formación reactiva. |  |  |
|--|--|--|--|

Elaborado por: Ivette Fierro

Tabla 4. 6. Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio III

| CASOS                 | Interpretación  | Mecanismos de defensa según el Cuestionario | Mecanismo de defensa Predominante |
|-----------------------|---|---|-----------------------------------|
| <b>CASO 1</b><br>L.A. | <b>Interpretación general.</b><br>Los rasgos más relevantes son: negación a la realidad. Sensación de minusvalía, sentimientos de inferioridad, dificultad para establecer contacto con el ambiente, timidez, dificultad para establecer relaciones sociales e interpersonales.<br>Mecanismo de defensa<br>• Negación   | Negación<br>Formación reactiva              | Negación                          |
| <b>CASO 2</b><br>M.C. | <b>Interpretación general:</b><br>Se evidencian los siguientes aspectos, alto nivel de energía, actitud de mando, agresividad, señal de resistencia, hay gran carga emocional, presencia de rasgos paranoides, sensibilidad a la crítica, existe un gran afán de señalar la importancia del poder intelectual, el dominio social<br>Mecanismos de defensa<br>• Racionalización. | Represión                                   | Represión                         |
| <b>CASO 3</b><br>N.M  | <b>Interpretación general:</b><br>Persona que siente demasiada carga emocional, dificultad en el contacto con los demás, limitación en recibir estímulos del exterior, poco control de impulsos.  | Formación reactiva                          | Formación reactiva                |

|                               |   |                                 |           |
|-------------------------------|---|---------------------------------|-----------|
|                               | Preocupación por somatizaciones, castración.<br>Mecanismos de defensa<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Regresión</li> <li>• Formación reactiva</li> </ul>  | Represión                       |           |
| <b>CASO 4</b><br><b>M. S.</b> | <b>Interpretación general:</b><br>Los rasgos más relevantes, son inestabilidad, inseguridad, falta de energía, depresión.<br><br>Mecanismo de defensa<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Represión</li> </ul>  | Represión<br>negación           | Represión |
| <b>CASO 5</b><br><b>T.M</b>   | <b>Interpretación general:</b><br>Los rasgos más relevantes son: inseguridad, necesidad de aprobación social, preocupación por área intelectual, malestar somático, búsqueda de estabilidad.<br><br>Mecanismo de defensa.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Racionalización.</li> </ul> | Represión<br>Formación reactiva | Represión |

Elaborado por: Ivette Fierro

Tabla 4. 7. Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio IV

| <b>CASOS</b>                 | <b>Interpretación</b>   | <b>Mecanismos de defensa según el Cuestionario</b> | <b>Mecanismo de defensa Predominante</b> |
|------------------------------|---|--|--|
| <b>CASO 1</b><br><b>M.R.</b> | <b>Interpretación general:</b><br>Se puede evidenciar inseguridad, negación a la realidad, dificultades sexuales relacionadas al complejo de castración, problemas al momento de establecer relaciones y expresar sentimientos.<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de defensa</li> <li>• Negación</li> <li>• Represión</li> </ul> | Negación<br>Represión                              | Negación                                 |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <p><b>CASO 2</b></p> <p><b>T.A.</b></p>  | <p><b>Interpretación general:</b></p> <p>Existen rasgos marcados de negación a la realidad, alto nivel de energía, agresividad, así como bajo control de impulsos e inseguridad.</p> <p>Se evidencian traumas no elaborados de etapas anteriores.</p> <p>Mecanismos de defensa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Represión</li> <li>• Negación</li> </ul> | <p>Negación</p>                           | <p>Negación</p>                           |
| <p><b>CASO 3</b></p> <p><b>S.P</b></p>   | <p><b>Interpretación general:</b></p> <p>En base al análisis del HTP se trata de una persona que le cuesta adaptarse a situaciones nuevas, preocupación por la aprobación social y dificultad para establecer relaciones.</p> <p>Mecanismo de defensa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Represión</li> <li>• Racionalización</li> </ul>                   | <p>Represión</p>                          | <p>Represión</p>                          |
| <p><b>CASO 4</b></p> <p><b>M. S.</b></p> | <p><b>Interpretación general:</b></p> <p>Los rasgos más relevantes, son inestabilidad, dificultad en el control de impulsos, inseguridad, fijación en etapas anteriores, negación de la realidad.</p> <p>Mecanismo de defensa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regresión</li> <li>• Negación</li> </ul>  | <p>Represión</p> <p>Negación</p>          | <p>Negación</p>                           |
| <p><b>CASO 5</b></p> <p><b>L.T</b></p>   | <p><b>Interpretación general:</b></p> <p>Los rasgos más relevantes son: inseguridad, búsqueda de aprobación social, preocupación por área intelectual, búsqueda de estabilidad.</p> <p>Mecanismo de defensa.</p>   | <p>Formación reactiva</p> <p>Negación</p> | <p>Formación Reactiva</p> <p>Negación</p> |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Formación Reactiva</li><li>• Negación</li></ul> |  |  |
|--|---|--|--|

Elaborado por: Ivette Fierro

Una vez realizado el análisis e interpretación de los datos y al determinar las características de los cuidadores primarios y los mecanismos defensivos que muestran, a continuación se presenta la guía de estrategias de afrontamiento para el cuidador primario en base al análisis de la información obtenida.

## CAPÍTULO V

### PROPUESTA



### ESCUELA DE PSICOLOGÍA

“ GUÍA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD  
PARA CUIDADORES PRIMARIOS”

**Autora:** Ivette Alejandra Fierro Alvarado

**Directora:** Ps. Cl. Mg. María Isabel Ramos Noboa

Ambato – Ecuador

2016

## **5.1. Planteamiento de la propuesta**

Guía de estrategias de afrontamiento a la enfermedad para cuidadores primarios

### **5.1.1. Institución**

Hospital Julio Enrique Paredes “SOLCA Tungurahua

### **5.1.2. Población Beneficiaria**

La población que se beneficiará con esta guía son los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos del Hospital Julio Enrique Paredes “SOLCA Tungurahua” no obstante el cuidador primario de cualquier tipo de paciente podrá hacer uso de la misma.

### **5.1.3. Ubicación**

Ciudad de Ambato, Provincia de Tungurahua

### **5.1.4. Objetivos**

#### **5.1.4.1. Objetivo general**

Proponer estrategias de afrontamiento a los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades graves.

#### **5.1.4.2. Objetivos Específicos**

- Brindar información a los cuidadores primarios acerca de los mecanismos de defensa que podrían estar utilizando.
- Recomendar estrategias de afrontamiento para que el cuidado del paciente no resulte una tarea demandante.

#### **5.2. Introducción**

La presente guía de estrategias de afrontamiento está destinada al mejoramiento de la calidad de vida y la estabilidad emocional de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos, tomando como punto de partida el disminuir la ansiedad causada por el estrés generado por los exhaustivos cuidados que conllevan el ser cuidador primario de pacientes con cáncer, especialmente de los pacientes que se encuentran en estadios III y IV.

