

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**El rol de la psicoterapia en pacientes oncológicos diagnosticados con
trastornos del estado de ánimo que usan psicofármacos.**

AUTOR:

Barona Blanco, Juan Fernando

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

24 febrero de 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por -
Barona Blanco, Juan Fernando, como requerimiento para la obtención del título de
Licenciadas en Psicología Clínica.

TUTORA

Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.

f. _____

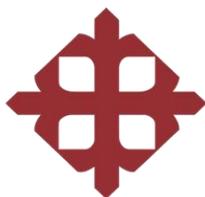
Psic.Cl. Torres Peñafiel, Carolina Eugenia, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Estacio Campoverde, Maria de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 24 del mes de febrero del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Barona Blanco, Juan Fernando**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **El rol de la psicoterapia en pacientes oncológicos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo que usan psicofármacos** previos a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 24 días del mes de febrero del año 2025

EL AUTOR

f. 

Barona Blanco, Juan Fernando



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Barona Blanco, Juan Fernando**

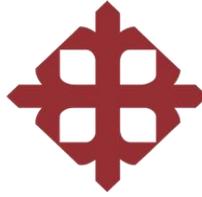
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **El rol de la psicoterapia en pacientes oncológicos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo que usan psicofármacos** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 días del mes de febrero del año 2025

EL AUTOR

f. _____

Barona Blanco, Juan Fernando



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO

 INFORME DE ANÁLISIS
magister

El rol de la psicoterapia en pacientes oncológicos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo que usan psicofármacos

0% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas

1% Textos sospechosos

< 1% Idiomas no reconocidos

< 1% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: El rol de la psicoterapia en pacientes oncológicos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo que usan psicofármacos_Barona Juan.docx ID del documento: f2678aed7f2a32e9eb5e7efe32fcb30b7f21bf Tamaño del documento original: 147,09 kB Autor: Juan Fernando Barona Blanco	Depositante: Juan Fernando Barona Blanco Fecha de depósito: 18/2/2025 Tipo de carga: url_submission fecha de fin de análisis: 18/2/2025	Número de palabras: 20.194 Número de caracteres: 132.814
--	--	---

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: El rol de la psicoterapia en pacientes oncológicos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo que usan psicofármacos.

EL AUTOR: Juan Fernando Barona Blanco

INFORME ELABORADO POR:

Mgs. Peñañiel Torres, Carolina Eugenia

Guayaquil, a los 18 días del mes de febrero del año 2025

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios
Agradezco a mi familia; mi padre, mi madre, mis hermanos
Agradezco a mi esposa Fiorella
Agradezco a la Universidad
Agradezco a mis profesores
Agradezco por esta oportunidad, por seguir adelante a pesar de todo.

Juan Fernando, Barona Blanco

DEDICATORIA

Para mi papa y mi mama.

Juan Fernando, Barona Blanco



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psic. CL. Mariana De Lourdes Estacio Campoverde, Mgs.

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	7
CAPITULO 1.....	13
EL CANCER Y EL ESTADO DE ANIMO	13
Etimología del cáncer	13
Clasificación y tipos de cáncer	15
Síntomas físicos	20
Síntomas que afecten el estado del ánimo	21
Tratamientos Oncológicos.....	23
Tratamientos psicológicos	24
CAPITULO 2.....	26
LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO Y SU MANEJO	26
Tipos de tratamiento para los trastornos del estado del ánimo	29
Técnicas Cognitivas:.....	31
Técnicas Conductuales:	31
Técnicas emotivas:	31
Psicoterapia Familiar Sistémica	32
Psicoanálisis.....	33
Psicofármacos.....	35
CAPITULO 3.....	37
INFLUENCIAS PSICOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS.....	37

Trastornos del ánimo en pacientes oncológicos.....	37
Tratamiento psiquiátrico en pacientes oncológicos	38
Psicofármacos utilizados para el tratamiento de trastornos del estado del ánimo en pacientes oncológicos:.....	39
Uso combinado de tratamiento psiquiátrico y psicoterapia en pacientes oncológicos	41
Tratamiento psicológico en pacientes oncológicos	42
CAPITULO IV	45
METODOLOGIA	45
Enfoque	45
Paradigma.....	45
Método	45
Población.....	46
CAPÍTULO 5.....	50
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	50
Presentación de datos cuantitativos.....	50
Presentación de datos cualitativos	51
Entrevistas a especialistas.....	51
Análisis de datos	61
CONCLUSIONES.....	66
LISTA DE REFERENCIAS	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	47
Tabla 2 Datos de la muestra	50
Tabla 3 Análisis temático de entrevista a Dr. Jorge Gencon	54
Tabla 4 Análisis temático de entrevista a Emilia Escobar	59

RESUMEN

El estudio analiza la relación entre la psicoterapia y la farmacoterapia en pacientes oncológicos con trastornos del estado de ánimo, atendiendo el hecho de que a combinación de terapia cognitivo-conductual (TCC) y el uso de psicofármacos influye en la evolución emocional de estos pacientes, considerando que el cáncer afecta tanto su salud física como su bienestar psicológico. El objetivo principal fue describir el uso de ambos enfoques terapéuticos en un entorno clínico y evaluar su efectividad. Para ello, se realizó un metaanálisis descriptivo basado en revisión bibliográfica de estudios nacionales e internacionales, centrándose en pacientes oncológicos de entre 35 y 75 años. Los resultados muestran que la depresión es altamente prevalente en esta población. Se evidencia que la combinación de TCC con farmacoterapia mejora los síntomas depresivos y ansiosos en comparación con la monoterapia. Se identificó el uso frecuente de antidepresivos y ansiolíticos. Se concluye que la combinación de psicoterapia y fármacos es la opción más efectiva para tratar los trastornos del estado de ánimo en pacientes oncológicos. Se enfatiza la importancia de un enfoque interdisciplinario para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras claves: PSICOTERAPIA; FARMACOTERAPIA; TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO PACIENTES ONCOLÓGICOS; TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL; CÁNCER

ABSTRACT

The study analyzes the relationship between psychotherapy and pharmacotherapy in oncology patients with mood disorders. It addresses the issue of how the combination of cognitive-behavioral therapy (CBT) and the use of psychotropic drugs influences the emotional evolution of these patients, considering that cancer affects both their physical health and psychological well-being. The main objective is to describe the use of both therapeutic approaches in a clinical setting and assess their effectiveness. To achieve this, a descriptive meta-analysis was conducted based on a bibliographic review of national and international studies, focusing on oncology patients aged 35 to 75. The results show that depression is highly prevalent in this population. It is evident that combining CBT with pharmacotherapy improves depressive and anxiety symptoms compared to monotherapy. The frequent use of antidepressants and anxiolytics was identified. This study concludes that the combination of psychotherapy and medication is the most effective option for treating mood disorders in oncology patients, highlighting the importance of an interdisciplinary approach to improve these patients' quality of life.

Key words: PSYCHOTHERAPY; PHARMACOTHERAPY; MOOD DISORDERS; ONCOLOGY PATIENTS; COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY; CANCER

INTRODUCCIÓN

En el ámbito hospitalario destaca el rol que cumple el psicólogo clínico en el día a día. Y es que debido a la diversidad de disciplinas funcionando, existen desde enfermeras y médicos cirujanos hasta psiquiatras y psicólogos, motivo por el cual debemos saber con precisión desde dónde intervenir. Con ello, también debemos considerar el hecho de que llegan pacientes con, más allá de un malestar fisiológico, un sufrimiento emocional y mental. Entonces, aquello nos lleva a formular la pregunta ¿Cuál es la efectividad del trabajo interdisciplinario farmacológico y psicoterapéutico al momento de intervenir a pacientes oncológicos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo que usan psicofármacos en el Ecuador?

El dominio planteado para esta investigación es el dominio número 5; Educación, comunicación, arte y subjetividad. En relación con lo antes dicho, presentado nos ofrece un marco conceptual sólido para entender la complejidad de la experiencia humana, especialmente en contextos desafiantes como el diagnóstico de cáncer. En relación a lo vivido por los pacientes diagnosticados oncológicos es de vital importancia tomar en cuenta su subjetividad, en otras palabras, todo aquello que le ha generado un sentido dentro de su vida, la construcción de una estructura subjetiva.

Los pacientes recién diagnosticados con cáncer conllevan a un proceso de transformación repentino en sus vidas. Es así como podemos decir que estos cambios, bruscos y hostiles a la estructura de vida de un sujeto pueden verse reflejados en diferentes trastornos del estado de ánimo. Es un constante forcejeo entre los cambios que conlleva el diagnóstico y la resignificación de todo aquello que ya se era conocido.

En este contexto la psicoterapia se convierte en un espacio privilegiado para acompañar a los pacientes en este proceso de reconstrucción de su subjetividad, que les proporciona un ambiente seguro para explorar sus emociones, pensamientos y creencias. La psicoterapia ayuda a los pacientes a desarrollar nuevas formas de afrontar la enfermedad y a encontrar un sentido más profundo en sus vidas. La experiencia de cada paciente es única y está influenciada por factores internos y externos que la psicoterapia debe considerar al adaptar las intervenciones a las necesidades individuales de cada persona. Además, la relación terapéutica juega un papel crucial en el proceso de cambio, ya que proporciona un espacio de contención y apoyo emocional.

'La terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal son tratamientos psicoterapéuticos eficaces para los trastornos del estado del ánimo, tanto solos como en combinación con antidepresivos.' (American Psychological Association, 2020, p.4), dicho esto, los trastornos del ánimo hasta el día de hoy es tratada con una combinación de psicoterapia y farmacoterapia, la TCC o conocida como terapia cognitivo-conductual, ayuda a los pacientes a sobrellevar situaciones que probablemente les causen incomodidad de una manera eficaz, ayudándoles a analizar su comportamiento y pensar sobre sus pensamientos positivos y negativos, esto junto a al uso de fármacos que se utilizan para regular los niveles de los neurotransmisores en el cerebro, forman la terapia más utilizada la cual es mixta. Actualmente en el Ecuador se estima que alrededor de 1 millón de personas padecen de trastornos del estado del ánimo, lo cual sería un 10% de la población de los cuales han sido ingresados por sintomatología, siendo este un problema muy grande para la sociedad la cual al ser una cifra significativa no se utiliza ni se estima una base estandarizada para el tratamiento de este. 'Los trastornos del estado del ánimo son los principales factores de riesgo de discapacidad en Ecuador, y representa el 10.4% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)'. (OMS, 2020)

Con dicha problemática planteada, hago mención de que el presente estado del arte tiene como objetivo analizar la correlación entre la psicoterapia y la utilización de fármacos en un espacio clínico, por medio de un metaanálisis descriptivo, para definir cuál tipo de técnica es la más eficaz para pacientes con trastorno del estado del ánimo en el Ecuador. Así como también objetivos específicos como: Especificación o mención de fármacos con mayor relevancia o que han dado los mejores resultados según estudios anteriores, analizar los tipos de psicoterapia utilizados en la clínica para la depresión mayor en el Ecuador, por medio de una revisión de fuentes bibliográficas y estudios clínicos realizados con grupos control con estos fármacos, identificar qué fármacos son los más utilizados para tratar pacientes con trastornos del estado del ánimo en el Ecuador mediante análisis de datos bibliográficos, evaluar la efectividad del tratamiento con TCC en pacientes con trastornos del estado del ánimo en el Ecuador, mediante un análisis de metadatos de estudios realizados en el país y comparar la efectividad de tratamientos combinados de TCC y farmacoterapia con la de la monoterapia con cada enfoque en pacientes con trastornos del estado del ánimo en el Ecuador, mediante un análisis de metadatos de estudios realizados en el país.

Planteamiento del Problema

¿Cuáles son las manifestaciones del problema que se investiga?

A continuación, este archivo se planteará que rol juega la psicología en pacientes oncológicos que utilizan psicofármacos. Es de bien saber que existe un perjuicio ante los tratamientos psiquiátricos y psicológicos, lo que se busca que prevalezca es la adherencia al tratamiento, de bien poder ser que sea en conjunto. Lo que verificara a continuación es cómo influye la psicología, como tiene cabida dentro de los tratamientos psicofarmacológicos. Dicho esto, Los trastornos del estado del ánimo se caracterizan por seguir patrones de sentimientos de culpa y baja autoestima, desesperanza o pesimismo acerca del futuro, irritabilidad, frustración, pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban, cambio súbito del apetito resultando en un aumento o pérdida de peso, estos síntomas pueden llevar a que una persona que tenga esta enfermedad se vea muy afectada.

Pregunta general de investigación

¿Cómo inciden las psicoterapias de reestructuración cognitiva la evolución y recuperación emocional de paciente oncológicos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo?

Preguntas específicas:

¿Cómo el cáncer y su evolución desarrolla alteraciones en el estado de ánimo de pacientes oncológicos?

¿Cuáles son los tipos tratamientos utilizados en pacientes oncológicos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo?

¿Existe mayor efectividad en tratamientos con fármacos acompañados de una terapia cognitivo conductual en los pacientes oncológicos entre 35 y 75 años diagnosticados con trastornos del estado de animo

Objetivo general:

Describir el uso de la psicoterapia y la utilización de psicofármacos en un espacio clínico, por medio de un análisis descriptivo, definiendo como estos procedimientos son usados en pacientes oncológicos con trastornos del estado del ánimo.

Objetivos Específicos:

Caracterizar el desarrollo de los síntomas oncológicos y su relación con los cambios emocionales de paciente entre 35 a 75 años por medio de una revisión de fuentes bibliográficas.

Describir el diagnóstico y el psicofármaco prescrito en pacientes oncológicos entre 35 y 75 años por medio de una matriz de registro

Identificar los distintos tipos de intervención en la muestra seleccionada, por medio de revisión bibliográfica y entrevistas a profesionales.

Justificación

Hace algún tiempo en mis prácticas en SOLCA tuvimos algunos pacientes mayores de edad, a los cuales debido a su estado emocional y de querer que les den el alta, se les daba Clonazepam, entre otros medicamentos, para poder bajar estos síntomas subjetivos y sobre todo para que pueda conciliar el sueño. Nos llamó la atención tanto a mi como a mis colegas el hecho de que cada vez que se iba a verificar el estado del paciente a estos se los veía en un estado de inercia, poco comunicativos, sin disposición al análisis, a lo que nos llamó la atención y surgió una incógnita; ¿Cómo realizar terapia si el paciente no se puede acceder al discurso del paciente? El tipo de psicoterapia que acompaña al adulto mayor es de vital importancia especificar cuáles son aquellos con mayor efectividad. De esta manera como se puede realizar una terapia en combinación con farmacoterapia eficaz, se puede llegar a una estandarización de base para poder clasificar aquellos que se muestren más eficaz.

Se pudo identificar que los tratamientos más eficaces para los trastornos del estado del ánimo son la Terapia Cognitivo Conductual en acompañamiento de la escala de Beck y la terapia interpersonal son aquellas que son mejores en uso de base acompañada de antidepresivos y fármacos.

Los trastornos del estado del ánimo se caracterizan por seguir patrones de sentimientos de culpa y baja autoestima, desesperanza o pesimismo acerca del futuro, irritabilidad, frustración, pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban, cambio súbito del apetito resultando en un aumento o pérdida de peso, estos síntomas pueden llevar a que una persona que tenga esta enfermedad cometa un suicidio.

Existen diferentes alternativas para tratar los trastornos del estado del ánimo como la farmacoterapia, psicoterapia, en la cual se busca aliviar al paciente de sus síntomas ya sea parcialmente o de manera permanente. De igual manera sigue siendo un reto para los profesionales encontrar terapias que sean eficientes en su totalidad.

Sin embargo, aunque el uso de esta terapia ha dado resultados temporales para aliviar los síntomas de los trastornos del estado del ánimo, se mantiene una tasa alta de recaídas en los pacientes siendo el 40% y 60% el porcentaje de pacientes que vuelven a recaer en algún momento. Debido a esto se ha determinado la necesidad de realizar más investigaciones acerca del uso de la farmacoterapia y la psicoterapia y su efectividad especialmente en la depresión mayor sobre los ciudadanos del Ecuador.

“La elección del tratamiento específico para los trastornos del estado del ánimo debe basarse en una evaluación individualizada que considere la gravedad de los síntomas, la historia clínica, las preferencias del paciente y la disponibilidad de recursos” (National Institute of Mental Health, 2020)

El tratamiento para cada caso debe ser específico según la gravedad del paciente, condiciones biológicas y el estado de salud de este. Cabe recalcar que al ser pacientes hospitalizados se necesita una historización propia tanto del paciente, como de aquellos que lo rodean, entendamos que los pacientes no son solo aquellos que se encuentran hospitalizados es más bien todos aquellos que se encuentran dentro de ese acompañamiento mientras están internados. Se debería usar como base alguna de las terapias ya mencionadas, pero especificar cuál tipo de técnica sería la más correcta dependiendo del caso y de aquellas que se muestren más eficaces en adultos mayores oncológicos con depresión.

Dicho esto, los trastornos del estado del ánimo en adultos oncológicos entre los 25 y 60 años de edad es un problema para el cual se requiere un enfoque especializado único y personalizado, la medicación farmacológica puede brindar un alivio temporal de los síntomas sin embargo este no debería ser el único recurso, es por eso por lo que se requiere de estrategias terapéuticas que caigan bajo las especificaciones de esta población.

Al respecto conviene decir que, la Terapia cognitiva conductual y la terapia interpersonal son aquellas candidatas para cumplir los parámetros que se establecen en esta población, de tal manera que, se pueda brindar una terapia la cual se enfoque en la ayuda a los pacientes para poder cambiar, modificar, modelar patrones negativos asociados a su condición, brindar técnicas de afrontamiento, brindar una escucha a sus deseos, con el fin de brindarles una mayor calidad de vida. Para eso, es necesario individualizar el tratamiento y verificar qué tipo de técnicas y terapias muestran un mejor resultado teniendo en cuenta los fármacos que acompañen al paciente.

