

616.8914
S629p

11



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRÁCTICAS CLÍNICAS

HOSPITAL "DR. TEODORO MALDONADO CARBO"

ÁREA DE ONCOLOGÍA

SOLÓRZANO SALAZAR

ADRIANA DENISSE

MIÉRCOLES, 26 DE ENERO DE 2011

ÍNDICE

1. Certificado de la práctica
2. Informe general
3. Trabajo de investigación
4. Grupo operativo con familiares
5. Registro de asistencia
6. Estadísticas

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO
SERVICIO DE ONCOLOGÍA
"AÑO 2011"

El que suscribe, Dr. Jorge Moncayo Cervantes, Jefe del Servicio de Oncología:

CERTIFICA

Que, la señorita ADRIANA DENISSE SOLÓRZANO SALAZAR, inició sus prácticas de psicología en el Servicio de Oncología del Hospital del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo a partir de mayo de 2010 y los finalizará en enero de 2011.

Las actividades de trabajo las ha desarrollado de la siguiente manera:

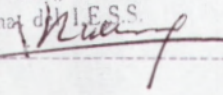
1. Entrevistas individuales a pacientes ambulatorios y en hospitalización.
2. Entrevistas a familiares
3. Grupos operativos con familiares de los pacientes
4. Charla dirigida al personal de enfermería
5. Realización y mantenimiento de la cartelera informática con temas oncológicos de interés.

En todas estas actividades, la señorita Adriana Solórzano ha mostrado una gran responsabilidad, dedicación, sentido humanitario y sólidos conocimientos, por lo que, el Servicio de Oncología agradece profundamente su colaboración en la ayuda y bienestar a nuestros pacientes afectados de cáncer.

Se expide el presente a petición verbal de la interesada para los fines que estime por conveniente, dentro de los límites legales.

GUAYAQUIL, 21 de ENERO de 2011.

JR. JORGE MONCAYO CERVANTES
032-1-5331-35 Jefe Servicio
Oncología Encgdo.
Hospital Regional del IESS.



Informe de la práctica de psicología clínica en el Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" área de oncología.

La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil dentro de sus formaciones académicas tiene la carrera de psicología clínica. Esta carrera tiene duración de cinco años, diez semestres, divididos en dos periodos. El primero abarca los cuatro primeros años (ocho semestres) dirigidos a la formación teórica de sus alumnos, mientras que el segundo periodo es el último año (dos semestres) dedicado a las prácticas clínicas pre-profesionales. Donde se aborda la teoría y la práctica de la carrera, para que sus estudiantes tengan un acercamiento a la experiencia profesional.

Así, los estudiantes que cursan el último año de estudios deben escoger entre institución educativa o institución de la salud para realizar sus prácticas. De esta manera se escogió al Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" (IESS), área de oncología. Ubicado al sur de la ciudad en las calles Av. 25 de Julio y Av. Ernesto Alban.

Las prácticas se realizaron durante los meses de mayo de 2010 hasta enero de 2011, dividido en dos horarios: los días lunes y miércoles fueron utilizados para el control de casos en la UCSG con la Dra. Nora Guerrero. Y los días martes, jueves y viernes se realizó las prácticas en el hospital durante cuatro horas desde 08:00 am - 12:00pm.

El área de oncología cuenta con profesionales que atienden problemas relacionados con neoplasias malignas (tumores). El servicio proporciona la ayuda diagnóstica, terapéutica y psicológica a los pacientes. Los diagnósticos médicos más frecuentes son: cáncer de mama, próstata, pulmón, gástrico, cérvix y colorectal. Esta área se encuentra a cargo del jefe de oncología el Dr. Jorge Moncayo C. y su equipo multidisciplinario conformado por cuatro médicos tratantes: Dra. Rosario Bohórquez, Dr. Jorge Coronel, Dra. Alexandra Loor, Dr. Luis Unda. Dos médicos residentes Dr. Carlos Lozano y Dr. Carlos Oleas, La jefa

de enfermeras la Dra. Juana Cruz, licenciadas y auxiliares en enfermería, la trabajadora social Lcda. Virginia Moran y la psicóloga Dra. Marcia Rodrigo.