Esta guía permitirá que el cuidador primario tenga una información breve, sobre los mecanismos de defensa que puede estar empleando de manera inconsciente y en qué manera podrían perjudicar en su salud mental. Además la guía también proporcionará estrategias de afrontamiento de una forma sencilla de modo que para el cuidador sea fácil de entender y las pueda poner en práctica.

### **5.3. Justificación**

La presente guía de estrategias de afrontamiento se propone en base a los datos obtenidos en la investigación que lleva como título “MECANISMOS DE DEFENSA DEL CUIDADOR PRIMARIO SEGÚN EL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD ONCOLÓGICA”, se pudo detectar que los cuidadores primarios de los pacientes de los diferentes estadios de la enfermedad al estar enfocados en el cuidado del paciente, dejan a un lado su salud física y su salud mental, lo que da paso al uso de algunos mecanismos de defensa que no dan paso al correcto afrontamiento de la enfermedad, lo que genera malestar en la persona. Por este motivo el brindar estrategias de afrontamiento al cuidador primario es de vital importancia, pues esto permitirá principalmente reducir el malestar, lo que aporta al cuidado de su salud mental y por ende física, mejorando su desempeño en sus labores como cuidador y también mejorando su estilo de vida.

### **5.4. Tema**

“GUÍA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA EL CUIDADOR  
PRIMARIO DEL PACIENTE ONCOLOGICO”

**Autora:** Ivette Alejandra Fierro Alvarado

**Directora:** Ps. Cl. Mg. María Isabel Ramos Noboa

### 5.4.1. Conceptualización:

#### 5.4.1.1. Mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa son funciones psíquicas reguladoras que se activan en el sujeto de manera inconsciente, al momento de pasar una situación que le genere ansiedad, angustia o algún tipo de malestar, que no pueda ser manejada por el sujeto por diversos motivos. En este caso el cuidador primario del paciente, utiliza estos mecanismos para proteger el equilibrio de la mente y evitar cualquier clase de malestar psíquico o trastorno.

#### 5.4.1.2. Clasificación de los mecanismos de defensa.

Tabla 5. 1. Clasificación de los mecanismos de defensa.

| Mecanismos de defensa  | Definición  | Ejemplo   |
|------------------------|---|---|
| <b>Racionalización</b> | Mecanismo en el cual el sujeto intenta justificar una conducta o situación, atribuyéndola a motivos lógicos o admirables. | Un hombre que asegura con extensos argumentos, no necesitar una relación de pareja, pero en realidad se pone muy nervioso cada vez que alguna mujer se le acerca. |
| <b>Desplazamiento</b>  | Mecanismo en el cual el sujeto redirige la emoción causante de malestar hacia una representación o                        | Una mujer que no puede tener hijos dirige su anhelo hacia otros niños eligiendo   |

---

|                           |  |   |
|---------------------------|--|---|
|                           | persona.   | profesiones tales como educadora, parvularia o similares.   |
| <b>Formación Reactiva</b> | Se refiere a expresar sentimientos diferentes a los reales por la culpa que estos generan en la persona.   | Un sujeto que de repente se muestran totalmente gentil frente a alguien que en el fondo desprecia.  |
| <b>Negación</b>           | Esfuerzo inconsciente por suprimir una realidad desagradable, implica el reconocimiento de la realidad.  | Ante el fallecimiento de una persona muy cercana, durante una conversación hablar en presente sobre la misma sin tomar en cuenta que murió.                         |
| <b>Represión</b>          | Es el rechazo de un elemento que ingresa a la conciencia hacia el inconsciente y permanece inconsciente. Este elemento desde el inconsciente pugna por expresarse, por ganarse acceso a la conciencia. | En este caso el sujeto hace caso omiso de algún evento o situación que haya sido perturbadora o perjudicial para sí mismo.  |
| <b>Regresión</b>          | Este mecanismo genera un retroceso a un nivel evolutivo, en el que se usan de patrones antiguos que permitieron la resolución de conflictos en una etapa previa.                                       | Cuando una persona al sentirse triste o insegura se coloca en posición fetal porque esta le recuerda la sensación de seguridad que tenía en el vientre de su madre. |

---

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| <b>Proyección</b>   | Atribución de pensamientos, sentimientos, conductas y motivos no aceptables propios hacia otras personas.  | Es proyectar aspectos personales, defectos o virtudes de uno en otra persona.  |
| <b>Introyección</b> | Comprende la adquisición o atribución de características de otra persona como si fueran de uno.  | Se puede tomar como ejemplo cuando los niños se atribuyen elementos de la mamá o el papá modelos de la vida cotidiana. |
| <b>Sublimación</b>  | Desplazamiento de la dirección del objeto instintivo hacia un valor social más elevado, presupone la aprobación o el conocimiento de tales valores, la existencia del superyó. | Cuando una persona es agresiva y practica karate para canalizar la ira que siente.                                     |

Los mecanismos de defensa descritos anteriormente son los que se pueden presentar en el sujeto ante las diversas situaciones que le provocan malestar, el uso de cada una dependerá de algunos aspectos, como son su personalidad, el ambiente social en el que se desenvuelve, entre otros. Si bien es cierto, al momento de activarse evita que el sujeto tenga una carga emocional muy fuerte, a la larga podría generar síntomas, pues el malestar simplemente cambia de forma o se guarda en el inconsciente del sujeto, lo que afecta tanto en la salud mental como física. En el siguiente cuadro se muestra cuáles pueden ser algunos de los síntomas tanto físicos como emocionales que pueden generar los mecanismos de defensa.

### 5.4.1.3. Síntomas físicos y emocionales

Tabla 5. 2. Síntomas físicos y emocionales

| <b>Físicos</b>                          | <b>Emocionales</b>         |
|---|----------------------------|
| <b>-Dolores musculares.</b>             | -Estrés                    |
| <b>-Debilidad.</b>                      | -Irritación                |
| <b>-Dolores de cabeza.</b>              | -Sensibilidad              |
| <b>-Temblores en manos o piernas.</b>   | -Tristeza profunda         |
| <b>-Sarpullidos sin motivo aparente</b> | -Olvidos de tareas diarias |

**Elaborado por:** Ivette Fierro

Para poder sobrellevar de mejor manera la enfermedad, al tener en cuenta que el cuidado del paciente oncológico o cualquier paciente crónico, no es una tarea sencilla por lo que esta guía proveerá estrategias de afrontamiento que permitirán que la labor como cuidador primario sea más tolerable y no genere un elevado desgaste físico y emocional para el cuidador.

Las estrategias de afrontamiento que se proveerán son actividades que permiten que el sujeto pueda asumir su rol como cuidador primario de una forma efectiva, en el intento de reducir los niveles de estrés o presión ejercida por la situación que atraviesa.