ANTECEDENTES

En el siguiente trabajo de investigación, se realizó una verificación de antecedentes bibliográfico, en las cuales se remarcan diferentes artículos; nacionales, latinoamericanos e internacionales. Se establecen en forma de secuencia culminando con una interpretación de los tres artículos. Dicho esto, se detallan artículos sobre los trastornos del estado del ánimo en un ambiente hospitalario y los tipos de psicoterapia y farmacoterapia que acompañan al tratamiento del paciente, estos son:

Diego Fernando Calderón Masón, et al. (2018) realizaron un estudio en la Unidad Técnica de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marin de Quito, titulada “Prevalencia de depresión en adultos mayores de la consulta externa de un hospital público”, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de la depresión en individuos mayores de 65 años. Se realizó un estudio descriptivo, transversal con una muestra compuesta por 365 pacientes mayores durante los primeros cuatro meses de 2018 por medio del Índice de Katz, la Escala Sociofamiliar de Gijón y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). La prevalencia de depresión fue del 25.80% (94/365) y se encontró que la depresión y la dependencia (OR = 3.107; IC 95%: 1.250 - 7.722), el riesgo social (OR = 2.853; IC 95%: 1.746 - 4.659) y las malas relaciones sociales (OR = 1.748; IC 95%: 1.064 - 2.872) están relacionados. La prevalencia de depresión en la población estudiada fue alta, y los adultos mayores que son dependientes y que están en riesgo social tienen una mayor predisposición a desarrollar depresión.

Juan Montalvo-Herdoíza et. al (2021). pertenecientes a la Universidad Técnica de Manabí, realizaron un estudio población en el cantón de Portoviejo, Manabí al cual titularon: “Prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor en Portoviejo, Ecuador.” Como contexto, el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es un trastorno neuropsiquiátrico debilitante que afecta a más de 300 millones de personas. En Ecuador, existen pocos datos sobre la prevalencia del TDM. Por ello, el objetivo de este estudio fue describir la prevalencia del TDM en la población de Portoviejo, Manabí. Se analizaron un total de 114,239 registros sobre TDM utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del DSM-IV en jóvenes, adultos y adultos mayores. Se observó que el 8.6% de la población estudiada presentaba TDM. Los puntajes de TDM leve y el lugar de residencia (zonas urbanas o rurales) fueron adecuados. Se encontró una correlación positiva entre el estado civil, la edad ($p = 0.001067$, $r = -0.94$) y la condición de viudez ($p = 0.009662$, $r = -0.87$) con los puntajes de TDM. En conjunto, los resultados

demuestran una alta prevalencia de TDM en la población de Portoviejo, con un efecto más pronunciado en hombres que viven solos, son jóvenes y residen en zonas urbanas.

María Erazo, Martha Fors et al. (2018). pertenecientes a la Universidad de las Américas, realizaron un estudio en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, que titularon: “Depresión: Una experiencia del Hospital del Adulto mayor”. Como preámbulo, el Instituto Nacional de Salud Mental reveló que el 15% de los adultos mayores han experimentado al menos un episodio de depresión durante su transición a la vejez. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión y sus posibles factores asociados en la población adulta mayor atendida en el Hospital de Atención Integral para Adultos Mayores durante el período de marzo a mayo de 2018. Se aplicó el Test de Yesavage y se utilizó la Escala Sociofamiliar de Gijón. Para la comparación de proporciones se emplearon estadísticas con distribución de chi-cuadrado, y para la comparación de medias se utilizaron pruebas *t* de Student. Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de depresión fueron analizados mediante regresión logística bivariada y multivariada. Se calcularon los valores de Odds ratio y sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

La prevalencia de depresión en los adultos mayores fue del 55,0%, con una mayor predominancia en hombres (59,2%), en personas divorciadas (72,7%) y viudas (72,1%), en aquellos con nivel educativo secundario (67,0%), en residentes de zonas rurales (60,0%), en adultos mayores diagnosticados con enfermedad de Parkinson (77,3%) y en pacientes hospitalizados (68,2%). En cuanto al riesgo social, se observó que un mayor riesgo social se correlacionaba con un porcentaje más elevado de depresión. Existe una alta prevalencia de depresión en la población adulta mayor, con factores predisponentes que se modifican si estos reciben atención de un equipo multidisciplinario, se implementan medidas preventivas antes del desarrollo de la depresión y se brinda apoyo emocional.

En los tres estudios encuentran una alta prevalencia de depresión en adultos mayores, que oscila entre el 8,6% y el 55%. En cuanto a los factores asociados: Los tres estudios identifican factores asociados a la depresión en adultos mayores, como: dependencia funcional, riesgo social, malas relaciones sociales, enfermedades crónicas, pérdida de seres queridos, aislamiento social. Se toma en cuenta los, factores psicológicos (antecedentes de depresión, ansiedad, baja autoestima). Como conclusión la depresión tiene un impacto negativo significativo en la calidad de vida de los adultos mayores. En cuanto a sus diferencias, la metodología de los estudios utiliza diferentes metodologías y muestras. Y en cuanto a los

resultados específicos, los estudios encuentran diferentes prevalencias y asociaciones específicas.

Karina Fernanda Mares Rico, et al. (2022). Realizaron un estudio descriptivo-correlacional titulado: “Ansiedad, depresión y soledad en cuidadores de personas con enfermedad crónica”. El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre ansiedad, depresión y soledad en 178 cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas con una edad promedio de 45 años utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria ($\alpha = .83$) y la Escala de Soledad ($\alpha = .95$). Se encontró una correlación positiva entre la edad y la percepción de soledad ($r = -0.200$); y entre el tiempo de cuidado y las puntuaciones de depresión ($r = -0.199$) y ansiedad ($r = -0.179$). Los cuidadores de mayor edad presentan una mayor soledad, mientras que un mayor tiempo de cuidado se asocia con mayores niveles de depresión y ansiedad.

Erica Villoria et al. (2021). Realizaron un estudio con título: “Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas”, con el objetivo de analizar la ansiedad y la depresión en pacientes chilenos con cáncer, utilizando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) a 623 pacientes con cáncer (70% mujeres). En los resultados: se observó baja frecuencia de ansiedad clínica (11,7%) y depresión (5,3%). La depresión fue más común en mujeres, en pacientes con educación media, en pacientes desempleados y en personas mayores. La ansiedad era más común en pacientes jóvenes y desempleados. Como conclusiones: la frecuencia de depresión y ansiedad fue baja en este grupo de pacientes con cáncer. Las mujeres, los sujetos educados, desempleados y de mayor edad son grupos de riesgo de depresión. Los sujetos jóvenes y desempleados experimentan más ansiedad.

Ana Becerra Gálvez et al. (2023), Realizaron un estudio titulado: “Depresión, ansiedad y activación en pacientes oncológicos mexicanos: comparaciones y factores predictores.”, cuyo objetivo fue identificar los niveles de ansiedad, depresión y activación conductual en pacientes oncológicos mexicanos. Se evaluó a un total de 116 pacientes con cáncer, con una edad promedio de 53 años con el Inventario de Depresión de Beck-II, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y la Escala de Activación Conductual para la Depresión. Los resultados mostraron que el 62.07% de los pacientes presentó ansiedad, y el 56.03% experimentó depresión. El análisis de regresión lineal mostró que la activación conductual ($\beta = -0.381$, $p =$

0.000) y la edad ($\beta = -0.133$, $p = 0.037$) tuvieron un efecto positivo en la depresión, mientras que la ansiedad ($\beta = 0.507$, $p = 0.000$) tuvo un efecto negativo.

Estos resultados revelan una realidad preocupante: la ansiedad, la depresión y la soledad se presentan en conjunto tanto en los cuidadores como en los pacientes con enfermedades crónicas; los estudios de Mares Rico et al. (2022), Villoria et al. (2021) y Becerra Gálvez et al. (2023), lo confirman. En el caso de los cuidadores, el estudio de Mares Rico et al. (2022) encontró que la edad se asocia con una mayor percepción de soledad, mientras que el tiempo dedicado al cuidado se relaciona con menores niveles de ansiedad y depresión. Por otro lado, los pacientes con enfermedades crónicas también experimentan estas emociones negativas: un estudio en pacientes chilenos con cáncer (Villoria et al., 2021) evidenció que la depresión es más común en mujeres, personas con menor educación, desempleados y mayores, mientras que la ansiedad afecta más a pacientes jóvenes y desempleados. En México, Becerra Gálvez et al. (2023) hallaron que más de la mitad de los pacientes con cáncer presentan ansiedad y depresión, y que la activación conductual, la edad, la ansiedad y la religión son factores predictores de estas condiciones. Es crucial destacar que la soledad juega un papel importante en la salud mental de los cuidadores. Ante este panorama, se hace evidente la necesidad de implementar estrategias para prevenir y tratar la ansiedad, la depresión y la soledad en estas poblaciones.

Alan K Davis et al. (2021), construyó un estudio que tiene como título: “Efectos de la terapia asistida con psilocibina sobre el trastorno depresivo mayor: un ensayo clínico aleatorizado” Como introducción, el trastorno depresivo mayor (TDM) es un problema grave de salud pública, pero los tratamientos actuales tienen una eficacia limitada. El objetivo fue investigar el efecto de la terapia con psilocibina en pacientes con TDM. Este ensayo clínico aleatorizado, se llevó a cabo en el Centro de Investigación Psicodélica y de la Conciencia del Johns Hopkins Bayview Medical Center en Baltimore, Maryland con adultos de 21 a 75 años con diagnóstico de TDM. Un total de 27 participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento y recibieron dos sesiones con psilocibina. La gravedad de la depresión se evaluó utilizando la Escala de Calificación de Depresión GRID-Hamilton (GRID-HAMD) Los puntajes medios en la GRID-HAMD en las semanas 1 y 4 (8.0 [7.1] y 8.5 [5.7]) en el grupo de tratamiento inmediato fueron significativamente más bajos que en los puntos de tiempo comparables (semanas 5 y 8) en el grupo de tratamiento diferido (23.8 [5.4] y 23.5 [6.0]). El efecto fue grande en la semana 5 (d de Cohen = 2.5; IC 95%, 1.4–3.5; $P < 0.001$) y en la semana 8 (d de Cohen = 2.6; IC 95%, 1.5–3.7; $P < 0.001$). El QIDS-SR documentó una rápida disminución en el puntaje medio de depresión (DE) desde la línea de base hasta el día 1 después

de la sesión 1 (16.7 [3.5] vs. 6.3 [4.4]; d de Cohen = 2.6; IC 95%, 1.8–3.5; $P < 0.001$), que se mantuvo significativamente reducido hasta el seguimiento en la semana 4 (6.0 [5.7]; d de Cohen = 2.3; IC 95%, 1.5–3.0; $P < 0.001$). En la muestra total, 17 participantes mostraron una respuesta clínicamente significativa a la intervención ($\geq 50\%$ de reducción en el puntaje GRID-HAMD), mientras que 14 participantes (58%) en la semana 1 y 13 (54%) en la semana 4 estaban en remisión (puntaje GRID-HAMD ≤ 7). Los hallazgos sugieren que la psilocibina con terapia es eficaz en el tratamiento del TDM en pacientes con cáncer y depresión resistente al tratamiento.

Eva Rmes Nissen, et al (2020), Realizaron un estudio titulado: “Terapia cognitiva basada en la atención plena proporcionada por Internet para la ansiedad y la depresión en sobrevivientes de cáncer: un ensayo controlado aleatorio.” Las intervenciones realizadas por Internet pueden aliviar la angustia de los sobrevivientes de cáncer con acceso limitado al tratamiento psicológico cara a cara. En colaboración con un grupo de sobrevivientes de cáncer, desarrollamos y probamos la eficacia de un programa de terapia cognitiva basada en atención plena (iMBCT) asistido por un terapeuta para la ansiedad y la depresión en sobrevivientes de cáncer. Métodos: Un total de 1282 sobrevivientes de cáncer fueron examinados para detectar ansiedad y depresión durante su seguimiento oncológico de rutina; Los supervivientes elegibles de cáncer de mama ($n = 137$) y de próstata ($n = 13$) fueron asignados al azar a iMBCT o a la lista de espera de atención habitual (CAU). Los resultados de ansiedad y depresión se evaluaron al inicio, a las 5 semanas, a las 10 semanas (después de la intervención) y a los 6 meses. Se encontraron efectos significativos para la ansiedad (d de Cohen = 0,45; $P = 0,017$) y para los síntomas depresivos ($d = 0,42$; $P = 0,024$) después de la intervención. Los efectos se mantuvieron durante el seguimiento para la ansiedad ($d = 0,40$; $P = 0,029$), pero no para los síntomas depresivos ($d = 0,28$; $P = 0,131$). Los hallazgos preliminares sugieren que la iMBCT es una intervención útil para los sobrevivientes de cáncer que padecen síntomas de ansiedad. Se necesitan más estudios sobre la eficacia para los síntomas de depresión.

Natalie Gukasyan et al. (2022), realizó un estudio que tiene como título: “Eficacia y seguridad del tratamiento asistido con psilocibina para el trastorno depresivo mayor: seguimiento prospectivo de 12 meses.” Para tener un contexto, los datos preliminares sugieren que el tratamiento asistido con psilocibina produce efectos antidepresivos sustanciales y rápidos en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM), pero se sabe poco sobre los resultados a largo plazo. Objetivos: Este estudio examinó la eficacia de la psilocibina durante 12 meses en participantes con TDM. Este estudio aleatorizado, controlado en lista de espera inscribió a 27

pacientes de entre 21 y 75 años con depresión (GRID-Hamilton Depression Rating Scale (GRID-HAMD) [17]). Los participantes fueron asignados al azar a una condición de tratamiento en la que recibieron dos dosis de psilocibina con psicoterapia de apoyo. Veinticuatro participantes completaron ambas sesiones de psilocibina y fueron seguidos durante 12 meses después de su segunda dosis. El porcentaje del tratamiento, en relación a la respuesta del mismo fue del 75%. Dicho esto, ninguno de los participantes del estudio padeció de efectos secundarios relacionados al uso de la psilocibina y cabe recalcar que ninguno de los participantes reportó el uso de psilocibina fuera del estudio. Esto resume que la psilocibina porta un impacto en el trastorno del estado del ánimo de depresión leve, moderada y grave. Es importante rescatar que se necesitan más investigaciones a profundidad para poder llegar a una conclusión exacta.

CAPITULO 1

EL CANCER Y EL ESTADO DE ANIMO

Etimología del cáncer

Según Salaverry Oswaldo (2013), “ En el Corpus Hippocraticum, colección de obras atribuidas a Hipócrates, se menciona unas lesiones ulcerosas crónicas, algunas veces endurecidas, que se desarrollan progresivamente y sin control.” (p. 6), dicho esto la palabra cáncer proviene del latín "cáncer", que tiene sus raíces en Grecia de la palabra “karkinos”. Galeno (129-157 d.C.) en su texto “ De tumoribus praeter naturam” considera que el origen de estas lesiones tumorales son el resultado de los cambios del humor, asociadas a la bilis negra relacionados directamente con la medicina hipocrática. Llegado a este punto podemos observar de qué manera se relaciona lo medico con lo intrínseco de la psicología, este primerísimo intento de clasificación de los tipos de cáncer tumorales y su relación con la clasificación de los humores de las personas es uno de los primeros intentos de relacionar como las afectaciones psicológicas están relacionadas con su condición médica. Esto da paso a como se evidencia según Horacio Juan (2013):

“Recordemos que la doctrina médica hipocrática estaba constituida por cuatro sustancias esenciales: una seca y caliente que es la bilis, una húmeda y caliente que es la sangre, otra seca y fría que era la bilis negra y, finalmente, una húmeda y fría que es la flema. Hay tres textos fundamentales en la protohistoria de la teoría de los temperamentos galénicos que convertirá estos cuatro humores de la medicina hipocrática en estados de ánimo o tipos psicológicos.” (p. 33).

En relación con lo antes dicho, y llevándolo a tiempos contemporáneos el cáncer, es una enfermedad física que consta en el crecimiento y multiplicación agresiva de las células anormales, de esta manera pueden llegarse a formar tumores que invaden los tejidos cercanos y así propagarse por todo el cuerpo. Según la definición del Instituto Nacional Del Cáncer (2001): “El cáncer es una enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo.” (parr.1) Dada esta razón, se deben conocer los lineamientos a seguir según; el tipo de su enfermedad, la gravedad de su condición y al tener un diagnóstico el paciente podrá alcanzar un tratamiento óptimo. Falta por decir que aun teniendo en cuenta toda la información sobre su enfermedad el paciente no alcanza a

comprender todo lo que conlleva la misma por lo cual podemos asegurar que mantiene una relación intrínseca con el estado del ánimo del paciente.

Antes de pasar adelante es de conciencia observar que, existen diferentes perspectivas sobre el origen del cáncer, existe otro punto de vista sobre cual podría ser el origen de que una paciente pueda llegar a padecer de cáncer.

Desde otra perspectiva Tuca Albert et al (2018): “El cáncer es una enfermedad genética, es decir, está causado por mutaciones (modificaciones de la secuencia genética) en los genes clave que controlan el normal crecimiento y división de las células.” Sería un error pensar que solo estas definiciones podrían tomar en cuenta todo el compendio de los orígenes del cáncer, sin embargo, estas son aquellas que muestran afectaciones a los pacientes sin contar efectos adversos e inorgánicos.

Teniendo en cuenta las definiciones establecidas podemos dar por hecho que “El cáncer es un grupo de enfermedades de origen complejo y multifactorial que puede originarse en cualquier parte del cuerpo. Comienza cuando ciertas células crecen de manera descontrolada y sobrepasan a las células normales del organismo.” (SOLCA, 2023, parr.1).