El área cuenta con servicio de hospitalización y consulta externa. En el área de consulta externa se encuentran los consultorios de los médicos tratantes, para que puedan evaluar el proceso de los pacientes a través de previa cita; mientras que en el área de hospitalización donde los pacientes son ingresados para evaluación, diagnóstico y tratamiento. Cuenta también con una sala de staff donde se encuentran los médicos tratantes y residentes, sala de quimioterapia, sala recreativa ocho habitaciones y diecinueve camas. Durante el periodo de prácticas el área de hospitalización tuvo 877 pacientes.

El área de oncología brinda dos tipos de tratamiento: quimioterapia y radioterapia. El tratamiento de quimioterapia brinda dos opciones: hospitalización y ambulatorio. En el primer servicio, los pacientes ingresan al hospital durante un periodo de días por lo general de dos a cinco días, para recibir el tratamiento. Mientras que en el servicio ambulatorio los pacientes van durante unas horas a recibir quimioterapia. Hay cuatro periodos de recibir la QT ambulatoriamente: semanalmente, quincenalmente, cada veintiocho días o cada mes. La forma de aplicación de la quimioterapia lo decide el médico tratante de cada paciente dependiendo del tipo de quimioterapia que necesite, el estado de salud y el tipo de patología que tenga. Mientras que la radioterapia es realizada en SOLCA por medio de un convenio.

Durante el periodo de prácticas el área de oncológica contó con dos psicólogos para atender a pacientes y familiares, durante los meses de mayo a agosto se compartió el servicio con el practicante Carlos Silva de la Universidad Estatal y durante los meses de octubre a enero con la psicóloga de planta Dra. Marcia Rodrigo.

El servicio de psicología utilizó la sala recreativa para las entrevistas con los familiares, mientras que a los pacientes se los atendió en sus habitaciones debido a que estaban con sueros o con tratamiento. Durante el periodo de prácticas se

brindó: atención a pacientes y familiares, cambios de información en la cartelera, grupo operativo con familiares y charla dirigida hacia el personal de enfermería.

- **Atención a pacientes y familiares**

Se logró atender a setenta pacientes, teniendo como paciente más joven un adolescente de trece años y como más adulto una paciente de ochenta y un años. La edad promedio de pacientes oscila entre los cuarenta y cinco a sesenta años. Además se atendió a cuarenta familiares. El tratamiento consistió en un acompañamiento, debido a que ellos son el soporte de los pacientes. Sin embargo cuando el familiar traía una problemática personal se lo consideraba paciente del servicio de psicología.

Los pacientes fueron derivados por Doctores tratantes, residentes durante las visitas conjuntas, enfermeras, trabajadora social y visita psicológica. Los motivos de más frecuentes de derivación fueron: pacientes que se negaban a recibir tratamiento, pacientes preocupados por su situación laboral, familiar, pacientes con cambios de humor, no aceptación de la enfermedad, depresión, angustia.

Dependiendo de la situación y el tipo de paciente se aplicó tres tipos de intervenciones: la psicoterapia de urgencia, psicoterapia de emergencia-breve y la psicoterapia con orientación psicoanalítica. Psicoterapia de Urgencia: Aquí la participación activa del psicólogo fue esencial, puesto que el paciente se encontraba fuera de la cadena significantes y no podía expresar su malestar de esta manera se trabajo para que el sujeto pudiera hablar, una vez logrado eso, se pasaba a utilizar la psicoterapia de emergencia. Psicoterapia de emergencia: Se utilizó en casos específicos donde se focalizó alguna problemática para trabajarla durante un tiempo breve de sesiones. Paciente que no deseaban recibir tratamiento, previos a una cirugía, o a un diagnóstico. Psicoterapia con orientación analítica: A través de un espacio de palabra se conduce a que el sujeto realice una producción de significantes, donde pueda hablar acerca de su síntoma, y a través de intervenciones lograr una implicación subjetiva de lo que le aqueja.