En la tabla que se presenta a continuación se presentan actividades sugeridas como estrategias de afrontamiento que serán de gran utilidad para el cuidador primario del paciente con cáncer.

#### 5.4.1.4. Estrategias de Afrontamiento

Tabla 5. 3. Estrategias de Afrontamiento.

| Área             | Estrategia  | Objetivo                   | Actividades  | Tiempo  |
|------------------|---|----------------------------|--|---|
| <b>Persona I</b> | Actividades que promuevan la descarga de emociones. | Descargar emociones.       | -Practicar algún tipo de actividad física deportiva como: caminar, trotar, gimnasia, aeróbicos, box.   | Dedicar una hora semanal a estas actividades.                               |
|                  | Actividades recreacionales                          | Reducir niveles de estrés. | -Dedicar tiempo a un pasatiempo que pueda realizarse de manera individual. Por ejemplo: leer un libro, ver una película, dibujar sacar a pasear a la mascota.                      | -Se recomiendan destinar dos horas semanales para este tipo de actividades. |
|                  | Actividades culturales.                             | Reducir niveles de estrés. | Destinar tiempo a actividades culturales, que pueden ser: Asistir a conciertos de la música de preferencia, acudir a presentaciones de baile, teatro o de cualquier forma de arte. | - Se sugiere dedicar 3 horas al mes para este tipo de actividades.          |
|                  | Buscar ayuda profesional.                           | Trabajar en su bienestar.  | Iniciar un proceso terapéutico en el que se trabajen aspectos de vida que generan malestar al asumir el rol de cuidador.   | - Acuerdo con el terapeuta.   |

|               |                  |                                     |   |                                       |
|---------------|------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <b>Social</b> | Apoyo social     | -Reestablecer vínculos sociales..   | Realizar actividades en las cuales se mantenga contacto con personas ajenas al ambiente familiar. Ejemplo: Ir al cine, reunirse para conversar con amigos, salir a comer. | -Dos veces al mes.                    |
|               | Apoyo espiritual | -Afianzar fuentes de apoyo.         | Estar en contacto con guías espirituales de acuerdo a su creencia religiosa.  | El tiempo que se considere necesario. |
|               | Grupos de apoyo  | Promover la expresión de emociones. | Asistir a grupos de encuentro con personas que se encuentren atravesando una situación similar y que este dirigido por un experto.  | - 2 veces al mes.                     |

Elaborado por: Ivette Fierro

Nota: Es importante contar con el apoyo de una persona de la familia o de una persona de confianza que en los momentos de realizar las actividades fuera de hogar el paciente cuente con alguien que le provea de los cuidados necesarios en ausencia del cuidador principal.

Tener en cuenta:

- La persona que se encarga del cuidado del paciente oncológico es un sujeto con derechos por lo que no debe dejar a un lado el cuidado personal tanto físico

como emocional, pues incluso este permitirá tener una mejor capacidad para realizar el cuidado, el cuidador primario tiene derecho a enojarse, estar deprimido y expresar ocasionalmente sentimientos difíciles.

- Tener actividades propias las cuales no incluyan a la persona que se cuida, que permitan al sujeto salir de las labores cotidianas.
- Es importante recibir de las personas cercanas muestras de afecto y consideración por la labor que se realiza, estar orgulloso y valorar los logros que se dan durante el cuidado del paciente es un aspecto fundamental al llevar a cabo esta labor.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1. Conclusiones**

Al haber finalizado la investigación se ha obtenido las siguientes conclusiones, en base a la información adquirida de manera bibliográfica y por medio de instrumentos permitieron obtener los datos para que la investigación se pudiera ejecutar.

- El cáncer ser una patología tan fuerte produce en la persona un deterioro no solamente en la parte física, sino también en el área emocional, pues conlleva muchos cambios en la calidad y estilo de vida no solamente del enfermo, también de las personas que se encuentran dentro de su entorno, principalmente las encargadas de su cuidado. En base a la observación clínica y durante las entrevistas en el desarrollo del trabajo investigativo realizado se puede determinar que los cuidadores primarios son personas que no se encuentran preparadas para asumir esta responsabilidad, por el ardua labor que representa asumir este rol, lo que genera en ellos un nivel de sobrecarga elevado dificultando el afrontamiento adecuado de la enfermedad de sus seres queridos.

- El nivel socioeconómico y el nivel de educación de las personas que realizan la labor de cuidadores primario que formaron parte de la investigación, incide al momento de asumir el rol, pues la falta de conocimiento sobre la enfermedad, la resistencia que existe hacia la atención psicológica y la historia de vida, se ve reflejado en la concepción de la enfermedad y por ende en el asumir las tareas cotidianas de cuidado hacia el enfermo, pues no tienen conocimiento claro de la gravedad de la enfermedad.
- Una vez recolectada la información y realizado el análisis respectivo a través de los instrumentos, se concluye que los cuidadores primarios de los pacientes con cáncer que se encuentran en el estadio IV de la enfermedad, utilizan mayormente el mecanismo de defensa de la represión, pues al estar expuestos a un malestar muy alto por los cuidados exhaustivos que requiere el paciente en esta etapa de la enfermedad, se ven obligados a evadir las emociones o sentimientos que genera la enfermedad, guardándolos inconsciente provocando diferentes síntomas físicos y emocionales como: insomnio, falta de apetito, dolores musculares, cefaleas irritación, tristeza profunda, sensibilidad, olvidos de tareas diarias.
- El mecanismo de defensa negación relacionado a la aceptación de la enfermedad, se presenta en mayor grado en los cuidadores primarios de los pacientes en estadios iniciales de la enfermedad es decir estadio I y estadio II, mientras que quienes se encargan del cuidado de pacientes oncológicos con cáncer en estadio III y IV han logrado aceptar la enfermedad de mejor manera, lo que puede estar relacionado al tiempo de diagnóstico de la enfermedad.

- El mecanismo de defensa negación y racionalización articulado con el tema “Muerte” se presenta en los cuidadores primarios de los pacientes en Estadio IV de la enfermedad, esto en la mayoría de los casos se da por las creencias religiosas que profesan los cuidadores otorgando a Dios su sanación, en base al discurso obtenido en las entrevistas realizadas.
- En base a la correlación realizada se pudo concluir que al momento en que el cuidador primario utiliza el mecanismo de defensa Proyección la probabilidad de que se presente el mecanismo Negación es menor, esto se debe a que cuando la persona refleja la representación que le genera malestar hacia otro, acepta la enfermedad de manera indirecta aunque no la asuma como propia.