Deseo en este contexto subrayar que, el cáncer es la enfermedad más conocida a nivel global y por lo general es relacionado con temas de muerte acompañada de síntomas físicos muy graves que afectan de manera directa al paciente y aquellos que lo rodea.

Ahora bien, podemos dar por hecho que existen diferentes tipos de tratamientos para lograr una recuperación absoluta, sin embargo, la tasa de mortalidad es considerablemente alta. Según el Ministerio de Salud Pública (2022):

“En la región de las Américas, el cáncer es la segunda causa de muerte. Se estima que cuatro millones de personas fueron diagnosticadas en 2020 y 1,4 millones murieron por esta causa. Aproximadamente, el 57% de los nuevos casos de cáncer y el 47% de las muertes ocurren en personas de 69 años o más jóvenes. Los datos constan en la OMS.” (p. 9)

Los datos que acabamos de observar nos conducen a concluir que el padecer cáncer es una enfermedad difícil de llevar y sobre todo las afectaciones que estas conllevan. Velázquez Martínez et al (2007) “ El cáncer es una enfermedad que afecta y se ve afectada por las esferas físicas, psicológicas y sociales, siendo abordada cada vez de manera más sistemática desde una aproximación multi, inter y transdisciplinaria.” (parr.1), mirándolo así permite recapitular que

el cáncer no solo se relaciona a síntomas físicos, son aquellos síntomas físicos y efectos de los tratamientos que llevan al paciente padecer de cambios en su estado del ánimo.

Clasificación y tipos de cáncer

Dentro de la palabra cáncer, se puede encontrar un sin número de especificaciones de diferentes tipos y subtipos de cáncer. Estas se ven resaltadas según su ubicación, gravedad y estadio de estos. A continuación, se presentará y detallará los diferentes tipos de cáncer acompañados de su clasificación. El portal de medicina SUPORTAMED (2021) ha realizado una clasificación de los diferentes tipos de cáncer según su tipo y origen.

- **El sitio de origen:** La clasificación se da según por el sitio originario, son específicos y pueden ser; cáncer de, pulmón, cerebro, hígado o riñón.
- **El tipo de tejido:** Según la función del tipo de tejido, estos se han clasificado en seis categorías:
 1. **Carcinoma:** Tipo de cáncer más común y se origina en las células epiteliales.
 2. **Sarcoma:** Tipo de cáncer común en población joven, se forma en huesos y en los tejidos blandos.
 3. **Mieloma múltiple:** Se origina en las células plasmáticas en la medula.
 4. **Leucemia:** Se inician en los tejidos que forman la sangre en la medula ósea, presenta 5 tipos diferentes: Leucemia mielítica aguda (LMA), leucemia mielítica crónica (LMC), Leucemia linfática (LLA), Leucemia linfocito (LLC), Policitemia Vera.
 5. **Linfoma:** Se origina en las células del sistema inmunitario, específicamente en los linfocitos T o B.
- **De tipo mixto:** Es cuando coexisten al menos dos componentes del cáncer, por ejemplo: el tumor mesodérmico mixto, el carcinosarcoma, el teratocarcinoma, y los blastomas.
- **Según el grado:** El grado del cáncer se mide del 1 al 4 según el aumento de células anormales, considerando la presencia de células diferenciadas e indiferenciadas en los tejidos.
- **Según el estadio:** Es la forma de clasificación individual de los cánceres de cuánto de cáncer hay en el cuerpo y cuánto se ha propagado.
- **Según la ubicación en el cuerpo:** Los cánceres se clasifican según el lugar donde se encuentren:

Cabeza y cuello

- Cáncer de seno paranasal y de cavidad nasal
- Cáncer de boca
- Cáncer de garganta
- Cáncer de glándulas salivales
- Cáncer de hipofaringe
- Cáncer de tiroides
- Tumor extracraneal de células germinativas infantil
- Cáncer de labio y de cavidad oral
- Cáncer de laringe
- Cáncer de nasofaringe
- Cáncer de orofaringe
- Cáncer de paratiroides
- Cáncer escamoso metastásico de cuello con tumor primario oculto

Aparato locomotor

- Cáncer de hueso
- Cordoma
- Osteosarcoma e histiocitoma fibroso maligno óseo
- Sarcoma de Ewing
- Rabdomiosarcoma infantil
- Sarcoma de tejido blando

Aparato respiratorio y tórax

- Blastoma pleuropulmonar infantil
- Cáncer de pulmón de células no pequeñas
- Cáncer de pulmón de células pequeñas
- Mesotelioma maligno
- Timoma y carcinoma tímico
- Tumores traqueobronquiales infantiles

Célula germinativa

- Tumor extracraneal de células germinativas infantil
- Sistema nervioso central infantil, tumor de células germinativas
- Tumor de células germinativas del ovario
- Tumor extragonadal de células germinativas

- Cáncer de testículo

Cerebro y sistema nervioso

- Linfoma primario del sistema nervioso central
- Neuroblastoma
- Ependimoma infantil
- Tumor cerebral en adultos
- Tumor cerebral infantil
- Astrocitomas infantiles
- Craneofaringioma infantil
- Tumor teratoide rabdoide atípico del sistema nervioso central infantil
- Tumores de células germinativas del sistema nervioso central infantil
- Tumores embrionarios del sistema nervioso central infantil
- Glioma de tronco encefálico infantil
- Tumor de hipófisis

Digestivo y gastrointestinal

- Cáncer de vesícula biliar
- Cáncer de ano
- Cáncer de colon
- Cáncer de recto
- Cáncer de esófago
- Cáncer de estómago (gástrico)
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de hígado en adultos (primario)
- Cáncer de hígado infantil
- Tumores de estroma gastrointestinal infantiles
- Cáncer de intestino delgado
- Tumor carcinoide gastrointestinal

Endocrino y neuroendocrino

- Cáncer de tiroides
- Cáncer de paratiroides
- Carcinoma de corteza suprarrenal
- Carcinoma de células de Merkel

- Feocromocitoma
- Paraganglioma
- Tumor carcinoide gastrointestinal
- Tumores neuroendocrinos de páncreas
- Tumor de hipófisis
- Tumor neuroendocrino del pulmón

Ojo

- Melanoma ocular uveal
- Retinoblastoma

Piel

- Cáncer de piel
- Carcinoma de células de Merkel
- Linfoma de células T cutáneo, ver Micosis fungoides y síndrome de Sézary
- Melanoma
- Sarcoma de Kaposi

Primario desconocido

- Carcinoma de sitio primario desconocido

Cánceres relacionados con el sida

- Linfoma relacionado con el sida
- Linfoma primario del sistema nervioso central
- Sarcoma de Kaposi

Riñones y aparato genitourinario

- Cáncer de célula renal (riñón)
- Cáncer de células de transición de pelvis renal y de uréter
- Cáncer de pene
- Cáncer de próstata
- Cáncer de testículo
- Cáncer de uretra
- Cáncer de vejiga
- Tumor de Wilms y otros tumores renales infantiles

Sangre y sistema hematológico

- Leucemia

- Leucemia de células pilosas
- Leucemia linfoblástica aguda en adultos
- Leucemia linfoblástica aguda infantil
- Leucemia linfocítica crónica
- Leucemia mielógena crónica
- Leucemia mieloide aguda en adultos
- Leucemia mieloide aguda y otras neoplasias mieloides malignas infantiles

Linfoma

- Linfoma de células T cutáneo, ver Micosis fungoides y síndrome de Sézary
- Linfoma de Hodgkin en adultos
- Linfoma de Hodgkin infantil
- Linfoma no Hodgkin en adultos
- Linfoma no Hodgkin infantil
- Linfoma primario del sistema nervioso central
- Linfoma relacionado con el sida
- Micosis fungoides y síndrome de Sézary
- Waldenström, macroglobulinemia

Otros

- Histiocitosis de células de Langerhans
- Mieloma múltiple y otras neoplasias de células plasmáticas
- Neoplasias mielodisplásicas o mieloproliferativas
- Neoplasias mieloproliferativas crónicas
- Síndromes mielodisplásicos
- Seno (mama)
- Cáncer de seno (mama)
- Cáncer de seno (mama) infantil
- Cáncer de seno (mama) masculino
- Embarazo y cáncer de seno (mama)

Sistema reproductor femenino

- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de endometrio
- Cáncer epitelial de ovarios

- Cáncer de trompa de Falopio
- Cáncer de vagina
- Cáncer de vulva
- Cáncer primario de peritoneo
- Enfermedad trofoblástica de la gestación
- Sarcoma de útero o uterino
- Tumor de células germinativas del ovario
- Tumor de ovario de bajo potencial maligno

A pesar de tener una clasificación extensa de los tipos de cáncer esto es una recopilación de aquellos tipos más comunes y generales según su edad, gravedad, estadio y ubicación.

¿Qué factores influyen en la manifestación de los síntomas del cáncer?

No cabe duda de que el proceso tanto de tratamiento como de recuperación dejara como evidencia un desgaste fisiológico en el paciente, dejando síntomas adversos como; perdida o subida de peso, alopecia, infecciones recurrentes. Todos estos síntomas son efectos de la enfermedad y del tratamiento del paciente los cuales los pone en un estado limitado cognitivamente y poco funcionales motoramente, estos tendrán un impacto antes, durante y después del tratamiento del paciente. Cabe recalcar que, aunque los pacientes presenten un deterioro físico, este deterioro físico va a afectar de alguna manera el estado del ánimo del paciente, limitándolo al mismo cognitivo y conductualmente. Como ya se mencionó anteriormente, el cáncer es una enfermedad física y emocional que afecta tanto a las estructuras del cuerpo como a las estructuras mentales de los pacientes.

Síntomas físicos

En relación con lo antes mencionado, el cáncer presenta diferentes tipos de sintomatologías, sobre todo físicas. El cáncer puede llegar a ser un huésped silencioso y a continuación se ahondará en diferentes maneras de las cuales se puede llegar a presentar. Las sintomatologías, son varias y según el tipo de cáncer se presentan de diferentes maneras lo cual resulta en una variación de la intensidad que cada paciente pueda llegar a experimentar. El cáncer, aunque sea agresivo, no se presenta de forma inmediata, pero existen diferentes maneras de anticiparse a su desarrollo, es así como Urgent care in San Francisco (2024) establece que son señal de alerta:

- Dolor persistente
- Fatiga persistente
- Cambios en las evacuaciones
- Tos crónica
- Cambios en los senos
- Cambios en la piel
- Fiebres e infecciones frecuentes
- Moretones excesivos.
- Pérdida de peso inexplicable
- Bultos inusuales

Cabe recalcar que no está guía no es una estandarización para todo leyente, cada paciente es único y su sintomatología va a variar de acuerdo con la gravedad de su enfermedad. Puede que no presente ningún síntoma, como puede que presente todos los síntomas y no resulte en algún tipo de cáncer, es importante que se consulte a un médico.

Síntomas que afecten el estado del ánimo

Al igual que el cáncer conlleva síntomas físicos, también se presentan síntomas que afectan el estado del ánimo. El cáncer se presenta como una enfermedad que hace que cambie todo en la vida del paciente muy rápido con poco tiempo de adaptación, mientras todos los cambios suceden y el paciente recién comienza a señalar síntomas físicos, todo se encuentra muy ordinario, el momento vital del cambio es cuando todos esos cambios van siendo procesados por el paciente paulatinamente hasta que el paciente comienza a verse afectado por todo el proceso.

De acuerdo con la psico oncóloga Javaloyes Nuvia (2020), “ el cáncer lo cambia todo ya que, la vida como la teníamos planificada da un giro radical. Esta alteración radical, y en la mayoría de las ocasiones repentina, produce lógicamente alteraciones psicológicas. Estas alteraciones conllevan dificultades de adaptación.” (p. 4). Estas dificultades de adaptación se pueden evidenciar de tal manera que se realizó una clasificación de los posibles síntomas que afecten el estado del ánimo. Esta clasificación fue realizada Por el Instituto Nacional Contra el Cancer (2023):

- Enojo
- Miedo y preocupación

- Esperanza
- estrés y ansiedad
- Tristeza y depresión
- Culpa
- Soledad

Como se manejan los tratamientos psicológicos:

Es importante establecer que, los tratamientos psicológicos dentro de una institución clínica se realizan desde una perspectiva en la que el psicólogo habla desde la institución. Me explico, en instituciones clínicas, como hospitales el trabajo psicológico se lo ve como un trabajo en conjunto que se los maneja de diferentes áreas. Hay que entender que el trabajo dentro de un hospital, al paciente se lo categoriza de diferentes maneras, estas son:

- Biológica
- Psicológica
- Social

Empecemos por la parte biológica, desde esta perspectiva se encarga todo el personal médico, como enfermeros, médicos, cirujanos, nutricionistas, entre otros. Estos se encargan de realizar y buscar una homeostasis biológica en el cuerpo humano, su rol es de buscar el tratamiento más adecuado para el paciente el cual mejor sus condiciones, buscar la manera más adecuada y menos intrusiva para que el paciente logre una mejoría de su condición actual.

Continuemos con las partes psicológicas y sociales, me tomo un momento para enfatizar que estos dos puntos van de la mano debido a que, dentro de lo psicológico influye lo social en un paciente y viceversa. Aquellos encargados de la salud mental son los psicólogos y psiquiatras, ubico en este punto a los psiquiatras ya que, aunque esta práctica se enfoca en ubicar estabilizadores biológicos median psicofármacos, su objetivo es buscar la manera de que el paciente pueda ser funcional tomando en cuenta su salud mental, estos van acompañados de una planificación que según el Dr. Jorge Gencon es la siguiente: “En el hospital utilizamos algo llamado el SOAP, sus siglas se refieren a, subjetividad, objetivo, acción, plan, mediante este esquema se crea un plan y un diagnóstico para el paciente, con el fin de que se recete una medicina pero que consecuentemente esta se vaya disminuyendo mediante psicoterapia”.

Ahora bien, enfoquémonos en el manejo psicológico, desde el ámbito hospitalario el psicólogo trabaja como ya se mencionó antes, en conjunto con diferentes áreas del hospital. De

acuerdo con López Ana (2019) “Todos esos elementos están presentes e interaccionan en lo que llamamos institución, es decir, la constituyen, la definen, la van modificando a través del tiempo y producen unos determinados efectos en lo que podríamos llamar su objeto de trabajo. A su vez, la organización debe cumplir la función de ordenar el sistema para que los objetivos para los que fue constituida se cumplan.” Tomando esta cita como referencia, podemos concluir que el psicólogo trabaja desde la institución, su objetivo es aquel que se plantea desde la institución mediante psicoterapia el objetivo de las instituciones hospitalarias es el del bienestar del paciente, por ende, el objetivo de una psicoterapia es de resaltar el bienestar del paciente a lo largo de su enfermedad.

Añadiendo a lo antes estipulado, lo social y lo psicológico van de la mano, debido a que al padecer esta enfermedad tanto los familiares como los pacientes se sitúan en una situación de pares, se realiza un cambio de lo que era su vida y se comienzan a adaptar a una vida hospitalaria y que se ve enfocada en la enfermedad. De pasar de ser un individuo a ser un paciente como los otros den el hospital.

Tratamientos Oncológicos

Al ser una enfermedad agresiva y en la mayoría de los casos silenciosa, los tratamientos son igual de agresivos e invasivos, causando diferentes tipos de síntomas adversos al tratamiento. De igual manera el uso del tratamiento dependerá del tipo de cáncer que presente el paciente, su gravedad y de qué manera el médico maneje su caso. En los próximos párrafos se detallarán los diferentes tipos de tratamientos

Cirugía: Durante el procedimiento, el cirujano extrae las células cancerígenas (tumor) y los tejidos circundantes.

Radioterapia: Utiliza ondas radiactivas para eliminar las células cancerígenas debido a que la radiación es más perjudicial para las células de crecimiento rápido. Esto evita que las células cancerígenas crezcan y se dividan.

Los dos principales tipos de radioterapia son:

- Radioterapia externa. En ella, se dirigen rayos X al tumor desde afuera del cuerpo.
- Radioterapia interna. Se aplica a través de semillas radiactivas que se colocan en el tumor; por un líquido o una pastilla que se ingiere; o de forma intravenosa.

Quimioterapia: Son medicamentos que se administran administrar de forma oral, como una inyección o directamente vía intravenosa que se utilizan para eliminar las células anormales.

Inmunoterapia: Este tratamiento depende de la capacidad del sistema inmunitario y utiliza sustancias producidas por el cuerpo para reforzarlo para combatir el cáncer. De esta manera le permite al cuerpo eliminar este tipo de células cancerosas.

Terapias dirigidas: Este tipo de tratamiento está relacionado hacia tipos de terapias concentradas en las células cancerosas y paran su crecimiento.

Terapia hormonal: Se utiliza una terapia con hormonas, que tiene como fin bloquear las hormonas naturales del cuerpo para evitar crecimiento de masas.

Hipertermia: Utiliza calor para dañar y eliminar las células cancerígenas sin dañar las células normales. El calor se aplica a través de una máquina fuera del cuerpo o a través de una sonda que se coloca en el tumor.

Terapia láser: Utiliza un haz de luz muy estrecho y enfocado para destruir las células cancerígenas.

Terapia fotodinámica: El paciente recibe una inyección de un medicamento que es sensible a un tipo especial de luz y elimina células cancerígenas. Posteriormente el médico dirige la luz de un láser a las células cancerígenas.

Crioterapia: Utiliza gas extremadamente frío para congelar y eliminar las células cancerígenas.