Cambio de información en la cartelera

La cartelera fue un proyecto propuesto por el practicante Carlos Silva, que estaba dirigido hacia las personas que acuden al área con el fin de brindar información acerca de las diferentes patologías. Durante los meses de agosto a diciembre se realizó el cambio de información los temas fueron:

Agosto: "Mitos y creencias acerca del cáncer"

Septiembre: "¿Qué podemos hacer para protegernos del cáncer?"

Octubre: "Octubre es el mes dedicado contra el cáncer de seno"

Noviembre: "Noviembre mes de la lucha contra el cáncer de pulmón"

Diciembre: "¿Qué implica tener un paciente oncológico?"

Grupo operativo con familiares

Durante los días siete, nueve y diez de diciembre en el horario 11:00am – 12:00 pm se realizó el grupo operativo "Implicaciones en la familia de tener un paciente oncológico". El tema fue elegido a partir de las entrevistas individuales con los familiares, donde planteaban las dificultades y el desconocimiento de tener un paciente con ese tipo de patología médica, así el objetivo fue que los familiares puedan compartir su experiencia del cuidado de un paciente oncológico, para que puedan elaborar un aprendizaje en conjunto. Durante los tres días se contó con un promedio de diez asistentes, además se contó con la presencia de la practicante Ma. José Ormaza como observadora.

Charla dirigida al personal de enfermería

El día 13 de enero de 2011 se realizó "Desafíos de la profesión en el área oncológica" con el personal de enfermería, con el objetivo de mejorar la eficiencia de sus trabajos, así pudieron tener un espacio de palabra para poder elaborar las dificultades de su profesión debido al trato con pacientes oncológicos.

A partir de la experiencia del trabajo psicológico en el área de oncología se planteo el tema de investigación teórico "¿Cómo responde el sujeto frente al cáncer?" con los objetivos de: dar a conocer la importancia del conocimiento médico por parte del psicólogo para poder realizar un trabajo multidisciplinario, dentro del área oncológica. Demostrar las distintas maneras de respuesta subjetiva que presenta un sujeto cuando pasa a ser paciente del área de oncología y proponer distintas intervenciones psicológicas frente a los pacientes con diagnóstico médico de cáncer.

Es importante el trabajo del psicólogo dentro del área oncológica debido a que el paciente se encuentra en una situación de crisis por su diagnóstico, es por eso necesario que tenga un espacio donde pueda elaborar acerca de su enfermedad y su síntoma, para lograr una implicación en su tratamiento. Debido a la demanda de pacientes que ingresan al área es importante que se continúe con un trabajo psicológico en conjunto con la psicóloga y el futuro practicante.

Adriana Solórzano S.

Adriana Solórzano Salazar

Practicante de Psicología Clínica

Mitos y Creencias acerca del Cáncer

1. "¿Es contagioso el cáncer?" El cáncer **NO es contagioso.**

Una persona saludable no puede "contagiarse" de alguien que ya lo tiene. No existe evidencia que indique que el contacto cercano ni tener sexo, besar, tocar, compartir comidas o respirar el mismo aire pueda causar que el cáncer se propague de una persona a otra.

2. "Dicen que el cáncer sólo se presenta en personas con familiares que tienen o tuvieron cáncer. ¿El cáncer es hereditario?"

El cáncer **no siempre es hereditario.** La **mayoría** de los **casos de cáncer** ocurren en **personas que no tienen familiares con cáncer.** Sin embargo, **algunos tipos de cáncer sí ocurren con más frecuencia en ciertas familias** que en el resto de la población. Por ejemplo, los siguientes tipos de cáncer ocurren a veces en varios miembros de una familia:

- Cáncer de piel (melanoma)
- Cáncer de seno (mama)
- Cáncer de ovario
- Cáncer de próstata
- Cáncer de colon

3. "Si el cáncer se remueve por medio de una cirugía o biopsia, ¿se extiende o riega a otras partes del cuerpo?"

Algunas personas se preocupan de que una cirugía o biopsia para el cáncer haga que se extienda (riegue o pase) la enfermedad. Esto casi nunca ocurre. Los cirujanos usan métodos especiales y toman muchas precauciones para evitar que las células cancerosas se extiendan. Por ejemplo, si tienen que remover (extirpar) tejido de más de un área del cuerpo, usan diferentes herramientas para cada una de las áreas. Así hay menos posibilidad de que las células cancerosas se extiendan hacia el tejido sano.