## **6.2. Recomendaciones**

En base a la investigación realizada y a los datos obtenidos se pueden dar las siguientes recomendaciones:

- Para poder investigar de una manera más amplia las características de la población con la que se trabajó, se podría aplicar en una próxima investigación con un diferente enfoque la escala de Zarit enfocada en evaluar el grado de sobrecarga que presenta el cuidador primario de pacientes que necesitan cuidados permanentes o parciales.

- Una vez realizada la investigación y en base a los resultados obtenidos se considera necesario que en las instituciones en las cuales se trabajan con pacientes oncológicos y sus cuidadores, se promueva la atención psicológica, que en la mayoría de los casos necesita seguir un proceso terapéutico.
- Se recomienda la creación de grupos terapéuticos enfocados a la adaptación a la de la enfermedad y provisión de herramientas relacionadas al bienestar emocional de los cuidadores primarios, esto no solo beneficiará al paciente y sus familiares, sino que se presenta como una forma de trabajo en la que se logrará mejores resultados al trabajar a la par de un proceso psicológico individual.
- Se recomienda la utilización de la guía de estrategias de afrontamiento dentro del departamento psicológico de la institución en la cual se desarrolló la investigación “SOLCA TUNGURAHUA” como complemento del seguimiento que se realice con los cuidadores primarios para permitirle un mejor afrontamiento de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aecc Asociacion Española Contra el Cáncer. (31 de 7 de 2015). *Aecc Contra el Cancer*. Obtenido de Tipos de Cancer: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/elcancer/paginas/tiposdecancer.aspx>
- Alfaro, O., Morales, T., Vazques, F., Sanches, S., & Ramos, B. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 485-494.
- Azouri, C. (1998). *El psicoanálisis*. Madrid: Acento.
- Bleger, J. (1968). *Psicología de la conducta* (3ra Edición ed.). Buenos aires: Paidos.
- Dethlefsen, T. (2002). *La enfermedad como camino*. España: Plaza y Janes.
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cancer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
- Freud, A. (1954). *El yo y los mecanismos de defensa* (2da Edición ed.). Buenos Aires: Paidos.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello* (Vol. XIX). Buenos Aires: Paidos.
- Freud, S. (1937). *Analisis Terminable e Interminable*. (E. A. Psicoanálisis, Ed.)
- Freud, S. (2011). Lo inconsciente. En *Obras Completas* (4ta Edición ed., págs. 2061-2100). Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (2011). Lo reprimido. En *Obras Completas* (págs. 2053-2060). Buenos Aires: El Ateneo .

- García, B. (2011). *Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil*. Barcelona.
- Gómez, J. (2002). *La familia y la enfermedad en fase terminal*. Antioquia.
- Gómez, M., & Campbell, S. (2013). *Lecturas Freudianas de los fundamentos del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Brujas.
- Gomila, M. (2005). *Tests Proyectivos: aplicación al diagnóstico y tratamiento clínicos*. Barcelona : Universidad de Barcelona.
- Guerrero, N. (2013). *Clínica Psicoanalítica para pacientes con cáncer*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Huerta, R., Corona, J., & Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.*, 46-51.
- INC Instituto Nacional del cáncer. (6 de Enero de 2015). *Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de Estadificación del Cáncer: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion/hoja-informativa-estadificacion>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis* (1ra edición ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Larban, J. (2010). Ser cuidador; el ejercicio de cuidar. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, Vol.50*, 55-99.

- López, J., Orueta, R., & Gómez, S. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista médica Familiar*, 332-339.
- Mandal, A. (10 de Diciembre de 2012). *NewsMedical.net*. Obtenido de Clasificación del Cáncer: [http://www.news-medical.net/health/Cancer-Classification-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Cancer-Classification-(Spanish).aspx)
- Milke, D. (2009). *Reporte del libro "el yo y el ello"* . Puebla.
- Minhot, L. (2003). *La mirada psicoanalítica* . Argentina: Brujas.
- Oliver, R. (2005). *Elige tu Futuro*. México D.F.: Grupo Noriega.
- OMS. (2007). *Tratamiento y diagnostico*. Geneva: OMS.
- OMS;UICC. (2005). *Accion Mundial contra el cancer* . Ginebra: OMS.
- Roudinesco, E. (2011). *Diccionario de Psicoanalisis*. Buenos Aires: Paidos.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (marzo de 2003). *Periodicos Electronicos em Psicologia*. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.com>
- Vera, Í. (2012). *Clínica Psicoanalítica para pacientes con cancer*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Zambrano, R., & Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador . *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26-39.

Apéndice:

1. Validación del cuestionario de Mecanismos de defensa.

*PUCE Sede Ambato*  
**PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y DESARROLLO**



CATEGORÍAS

|                            |   |                                  |  |
|----------------------------|---|----------------------------------|--|
| <b>Título del proyecto</b> | <b>Mecanismos de defensa en el cuidador primario según el estadio de la enfermedad del paciente en una unidad oncológica.</b> | <b>Línea(s) de Investigación</b> |  |
|----------------------------|---|----------------------------------|--|

DE

**INVESTIGACIÓN**

**1. REPRESIÓN**

**2. NEGACIÓN**

**3. PROYECCIÓN**

**4. FORMACIÓN REACTIVA**

## CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

| CATEGORIA                    | CONCEPTO   | INDICADORES   |
|------------------------------|--|---|
| <b>MECANISMOS DE DEFENSA</b> | <p>Los mecanismos de defensa son funciones psíquicas reguladoras que se asemejan a la manera de trabajar de un relé. Su misión dentro del psiquismo, es la de regular las cargas de energía (disminuyendo la tensión psíquica) para "proteger" el equilibrio y evitar toda clase de trastornos o perturbaciones producidas por exceso de excitación emocional (Vels.A,1990).</p> |   |
| <b>SUBCATEGORIAS</b>         |  |   |
| <b>1.Represión</b>           | <p>Operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones ligados a una pulsión, la satisfacción de esta pulsión ofrece peligro para el individuo (Laplanche &amp; Pontalis,2010).</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La persona presenta una sensación de ansiedad o tensión a pesar de pensar que no existe ningún problema.</li> <li>- La persona no muestra ninguna reacción a pesar de pasar por un momento difícil.</li> </ul> |
| <b>2.Negación</b>            | <p>Procedimiento en virtud del cual el sujeto a pesar de formular un de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca. (Laplanche &amp; Pontalis,2010).</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-La persona niega la realidad.</li> <li>-No acepta lo que sucede en su interior o en el exterior.</li> </ul>   |

|                             |  |   |
|-----------------------------|--|---|
| <b>3.Proyección</b>         | La proyección es un mecanismo de defensa mediante el cual "escupimos" sobre el mundo o sobre los demás aquellas emociones, vivencias o rasgos de carácter que deseamos desalojar de nosotros mismos por inaceptables. (Vels.A, 1990).  | -La persona refleja o pone en el otro características o representaciones propias. |
| <b>4.Formación Reactiva</b> | El sujeto lucha directamente contra toda representación penosa, frustrante o dolorosa, sustituyéndola por un síntoma primario de defensa o "contrasíntoma", consistente en adoptar una conducta o reacción que excluye de la conciencia a los elementos que intervienen en el conflicto, en favor de virtudes morales llevadas al extremo, como pueden ser el pudor, la escrupulosidad, la persecución de las conductas inmorales, etc. (Vels.A,1990). | - La persona realiza una acción contraria a lo que realmente siente o piensa.     |

PRIMERA CATEGORÍA:

**Represión**

1. Soy capaz de dejar de pensar en la enfermedad para atender de la mejor manera a la persona a la cual cuido, después tendré tiempo de afrontarlo.
2. Hay momentos en los que siento que me puede estar afectando el estado en el que se encuentra la persona a la cual cuido, sin embargo no logro diferenciar si me encuentro bien o no .
3. Soy capaz de minimizar o eliminar mis sentimientos si estos pueden generar malestar o interfieren en mi labor.