Tratamientos psicológicos

El cáncer tiene un gran impacto psicológico en los pacientes y sus familias ya que miedo, la depresión y el estrés son emociones que acompañan a esta enfermedad. La psicooncología, se enfoca en el cuidado emocional de los pacientes con cáncer, y en el manejo de estas emociones. El tratamiento psicológico en pacientes oncológicos equipa a las personas que enfrentan el cáncer y sus tratamientos para manejar la ansiedad, la depresión y el miedo, a través de la terapia cognitivo-conductual y el apoyo psicosocial, los profesionales de la salud mental ayudan a los pacientes a desarrollar habilidades de afrontamiento y mejorar su calidad de vida.

De acuerdo con el trabajo de investigación relacionado con los tratamientos psicológicos, realizado por la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (2023) ‘’ Esta

enfermedad afecta la integridad del paciente, por lo que es necesario un tratamiento multidisciplinar” llevando un enfoque acompañado de la mano de la psicofarmacología y con terapia de tercera generación. Enfatizando en el uso de psicofármacos para poder llevar a cabo una terapia acorde con el paciente. Así como lo dice Li (2017) (28):

“Realiza el primer trabajo de revisión sistemática sobre la eficacia de tratamientos en la depresión del paciente con cáncer en modalidad psicológica versus psicofarmacológica, concluyendo que ambas terapias unidas (en lo que se denomina en la actualidad como modelos de atención multidisciplinar, pudiendo ayudar a remitir la depresión a largo plazo.”

Ahora bien, manejando una vista más objetiva sobre los tratamientos psicológicos Como una de las intervenciones psicológicas más sólidas, la terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado ser altamente efectiva para mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer, ofreciendo un abordaje integral que abarca desde la gestión de emociones hasta el desarrollo de habilidades de afrontamiento. De acuerdo con Pérez Santiago (2018), “ El desarrollo de las nuevas terapias de tercera generación es reseñable tanto en la psicología en general como la psicooncología en particular. Especialmente, el uso del mindfulness o atención plena ha proliferado.” De esta manera queda los diferentes recursos utilizados para tratar a pacientes oncológicos.

En conclusión, el cáncer es una enfermedad compleja que abarca múltiples dimensiones, desde la biología celular hasta los aspectos psicológicos. La investigación continúa avanzando en la búsqueda de nuevas terapias y estrategias de prevención. Un enfoque integral que combine tratamientos médicos y apoyo psicológico es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias

CAPITULO 2

LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO Y SU MANEJO

De manera de prefacio de este segundo capítulo, se trabajará bajo la categorización de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados a la salud mental. Con el fin de realizar y clasificar de manera objetiva los trastornos del estado del ánimo. De acuerdo con la OMS (2016) El CIE 10, es la clasificación estandarizada sobre los trastornos de salud mental y su diagnóstico. Estos se clasifican según; su tipo y gravedad. Como consiguiente, se analizará y se detallará los tipos de trastornos del estado del ánimo, como se puede llegar a un diagnóstico y los tratamientos que se manejan.

El CIE 10 de acuerdo con el Doctor Adhanom Tedros (2018): ‘‘El CIE-10 Nos permite entender en gran medida lo que hace que las personas enfermen y mueran, así como tomar medidas para prevenir el sufrimiento y salvar vidas’’ siendo esta una guía para el diagnóstico y manejo de diferentes tipos de trastornos, de los cuales en este trabajo se enfocaran en aquellos relacionados con los trastornos del estado del ánimo.

De acuerdo con Watson Renee (2023) ‘‘Un trastorno del estado de ánimo es un tipo de afección de salud mental donde hay una desconexión entre las circunstancias de vida reales y el estado mental o de ánimo de una persona’’. (parr.1), dicho esto a continuación, se detallará el diagnóstico, puntualizaciones y el manejo utilizando el CIE-10 como guía para enfatizar los trastornos del estado del ánimo dejando de lado aquellos que se relacionen con efectos psicóticos:

- (F30) Hipomanía:
 - Caracterizado por una elevación leve y persistente del estado del ánimo, acompañado de un humor elevado hasta el punto de convertirse irritable.
 - Se deben presentar para su diagnóstico tres de los siguientes puntos:
 - Inquietud física
 - Dificultad para concentrarse
 - Aumento en el vigor sexual
- (F30.1) Manía sin síntomas psicóticos:

- La autoestima suele ser exagerada con ideas de grandiosidad y exceso de confianza. Presenta una pérdida de las inhibiciones sociales lo cual conduce a conductas desafiantes e imprudentes.
- Nota diagnóstica:
 - Humor predominante exaltado, expansivo o irritable y anormal para el individuo afectado. El cambio de humor debe ser esencial y mantiene durante al menos una semana.
- (F31) Trastorno Bipolar:
 - Caracterizado por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se ven alterados.
 - Nota diagnóstica:
 - Los episodios se delimitan por el paso de episodio a su opuesto o de tipo mixto.
- (F31.0) Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco:
 - El paciente se encuentra hipomaniaco y ya ha tenido por lo menos un episodio afectivo antes.
 - Nota Diagnóstica:
 - El episodio cumple con aquellos requisitos de la hipomanía.
- (F31.3) Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
 - El paciente se encuentra en un estado depresivo, cumpliendo los requisitos de antes tener un episodio de manía, hipomanía o trastorno del estado del humor.
 - Nota Diagnóstica:
 - Cumple con los criterios establecidos en los códigos (F32.0 y F32.1).
- (F31.4) Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos:
 - El paciente se encuentra en un estado deprimido, y cumple con un episodio afectivo anterior.
 - Nota diagnóstica:
 - Cumple con los criterios establecidos en el código (FR32.2)
- (F31.6) Trastorno bipolar, episodio actual mixto
 - El paciente ha padecido de un episodio anterior; hipomaniaco, maniaco, depresivo y actualmente presenta una mezcla de síntomas maniacos y depresivos.
 - Nota diagnóstica:

- El episodio se caracteriza por una mezcla por sucesiones rápidas. Los síntomas maníacos y depresivos tienen que ser prominentes.
- (F32.0) Episodio depresivo leve:
 - El paciente puede verse afectado sin embargo puede continuar con las actividades que realiza
 - Nota diagnóstica:
 - Humor depresivo hasta un grado anormal para el individuo
 - Pérdida de interés en actividades
 - Fatiga elevada
- (F32.1) Episodio depresivo moderado:
 - El paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.
 - Nota diagnóstica:
 - Debe cumplirse con los síntomas descritos en el criterio anterior y con síntomas adicionales.
- (F32.2) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:
 - Comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes síntomas somáticos.
 - Nota diagnóstica:
 - Indispuesto o incapaz de describir con detalles sus síntomas. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo.
- (F33) Trastorno depresivo recurrente
 - Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, sin antecedentes de episodios independientes de elevación del estado del ánimo.
 - Nota diagnóstica:
 - Episodios recurrentes de:
 - Reacción depresiva
 - Depresión psicógena
 - Depresión reactiva
- (F33.0) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
 - Caracterizado por episodios repetidos de depresión, siendo el episodio actual leve.
 - Nota diagnóstica:
 - Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente del código (F33)

- (F33.1) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
 - Caracterizado por episodios repetidos de depresión, siendo el episodio actual moderado.
 - Nota diagnóstica:
 - El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo moderado del código (F32.1).
- (F33.2) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
 - Caracterizado por episodios repetidos de depresión, siendo el episodio actual grave sin la presencia de síntomas psicóticos.
- (F34.0) Ciclotimia:
 - Estado de ánimo inestable que implica numerosos periodos de depresión y de euforia leves.
 - Nota diagnóstica:
 - Presentan los siguientes síntomas;
 - Insomnio
 - Aislamiento social
 - Pérdida de interés o satisfacción por el sexo.
- (F34.1) Distimia:
 - Depresión crónica del estado del ánimo, puede durar varios años, pero los episodios aislados no son lo suficiente prolongados para justificar otro tipo de diagnóstico.
 - Nota diagnóstica:
 - Los episodios de depresión no deben ser muy graves o severos
 - Necesita mínimo un periodo de 1-2 años de humor depresivo constante.

Como se puede apreciar, de acuerdo con el CIE-10 se presentan diferentes maneras que se pueden realizar un diagnóstico clínico de acuerdo con el tipo de trastorno del estado del ánimo. Existe diferentes tipos de sintomatologías para poder precisar el diagnóstico de un paciente.

Tipos de tratamiento para los trastornos del estado del ánimo

Como se pudo observar los trastornos del estado del ánimo son varios, pero cumplen con un estándar y con un diagnóstico para un manejo más eficaz sobre los mismos. A continuación, se explorará los tipos de tratamiento para los diferentes trastornos del estado del

ánimo. De acuerdo con Marianne Fraser (2023) “Los trastornos del estado de ánimo con frecuencia se pueden tratar con éxito” dando un compendio de diferentes maneras de poder trabajar con estos trastornos, los cuales son:

- Medicamentos estabilizadores del ánimo
 - Antidepresivos
 - Ansiolíticos.
 - Estabilizadores del ánimo
 - antipsicóticos
- Distintos tipos de Psicoterapia

Los trastornos del estado de ánimo se tratan con psicoterapia, medicamentos o una combinación de ambos. La psicoterapia, implica el dialogo con un profesional de la salud mental sobre tus pensamientos, sentimientos y comportamientos. A continuación, se exploran los diferentes tratamientos psicoterapéuticos utilizados para el tratamiento de los trastornos del estado del ánimo:

El enfoque cognitivo-conductual consta de habilidades y técnicas psicológicas capaces de solucionar las complicaciones psicológicas que se presentan en la evolución y tratamiento de la enfermedad (Prieto, 2004). Cabe mencionar que este tipo de terapia se centra en trabajar el aquí y ahora para poder así sostener las afecciones emocional presentes en todo tipo de paciente y tener herramientas para confrontar dificultades que puedan devenir.

La terapia cognitiva busca un cambio de pensamiento enfocado hacia la esperanza en la manera como el paciente percibe la enfermedad. Según la TREC (Terapia Racional Emotivo-Conductual): las personas se sienten perturbadas no por los acontecimientos de la vida, sino por la manera en que las personas los interpretan. De acuerdo con esto, las alteraciones emocionales se originan en el pensamiento irracional que impide el llevar a cabo las metas (Rodríguez, Ortiz, Palao, 2004). Se puede establecer que debido a la relación que mantiene el termino cáncer con la muerte, las personas se puedan ver afectadas por la interpretación que conlleva este diagnóstico. Es decir, al presentarse estas noticias que afectan el estilo de vida del paciente, llevan a crear una irrupción dentro del mismo que conlleva afecciones que resultan en complicaciones en la salud mental del paciente.

Se explorarán de igual manera las diferentes técnicas utilizadas para el tratamiento bajo la corriente cognitiva conductual, Según Prieto (2004) La TREC emplea las siguientes técnicas en los pacientes oncológicos:

Técnicas Cognitivas:

1. - Detección de creencias irracionales: El paciente debe decir sus creencias negativas de la enfermedad indicando la intensidad, en una escala de uno a diez.
- 2.- Persuasión verbal: Se desarrolla un debate entre paciente y terapeuta, donde se establece qué tan lógicas son las creencias que el paciente tiene frente al cáncer.
- 3.- Distracción Cognitiva: Se le asignan tareas al paciente para que éste, enfrente la fijación de sus creencias.

Técnicas Conductuales:

1. - Entrenamiento en habilidades sociales: Se entrena al paciente en conductas y habilidades benéficas para mejorar la comunicación y superar el miedo y el sentimiento de aislamiento.
2. - Programación de actividades: Se establecen rutinas para motivar al paciente y mejorar la resolución de problemas que aparezcan por causa de la enfermedad, ya sean matrimoniales, profesionales, sexuales, etc.
3. - Exposición de las situaciones temidas: Invitar al paciente a que se confronte las situaciones que el más teme.

Técnicas emotivas:

- 1.- Imaginación Racional Emotiva: se emplea la visualización para que el paciente se enfrente con las situaciones a las que más le teme, y así, cambie la emoción que dicha situación lo hace sentir.
- 2.- Técnicas humorísticas: Se utiliza para reducir las exageraciones y el dramatismo que el paciente atribuye a la enfermedad, a través del sentido del humor.

Dicho esto, podemos interpretar que existen diferentes tipos de técnicas las cuales resultan en una categorización dividida en tres partes:

- Las técnicas cognitivas, se basan en resaltar aquellas ideas que se mantienen estáticas y fijas dentro del paciente, son creencias irracionales que perturban y crean malestar sintomático en la vida del paciente.
- Los diferentes tipos de técnicas cognitivas se basan en maneras de eliminar esos pensamientos mediante; distracciones, conversaciones, actividades para poder mantener esas ideas y pensamientos al margen del paciente.

- Las técnicas conductuales apuntan a la conducta de ciertos patrones del paciente, buscando que el paciente reconozca y pueda puntualizar la razón detrás de estos patrones.
- Estos tipos de técnicas busca que el paciente no caiga en la repetición de los patrones, sino que entrene diferentes habilidades brindadas por el psicólogo para poder evitar que se repitan estas conductas.
- Las técnicas emotivas tienen como objetivo plantear de lleno las emociones del paciente, aquellas que causan efectos desfavorables dentro del paciente como; intranquilidad, miedo, angustia, enojo, entre otras.
- Son mediante este tipo de técnicas las cuales el paciente puede afrontar a situaciones que le resulten difíciles de afrontar emocionalmente, para poder aprender a tener un mejor manejo de estas.

Psicoterapia Familiar Sistémica

La terapia familiar sistémica es un enfoque terapéutico que estudia las estructuras familiares y sus componentes: la pareja, los individuos y los hijos. De acuerdo con el psicólogo Armando Juan (2015) “La terapia sistémica entiende los problemas desde marco contextual y se focaliza en comprender y cambiar las dinámicas de las relaciones (familiares, laborales, etc.). Los roles y los comportamientos de las personas en estos contextos se entienden que están determinados por las reglas tácitas de ese sistema y la interacción entre sus miembros.”

Esta terapia busca abordar las tensiones dentro de las relaciones familiares, tratando los malestares de manera integral y conjunta. Su objetivo principal es comprender el tipo de sistema familiar en el que se encuentra el paciente y modificar las dinámicas disfuncionales para restablecer el equilibrio.

La terapia sistémica se sustenta en varias teorías, como la cibernética, la teoría general de sistemas y las teorías evolutivas. Estas teorías explican cómo los sistemas abiertos interactúan con su entorno y cómo los elementos dentro de un sistema se afectan mutuamente, buscando siempre la homeostasis o equilibrio. Esto implica analizar las interacciones, los roles y las jerarquías dentro de la familia para detectar patrones disfuncionales que necesitan ser modificados. Las familias funcionales se caracterizan por tener límites claros, normas definidas y jerarquías explícitas, mientras que las familias disfuncionales muestran límites difusos o rígidos, lo que genera un ambiente caótico o excesivamente controlado.

El paciente identificado es la persona que busca ayuda terapéutica, en el tratamiento de un paciente bajo la terapia familiar sistémica, el terapeuta evalúa el sistema familiar: las pautas de transición, la flexibilidad del sistema ante el cambio, y las fuentes de apoyo y estrés tanto dentro como fuera de la familia.; también analiza cómo la familia utiliza su estructura para mantener sus pautas de interacción, y el ritmo de adaptación al cambio. El objetivo es comprender cómo estas dinámicas afectan al paciente y cómo el sistema familiar contribuye al problema que presenta el individuo.

El síntoma del paciente cumple la función de mantener el equilibrio del sistema familiar, aunque no siempre es saludable; los síntomas se originan y mantienen debido a interacciones disfuncionales dentro de la familia. El objetivo de la terapia familiar implica observar cómo el síntoma está vinculado a las formas de comunicación dentro de la familia y cómo estas relaciones contribuyen a la disfunción. La meta terapéutica es lograr un cambio en el comportamiento y en la estructura del sistema familiar, de modo que el síntoma se vuelva innecesario. Por tanto, la terapia familiar sistémica busca comprender y modificar las interacciones dentro de la familia, permitiendo que funcione de manera más saludable.

Psicoanálisis

El psicoanálisis es una corriente terapéutica psicológica creada en 1892 por el neurólogo Sigmund Freud, esta consiste en la comprensión del discurso del sujeto, enfatizando que el sujeto comprende de una visión inconsciente la cual regula la vida del sujeto. Es a raíz de estos conflictos inconscientes los cuales la teoría psicoanalítica tiene su base. Tiene como objetivo analizar la vida del sujeto para poder llegar a obtener una comprensión a profundidad de los comportamientos y formas de pensar del sujeto.

El psicoanálisis se basa bajo tres tipos de categoría según el paciente, estas pueden ser neurosis, psicosis y perversión. A continuación, hare un breve resumen de estas:

- La neurosis:
 - Se caracteriza por resaltar la función paterna, de tal manera que este juegue un papel importante en la estructura del sujeto, a diferencia de las otras estructuras aquello categórico de la neurosis es la constante duda, encontrar satisfacciones con mayor peso en el fantasma que en el acto sexual, y sobre todo la diferencia primordial es que su mecanismo de defensa es la represión.
- Psicosis:

- Al escuchar psicosis, inmediatamente se piensa sobre alucinaciones, voces y efectivamente es lo correcto, sin embargo, dentro del psicoanálisis para que un paciente pueda llegar a ser diagnosticado bajo esta estructura se necesitan delimitar ciertos patrones, conocidos como los fenómenos elementales. Dicho esto, ¿qué diferencia la psicosis de las otras estructuras? Es, al igual que la neurosis, su mecanismo de defensa, la cual se conoce como la forclusión del Nom-du-Pere (en francés) o en español, el Nombre del padre.
- Perversión:
 - Dentro de la perversión el mecanismo de defensa por excelencia es la desmentida, me explico, categorizar a un perverso hoy en día es algo no muy probable debido a que los perversos no se encuentran en análisis, debido a que estos según Bruce Fink (2013) “...el sujeto lucha por poner a funcionar la ley, en una palabra, por hacer existir al Otro...” (pág., 206). El funcionamiento del perverso se basa sobre el manejo de la existencia del Otro, y sobre todo que el objeto sexual de estos se basa en solo el fetiche del sujeto, mas no en el completar el acto sexual.