Algunas personas también se preocupan de que el cáncer se propague por medio del aire durante una cirugía. Esto no es verdad. El aire no hace que el cáncer se propague o riegue.

4. "Si una persona está recibiendo tratamiento contra el cáncer, ¿puede seguir viviendo en su casa, trabajando y participando en sus actividades normales?"

El tratamiento contra el cáncer afecta a las personas de diferentes maneras. Cómo se sentirá una persona en particular depende de su estado de salud antes del tratamiento. Muchos pacientes con cáncer siguen trabajando mientras reciben tratamiento. Sus actividades diarias dependen del tipo de cáncer que tienen, de la etapa del cáncer, y del tipo de tratamiento que reciben.

Mitos y Creencias acerca del Cáncer

5. "¿Todas las personas con el mismo tipo de cáncer tienen el mismo tipo de tratamiento?"

El tratamiento que recomienda el doctor depende de las necesidades médicas de cada paciente. Por ejemplo:

- El tipo de cáncer que tiene el paciente
- El área del cuerpo donde esté localizado el cáncer
- Cuánto se ha extendido (regado) el cáncer
- El estado de salud general del paciente
- Otros factores

6. "Si yo tengo cáncer, voy a saberlo porque sentiré dolor. Por eso, sólo debo hacerme una prueba de detección de cáncer si siento algún dolor. ¿Verdad?"

Es posible que usted sienta o no sienta dolor si tiene cáncer. Por eso, aunque se sienta bien, debe consultar a su médico para que le haga una prueba de detección de cáncer. El tratamiento contra el cáncer funciona mejor cuando la enfermedad se detecta en una etapa temprana.

7. "¿Hay hierbas que curan el cáncer?"

Algunos pacientes con cáncer toman hierbas (como uña de gato, chaparral y jugo Noni) con la esperanza de que les ayuden a curar el cáncer. Pero actualmente los estudios científicos no han encontrado ninguna hierba o mezcla de hierbas que curen el cáncer.

Los pacientes con cáncer que estén tomando o piensen tomar hierbas deben hablar con su doctor. Algunas hierbas podrían causar daño por sí solas o cuando se combinan con tratamientos comunes contra el cáncer, como la quimioterapia. Además, algunas hierbas pueden

¿Qué podemos hacer para protegernos del cáncer?

Hay algunos pasos que usted puede seguir para protegerse del cáncer...

- **No fumar**
- **Manténgase activo.** La falta de actividad física y la obesidad están relacionadas con el cáncer. Las investigaciones científicas demuestran que las personas que practican actividades físicas corren menor riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer (por ejemplo, cáncer de colon, seno [mama], próstata y cáncer de pulmón).
- Se aconseja **proteger la piel de la luz directa del sol.** Use un protector o bloqueador solar para limitar el efecto de los dañinos rayos ultravioleta.
- Mantener una **adecuada higiene** genital.
- **Controlar el consumo de bebidas alcohólicas.** Evitar los excesos de bebidas.
- Se recomienda **comer muchas frutas y vegetales o verduras.** Los expertos aconsejan comer cinco o más porciones de frutas y vegetales todos los días. En general, en cuanto más color tienen las frutas y los vegetales, son más nutritivos.
- **Limite la cantidad de carnes rojas y carnes procesadas en la dieta de su familia.** Asegúrese de que la carne tenga poca grasa.
- En los grupos de alto riesgo como lo son los trabajadores de ciertas industrias, se deben tomar las precauciones adecuadas para protegerlos y mantener un control médico periódico.
- Evitar la exposición a radiaciones (Rayos X, etc.) pues a la larga pueden causar trastornos.
- Visite a su doctor regularmente. Pregúntele sobre otras formas de prevenir el cáncer. Tanto hombres como mujeres pueden hacerse la prueba de detección de cáncer de colon. Si usted es mujer, puede hacerse la prueba de detección de cáncer de seno (mama) y cáncer cervical (cáncer del cuello del útero).