SEGUNDA CATEGORÍA:

**Negación**

- 1.La situación por la que estoy atravesando en ningún momento me genero malestar, he sabido afrontarlo.
- 2.No tengo miedo a lo que pueda pasar, pues sé que va a mejorar.
- 3.Suelo atender a los hechos desagradables como si no existieran.

**Formación reactiva**

- 1.Hay momentos en que quisiera dejarlo todo, pero en vez de ello me dedico más a la persona de la cual me encargo.
2. A veces me molesta esta situación, pero enseguida suelo sentirme mal por pensar de esa manera y hago mis labores con mas responsabilidad.
3. Hay días en los que me siento irritable y no quiero ver a nadie, a pesar de ello esos son los días en que doy más atención a las cosas que tengo que hacer.

**Proyección**

1. Pienso que todo lo que está pasando es muy duro y la persona a la cual estoy atendiendo se siente cansada y le es difícil continuar.
2. A veces pienso que la enfermedad es tan fuerte que la persona a la cual cuido no lo va a soportar por mucho tiempo.
3. En ocasiones la persona a la que cuido se enfada pues dice que lo que pienso que siente en realidad lo estoy sintiendo yo.

TERCERA CATEGORÍA:

CUARTA CATEGORIA



| VALIDACION DE INSTRUMENTO “CUESTIONARIO”  |              |    |              |    |               |
|---|--------------|----|--------------|----|---------------|
| PERSONA QUE EVALUA LA PERTINENCIA DE LAS PREGUNTAS  |              |    |              |    |               |
| FECHA:  |              |    |              |    |               |
| Cuestionario para cuidadores primarios de pacientes oncológicos.  |              |    |              |    |               |
|   | SE COMPRENDE |    | ES RELEVANTE |    | OBSERVACIONES |
| ¿Pregunta?  | SI           | NO | SI           | NO |               |
| <b>PRIMERA CATEGORÍA</b>  |              |    |              |    |               |
| 1. Soy capaz de dejar de pensar en la enfermedad para atender de la mejor manera a la persona a la cual cuido, después tendré tiempo de afrontarlo.                                     |              |    |              |    |               |
| 2. Hay momentos en los que siento que me puede estar afectando el estado en el que se encuentra la persona a la cual cuido, sin embargo no logro diferenciar si me encuentro bien o no. |              |    |              |    |               |
| 3. Soy capaz de minimizar o eliminar mis sentimientos si estos pueden generar malestar o interfieren en mi labor.   |              |    |              |    |               |
| <b>SEGUNDA CATEGORÍA</b>  |              |    |              |    |               |
| 1. La situación por la que estoy atravesando en ningún momento me genera malestar, he sabido afrontarlo   |              |    |              |    |               |
| 2. No tengo miedo a lo que pueda pasar, pues sé que va a mejorar.   |              |    |              |    |               |
| 3. Suelo atender a los hechos desagradables como si no existieran.  |              |    |              |    |               |
| <b>TERCERA CATEGORÍA</b>  |              |    |              |    |               |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 1. Hay momentos en que quisiera dejarlo todo, pero en vez de ello me dedico más a la persona de la cual me encargo.   |  |  |  |  |  |
| 2. A veces me molesta esta situación, pero enseguida suelo sentirme mal por pensar de esa manera y hago mis labores con más responsabilidad.                  |  |  |  |  |  |
| 3. Hay días en los que me siento irritable y no quiero ver a nadie, a pesar de ello esos son los días en que doy más atención a las cosas que tengo que hacer |  |  |  |  |  |
| <b>CUARTA CATEGORÍA</b>   |  |  |  |  |  |
| 1. Pienso que todo lo que está pasando es muy duro y la persona a la cual estoy atendiendo se siente cansada y le es difícil continuar.                       |  |  |  |  |  |
| 2. A veces pienso que la enfermedad es tan fuerte que la persona a la cual cuido no lo va a soportar por mucho tiempo.  |  |  |  |  |  |
| 3. En ocasiones la persona a la que cuido se enfada pues dice que lo que pienso que siente en realidad lo estoy sintiendo yo.                                 |  |  |  |  |  |
| <b>FIRMA:</b>   |  |  |  |  |  |
| <b>NOMBRE</b>   |  |  |  |  |  |
| <b>CARGO O PROFESION U OCUPACION</b>  |  |  |  |  |  |
| <b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>  |  |  |  |  |  |
| <b>FECHA:</b>   |  |  |  |  |  |

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

“LOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL CUIDADOR PRIMARIO SEGÚN EL  
ESTADIO DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD  
ONCOLÓGICA”

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Investigadora: IVETTE ALEJANDRA FIERRO ALVARADO

Director de la Investigación: PS.CL.MG ISABEL RAMOS

Ambato- Ecuador

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr./ a: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua. Ésta investigación lleva por título: “Los Mecanismos de defensa del cuidador primario según el estadio de la enfermedad del paciente en una unidad oncológica”. Siendo la primera investigación dirigida a esta problemática en el tipo de población seleccionado. El objetivo de esta investigación es “Analizar los mecanismos de defensa que emplea el cuidador primario según el estadio de la enfermedad del paciente oncológico”, así podremos correlacionar los mecanismos de defensa más usados por el cuidador primario según el estadio de la enfermedad del paciente para después elaborar una guía de estrategias de afrontamiento en base a los datos obtenidos anteriormente.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que responder al cuestionario de mecanismos de defensa del cuidador primario, permitir la aplicación del test HTP y brindar la información necesaria para que se lleve satisfactoriamente la investigación, en la que se harán diversas preguntas dirigidas a determinar los mecanismos de defensa utilizados por el cuidador primario del paciente oncológico. Su participación será Anónima, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los

informes de la investigación que se redactarán. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar.

Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

Investigador Responsable

\_\_\_\_\_

Ivette Fierro

C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma investigado/a

## Apéndice 3:

*Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio I*

| CASOS                                   | Interpretación  | Mecanismos de Defensa |
|---|---|-----------------------|
| <p><b>CASO 1</b></p> <p><b>J.C.</b></p> | <p><b>PERSONA:</b></p> <p>Omisión de orejas que prefiere no escuchar.</p> <p>Mirada fija hacia la derecha: preocupación por el futuro.</p> <p>Débil contacto con el exterior.</p> <p>Agresividad en varios rasgos del dibujo.</p> <p><b>ÁRBOL:</b></p> <p>Necesidad de aferrarse a la realidad.</p> <p>Copa aplastada, relacionada con depresión, resignación, falta de desarrollo, inhibición.</p> <p>Raíces con suelo transparente: deterioro del criterio o juicio de la realidad.</p> <p><b>CASA:</b></p> <p>El trazo muestra inseguridad.</p> <p>Paredes: el yo está enmarcado, proceso de desintegración.</p> <p>Ventanas abiertas: control emocional en el contacto con los demás, tacto ansioso al relacionarse.</p> <p>Omisión de piso: inseguridad, inestabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplazamiento de todos los dibujos es en la parte superior izquierda, relacionado con inseguridad en sí mismo y regresión al</li> </ul> |                       |

|               |   |  |
|---------------|---|--|
|               | pasado.   |  |
| <b>CASO 2</b> | <b>PERSONA:</b>   |  |
| <b>B.P</b>    | <p>Mirada fija hacia la derecha: preocupación por el futuro.</p> <p>Tamaño pequeño: sentimiento de pequeñez, inadaptación, sentimiento de inadecuación.</p> <p>Orejas grandes: excesivamente sensible a las críticas y a la opinión social, resistencia a la autoridad.</p> <p>Brazos horizontales y mecánicos: contacto afectivo superficial.</p> <p><b>ÁRBOL:</b></p> <p>Trazo fuerte: alto nivel de energía actitud de mando, agresividad.</p> <p>Tamaño pequeño: sentimiento de inferioridad.</p> <p>Raíces con trazo fuerte: necesidad de aferrarse a la realidad.</p> <p>Línea izquierda del tronco ondulada y derecha recta: sensibilidad interior encubierta por rigidez y frialdad exterior.</p> <p>Tronco con irregularidades del lado izquierdo: vulnerabilidad interior, inhibición.</p> <p>Ramas que engrosan hacia la punta: inhibición , debilidad, imposición, contradicción, personas que buscan el derribamiento de las resistencias exteriores atacándolas de frente y se impacientan cuando no ceden, actúan mas bien con violencia, quieren más de lo que pueden como un mecanismo de compensación de alguna debilidad.</p> <p>Copa: ocultamiento, inestabilidad.</p> <p>Frutos (adulto): fijación en la infancia o adolescencia, deseo de mostrar su capacidad.</p> <p><b>CASA:</b></p> <p>Techo con tejas, contorno reforzado: escrupulosidad, obsesión, defensa</p> |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>contra el temor de que la fantasía escape a su control.</p> <p>Puerta abierta: vulnerabilidad extrema y falta de adecuación a las maneras de afrontamiento del Yo.</p> <p>Refuerzo de línea base: inestabilidad, necesidad de aferrarse a la realidad, reafirmación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El emplazamiento de todos los dibujos es en la parte superior izquierda, relacionado con inseguridad en sí mismo y regresión al pasado, introversión.</li> </ul>  |  |
| <p><b>CASO 3</b></p> <p><b>Y.C</b></p> | <p><b>PERSONA:</b></p> <p>Omisión de ojos y orejas: negarse a ver la realidad y a escuchar, la omisión de manos es rechazo al contacto social, la omisión de pies se relaciona a la inestabilidad.</p> <p>Palotes: persona racional, bloquea lo emocional debido a lo lógico.</p> <p>Poco control de impulsos.</p> <p><b>ÁRBOL:</b></p> <p>Las ramas muertas: representa el bloqueo hacia el contacto en relaciones interpersonales, aislamiento, soledad.</p> <p>Tamaño pequeño: sentimiento de inferioridad.</p> <p>Suelo en zigzag, representa desconfianza, agresividad, retraimiento.</p> <p>Dilataciones o reducción de diámetro en el tronco, se interpreta como inhibición, detención, estancamiento de afectos y emociones.</p> <p>Copa curva en arcadas, apego a los rodeos, circunloquios, según el tamaño pequeño, puede ser regresión neurótica.</p> <p>Ramas rotas y cortadas: dentro del aspecto psicosocial puede reflejarse como sentimiento de inadaptación, inutilidad, inhibición, sentimiento de inferioridad, terquedad.</p> <p><b>CASA:</b></p> |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>Techo con ventana: vida predominante fantástica, frecuente en esquizoides.</p> <p>Puerta pequeña cerrada: dificultad para establecer contacto con el ambiente, dificultad en relaciones sociales e interpersonales.</p> <p>Ventanas desnudas: falta de tacto social, se relacionan con lo demás en forma descortés, ruda y directa.</p> <p>Omisión de línea base: inestabilidad e inseguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El emplazamiento de todos los dibujos es en la parte izquierda media, interpretado como sentimiento de ser observado, sobre vigilante, busca equilibrio.</li> </ul>  |  |
| <p><b>CASO 4</b></p> <p><b>P.P</b></p> | <p><b>PERSONA:</b></p> <p>Existen rasgos en la figura humana que representa, inseguridad, bajo control de impulsos, inestabilidad, la mirada y la posición del cuerpo se encuentra dirigida a la izquierda, interpretado como regresión, o situaciones no elaboradas.</p> <p>En la omisión de pupilas y orejas, se representa como negación de la realidad, evita ver y escuchar.</p> <p><b>ÁRBOL:</b></p> <p>Trazo débil y lento, escasa afirmación sobre la realidad, bajo nivel de energía, inseguridad, lentitud en la idea y acción.</p> <p>Árbol separado de la base: inseguridad, lucha por aceptar la realidad.</p> <p>En el tronco se evidencian traumas no elaborados de etapas anteriores.</p> <p>Forma estereotipada: realismo estrecho, domesticidad.</p> <p><b>CASA:</b></p> <p>En los rasgos de la casa se puede identificar inseguridad, ansiedad relacionada a la vida hogareña, rechazo al contacto social, dificultad en las relaciones interpersonales.</p> |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>El techo con tejas y remarcado representa problemas y confusión de pensamiento, algunas veces frecuente en neurosis de ansiedad, escrupulosidad.</p> <p>Puerta grande con cerradura acentuada: dependencia, defensas paranoides.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El emplazamiento de dos dibujos es en la parte izquierda media, interpretado como sentimiento de ser observado, sobre vigilante, busca equilibrio. Mientras que el de la casa se encuentra en la parte media derecha, relacionado a la incertidumbre por la vida hogareña o ansiedad del futuro incierto.</li> </ul> |  |
|  |   |  |

*Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio II*

| <b>CASOS</b>                           | <b>Interpretación</b>  | <b>Mecanismos de defensa</b> |
|--|--|------------------------------|
| <p><b>CASO 1</b></p> <p><b>J-C</b></p> | <p><b>PERSONA:</b></p> <p>Los rasgos más significativos, son inseguridad e inestabilidad debido al trazo débil y entre cortado.</p> <p>En cuanto al cuello remarcado se puede decir que existe algún problema, debido a que el dibujo lo relaciona con su esposa a quien cuida.</p> <p>Las piernas en palotes implica inseguridad, inestabilidad.</p> <p>En cuanto a las manos cerradas y brazos abiertos, se interpreta como poco contacto con las personas, búsqueda de contacto social, dificultad en las relaciones interpersonales.</p> <p>Omisión de pupilas, no quiere ver la realidad.</p> |                              |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p><b>ÁRBOL:</b></p> <p>Trazo débil: escasa afirmación sobre la realidad, bajo nivel de energía.</p> <p>Trazo entrecortado en el ramaje: impulsividad, agresividad reprimida, nerviosismo.</p> <p>Tamaño pequeño: sentimiento de inferioridad.</p> <p>Sin suelo: inestabilidad.</p> <p>Raíces exageradas: excesiva preocupación por el contacto con la realidad, necesidad de estabilidad, busca agarrarse al piso.</p> <p>Tronco abierto: explosividad, impulsividad, carga y descarga instantánea.</p> <p>Copa con líneas serruchadas: agresión, exigencia, terquedad, agitación.</p> <p><b>CASA:</b></p> <p>Techo con tejas y trazos inarmónicos: escrupulosidad, obsesión, confusión del pensamiento, problemas intelectuales.</p> <p>Paredes con líneas débiles en su contorno, interpretado como derrumbe de la personalidad, debilidad de las defensas yóicas.</p> <p>Puerta pequeña que indica, dificultad para establecer contacto con el ambiente y dificultad en las relaciones interpersonales, en cuanto a las ventanas muestra un tacto ansioso en el contacto social.</p> <p>La casa tiene una percepción de que se cae, muestra el sentimiento hacia la vida hogareña.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplazamiento de todos los dibujos es en la parte superior izquierda, relacionado con inseguridad en sí mismo y regresión al pasado.</li> </ul> |  |
| <p><b>CASO 2</b></p> <p><b>M.R</b></p> | <p><b>PERSONA:</b></p> <p>Los rasgos más relevantes son omisión ojos vacíos sin pupila, omisión de orejas, manos y pies, lo que se interpreta con inseguridad, inestabilidad, negación de la realidad, bloqueo en las relaciones interpersonales, persona ensimismada, no quiere escuchar la realidad, se evidencia regresión al</p>  |  |

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
|                                       | <p>pasado por la ubicación del dibujo y la postura.</p> <p><b>ÁRBOL:</b></p> <p>Trazo débil que representa escasa afirmación sobre la realidad, delicadeza, bajo nivel de energía, impresionabilidad al contacto con la realidad.</p> <p>Sin suelo: inestabilidad, inseguridad.</p> <p>Tronco abierto: explosividad, impulsividad, carga y descarga instantánea</p> <p>Copa sin continuidad con el tronco: no existe concordancia entre el pensamiento y las acciones, inadaptabilidad.</p> <p><b>CASA:</b></p> <p>Techo con trazos inarmónicos: confusión de pensamiento.</p> <p>Paredes débiles: esfuerzo por mantenerse integrado en actitud de tolerancia pasiva, debilidad interna.</p> <p>Paredes transparentes se ve foco, deterioro en el criterio de realidad.</p> <p>Puertas y ventanas cerradas: la persona busca mantenerse apartada de su entorno y presenta resistencia a interactuar con los demás.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El emplazamiento de los dibujos es en la parte izquierda media, interpretado como sentimiento de ser observado, sobre vigilante, busca equilibrio, regresión al pasado, traumas o situaciones no elaboradas.</li> </ul> |  |
| <p><b>CASO 3</b></p> <p><b>LS</b></p> | <p><b>PERSONA:</b></p> <p>En los rasgos más relevantes de la figura humana se puede observar que hay regresión al pasado, hay omisión de manos, pies, orejas lo cual se interpreta como negación de la realidad, inestabilidad necesidad de contacto exterior.</p> <p>Cabeza disminuida: deprimidos, neuróticos socialmente deprimidos.</p> <p>Se ven rasgos de infantilismo, regresión al pasado, dependencia, castración, no quiere ver la realidad.</p> <p><b>ÁRBOL:</b></p> <p>Ejecución pasiva con presión débil o trazo prososo: escasa afirmación sobre</p>  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>la realidad, bajo nivel de energía, susceptibilidad, terquedad y obstinación.</p> <p>Tamaño grande: afán de superar los sentimientos de inferioridad.</p> <p>Sin suelo: inestabilidad.</p> <p>Raíces: búsqueda de estabilidad.</p> <p>Reducción de diámetro, tronco abierto: inhibición, detención, estancamiento de afectos y emociones, carga y descargas instantáneas, impulsividad.</p> <p>Flores: preferencia más por lo aparente que lo real, irrealidad, auto contemplación, fantasía.</p> <p><b>CASA:</b></p> <p>Techo grande con excedentes a los costados: persona excesivamente fantasiosa, dificultad para mantener relaciones interpersonales.</p> <p>Cerradura reforzada en puerta cerrada: defensas paranoides, dificultad en el contacto social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El emplazamiento de los dibujos es en la parte izquierda media, interpretado como sentimiento de ser observado, sobre vigilante, busca equilibrio, regresión al pasado, traumas o situaciones no elaboradas.</li> </ul> |  |
| <p><b>CASO 4</b></p> <p><b>E.C</b></p> | <p><b>PERSONA:</b></p> <p>En los rasgos de la figura huma se puede evidenciar inseguridad, inestabilidad, fantasía por compensación, sentimientos de inferioridad.</p> <p>Hay omisión de manos, orejas, que representa negación a escuchar y a establecer relaciones, culpa, dificultades en el contacto, también existe presencia de ojos vacíos que se interpreta como negación de la realidad.</p> <p>Omisión de nariz, representa dificultades sexuales vinculadas al complejo de castración.</p> <p>Evidentemente hay dificultad de controlar impulsos pero se esfuerza en controlar.</p> <p><b>ÁRBOL:</b></p>  |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>Se evidencia escasa afirmación de la realidad, inseguridad, lentitud en la idea y la acción, sentimiento de inferioridad, en cuanto al suelo se puede ver dificultad en persistir, voluntad débil, raíces que representan necesidad de estabilizarse, el tronco delgado muestra sentido de debilidad, realismo estrecho, automatismo.</p> <p><b>CASA:</b></p> <p>Techo con excedentes a los costados: alejamiento de las relaciones interpersonales manifiestas.</p> <p>Existen rasgos que evidencian dificultad en el contacto social y relaciones interpersonales, también la puerta muy pequeña muestra traumas generados por las relaciones interpersonales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplazamiento de dos dibujos es en la parte superior izquierda, relacionado con inseguridad en sí mismo y regresión al pasado. El otro se encuentra en la parte derecha media, relacionado a preocupaciones sobre el futuro e inseguridad que causa el mismo.</li> </ul> |  |
|--|---|--|