Lacan categoriza a la depresión como una cobardía moral por falta del sujeto de reconocer por su parte el inconsciente, de acuerdo con Bertholet Roberto (2012) “ “No ubicamos a la depresión como un “trastorno del estado de ánimo”, ni como un “episodio afectivo”, sino que volvemos a incluir al sujeto del inconsciente, al significante, tanto como a la sexualidad y al goce como las dos dimensiones a tomar en cuenta en toda depresión neurótica”. Dando a entender que el psicoanálisis se enfoca en una revisión contextual del paciente, que en este caso tendría como fin resaltar el sujeto subjetivo para poder poner nombre a aquello que el sujeto le resulta imposible decir o explicar.

Dentro de esta corriente el psicólogo busca, dentro del sufrimiento del sujeto interrogar el dicho y buscar aquello que le resulta imposible de decir dentro de su inconsciente, es resaltar dentro del paciente aquello que el/ella sabe, sin embargo, se encuentra inhibido por el mismo paciente. Lacan establece que la tristeza predomina cuando se resalta un no saber de las razones por las cuales el sujeto sufre, sin embargo, sería entonces la depresión el síntoma del sujeto para poder descifrar que es aquello no (quiere) decir?

De acuerdo con Bertholet Roberto (2012) “La depresión no sería síntoma, si no sería el efecto de una traición del sujeto así mismo”. Ahora expliquemos, que significa esta palabra traición, es una manera del propio sujeto de representar la falta o caída de aquella dimensión

del significante ideal, a aquella falta de la respuesta simbólica del propio sujeto se ve relacionada la depresión.

Psicofármacos

Entrando de lleno ahora en la psicofarmacología, enfoquémonos ahora en el uso de psicofármacos para el tratamiento de trastornos del estado del ánimo los psicofármacos son usados en el ámbito de la psiquiatría para poder estabilizar de manera biológica los cambios que a nivel del funcionamiento cerebral. El ámbito de la psiquiatría se encuentra enfocado en el tratamiento y rehabilitación de los trastornos del estado mental, los psiquiatras tienen como objetivo encontrar una terapia que permita un funcionamiento progresivo de los pacientes. El rol que juega el psiquiatra es de detectar y diagnosticar los trastornos los trastornos del estado mental, el objetivo es recetar un medicamento para el paciente con el fin de reducir la cantidad de consumo del medicamento.

Dicho esto, es importante comprender que conlleva un diagnóstico y un tratamiento psiquiátrico. De acuerdo con el portal Mayo Clinic (2022) “El médico tratante antes de determinar un diagnóstico tendrá que realizar; exploración física, análisis de laboratorio y una evaluación psicológica.” Separemos estos tres puntos para analizarlos a profundidad:

- Exploración física: Se realiza un chequeo rutinario conocido como el EMP por sus siglas o el Examen Médico Preventivo para poder descartar posibles razones que físicas de sus síntomas.
- Análisis de laboratorio: Es importante que el psiquiatra pida este tipo de exámenes para poder descartar cualquier tipo de estupefacientes y/o desbalances hormonales que puedan dar una explicación de sus síntomas.
- Evaluación psicológica: Hasta ahora se ha evaluado la relación simbiótica que mantiene el departamento de psicología con el departamento de psiquiatría, se sabe que los psiquiatras recetan medicinas para poder crear una homeostasis en el desbalance químico en el paciente, sin embargo, es a partir de la evaluación psicológica del paciente en la que el psiquiatra puede guiarse para poder definir un tratamiento y un diagnóstico.

Los tratamientos psiquiátricos tienen un tiempo indefinido en cuanto a llegar a la cura como en otras ramas de la medicina, el proceso psiquiátrico es un proceso, así como el psicoterapéutico, lento y en el cual se ve mejorías a lo largo de un periodo extenso de tiempo.

Todo va a depender de la gravedad del estado del paciente, su diagnóstico y su condición. De acuerdo con la psiquiatra Lorenzo Teresa (2022) “La mayoría de las personas que sufren depresión, con tratamientos psiquiátricos combinados (farmacológicos y psicoterapéuticos) se terminan por curar completamente entre 3 y 6 meses después de iniciado el tratamiento.” Volvemos a ver la incidencia de que el tratamiento farmacológico tiene que ir acompañado de la psicoterapia, debido a que, la farmacología puede aliviar la sintomatología, pero no comprende la razón detrás de los síntomas.

Esto quiere decir que, un tratamiento psiquiátrico es un proceso el cual depende de varios factores como, por ejemplo; la gravedad del diagnóstico del paciente, la condición actual del paciente. De igual manera los fármacos pueden aliviar los síntomas presentados por el paciente sin embargo la psicoterapia es el factor principal para el tratamiento de estos síntomas ya que la psicoterapia es la que aborda la razón de estos síntomas, explorando dentro del paciente las razones de su comportamiento y conducta que se ven reflejadas en el empeoramiento o mejoría de los síntomas. Dicho esto, tanto la psicoterapia como la psiquiatría son procesos graduales los cuales, no tienen un periodo definido para llegar a la “cura” sin embargo a lo largo del proceso se van a presentar herramientas para un mejor manejo en las emociones y conductas del paciente.

Este capítulo ha presentado un panorama exhaustivo de los trastornos del estado de ánimo, basándose en la clasificación proporcionada por el CIE-10. Se ha evidenciado la heterogeneidad de estos trastornos, desde los episodios maníacos hasta los estados depresivos más severos; a través de una revisión sistemática de la literatura, se detallaron los criterios diagnósticos, la sintomatología y la comorbilidad asociada a cada trastorno. Se exploraron también las diferentes opciones terapéuticas disponibles y la importancia de un enfoque multidisciplinario que combine farmacoterapia y psicoterapia. Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos presenta desafíos ya que la comorbilidad con otros trastornos mentales, la heterogeneidad clínica y la variabilidad en la respuesta al tratamiento subrayan la necesidad de una evaluación individualizada y de un enfoque terapéutico flexible.

La investigación futura debe centrarse en desentrañar los mecanismos neurobiológicos subyacentes a los trastornos del estado de ánimo, lo que podría conducir al desarrollo de biomarcadores más precisos y tratamientos más específicos. Asimismo, se requiere una mayor atención a la prevención con programas de intervención temprana para reducir la incidencia y el impacto de estos trastornos.

CAPITULO 3

INFLUENCIAS PSICOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS

Una vez analizado en el capítulo uno, todo lo referente a las afecciones emocionales que se dan por el individuo que ha sido diagnosticado de cáncer y en el capítulo dos, todo lo referente a las alteraciones del estado de ánimo; este capítulo se basara en analizar el tipo de afecciones emocionales que las personas que han sido diagnosticadas de cáncer llegan a padecer y principalmente, como estas afecciones son manejadas de forma interdisciplinaria, gracias al uso de fármacos como antidepresivos, ansiolíticos o estabilizadores del estado de ánimo , en combinación con la psicoterapia, brindan una red de apoyo emocional , que les permite sobrellevar de forma menos dolorosa , lo que implica su diagnóstico de cáncer.

Trastornos del ánimo en pacientes oncológicos

Los pacientes con cáncer pueden desarrollar trastorno del estado del ánimo tanto como una condición preexistente como un efecto secundario relacionado con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, que genera un impacto en ámbitos tanto físicos como psicológicos y sociales de los pacientes, lo que deriva en problemas emocionales. La pérdida de funcionalidad, los problemas físicos, los cambios en la imagen corporal, las alteraciones en la dinámica familiar y el aislamiento social contribuyen a la aparición de la de estos trastornos (Becerra et al., 2017)

En este sentido, el malestar emocional y los trastornos de adaptación son comunes en los pacientes con cáncer a lo largo de su trayectoria de la enfermedad (Moreno Acosta et al., 2015). Según Costa y Ballester (2010, citado en Moreno Acosta et al., 2015). mientras los síntomas de ansiedad son más prevalentes en estadios tempranos de la enfermedad, tienden a disminuir, pero los síntomas depresivos, por el contrario, permanecen constantes o se agravan con el avance de la enfermedad oncológica.

Evaluar si el trastorno de ánimo preexistía o surgió debido al diagnóstico de cáncer requiere de una exploración detallada del historial clínico y emocional del paciente antes del diagnóstico, así como del contexto de su respuesta psicológica al mismo, evaluando los síntomas en relación con el momento del diagnóstico y el curso de la enfermedad (Becerra, 2017) Uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar alteraciones del estado del ánimo en pacientes con cáncer es haber tenido un diagnóstico previo. Esto implica que la

presencia de antecedentes psicológicos y de trastornos mentales ayuda a diferenciar entre una condición preexistente y una relacionada con el cáncer (Pousa et al., 2015).

Los trastornos desarrollados tras el diagnóstico de cáncer están vinculada directamente al impacto emocional de la enfermedad. Esto se manifiesta a través de síntomas específicos relacionados con el afrontamiento de la enfermedad, con pensamientos negativos sobre la muerte, desesperanza y temor al futuro. Por el contrario, una condición preexistente refleja patrones y episodios anteriores y sin conexión al diagnóstico (Galindo et al., 2016) que ayudan a distinguir si los síntomas del paciente son una respuesta al diagnóstico y sus implicaciones, o si se trata de un trastorno que ya estaba presente y que se exacerbó por la enfermedad (Hernández et al., 2012).

Según Becerra et al. (2017), el tratamiento para pacientes oncológicos no es el mismo que para pacientes normales, ya que se debe tomar en cuenta su condición médica. En este sentido, los tratamientos para el cáncer, incluyendo la quimioterapia y la radioterapia, generan cambios en la imagen corporal y efectos secundarios que incluyen dolor, ansiedad, y confusión temporal, entre otros, Esto requiere intervenciones específicas para manejar estos efectos secundarios (Alvarado-García et al., 2024)

Además, la fatiga, el insomnio, el apetito reducido y otros síntomas físicos asociados al cáncer y sus tratamientos pueden enmascarar e incluso confundirse con los síntomas de un desorden del estado del ánimo (Kissane et al. 2011). Por esta razón, en pacientes con cáncer estos trastornos son frecuentemente subdiagnosticada porque muchos profesionales de la salud atribuyen erróneamente los síntomas depresivos al estado físico del paciente o a una respuesta "natural" ante el diagnóstico. En este aspecto, herramientas de evaluación como la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) son útiles para evaluar la presencia de síntomas depresivos de origen emocional, aislándolos de los físicos (Galindo et al., 2015).

Tratamiento psiquiátrico en pacientes oncológicos

El tratamiento psiquiátrico en pacientes oncológicos debe ser integrado en el manejo general del cáncer, dado el impacto que tiene la comorbilidad de los desórdenes anímicos en el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. Riedl y Schuessler (2022) señalan que los pacientes con cáncer tienen mayores tasas de depresión y ansiedad que la población general, y que estos trastornos están asociados con una mayor severidad de los síntomas físicos, peor

funcionamiento general, mayores costos médicos y peores resultados en el tratamiento del cáncer.

Psicofármacos utilizados para el tratamiento de trastornos del estado del ánimo en pacientes oncológicos:

Ahora bien, comencemos con los tipos de psicofármacos utilizados por psiquiatras en Ecuador, en este caso tomaremos en cuenta diferentes tipos de trastornos del estado del ánimo según el CIE-10 y de acuerdo aquella clasificación estableceremos los tipos de medicamentos asignados para cada uno de los trastornos:

- Trastorno depresivo mayor
 - Clonazepam-Neuril 2,5mg
 - Quetiapina 25mg
- Trastorno depresivo mayor con efectos de trastornos del sueño
 - Mirtazapina 30mg
 - Cetralina 50mg
- Trastorno depresivo mayor con efectos de trastornos del sueño y trastorno de ansiedad
 - Setralina 50mg
 - Pregabalina 75mg
 - Duloxetina 30mg
 - Clonazepam 2,5mg
- Trastorno depresivo mayor con síntomas ansiosos:
 - Clonazepam 2,5mg
 - Escitalopram 20mg
 - Mamentina 10mg
 - Quetiapina 25mg
 - Brenzopam 3mg
 - Duloxetina 60mg

Como podemos observar en lo antes dicho, existe un conglomerado de medicamentos que son recetados por los psiquiatras para poder tratar biológicamente un tipo de trastorno, vemos que prevalece el trastorno del estado del ánimo de depresión mayor en combinación con síntomas adversos a la misma, como; trastorno del sueño y trastornos de episodios de ansiedad (Riedl & Schuessler, 2022). Es aquí donde los psiquiatras dependiendo del tipo de desorden y

los síntomas asociados determinara que combinación de medicamentos son los adecuados para poder llevar un tratamiento para balancear el estadio biológico dentro del paciente.

Es fundamental abordar los síntomas físicos, ya que no es posible tratar eficazmente la depresión sin controlar el dolor severo y la fatiga (Dauchy et al., 2013). Bernal y Muñoz (2017) recomiendan que el tratamiento farmacológico sea supervisado por un equipo multidisciplinario que incluya al oncólogo y al psiquiatra ya que la elección del tratamiento debe ser consideradas individualmente debido a posibles interacciones entre los medicamentos psiquiátricos y los tratamientos oncológicos. Algunas opciones seguras incluyen el citalopram, escitalopram, venlafaxina y mirtazapina para la depresión, el lorazepam y el alprazolam para la ansiedad y la olanzapina para síntomas psicóticos, que tienen menos probabilidades de interferir con agentes antineoplásicos (Pousa et al., 2015).

Además, Sotelo et al. (2014) señalan que, en los pacientes con cáncer, los niveles elevados de citocinas proinflamatorias que afectan al sistema nervioso central (SNC) y, por ende, los circuitos cerebrales implicados en el comportamiento y la cognición. (Ortega et al., 2024; Bauer & Teixeira, 2021). Este factor no siempre está presente en pacientes sin cáncer, y aunque el tratamiento convencional es efectivo, también se están considerando agentes antiinflamatorios y tratamientos combinados para abordar la relación única entre la inflamación y la alteración del estado del ánimo en estos pacientes.

En el caso de los pacientes con cáncer en etapa avanzada, los tratamientos farmacológicos convencionales pueden no ser efectivos debido a su acción lenta. En estos casos, se han explorado alternativas como la ketamina y el metilfenidato para obtener una respuesta más rápida (Smith, 2015, p. 1513). Este último también se usa para tratar la fatiga y los problemas cognitivos relacionados con el cáncer (Mehta & Roth, 2015). Además, el tratamiento puede incluir hospitalización si existen riesgos importantes asociados a la ideación suicida o a una agitación extrema (Dauchy et al., 2013).

Por otra parte, existe un riesgo de consumir el medicamento sin tener una psicoterapia que acompañe al tratamiento, es en este punto donde se realizara una distinción entre el enfoque psiquiátrico con el enfoque psicológico. Los psiquiatras recetan medicamentos para aliviar síntomas como la ansiedad, la depresión o la psicosis, y pueden realizar evaluaciones médicas para determinar si existe una base biológica para el trastorno. Por otro lado, los psicólogos no pueden recetar medicamentos; su intervención se basa en técnicas psicológicas para modificar pensamientos, emociones y conductas, mejorando así el bienestar del paciente.

Uso combinado de tratamiento psiquiátrico y psicoterapia en pacientes oncológicos

Luego de establecer estos puntos, resalta la pregunta: ¿Cuáles son los posibles riesgos de un tratamiento psiquiátrico sin un acompañamiento psicoterapéutico? Dicho esto, la combinación de medicación psiquiátrica y psicoterapia suele ser el enfoque más efectivo para tratar la mayoría de los trastornos mentales.

En el manejo y tratamiento de los trastornos del estado del ánimo, el uso de psicoterapia y psiquiatría ha resultado en una estrategia que resulta eficiente y complementaria. La psiquiatría tiene como objetivo aligerar sintomatologías que resultan intolerables para el paciente, que no le permiten al paciente realizar sus actividades rutinarias, por otro lado, la psicoterapia busca resaltar ciertas conductas y emociones que se ven relacionadas con la sintomatología presentada por el paciente, es decir, tiene como objetivo ahondar sobre las posibles causas subyacentes relacionados con los síntomas del paciente.

En este aspecto, Mehta y Roth (2015) enfatizan que el tratamiento de los pacientes oncológicos debe ser integral, combinando intervenciones psiquiátricas y psicológicas para abordar tanto los síntomas emocionales como fisiológicos. Indican que la psicoterapia, aunque esencial para ofrecer apoyo emocional y fomentar la resiliencia, puede no ser suficiente en casos de depresión mayor, ansiedad severa y delirium, donde es necesario el uso de fármacos psiquiátricos para aliviar los síntomas que dificultan la participación efectiva en la terapia psicológica. Asimismo, los medicamentos, aunque efectivos para manejar los síntomas, no abordan por completo las necesidades emocionales y sociales del paciente, las cuales pueden ser mejor manejadas mediante técnicas psicoterapéuticas, ayudando al paciente a desarrollar recursos internos y habilidades para manejar la enfermedad (Miovic & Block, 2007).

La psicoterapia proporciona apoyo emocional, estrategias de afrontamiento y una mejor comprensión de los problemas relacionados con el cáncer, ayudando a los pacientes a manejar el estrés, la ansiedad y los cambios emocionales. Por otro lado, el tratamiento psiquiátrico es aborda los síntomas más graves que afectan la funcionalidad del paciente. Los fármacos, son necesarios cuando los síntomas interfieren en el bienestar del paciente y cuando hay que tratar componentes biológicos subyacentes (Mehta & Roth, 2015).