Octubre es el mes dedicado al cáncer de seno



Si te practicas cada mes una **autoexploración mamaria**, puedes salvar tus senos y tu vida. La mayoría de los tumores son detectados por una misma

Tú mejor que nadie sabes cómo son, se ven y sienten tus senos, y hacerte la autoexploración periódicamente te hace familiarizarte aún más con ellos. Debes acudir de inmediato con tu médico si al hacerte la autoexploración descubres cualquier cambio en tus senos, como bultos, cambio de color o de textura de la piel, o su aspecto en general.

Examen visual

Colócate frente a un espejo y examina la forma, tamaño, textura y color de piel de tus senos en las siguientes posiciones:

- Manos sobre la cadera
- Brazos levantados
- Agachándote

Examen manual

Parada o acostada, levanta el brazo izquierdo, coloca la mano en la nuca y explora tu seno izquierdo. Levantando el brazo derecho, haz lo mismo con el otro seno.

- Comienza siempre tu exploración en la axila y llega hasta abajo del seno, pasando por el pezón.
- Resbala tus yemas en círculos pequeños y siente con cuidado toda el área del tejido mamario.
- Si así lo deseas, utiliza jabón o crema para que tus dedos resbalen mejor.
- Asegúrate de que no salga líquido de ninguno de los dos pezones.

Factores de riesgo

Genes. Si tu abuela, madre o hermana han tenido cáncer de seno o de ovario, tu riesgo es cuatro veces mayor. Por lo tanto hazte la **autoexploración de seno** cada mes.

Embarazos. Hay más riesgo en las mujeres que no han tenido hijos, en quienes los han tenido después de los 30 años y en quienes no han amamantado.

Menstruación. El riesgo aumenta si tu primera regla fue a muy temprana edad o no has dejado de menstruar antes de los 55 años.

Peso. El sobrepeso es muy perjudicial para los senos, también lo es el exceso de grasa en el abdomen y en la cintura, pues la grasa acumulada eleva la producción de **estrógenos**.

Alimentación. Una dieta alta en grasas, cafeína o refresco de cola, o pobre en frutas, verduras y pescado, aumenta tu riesgo.

Ejercicio. Las mujeres atléticas tienen la mitad del riesgo que las **sedentarias**.

Alcohol

Cigarrillo

Implantes. Las prótesis de silicona comprimen el tejido mamario, haciendo que la interpretación de las mamografías sea mucho más difícil.

La alimentación es lo que más influye en tu salud y es clave para protegerte contra el cáncer de seno

Múltiples estudios han descubierto que los siguientes son los alimentos más saludables que se conocen como anticancerígenos, pues tal es su poder que actúan como potentes armas para prevenir sobre todo el cáncer de seno:

Pescados (salmón, sardina, atún), que son ricos en ácidos grasos Omega-3, uno de los nutrientes más eficaces para combatir el cáncer. **Aceite de oliva. Brócoli. Coles. Cebolla, ajo y poro Naranja. Leche de soya. Yogurt.**

Leguminosas. Los frijoles, lentejas, garbanzos, habas, alubias y chícharos tienen poderosos antioxidantes y fitoestrógenos con un poder anticancerígeno probado. Comer leguminosas dos o más veces a la semana te da un 35% menos riesgos de desarrollar cáncer de seno.

Noviembre mes de la lucha contra el cáncer de pulmón

FACTORES DE RIESGO

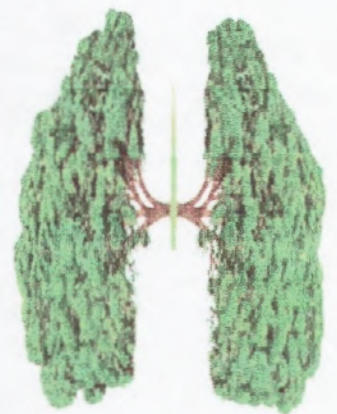
Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades que tiene una persona de contraer una enfermedad como el cáncer de pulmón. Entre estos se encuentran:

- **Fumar** (es la principal causa de cáncer de pulmón)
El riesgo de padecer cáncer de pulmón aumenta con el número de cigarrillos fumados y el número de años que la persona ha fumado.
- La **exposición pasiva al humo** del tabaco.
- La **exposición a carcinógenos industriales** (amianto, alquitrán, níquel, plata, radón, éter de clorometilo, cromo, cloruro de vinilo, asbestos, etc.).
- Las **cicatrices de cirugías pulmonares previas**, por otros procesos.
- La contaminación.
- La susceptibilidad genética.