*Ficha de análisis de mecanismos de defensa en cuidadores primarios de pacientes oncológicos Estadio III*

| CASOS                                  | Interpretación   | Mecanismos de defensa |
|--|--|-----------------------|
| <p><b>CASO 1</b></p> <p><b>L.A</b></p> | <p><b>PERSONA:</b></p> <p>Los rasgos más relevantes de la figura humana son ojos vacíos y omisión de orejas, interpretado como negación a la realidad, no quiere ver y tampoco quiere escuchar.</p> <p><b>ÁRBOL:</b></p> <p>En el trazo rososo y fuerte, evidencia actitud de mando, impaciencia, espíritu de lucha, actividad, tenacidad, inseguridad, incertidumbre,</p> |                       |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>exceso de sensibilidad.</p> <p>El tamaño pequeño muestra sentimiento de inferioridad, inutilidad, minusvalía.</p> <p>Copa tronchada: influenciabilidad, resignación.</p> <p>El árbol no tiene suelo lo que indica inestabilidad.</p> <p>Ramas cortas (pequeñas): represión de las fantasías y negación de los contenidos amenazantes que se imponen, detención del crecimiento emocional.</p> <p><b>CASA:</b></p> <p>Techo con tejas: escrupulosidad, obsesión, problemas intelectuales.</p> <p>En las paredes se esfuerza por mantener un yo integrado.</p> <p>Puerta pequeña y cerrada: dificultad para establecer contacto con el ambiente, timidez, dificultad para establecer relaciones sociales e interpersonales.</p> <p>Ventanas reforzadas: defensas de daños que vienen del exterior.</p> <p>Según la perspectiva indica actitud distante, opositora o inaccesible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplazamiento de todos los dibujos es en la parte superior izquierda, relacionado con inseguridad en sí mismo y regresión al pasado, introversión, se siente que es observado.</li> </ul> |  |
| <p><b>CASO 2</b></p> <p><b>M.C</b></p> | <p><b>PERSONA:</b></p> <p>En la figura humana se evidencian los siguientes aspectos, alto nivel de energía, actitud de mando, agresividad, preocupación a ser claro, señal de resistencia, hay gran carga emocional.</p> <p>También hay rasgos paranoides, sensibilidad a la crítica, existe un gran afán preocupación por el área intelectual, las relaciones sociales y los impulsos provenientes del cuerpo. En relación a la boca se</p>   |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>evidencia simpatía forzada y búsqueda de aprobación.</p> <p>En la nariz muestra expresión de rechazo y desprecio a los demás.</p> <p>Los brazos muestran conductas compensatorias de sentimientos, dificultades en el contacto, necesidades agresivas dirigidas hacia afuera.</p> <p>Dedos del pie en figuras vestidas muestra agresividad patológica.</p> <p>En cuanto a los botones dibujados en la línea central, preocupaciones somáticas, personalidad dependiente, inmadura.</p> <p><b>ÁRBOL:</b></p> <p>En cuanto al tamaño hay orgullo, afán por superar sentimientos de inferioridad.</p> <p>Copa tronchada: influenciabilidad, resignación.</p> <p>Existen rasgos en el árbol que se interpreta como alto nivel de energía, actitud de mando, afán de superar los sentimientos de inferioridad, el suelo muestra egocentrismos, desconfianza, retraimiento, distanciamiento de la realidad, inseguridad y sensación de inadaptación.</p> <p>Las raíces son búsqueda de estabilidad y de aferrarse a la realidad.</p> <p>Reducciones de diámetro en el tronco, se interpreta como inhibición, detención, estancamiento de afectos. Hay ocultamiento, oposición y reactividad.</p> <p><b>CASA:</b></p> <p>Los aspectos más relevantes en la casa son vida predominante fantástica, obsesión, confusión de pensamiento o problemas intelectuales, escrupulosidad. La puerta y la ventana están sumamente reforzadas, defensas paranoides generadas por la preocupación de daños que provienen del exterior. También existen</p> |  |
|--|---|--|

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>tendencias a alejarse de los demás.</p> <p>El emplazamiento de dos dibujos es en la parte izquierda media, interpretado como sentimiento de ser observado, sobre vigilante, busca equilibrio. Mientras que el de la casa se encuentra en la parte media derecha, relacionado a la incertidumbre por la vida hogareña o ansiedad del futuro incierto.</p>   |  |
| <p><b>CASO 3</b></p> <p><b>N.M</b></p> | <p><b>PERSONA:</b></p> <p>En la figura humana se evidencian ojos vacíos, se niega a ver la realidad, hay carga emocional pesada para la persona, presenta también dificultad en el contacto con los demás, limitación en recibir estímulos del exterior, poco control de impulsos. Preocupación por somatizaciones, castración, regresión.</p> <p><b>ÁRBOL:</b></p> <p>Los rasgos más significativos son: inestabilidad, inseguridad, poco control de impulsos, oposición, confusión, contradicción en acción y emoción, sensación de inadaptación. Necesidad de aferrarse a la realidad, el tronco muestra sentido de debilidad, sentimiento de soledad, confusión.</p> <p><b>CASA:</b></p> <p>Techo de contorno reforzado, las otras partes de la casa no están dibujadas así, eso se interpreta como defensas contra el temor de que la fantasía se escape a su control, algunas veces en las neurosis de ansiedad, obsesión, confusión de pensamiento, preocupaciones.</p> <p>Ventana y puerta cerrada representa aislamiento, poco contacto con el exterior, dificultad en las relaciones sociales, inaccesible, actitud distante.</p> <p>Todos los dibujos se encuentran en la parte inferior izquierda, lo que indica regresión al pasado, traumas o situaciones infantiles no</p> |  |

|                                 |   |  |
|---------------------------------|---|--|
|                                 | elaboradas, dependencia materna, depresión.   |  |
| <b>CASO 4</b><br><br><b>M.S</b> | Persona:<br><br>Los rasgos más relevantes de la figura humana, es trazo entrecortado, inestabilidad, inseguridad, falta de energía, depresión.<br><br><ul style="list-style-type: none"><li>• El emplazamiento de todos los dibujos es en la parte superior izquierda, relacionado con inseguridad en sí mismo y regresión al pasado, introversión.</li></ul> |  |