Es necesaria la identificación temprana, evaluación y manejo de los problemas emocionales y psicológicos ya que la ansiedad y la depresión son los dos síntomas emocionales más prevalentes en pacientes oncológicos que surgen debido a la percepción de vulnerabilidad

ante la muerte, la pérdida de control, y el deterioro en la calidad de vida. (Alvarado-García et al., 2024).

Tratamiento psicológico en pacientes oncológicos

La intervención psicológica en pacientes oncológicos debe comenzar desde el momento del diagnóstico, incluso si no se presentan síntomas, con el fin de prevenir complicaciones posteriores (Aguilar et al., 2014). En este contexto, se enfatiza que la atención emocional en pacientes oncológicos debe ser integrada en su tratamiento médico, ya que la prevalencia de depresión y ansiedad en estos pacientes supera la de la población general (Riedl & Schuessler, 2022).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) junto con técnicas de mindfulness y estrategias de relajación ayuda a manejar tanto los síntomas emocionales como físicos relacionados con el cáncer (Beltrán et al., 2012) Además, las estrategias terapéuticas dirigidas a fortalecer la competencia percibida (CP) y la autoeficacia tienen un impacto positivo en la adaptación emocional de los pacientes oncológicos y pueden aliviar el estrés psicológico asociado con el cáncer (Moreno Acosta et al., 2015).

La terapia de activación conductual (AC) es adaptada para esta población considerando la biología del tumor, el estadio clínico, el tipo de tratamiento, los efectos adversos, la toxicidad acumulada, y la historia natural de la enfermedad. Por lo tanto, la intervención se realiza de manera individualizada, tomando en cuenta las necesidades únicas de los pacientes con cáncer y los desafíos específicos derivados de la enfermedad y sus tratamientos. Por ejemplo, en pacientes con cáncer de pulmón la intervención incluye estrategias de autoobservación y asignación de tareas, mientras que en los pacientes con cáncer de mama se incluyen técnicas de relajación y exposición conductual, y manejo de contingencias emocionales (Fernández et al. citado en Becerra et al., 2017).

El tratamiento psicológico también incluye intervenciones grupales, que permiten a los pacientes compartir experiencias y reducir el aislamiento. Para pacientes en etapas avanzadas o terminales, las terapias de preservación de la dignidad y el sentido de vida es útil para mejorar la calidad de vida (Mehta & Roth, 2015). Estas intervenciones buscan fortalecer las defensas adaptativas del paciente y fomentar el bienestar emocional durante el tratamiento oncológico.

El cáncer afecta la seguridad, la confianza y la percepción de control del paciente y sentimientos de impotencia, introduciendo cambios para los cuales los pacientes no estaban

preparados emocionalmente. La idea de la enfermedad y, en muchos casos, de la muerte, requiere una adaptación progresiva, lo que implica un proceso psicológico de reorganización emocional y familiar. (Moreno Acosta et al., 2015).

En este aspecto, en 2010 Mystakidou et al. (citado en Moreno Acosta et al., 2015) encontraron que existe una correlación negativa entre la autoeficacia y la depresión en hombres y mujeres con cáncer, lo que indica que aquellos pacientes con mayores niveles de autoeficacia experimentan menos síntomas depresivos. En el año 2012, durante la investigación se pudo analizar que síntomas relacionados con la ansiedad existe una correlación negativa en pacientes oncológicos, Siendo el control uno de los principales factores subjetivos en relación a lo emocional.

Al recibir un diagnóstico oncológico, este genera un sin número de ideas y pensamientos que resultan negativos hacia el bienestar emocional, temas como; mortalidad, desesperanza y resultados no favorables, afecta la manera en la cual los pacientes procesan todos los cambios repentinos que están sucediendo en su vida,

En pacientes con cáncer que presentan un diagnóstico de trastornos del estado del ánimo, aparecen creencias irracionales y distorsiones en la manera que procesan la información, estos son un potenciador en el malestar emocional, aquí algunos ejemplos:

- Mortalidad: Relacionan inmediatamente al diagnóstico con la muerte, plantean que la palabra cáncer es un sinónimo de muerte.
- Pensamientos irracionales: estos pensamientos vienen a partir de ideas imaginarias y situaciones creadas por los propios pacientes para condicionar de alguna manera su diagnóstico y poder plantear un control sobre la misma.
- Personalización: se culpan por desarrollar la enfermedad y por cómo esta afecta a su familia.
- Enfoque negativo: los pacientes se encuadran solo en síntomas consecuentes de la enfermedad como; caída del pelo, náuseas, pérdida de peso, entre otros.
- Inferencias arbitrarias: los pacientes asumen que los síntomas físicos y emocionales son prueba de que la enfermedad está progresando, incluso si no existe evidencia médica.
- Descalificación de lo positivo: los pacientes ignoran los avances durante el tratamiento, enfocándose solo en lo negativo.

Estas distorsiones cognitivas contribuyen a la aparición de trastornos emocionales. Por ello, las intervenciones terapéuticas de activación conductual y técnicas cognitivo-conductuales ayudan a identificar y modificar estos patrones (Becerra Gálvez et al. 2017).

La TCC o mejor conocida como la Terapia Cognitivo-Conductual, tiene como objetivo analizar el comportamiento del paciente y de igual manera como se encuentra estructurado ese comportamiento cognitivamente, en este caso se busca explorar el impacto que tiene el diagnóstico de un paciente oncológico y como a partir de este puede llegar a afectar al paciente. Este tipo de terapia, acompañada de diferentes técnicas permite a los pacientes tener una idea clara y encontrar un mejor manejo ante diferentes situaciones ansiosas o efectos depresivos causados por la propia enfermedad. El enfoque Cognitivo Conductual da apertura a los pacientes a identificar distorsiones cognitivas, pensamientos y creencias irracionales y cambiarlas para poder manejar estos efectos de una mejor manera, y a lo largo de su enfermedad tener un mejor manejo de la misma.

Según Golden y Gersh (2010) la intervención psicológica a través de la TCC influye positivamente en la aceptación del tratamiento y en la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, Méndez y Maya (2009) investigaron estrategias específicas de afrontamiento cognitivo-conductual en pacientes en fase terminal, incluyendo técnicas de relajación, el uso de la imaginación, la confrontación de pensamientos irracionales y el fortalecimiento de la autonomía emocional. Estas técnicas demostraron ser efectivas para reducir el sufrimiento psicológico y mejoraron el bienestar general. Por otro lado, un estudio realizado en Quito evaluó a 372 pacientes en cuidados paliativos, mostrando que, tras 12 semanas de sesiones semanales de TCC, los pacientes experimentaron una reducción en la percepción del dolor y una mayor aceptación de la enfermedad (Tocagón Pijal, 2017).

CAPITULO IV

METODOLOGIA

Enfoque

La investigación se realizará a partir del enfoque cualitativo. Acorde a Sánchez (2019), la investigación cualitativa se sustenta en evidencias orientadas a la descripción profunda del fenómeno para comprenderlo y explicarlo a través de métodos y técnicas derivadas de sus concepciones y fundamentos epistémicos. Este enfoque cualitativo de la investigación permitirá describir los resultados basados en evidencias a través de los métodos aplicados, con el objetivo de analizar el fenómeno de la investigación, el cual es la psicoterapia acompañada de psicofármacos en el tratamiento de trastornos del estado del ánimo en pacientes oncológicos, dicha muestra se debe a que SOLCA fue el lugar designado como espacio de mis practica preprofesionales.

Paradigma

La investigación se hará desde el paradigma interpretativo. Acorde a Santos (2018, p. 5), el paradigma interpretativo no pretende hacer generalizaciones a partir del objeto estudiado. Dirige su atención a aquellos aspectos no observables, no medibles, ni susceptibles de cuantificación. Este paradigma interpretativo de la investigación permite evaluar e interpretar la realidad de la psicoterapia en un tratamiento de trastornos del estado del ánimo acompañado de tratamientos con psicofármacos.

Método

Las técnicas e instrumentos por utilizar son: *revisión de fuentes bibliográficas, entrevistas semiestructuradas a especialistas*. De acuerdo con Díaz, et al. (2018), la entrevista es un instrumento técnico de gran utilidad en la investigación cualitativa, para recabar datos. Es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. Se decide utilizar las entrevistas semiestructuradas debido a que permite obtener información en relación al tema de tratamientos psicoterapéuticos acompañados de fármacos. Este tipo de entrevista es más flexible al momento de recaudar la información de los especialistas en terapia cognitivo-conductual y farmacología sobre los trastornos del estado del ánimo, se parte de preguntas planeadas que se van ajustando acorde a las respuestas del entrevistado, en este caso

psicólogos clínicos con orientación cognitivo-conductual y a psiquiatras con un enfoque oncológico.

Población

La población por trabajar son pacientes adultos entre las edades de 35 a 75 años que se encuentran hospitalizados en SOLCA que padecen de algún tipo de cáncer y se encuentran en tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico. De igual manera se enfocará en especialistas en terapia cognitivo-conductual. Esto debido a que esta orientación permite llevar a cabo procesos psicoterapéuticos basados en evidencia, especialmente en clínicas en los cuales es común el uso de fármacos para el tratamiento de trastorno depresivo mayor (Torales, et al., 2018). El objeto de estudio es la psicoterapia en trastornos del estado del ánimo, por lo que es pertinente seleccionar como población a especialistas en psicología clínica del enfoque cognitivo-conductual y además a medico encargado del tratamiento psicofarmacológico.

Tabla 1 Operacionalización de variables

VARIABLES	SUBVARIABLE	DEFINICIÓN	INSTRUMENTOS	PREGUNTAS GUÍA
EL CANCER	<p>Cap.1: El cáncer y el estado del animo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etimología del cáncer • Clasificación y tipos de cáncer • Síntomas físicos • síntomas que afecten el estado del ánimo • Tratamientos psicológicos • Tratamientos oncológicos 		Revisión de bibliografías	<p>¿Qué es el cáncer?</p> <p>¿Cuáles son los tipos de cáncer?</p> <p>¿Cuáles son los síntomas físicos del cáncer"?</p> <p>¿Qué síntomas afectan el estado del ánimo?</p> <p>¿Cuáles son los principales tipos de tratamientos oncológicos disponibles para el cáncer?</p>

TRASTORNOS
DEL ESTADO DE
ANIMO

Cap. 2: Los trastornos del estado de ánimo y su manejo:

- Definición de los trastornos del estado del ánimo:
- Clasificación de los trastornos del estado del ánimo.
- Tipos de tratamiento para los trastornos del estado del ánimo
Técnicas cognitivas
- Técnicas conductuales
- Técnicas emotivas
Psicoterapia familiar sistémica –
Psicoanálisis
- Psicofármacos.

Revisión de
bibliografías

¿A qué se refiere con trastornos del estado del ánimo y que son?

¿Según el CIE-10 cómo se clasifican?

¿Qué tipos de enfoque se utilizan para su tratamiento?

¿Qué técnicas psicoterapéuticas del enfoque Cognitivo conductual se utilizan y son las más eficaces?

¿Cómo se puede utilizar la terapia sistémica para pacientes oncológicos con trastornos del estado del ánimo?

¿Cómo se plantea el psicoanálisis ante la depresión?

<p>TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y FARMACOLÓGICO</p>	<p>Capítulo 3: Influencias psicológicas en el tratamiento de pacientes oncológicos con prescripción de psicofármacos</p> <p>Trastornos del ánimo en pacientes oncológicos</p> <p>Tratamiento psiquiátrico en pacientes oncológicos</p> <p>Uso combinado de tratamiento psiquiátrico y psicológico</p> <p>Tratamiento psicológico en pacientes oncológicos</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>	<p>¿Cómo se presentan los trastornos del estado del ánimo en pacientes oncológicos?</p> <p>¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se aplica para este tipo de casos?</p> <p>¿Qué relación hay entre la psicología y la psicofarmacología?</p> <p>¿Qué tipo de psicoterapia es la más adecuadas para este tipo de tratamientos?</p>
--	---	------------------------------------	--

CAPÍTULO 5

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Presentación de datos cuantitativos

Tabla 2 Datos de la muestra

	N	%		N	%
Genero:			Fármaco		
Masculino	9	25%	Clonazepam	24	66.6%
Femenino	27	75%	Sertralina	13	36.1%
Rango de edad:			Venlafaxina	2	5.5
35-45 años	5	13.8%	Quetiapina	3	8.3%
45-55 años	6	16.6%	Pregabalina	4	11.1%
55-65 años	10	27.7%	Mirtazapina	2	5.5%
65-75 años	15	41.6%	Escitalopram	1	2.7%
Diagnóstico			Duloxetina	2	5.5%
Trastorno depresivo	34	94.4%	Bromazepam	1	2.7%
Trastorno del sueño	7	19.44%	Lexotan	1	2.7%
Trastorno de ansiedad	7	19.44%	Ketazolam	1	2.7%
Mas de un diagnóstico	20	55.5%	Más de un fármaco	20	55.5%
Psicoterapia					
Sí	24	66.6%			
No	12	33.3%			

El número total es de 36 participantes, con un rango de edad de entre 36 y 75 años. La muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres (75%) y el diagnóstico más común es la depresión (95%). En relación con el tratamiento farmacológico, el medicamento más frecuentemente prescrito es el Clonazepam (67%). El 67% de los participantes reciben tratamiento combinado de medicamento con psicoterapia. La presencia de la psicoterapia en más de la mitad de la muestra refuerza que es recomendable incluir el abordaje psicológico en el tratamiento de los trastornos del estado del ánimo además de la medicación.

Presentación de datos cualitativos

Entrevistas a especialistas

A continuación, se realizó una entrevista al Doctor Jorge Gencon Guaman especialista en psiquiatría en el hospital: Sociedad de Lucha Contra el Cancer para conocer más a fondo la dinámica de los psicofármacos en pacientes diagnosticados con trastornos del estado del ánimo:

1.- ¿Cree que la psicoterapia es una herramienta útil en el tratamiento de pacientes con cáncer? Si es así, ¿de qué manera considera que puede complementarse con el uso de psicofármacos?

”Es un complemento desde la perspectiva psicoterapéutica, cuando hablamos de una parte biológica donde tenemos que modificar estructuralmente a través de psicofármacos algo que esta aparentemente sin una organización o estructura adecuada, la parte mental no puede estar sola, necesariamente tiene que haber una intervención psicoterapéutica, lo que conjuga a una respuesta y un protocolo más eficaz.”

2.- ¿Cómo impacta el diagnóstico de cáncer en el desarrollo de trastornos del estado de ánimo y cómo puede abordarse desde la psicoterapia en combinación con psicofármacos?

“Es un tsunami, cuando el paciente recibe la información de que padece de cáncer, abre un abanico de emociones donde el paciente se proyecta bajo situaciones catastróficas y no todos los canceres van a producir trastornos del ánimo pero si los endocrinológicos con mayor predisposición; cáncer de seno, cáncer de útero, cáncer de ovario, cáncer de testículo en el varón, tienen una mayor predisposición, no hay que decir que los otros tipos no lo vayan a producir pero en comparación estos tienen un mayor porcentaje. Reitero, evaluar y manejar, sobre todo darle una respuesta al paciente neurobiológicamente en la parte psicoterapéutica tiene que haber un complemento.”

3.- ¿Qué tipos y cuáles son los psicofármacos que suelen ser más utilizados en pacientes oncológicos?

“Va a depender mucho del tipo de cáncer que tenga y va a depender mucho de la historia del paciente, los (ISRS) inhibidores selectivos receptores de la serotonina son los más prescritos más y el más puro es el escitalopram por los efectos secundarios que puedan reflejar y por la interacción con los otros fármacos son los más adecuados, también podemos utilizar antidepresivos duales excepto los que son dopaminérgicos no se deben utilizar por el

incremento de la dopamina y que puede incrementar ciertos cánceres, como la metástasis cerebral.

4.- ¿Qué efectos secundarios comunes de los psicofármacos podría tener un impacto negativo en el bienestar psicológico de los pacientes oncológicos?

“Cuando hay interacciones, no solo hablamos del fármaco, hablamos de los otros fármacos que pueden competir con el mismo receptor, con el medicamento que se está prescribiendo. Muchas veces antagoniza el efecto o simplemente potencia el efecto y ahí pueden aparecer, por eso es muy necesario interactuar con los otros fármacos que se prescriben, las quimios como tal pueden ser ya agravantes, cuando instauramos un fármaco no siempre podemos calmar, hay veces que podemos potenciar los efectos. En los adultos mayores esta lo que llamamos los sintetizadores lentos y esos son pacientes que se tienen que tener mucho cuidado al recetar fármacos, pacientes con insuficiencia renal, pacientes con insuficiencia hepática, es por eso por lo que debemos tener mucho cuidado.

5.- ¿Cómo evalúa la evolución de un paciente en tratamiento con psicofármacos, y cómo determina cuándo es necesario ajustar la medicación o cambiar el enfoque terapéutico?

Se debe tener criterio para elaborar y me puedo utilizar de psicometría, el PHQ 9 por ejemplo en los trastornos del ánimo si es adulto joven, el de ----, criterios de calidad de vida y estos mismos criterios que tienen un puntaje al mismo tiempo que van avanzando los tratamientos farmacológicos uno tiene que ir visualizando también psicométricamente si hay un menor puntaje significa que el paciente se encuentra mejor, es una manera cuantitativa y objetiva de hacer lo subjetivo consciente.”

6.- ¿Existe alguna correlación negativa entre el uso de psicofármacos y el tratamiento oncológico?

"No, más bien hay planteamientos de transcribir la buena relación adherente que hay entre la psicofarmacología y la oncología, y lo ideal es oncología, farmacoterapia y psicoterapia.”

7.- ¿Considera que los pacientes oncológicos tienden a ser más receptivos a la psicoterapia cuando están recibiendo tratamiento farmacológico?