SÍNTOMAS

- Tos seca que se hace crónica.
- Tos seca que se hace productiva (con flemas).
- Sonidos como silbidos.
- Dificultad para respirar (disnea).
- Infecciones recurrentes tales como bronquitis y neumonía.
- Fiebre.
- Flemas con sangre.

- Dolor en el pecho que se intensifica a menudo con la respiración profunda.
- Dolor en los hombros y brazos con adormecimiento en algunos dedos.
- Parálisis de las cuerdas vocales.
- Ronquera.
- Debilidad.
- Pérdida del apetito.



¿Qué implica tener un paciente oncológico?

Grupo operativo con familiares

Recuerda:

- Como miembro de la familia del paciente con cáncer, debes adoptar responsabilidades y retos en esta lucha.
- "Todos estamos en el mismo equipo Luchando"



Organización

Servicio de Psicología



Psicología



Servicio de Psicología

El área de oncología cuenta con atención psicológica dirigida a pacientes y familiares.

Martes 7, Jueves 9, Viernes 10 de Diciembre de 2010



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Trabajo de graduación: “¿Cómo responde el
sujeto frente al cáncer?”**

SOLÓRZANO SALAZAR

ADRIANA DENISSE

MIÉRCOLES, 26 DE ENERO DE 2011

ÍNDICE

Objetivos.....	1
Justificación.....	2
Introducción.....	4
Capítulo I: Generalidades acerca del cáncer.....	6
1.1 ¿Qué es el cáncer?	
1.2 Tratamientos para el cáncer	
1.2.1 Quimioterapia	
1.2.2 Radioterapia	
1.3 Estadios del cáncer.	
1.4 Patologías más frecuentes	
1.4.1 Cáncer de mama	
1.4.2 Cáncer de cérvix	
1.4.3 Cáncer de próstata	
1.4.4 Cáncer de gástrico	
1.4.5 Cáncer colo-rectal	
Capítulo II: Connotaciones e implicaciones del significativo cáncer... 12	
Capítulo III: Concepción de la angustia.....	15
Capítulo IV: Concepto del duelo.....	17
Capítulo V Intervención del psicólogo clínico en el área oncológica... 19	
Capítulo VI: Casuística.....	23
Conclusiones.....	26
Bibliografía.....	27

Objetivos

- Dar a conocer la importancia del conocimiento médico por parte del psicólogo para poder realizar un trabajo multidisciplinario, dentro del área oncológica.
- Demostrar las distintas maneras de respuesta subjetiva que presenta un sujeto cuando pasa a ser paciente del área de oncología.
- Proponer distintas intervenciones psicológicas frente a los pacientes con diagnóstico médico de cáncer.

Justificación

Durante la práctica clínica psicológica realizada en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo-IESS área de oncología, desde mayo de 2010 hasta enero de 2011, se brindó atención psicológica a 70 pacientes con diagnóstico médico de cáncer.

El cáncer es una enfermedad que va teniendo cada vez más incidencia en las personas. De esta manera el cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial: *Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007.*¹

A partir del auge del cáncer muchos pacientes, familiares y organizaciones se cuestionan acerca de la particularidad de la época en la incidencia del cáncer, ¿será acaso que la época donde vivimos influirá en el aumento de casos? Sin encontrar alguna respuesta absoluta o satisfactoria se ha optado por iniciar distintos planes de prevención por ejemplo la OMS emprendió un plan de acción mundial contra el cáncer con el objetivo de *“reducir las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual entre 2006 y 2015. El logro de ese objetivo evitaría más de 8 millones de los 84 millones de muertes previstas por cáncer a lo largo de la próxima década”*²

Debido a esta situación el cáncer toma un significado de muerte, de ser una patología que da una sentencia de la finitud de la vida. El conocimiento de la enfermedad trae consigo una serie de interrogantes, cambios a nivel subjetivo, laboral, familiar en el paciente; este se ve enfrentado con una enfermedad contingente que en muchas ocasiones está presente sin sintomatizar.