Es un apoyo general a todo, mientras no haya ese acompañamiento o ese entendimiento vamos a tener una barrera no solamente para el tratamiento psicológico, farmacoterapéutico, ni para todo el equipo que se encuentra alrededor. Es todo un equipo que tiene que manejar cada caso

del paciente. Claro que, si son más receptivos, necesitan proteger y exteriorizar todo lo que les pasa, mientras uno más trata de encajar dentro de estas falencias el paciente va a ser más receptivo.

8.- ¿Cómo varía el impacto de la psicoterapia y los psicofármacos en el manejo de trastornos del estado de ánimo entre pacientes oncológicos jóvenes y adultos mayores?

“En los dos se presenta la misma condición, pero generalmente en el adulto mayor debemos tener más control por los fármacos por la metabolización por la biología y por las condiciones delicadas del adulto mayor.”

9.- ¿Ha notado que algunos pacientes oncológicos tienen resistencia o temores hacia los psicofármacos debido al estigma relacionado con las enfermedades mentales?

Por supuesto y es lo que corrobora lo que hemos hablado, claro que sí, constante y permanentemente en la medida que uno va teniendo de asociación con la familia de hacer psicoeducación, hay una mayor adherencia al tratamiento y hasta cierto punto un complemento estable. Una cosa es que lo inicie y lo termine, la mayoría hoy vemos como conjunto tanto de la psicología como la farmacoterapia hay un término de tratamiento, la psicoeducación facilita mucho a combatir con el estigma de los medicamentos.

Con el objeto de precisar la información brindada por el especialista, exploremos diferentes factores importantes que rescatar de esta entrevista:

Tabla 3*Análisis temático de entrevista a Dr. Jorge Gencon*

Categoría	Descripción	Subtemas	Citas Relevantes
Complementariedad entre psicoterapia y psicofármacos	La psicoterapia y los psicofármacos deben emplearse juntos para un tratamiento más efectivo en pacientes oncológicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la psicoterapia. - Uso de la terapia cognitivo-conductual (TCC). - Enfoque integral en el tratamiento. 	<p>"La psicoterapia es la herramienta mas util."</p> <p>"El tipo de enfoque cognitivo conductual es que mejor resultados tiene."</p>
El impacto de un diagnóstico oncológico	El recibir un diagnostico oncologico, establece un fuerte golpe emocional a los pacientes, siendo estos mas propensos a sufrir de algun trastorno del estado del animo.	<ul style="list-style-type: none"> - Creencias irracionales - Existe una prevalencia en diferentes tipos de cancer, como aquellos que son mas visuales - Se establece la fragilidad emocional de los pacientes 	<p>"Al recibir un diagnostico oncologico, es como una ola de emociones para el pacieneter."</p> <p>"Existen diferentes tipos de cancer que afectan mas a los pacientes."</p>
Psicofármacos utilizados en pacientes oncológicos	Selección cuidadosa de psicofármacos según el tipo de cáncer y las condiciones del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - ISRS (Escitalopram como el más utilizado). - Evitar antidepresivos dopaminérgicos. - Interacciones medicamentosas con tratamiento oncológico. 	<p>"Los ISRS, y en especial el escitalopram, son los más adecuados."</p> <p>"Los dopaminérgicos no deben utilizarse porque pueden incrementar ciertos tipos de cáncer."</p>
Efectos secundarios y riesgos en el bienestar del paciente	Los efectos adversos de los psicofármacos pueden afectar el bienestar psicológico y físico del paciente, especialmente en interacción con otros fármacos.	<ul style="list-style-type: none"> - Posibles antagonismos o potenciaciones. - Mayor cuidado en adultos mayores y pacientes con insuficiencia renal o hepática. - Precaución en la combinación con quimioterapia. 	<p>"Las quimios como tal pueden ser ya agravantes."</p> <p>"En los adultos mayores debemos tener mucho cuidado al recetar fármacos."</p>
Establecimiento y diagnóstico de un paciente	La psicometria resulta util para poder medir y establecer le mejoria del paciente,	<ul style="list-style-type: none"> - Test psicometricos como PHQ-9. - Las escalas psicometricas permiten 	<p>"Mediante la practica de la psicometria se puede cuantificar de</p>

con trastorno del estado del animo	de esta manera se puede ir regulando su medicacion	una regulacion. - Ajuste según la respuesta del paciente.	alguna manera lo subjetivo y de esta manera cambiar algo si hace falta ."
Nexo entre los tratamientos psicofarmacologicos y oncologicos	No existe nada que pueda definir una relacion negativa entre ambos, es mas bien un establecimiento complementario.	- Integración con oncología. - Necesidad de abordaje multidisciplinario.	"Lo ideal es oncología, farmacoterapia y psicoterapia."
Receptividad de los pacientes al tratamiento combinado	Los psicofármacos ayudan a mejorar la adherencia y receptividad a la psicoterapia.	- Apoyo integral en el tratamiento. - Mayor predisposición a la terapia cuando se reduce la angustia emocional.	"Mientras más tratamos de encajar dentro de estas falencias, el paciente va a ser más receptivo."
Relacion entre pacientes adultos mayores y jovenes adolescentes	Todo depende de la edad, en adultos mayores se tiene que tener un control mas enfocado en sintomas adversos.	- Metabolización más lenta en adultos mayores. - Necesidad de ajustes farmacológicos.	"Los adultos mayores requieren de un control mas especifico por factores biologicos y procesos metabolicos."
Adherencia al tratamiento	La falta de adherencia y la resistencia a un tratamiento psiquiatrico surge por ideas y creencias erroneas de la salud mental.	- Importancia de la psicoeducación. - Asociación con la familia para mejorar la adherencia al tratamiento.	"El estigma es constante y permanente, pero la psicoeducación ayuda a combatirlo."

Esta entrevista se la realizó a Emilia Escobar, psicóloga clínica especializada en tratamientos con pacientes oncológicos. Con el fin de poder rescatar qué tipo de terapia psicológica es la más adecuada en terapias oncológicas.

1. ¿Por qué considera que la TCC es una herramienta tan valiosa en el contexto de la oncología?

Dentro del enfoque Cognitivo Conductual, o, mejor dicho, La terapia Cognitivo Conductual, toma como objetivo establecer aquellas ideas negativas que por primera vez resaltaron durante el diagnóstico y tratamiento del paciente, le permite al paciente tener herramientas a su disposición que le permite reducir niveles de ansiedad, estrés, entre otros efectos que el paciente tenga.

2. ¿Qué tipos de técnicas son las que se utilizan en la terapia TCC?

Algunas de ella son las siguientes:

- Solución de problemas: este tipo de técnicas le permiten al paciente utilizar herramientas para cualquier problema que surja durante el tratamiento.
- Ejercicios de relajación: estos le permiten al paciente poder bajar los niveles de ansiedad, utilizando tipos de relajación como mindfulness o técnicas propias de respiración.
- Estructuración subjetiva cognitiva: le permite al paciente modificar aquellos pensamientos o creencias irracionales que mantenga durante el tratamiento.

Estas técnicas no mantienen un guion o estructura determinada, son diferentes para cada paciente, según su; necesidad y tipo de cáncer.

3. ¿De qué manera la TCC aborda los trastornos del estado del ánimo?

La Terapia Cognitivo Conductual utiliza diferentes tipos de técnicas y estrategias como, por ejemplo;

- Exposición a los temores
- Restructuraciones cognitivas
- Resolución de problemas

Todo con el fin del que paciente pueda sentirse útil y funcional a pesar de el diagnostico que tiene.

4. ¿Qué papel juega la TCC en el manejo de los efectos secundarios psicológicos de los tratamientos oncológicos?

La TCC es crucial para manejar síntomas como:

- Fatiga: Introduciendo técnicas de planificación y manejo del tiempo.
- Náuseas: Usando desensibilización sistemática y técnicas de distracción.
- Cambios en la imagen corporal: Aplicando estrategias de aceptación y autocompasión, así como trabajando en la autoestima del paciente.

5. ¿Cómo involucra a los pacientes en el proceso de TCC?

Desde el inicio, se trabaja en un enfoque colaborativo, estableciendo metas claras basadas en sus preocupaciones. Se les asignan tareas para practicar entre sesiones, promoviendo el autoaprendizaje y fortaleciendo la autogestión emocional.

6. ¿Qué me puede comentar sobre la TCC y los grupos de pacientes oncológicos?

Dentro de los grupos los pacientes con cáncer pueden explorar y tener una normalización en relación a sus pares. Esta comparación les permite a los pacientes poder explorar y verbalizar aquello que no pueden comentar con personas que no padezcan esta enfermedad.

7. ¿De qué manera la TCC aborda pensamientos intrusivos o situaciones fuera del control del paciente?

Dentro de la Terapia Cognitivo Conductual, existe algo conocido por sus siglas ACT que significa: Terapia de Aceptación y Compromiso que le permite al paciente establecer un encuadre con las inseguridades traída por su diagnóstico.

8. ¿Qué relación hay entre la psicoterapia y la psicofarmacología?

Se establece comunicación entre el personal médico, los psiquiatras y los psicólogos para poder buscar la manera más apta para poder establecer un tratamiento para el paciente.

9. ¿Cuáles son los lineamientos para trabajar con pacientes que utilicen psicofármacos y tengan cáncer?

Se debe trabajar en conjunto con el personal médico, en este caso con el psiquiatra para poder tener una idea de el plan de acción y el diagnostico otorgado por el mismo, a partir de estas pautas se puede proceder a realizar un plan de acción propio desde el ámbito psicoterapéutico.

10. ¿Cómo puede medir o establecer una mejoría de los pacientes que utilizan TCC y psicofármacos en conjunto?

En estos casos utilizo la escala de depresión de Beck para poder tener datos para poder monitorear el seguimiento del paciente. Dicho esto, el mantenimiento y la buena adherencia al tratamiento son puntos clave para poder si el caso lo refiere, ajustes en el plan de acción.

Con el objeto de precisar la información brindada por el especialista, exploremos diferentes factores importantes que rescatar de esta entrevista:

Tabla 4 *Análisis temático de entrevista a Emilia Escobar*

Categoría	Descripción	Subtemas	Citas Relevantes
La Terapia cognitivo conductual	La TCC se usa para manejar pensamientos negativos, reducir ansiedad y mejorar la calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción del estrés postraumático. - Impacto en la calidad de vida. 	"Es eficaz para la reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático."
Técnicas de la TCC aplicadas en oncología	Se aplican técnicas de reestructuración cognitiva, relajación y resolución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva. - Relajación. - Resolución de problemas. 	"Las técnicas se aplican según el cáncer, en que grado se encuentra la enfermedad y las características del paciente."
Manejo de emociones intensas en pacientes con cáncer	Estrategias para afrontar la ansiedad, depresión y miedo mediante exposición gradual.	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición gradual. - Técnicas de aceptación. - Activación conductual. 	"Se emplea la exposición gradual a los temores y la identificación de pensamientos irracionales."
Rol de la TCC en el manejo de efectos secundarios	Intervención en síntomas como fatiga, náuseas y cambios en la imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de fatiga. - Técnicas para controlar náuseas. - Autoaceptación de cambios corporales. 	"La TCC ayuda a manejar la fatiga, las náuseas y los cambios en la imagen corporal."
Participación del paciente en el proceso terapéutico	Enfoque que empodera a los pacientes mediante tareas y metas terapéuticas.	<ul style="list-style-type: none"> - Visión del resultado del trabajo. - Trabajo del paciente fuera de las sesiones. 	"Se tienen que plantear objetivos en relación a los síntomas que padece."
La TCC como psicoterapia para pacientes oncológicos	Terapias grupales, para el refuerzo social	<ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo social - Establecimiento emocional entre pares 	"Las terapias grupales le permite al paciente poder establecer un rapport con sus pares."
Abordaje de pensamientos intrusivos y creencias irracionales.	Se refuerzan técnicas como el mindfulness y ACT	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación de la incertidumbre. - Mindfulness. 	"La TCC incorpora elementos de terapia de aceptación y compromiso (ACT), ayudando al paciente a aceptar la incertidumbre."

Coordinación con el tratamiento psiquiátrico y farmacológico	Trabajo conjunto con psiquiatras para evitar efectos secundarios.	- Comunicación constante con médicos. - Ajustes según efectos secundarios.	"Se mantiene una comunicación constante con los médicos para alinear el tratamiento
Consideraciones en el uso de psicofármacos en pacientes oncológicos	Evaluación de interacciones medicamentosas y su impacto en la adherencia al tratamiento.	- Interacciones medicamentosas. - Impacto en la adherencia al tratamiento.	"Es esencial considerar las interacciones medicamentosas con tratamientos oncológicos y la posibilidad de efectos secundarios."

Análisis de datos

Variable: El cáncer

Subvariable: ¿Qué es el cáncer?

El cáncer es una enfermedad causada por el crecimiento descontrolado y anormal de células en el cuerpo, las cuales forman tumores y se propagan a otros órganos y tejidos. Su origen se debe a factores genéticos, ambientales y de estilo de vida, y es capaz de presentarse en cualquier parte del cuerpo. Esta enfermedad es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y afecta la salud física y el bienestar emocional de los pacientes.

Subvariable: ¿Cuáles son los tipos de cáncer?

El cáncer se clasifica según el sitio de origen (pulmón, hígado, riñón), el tipo de tejido afectado (carcinomas, sarcomas, leucemias, linfomas, mielomas), su grado de diferenciación celular, el estadio de la enfermedad y la ubicación en el cuerpo.

Subvariable: ¿Qué tipos de síntomas físicos se pueden evidenciar en pacientes oncológicos?

Existen varios síntomas físicos que cambian de acuerdo con el tipo de cáncer que el paciente tenga, dicho esto se pueden establecer de manera de guía los siguientes:

- Dolor
- Desmayos
- Fatiga
- Sentimiento de masas anormales
- Tos
- Fiebre
- Molestias físicas

Cabe recalcar que no se debe tomar como guía explícita lo ya mencionado, más bien existen diferentes tipos de cáncer que no son detectables hasta estadios más tardíos, es importante que se realicen chequeos con el médico.

Subvariable: ¿Qué síntomas afectan el estado del ánimo?

El cáncer afecta genera síntomas de ansiedad, estrés, miedo, depresión, enojo, culpa y sentimientos de soledad. Estos síntomas surgen a causa del diagnóstico de cáncer, los

tratamientos agresivos, los cambios en la rutina y la incertidumbre sobre su futuro, mermando la calidad de vida y la capacidad de afrontamiento del paciente.

Subvariable: ¿Cuáles son los principales tipos de tratamientos oncológicos disponibles para el cáncer?

El tratamiento del cáncer depende del tipo, estadio y condición del paciente, e incluye cirugía para extirpar tumores, quimioterapia para eliminar células cancerígenas con medicamentos, radioterapia que usa radiación para destruir células malignas, inmunoterapia para estimular el sistema inmunológico, terapia dirigida que actúa sobre moléculas específicas del cáncer, terapia hormonal para ciertos tipos hormono dependientes, además de técnicas de hipertermia, terapia láser, terapia fotodinámica y crioterapia.

Variable: Trastornos del estado del ánimo de acuerdo con el CIE-10

Subvariable: ¿A qué se refiere con trastornos del estado del ánimo?

Los trastornos del estado del ánimo, son enfermedades a nivel mental del paciente, los cuales resultan como efecto en alteraciones emocionales y del estado del ánimo en el paciente, Estos por lo general se encuentran encapsulados en cuadros donde se puede llegar a medir su impacto en la vida del paciente, dicho esto, es importante establecer que estos síntomas pueden llegar a generar problemas en el funcionamiento del paciente en su vida diaria. Los más comunes incluyen el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar y la distimia.

Subvariable: ¿Cómo clasifica el CIE-10 los trastornos del estado del ánimo?

El CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición) clasifica los trastornos del estado del ánimo según su tipo y gravedad. Entre ellos, se encuentran la hipomanía (F30), la manía sin síntomas psicóticos (F30.1), el trastorno bipolar (F31) con sus diferentes episodios (hipomaníaco, depresivo leve, moderado, grave y mixto), los episodios depresivos (F32) que van de leves a graves sin síntomas psicóticos, el trastorno depresivo recurrente (F33) y los trastornos afectivos persistentes como la ciclotimia (F34.0) y la distimia (F34.1).

Subvariable: ¿Qué tipos de tratamiento se utilizan para tratar los trastornos del estado del ánimo? Dentro del marco conceptual de los trastornos del estado del ánimo, se los categoriza como enfermedades mentales, las cuales caen bajo el régimen médico y psicológico, es mediante la combinación de ambos (farmacología y psicoterapia) que se logra alcanzar un tratamiento adecuado para el paciente. Dentro del cuadro psicológico tenemos diferentes

enfoques como; psicoanálisis, terapia sistémica, TCC, esta última es aquella que muestra mejor resultado en combinación con la terapia emotivo conductual. La combinación de psicoterapia con tratamiento farmacológico es la más efectiva para lograr una mejoría en el paciente.

Subvariable: ¿Qué técnicas se utilizan dentro de la terapia cognitivo-conductual para abordar los pensamientos, sentimientos y conductas de los pacientes?

La terapia cognitivo-conductual sirve para modificar pensamientos disfuncionales, mejorar la regulación emocional y promover comportamientos saludables utilizando el entrenamiento en detección de creencias irracionales, la persuasión verbal y la distracción cognitiva, que ayudan a identificar y cambiar pensamientos negativos.

Subvariable: ¿De qué manera se puede utilizar la terapia familiar sistémica en pacientes oncológicos que tengan un diagnóstico de algún tipo de trastorno del estado del ánimo?

La terapia familiar sistémica analiza el papel de la familia en la dinámica emocional del paciente y se centra en la comunicación, los roles familiares y la estructura de la familia para identificar patrones disfuncionales que estén contribuyendo al problema. El rol del terapeuta es modificar interacciones inadecuadas y ayudar a crear un ambiente más saludable al trabajar con la familia para mejorar su capacidad de adaptación ante las crisis y para generar cambios en la forma en que sus miembros se relacionan, con el objetivo de reducir el impacto del trastorno de ánimo en el paciente.

Subvariable: ¿De qué manera el psicoanálisis trata la depresión?

El tratamiento psicoanalítico se enfoca en la exploración del inconsciente, permitiendo que el paciente acceda a aquellas experiencias y emociones reprimidas que subyacen a su sufrimiento. A través del discurso y la interpretación del analista, el paciente puede comprender el origen de su malestar y trabajar en su transformación.

Variable: Tratamiento psicológico y farmacológico

Subvariable: ¿Cómo se presentan los trastornos del estado del ánimo en pacientes oncológicos?

Los trastornos del estado de ánimo en pacientes oncológicos son una condición preexistente en pacientes con antecedentes de depresión y ansiedad, cuyos síntomas se agravan tras recibir el diagnóstico de cáncer o surgen debido al impacto psicológico que genera el diagnóstico y el tratamiento.

El cáncer provoca una gran incertidumbre sobre el futuro, miedo a la muerte, deterioro físico, efectos secundarios de los tratamientos, aislamiento social y cambios en la dinámica familiar, lo que contribuye al desarrollo de ansiedad y depresión. Según la literatura revisada, los síntomas de ansiedad son más frecuentes en las primeras etapas de la enfermedad, mientras que los síntomas depresivos tienden a persistir o agravarse con el tiempo. Además, quienes padecen de cáncer de mama, ovario, útero y testículo tienen mayor predisposición a desarrollar alteraciones emocionales.

La detección de estos trastornos en los pacientes con cáncer se dificulta ya que sus síntomas se confunden con efectos secundarios del tratamiento oncológico, ya sea la fatiga, el insomnio y la pérdida de apetito; esto lleva a que la depresión y la ansiedad sean subdiagnosticadas en pacientes con cáncer.

Subvariable: ¿Cuál es el plan farmacológico para casos con pacientes diagnosticados con trastornos del estado del ánimo?

Dentro del ámbito psicofarmacológico y psiquiátrico, se utilizan un sin número de medicamentos para poder tratar diferentes padecimientos, pero de manera general estos son:

- Antidepresivos
- Ansiolíticos
- Estabilizadores del ánimo'

Cabe recalcar que se tiene que tener una comunicación constante entre médico y psicólogo para poder comprender qué tipo de medicación se le está dando al paciente y de igual manera teniendo en cuenta su diagnóstico oncológico. Dentro de la psiquiatría se recomienda utilizar antidepresivos duales, que tengan un doble efecto o inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Se evita recetar aquellos que mantengan como efecto secundario la acción dopaminérgica ya que puede resultar en riesgo de metástasis cerebral.

Para los casos de depresión, ansiedad e insomnio se prescribe clonazepam y pregabalina, que ayudan a estabilizar el estado emocional del paciente. En pacientes con cáncer en etapa avanzada y con depresión resistente al tratamiento convencional se utiliza la ketamina y el metilfenidato, que ofrecen una respuesta más rápida en comparación con los antidepresivos tradicionales.

Subvariable: ¿Qué relación hay entre la psicología y la psicofarmacología?

La relación entre psicología y psicofarmacología es simple, se puede resumir en una especie de simbiosis, donde cada una se beneficia de la otra, es decir que mientras la psiquiatría se enfoca en la búsqueda de una homeostasis química a nivel biológico la psicología le permite al paciente encontrar recursos que le permitan una mejor adaptación al diagnóstico.

EL psiquiatra especialista Jorge Gencon, menciona que para que el tratamiento de un paciente resulte efectivo se debe realizar una combinación de ambos enfoques, médico y psicológico. Los psicofármacos buscan establecer química y biológicamente al paciente mientras que la psicoterapia busca brindar las herramientas para que el paciente pueda afrontar estas situaciones.

Un factor importante en esta relación es la psicoeducación, que ayuda a reducir el estigma asociado al uso de medicamentos psiquiátricos. Muchos pacientes y sus familias tienen resistencia al uso de psicofármacos debido a prejuicios sobre las enfermedades mentales. Sin embargo, cuando se les informa sobre la importancia de estos tratamientos y su función dentro del proceso terapéutico, aumenta la adherencia y la efectividad del tratamiento.

Subvariable: ¿Qué tipo de enfoque es el más recomendado?

Dentro de todos los enfoques analizados a lo largo de este trabajo, se puede concluir que aquella que mantiene más recursos para poder tener un mejor manejo sobre la depresión, ansiedad, insomnios es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). La psicóloga Emilia Escobar refuerza esta conclusión, estableciendo que le permite al paciente desarrollar herramientas y habilidades de afrontamiento que le permite modificar aquellos pensamientos intrusivos y creencias irracionales durante su tratamiento oncológico.

Las técnicas de TCC utilizadas en pacientes oncológicos son la reestructuración cognitiva, que ayuda a cambiar pensamientos irracionales; las técnicas de relajación, que reducen la ansiedad; y la resolución de problemas, que le permiten al paciente enfrentar de mejor manera los retos que surgen durante su tratamiento. También se emplean estrategias de exposición gradual para reducir el miedo a la recaída y la incertidumbre sobre el futuro.

En los pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad se utilizan terapias centradas en la preservación de la dignidad y en el sentido de vida que les ayuden a encontrar un propósito de su experiencia con la enfermedad. También se integran elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que ayuda a los pacientes a aceptar la incertidumbre y enfocarse en sus valores personales.

CONCLUSIONES

El cáncer es más que una enfermedad física, es una condición que afecta la vida de los pacientes, su estado emocional y mental. Su diagnóstico y tratamiento generan una carga emocional en quien lo padece por lo que es necesario un enfoque multidisciplinario que integre la atención médica con el apoyo psicológico. La alta mortalidad y los efectos adversos del tratamiento hacen necesario un acompañamiento continuo que ayude a los pacientes a afrontar su enfermedad con las mejores herramientas emocionales y sociales posibles.

Los trastornos del estado del ánimo en pacientes con enfermedades catastróficas son comunes, la muerte hace acto de presencia dentro de los pacientes y esto los deja vulnerables hacia estos tipos de trastornos como, episodios depresivos con síntomas o ansiosos o trastornos del sueño. Cada paciente es un caso, y como tal cada caso tiene que realizarse un plan único para poder y de esta manera buscar la mejora del paciente, es así como es necesario un trabajo en conjunto entre psiquiatras y psicólogos para buscar la estabilización y mejoría del paciente. La combinación de psicoterapia y psicofármacos es una estrategia eficaz para mejorar el bienestar de los pacientes

El estado emocional del paciente, puede llegar a afectar el tratamiento oncológico, ya que los síntomas adversos a todo el proceso oncológico como; ansiedad, falta de sueño estrés. Puede resultar en una falta de compromiso del paciente y por ende un poco adherencia al tratamiento del mismo. El mejor enfoque o tratamiento para el paciente es la simbiosis entre psicoterapia y psiquiatría donde se incluya un proceso de psicoeducación al paciente.

El cáncer, además de afectar la salud física del paciente también impacta en su bienestar emocional ya que la fatiga persistente, la pérdida de peso inexplicable y el dolor crónico les genera angustia que desencadena en trastornos del estado de ánimo. La ansiedad y la depresión son respuestas comunes ante la enfermedad causadas por la incertidumbre del diagnóstico, el temor a la muerte, los efectos secundarios del tratamiento y los cambios en la rutina diaria. Se ha observado que, en las primeras etapas del cáncer, la ansiedad es más predominante, mientras que la depresión se manifiesta de manera más prolongada. Además, los cánceres de origen endocrinológico, presentan una mayor predisposición a provocar alteraciones emocionales.

La descripción del diagnóstico y el psicofármaco prescrito en pacientes oncológicos entre 35 y 75 años, basada en la matriz de registro, evidencia que la depresión es el trastorno del estado de ánimo más común. Además, la mitad de los pacientes presenta más de un

diagnóstico, lo que indica una alta prevalencia de comorbilidad con los trastornos de ansiedad y los trastornos del sueño. En relación con el tratamiento farmacológico, el medicamento más frecuentemente prescrito es el Clonazepam, ampliamente utilizado para el manejo de la ansiedad y la regulación del sueño en pacientes con cáncer. Además, la mitad de la muestra está en tratamiento con más de un fármaco para abordar los diferentes síntomas que presentan los pacientes. Entre los antidepresivos, la Sertralina es el más utilizado, seguido por la Venlafaxina, Mirtazapina y Escitalopram, mostrando la relevancia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos duales en el tratamiento de la depresión y la ansiedad en esta población. También se reporta el uso de Quetiapina y Pregabalina, indicados para síntomas adicionales como insomnio, ansiedad severa o dolor neuropático.

En relación con los distintos tipos de intervención en pacientes oncológicos, la combinación de psicoterapia con tratamiento farmacológico mejora la estabilidad emocional y aumenta la adherencia del paciente a la terapia. La psicoterapia facilita el proceso de adaptación del paciente a la enfermedad y mejora su estado emocional y se recomienda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para la reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático en pacientes con cáncer. Esta terapia permite identificar y modificar pensamientos negativos por medio de estrategias de afrontamiento. La técnica de reestructuración cognitiva, la relajación muscular progresiva y la exposición gradual se usan para ayudar a los pacientes a manejar el miedo, la incertidumbre y la angustia emocional. Además de la terapia individual, la terapia grupal les brinda apoyo social a los pacientes y fomenta su sentido de pertenencia. En pacientes con enfermedad avanzada, funcionan los enfoques centrados en la preservación de la dignidad y el sentido de vida, que los ayudan a encontrar propósito y bienestar en la etapa final de su enfermedad. Asimismo, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sirve para trabajar la aceptación de la incertidumbre y enfocar la vida del paciente en sus valores personales.

REFERENCIAS

- Aguilar, C. M. J., Mur, V. N., Neri, S. M., Pimentel, R. M. L., García, R. A., & Gómez, V. E. (2014). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: A case study in México City. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 371–379.
- Alvarado-García, A. M., Carrillo-Riveros, M. S., & Vargas-Bello, L. M. (2024). Intervenciones en el manejo de ansiedad y depresión en pacientes paliativos oncológicos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 21(2), 8–18. <https://doi.org/10.22463/17949831.4251>
- American Cancer Society. (2024) Tipos de cáncer. *American Cancer Society*. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos>
- Bauer, M. E., & Teixeira, A. L. (2021). Neuroinflammation in mood disorders: Role of regulatory immune cells. *Neuroimmunomodulation*, 28(3), 99-107. <https://doi.org/10.1159/000515594>
- Becerra Gálvez, A. L., Reynoso Erazo, L., Bravo González, M. C., & Ordaz Carrillo, M. I. (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología*, 14(2-3), 203-216. <https://doi.org/10.5209/PSIC.57080>
- Becerra, A. L., Reynoso Erazo, L., Bravo González, M. C., & Ordaz Carrillo, M. I. (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología*, 14(2-3), 203-216. <https://doi.org/10.5209/PSIC.57080>
- Beltrán, M. C., Freyre, M. Á., & Hernández, G. L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5–13.
- Bernal, G. P., & Muñoz, A. M. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión en cáncer. *Psicooncología*, 13(2-3), 249–270. <https://doi.org/10.5209/PSIC.54435>
- Dauchy, S., Dolbeault, S., & Reich, M. (2013). Depression in cancer patients. *European Journal of Cancer Supplements*, 11(2), 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.006>
- de Freitas, J. H. (2013). Melancolía y Flema. (Consideraciones humoristas en torno a la noción de melancolía en “El origen del Trauerspiel alemán” de Walter Benjamin). *Tópicos* (México), (45). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-66492013000200006
- Galindo, V. O., Benjet, C., Juárez, G. F., Rojas, C. E., Riveros, R. A., Aguilar, P. J. L., & Alvarado, A. S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de

- Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253–258. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>
- Galindo, V. O., Rojas, C. E., Meneses, G. A., Aguilar, P. J. L., & Alvarado, A. S. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 26(1), 43–49.
- García, M. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1). <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2019a2>
- Golden, R., & Gersh, T. (2010). *Título del estudio o libro*. Editorial.
- González Delgado, A. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 150-151. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100026
- Hernández, M., & Cruzado, J. A. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233–257. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895
- Hospital Clínic de Barcelona. (2018, 12 de noviembre). Genética del cáncer. *PortalCLÍNICA*. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cancer/genetica-del-cancer>
- <https://solcaquito.org.ec/que-es-el-cancer/>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2024) ¿Qué es el cáncer?. *NIH*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2024) Los sentimientos y el cáncer. *NIH*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos>
- Kissane, D. W., Maj, M., & Sartorius, N. (Eds.). (2011). *Depression and Cancer*. John Wiley & Sons,
- Luna Sánchez, L. G. (2010). *Elaboración de un plan terapéutico basado en terapia cognitivo-conductual de urgencias breve de Beck en paciente oncológico con depresión mayor*. Universidad del Azuay.
- MedlinePlus. (2024) Tratamientos para el cáncer. *NIH Biblioteca Nacional de Medicina*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000901.htm>
- Mehta, R. D., & Roth, A. J. (2015). Psychiatric considerations in the oncology setting. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(4), 299–314. <https://doi.org/10.3322/caac.21285>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022, 4 de febrero). Diagnóstico y detección oportunas son claves para mejorar calidad de vida de pacientes con cáncer.

- <https://www.salud.gob.ec/diagnostico-y-deteccion-oportunas-son-claves-para-detectar-el-cancer/>
- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 110(8), 1665-1676. <https://doi.org/10.1002/cncr.22980>
- Moreno Acosta, A. I., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 517-529. <https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.10>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): Trastornos del humor (afectivos). https://www.centromultiprofesional.com/wp-content/uploads/2016/08/CIE_10-Depresion.pdf
- Ortega, M. A., Fraile-Martínez, O., García-Montero, C., Díaz-Pedrero, R., López-González, L., Monserrat, J., Barrena-Blázquez, S., Álvarez-Mon, M. A., Lahera, G., & Álvarez-Mon, M. (2024). Understanding immune system dysfunction and its context in mood disorders: Psychoneuroimmunoendocrinology and clinical interventions. *Military Medical Research*, 11(80), 1-37. <https://doi.org/10.1186/s40779-024-00577->
- Pousa, R. V., Miguelez, A. A., Hernández, B. M., González, T. M. A., & Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.04.005>
- Psicología y Mente. (s.f.). Terapia sistémica: ¿qué es y en qué principios se basa? <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-sistemica>
- Quirónsalud. (2020, 17 de diciembre). *Cómo afecta el cáncer al estado de ánimo del paciente*. <https://www.quironsalud.com/blogs/es/cancer-ahora/afecta-cancer-animo-paciente>
- Riedl, D., & Schuessler, G. (2022). *Prevalence of Depression and Cancer – A systematic review*. *Z Psychosom Med Psychother*, 68(1), 74–86.
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*, 9(4), 1509-1514. <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>
- Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (2024.). *¿Qué es el cáncer?* SOLCA- Núcleo de Quito.
- Sotelo, J. L., Musselman, D., & Nemeroff, C. B. (2014). The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression. *International Review of Psychiatry*, 26(1), 16–30. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.875891>
- SuportaMed. (2024) Clasificación y tipos de cáncer. <https://suportamed.com/cancer-clasificacion-tipos/>

Tocagón Pijal, T. J. (2017). *Cómo la Terapia Cognitivo Conductual influye en la percepción del dolor de pacientes oncológicos en cuidados paliativos*. Universidad San Francisco de Quito.

UCSF Health. (2024, 15 de abril). 17 síntomas de cáncer que no debe ignorar. <https://www.ucsfhealth.org/covid/17-cancer-symptoms-you-shouldnt-ignore-es>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Barona Blanco, Juan Fernando**, con C.C: # **0924575848** autor del trabajo de titulación: **El rol de la psicoterapia en pacientes oncológicos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo que usan psicofármacos**, previos a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **24 de febrero de 2025**

f. 

Barona Blanco, Juan Fernando
C.C: # **0924575848**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	El rol de la psicoterapia en pacientes oncológicos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo que usan psicofármacos.		
AUTOR(ES)	Barona Blanco, Juan Fernando,		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Peñañiel Torres, Carolina Eugenia		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación		
CARRERA:	Carrera de Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	24 de febrero de 2025	No. DE PÁGINAS:	70 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología, Terapia Cognitivo Conductual, Farmacología		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Psicoterapia; Farmacoterapia; Trastornos Del Estado De Ánimo Pacientes Oncológicos; Terapia Cognitivo-Conductual; Cáncer		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El estudio analiza la relación entre la psicoterapia y la farmacoterapia en pacientes oncológicos con trastornos del estado de ánimo, atendiendo el hecho de que a combinación de terapia cognitivo-conductual (TCC) y el uso de psicofármacos influye en la evolución emocional de estos pacientes, considerando que el cáncer afecta tanto su salud física como su bienestar psicológico. El objetivo principal fue describir el uso de ambos enfoques terapéuticos en un entorno clínico y evaluar su efectividad. Para ello, se realizó un metaanálisis descriptivo basado en revisión bibliográfica de estudios nacionales e internacionales, centrándose en pacientes oncológicos de entre 35 y 75 años. Los resultados muestran que la depresión es altamente prevalente en esta población. Se evidencia que la combinación de TCC con farmacoterapia mejora los síntomas depresivos y ansiosos en comparación con la monoterapia. Se identificó el uso frecuente de antidepresivos y ansiolíticos. Se concluye que la combinación de psicoterapia y fármacos es la opción más efectiva para tratar los trastornos del estado de ánimo en pacientes oncológicos. Se enfatiza la importancia de un enfoque interdisciplinario para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 593991500677 593990242967	E-mail: sandraecuador80@gmail.com carpiosanyi@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs. Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419 E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			