Así a partir de la experiencia de las entrevistas individuales con pacientes y familiares del área surgió la pregunta de investigación **¿Cómo responde el sujeto frente al cáncer?**

¹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr06/es/index.html>

² <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr06/es/index.html>

Donde se plantea tres objetivos, divididos en siete capítulos. El primero objetivo comprende al capítulo uno, apunta a resaltar la importancia del conocimiento médico de la etiología de la enfermedad, de la jerga médica por parte del psicólogo para poder realizar el trabajo multidisciplinario, en ocasiones se requerirá la intervención del psicólogo dentro de las visitas médicas para poder hacer valoraciones que ayuden al tratamiento del paciente, o entender la sintomatología que en ocasiones puede influir en el diagnóstico estructural de los pacientes.

El segundo objetivo implica los capítulos del dos a cuatro donde se trabajará las respuestas subjetivas más frecuentes que pueden presentar los sujetos al momento de ser pacientes del área de oncología. El diagnóstico de la enfermedad en ocasiones para los sujetos es inoportuno e intempestivo viene con una carga de ideas y fantasías de muerte, el sujeto frente a esto responde con angustia, síntomas, duelos no elaborados.

Frente a esto ¿Qué hace el psicólogo clínico? Tema que se abordará en el capítulo cinco y seis, donde se propondrá diferentes intervenciones, que servirán de herramientas para el trabajo psicológico tales como: psicoterapia de emergencia, psicoterapia breve y la psicoterapia con orientación analítica.

Introducción

En la actualidad, el cáncer es una enfermedad que está de “*moda*” cada vez más se incrementa la estadística de pacientes con cáncer. A pesar de los avances científicos de la medicina por tratar de controlar la mortalidad de la enfermedad, se sigue relacionando al cáncer como una patología que nos conduce más pronto a la finitud de la vida. De esta manera cuando el sujeto se enfrenta al diagnóstico de dicha enfermedad hay una serie de cambios en él.

El cáncer se lo conoce socialmente como una enfermedad silenciosa, debido a que no presenta muchos síntomas, de esta manera la persona puede tener la enfermedad sin notarla durante meses o años, así cuando es descubierta en ocasiones ya está en estadios avanzados.

La enfermedad se presenta como algo siniestro que irrumpe la vida del sujeto, su entorno familiar y social donde se desenvuelve. En ocasiones estos significantes son reforzados por las connotaciones que tienen los tratamientos (quimioterapia, radioterapia) para la posible cura de la enfermedad, algunos los nombran como “algo horroroso” “feo”, es frecuente escuchar refranes que utilizan los pacientes para poder ejemplificar su situación “no sé cual es peor, el remedio o la enfermedad” refiriéndose a los estragos que provocan los tratamientos. En ocasiones esas ideas son las que producen angustia por no poder decidir acceder o no a un tratamiento.

A partir de la experiencia se puede situar algunas respuestas psicológicas que presentan los pacientes frente al cáncer, entre ellas tenemos la formación de síntomas, presencia de montos de angustia, vivencias de duelos no elaborados; donde se necesita la intervención del psicólogo clínico para poder acompañar al tratamiento médico para que de esta manera se dé una atención holística, multidisciplinaria donde no solo se atiende la dolencia orgánica sino la psicológica también.

Capítulo I

Generalidades sobre el cáncer

1.1 ¿Qué es el cáncer?

El cáncer es un conjunto de enfermedades relacionadas con las células, que son componentes básicos que constituyen el cuerpo humano.

El proceso normal de las células es crecer y dividirse para producir las células que sean necesarias para mantener el cuerpo sano. Algunas veces, este proceso se descontrola. De esta manera nuevas células siguen formándose cuando el cuerpo no las necesita, mientras que las viejas células no mueren en su debido tiempo del proceso.

Así la formación excesiva de células forma una masa de tejido a lo que se llama tumor; hay dos variedades de tumores los benignos y los malignos (cancerosos).

Las células de los tumores malignos se dividen sin control ni orden, pueden invadir y destruir el tejido a su alrededor. Además las células pueden desprenderse del tumor maligno y entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático, para diseminarse desde el tumor primario para formar otros tumores en otros órganos.

1.2 Tratamientos sobre el cáncer.

Existen tres tipos de tratamiento que se dan en el hospital para poder combatir el cáncer: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Cada tratamiento va a depender de ciertos factores como la localización del tumor, el estado en que se encuentre el mismo y la salud del paciente. En muchas ocasiones se brindan tratamiento combinado, por ejemplo quimioterapia con cirugía o quimioterapia y radioterapia etc.

1.2.1 Quimioterapia

El término quimioterapia suele reservarse a los fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas.³

³ <http://es.wikipedia.org/wiki/Quimioterapia>

Existen cuatro tipos de quimioterapia: poliquimioterapia, quimioterapia adyuvante, quimioterapia neoadyuvante, radioquimioterapia concomitante.

- **Poliquimioterapia:** Es la asociación de varios citotóxicos que actúan con diferentes mecanismos de acción, sinérgicamente, con el fin de disminuir la dosis de cada fármaco individual y aumentar la potencia terapéutica de todas las sustancias juntas. Esta asociación de quimioterápicos suele estar definida según el tipo de fármacos que forman la asociación, dosis y tiempo en el que se administra, formando un *esquema de quimioterapia*.
- **Quimioterapia adyuvante:** Se administra generalmente después de un tratamiento principal como es la cirugía, para disminuir la incidencia de diseminación a distancia del cáncer.
- **Quimioterapia neoadyuvante o de inducción:** Se inicia antes de cualquier tratamiento quirúrgico o de radioterapia con la finalidad de evaluar la efectividad *in vivo* del tratamiento. La quimioterapia neoadyuvante disminuye el estadio tumoral pudiendo mejorar los resultados de la cirugía y de la radioterapia y en algunas ocasiones la respuesta obtenida al llegar a la cirugía, es factor pronóstico.
- **Radioquimioterapia concomitante:** También llamada quimioradioterapia, que se administra de forma concurrente o a la vez con la radioterapia con el fin de potenciar el efecto de la radiación o de actuar espacialmente con ella, es decir potenciar el efecto local de la radiación y actuar de forma sistémica con la quimioterapia.⁴

El tratamiento de quimioterapia presenta efectos secundarios que afectan a la salud del paciente, debido a que el tratamiento además de combatir las células malas también destruye las células normales.

Los efectos secundarios van a depender del fármaco que se utiliza, sin embargo los más comunes son: caída del cabello, náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, anemia, inmunodepresión.

⁴ <http://es.wikipedia.org/wiki/Quimioterapia>

1.2.2 Radioterapia

La radioterapia (también llamada terapia con rayos X o irradiación) es el uso de un tipo de energía (llamada radiación ionizante) para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radioterapia lesiona o destruye las células en el área que recibe tratamiento al dañar su material genético y hacer imposible que crezcan y se dividan. Aunque la radiación daña las células cancerosas así como las normales, muchas células normales se recuperan de los efectos de la radiación y funcionan adecuadamente. El objeto de la radioterapia es destruir el mayor número posible de células cancerosas y limitar el daño que sufre el tejido sano del derredor.⁵

1.2.3 Cirugía

Es el método más empleado para aquellos tumores pequeños y localizados en un lugar concreto. Para que sea completamente eficaz se precisa extirpar parte del tejido que rodea el tumor para asegurar así que todas las células cancerosas han sido extirpadas.⁶

1.3 Estadios del cáncer

La estadificación describe la gravedad del cáncer que aqueja a una persona basándose en la extensión del tumor original (primario) y si el cáncer se ha diseminado en el cuerpo o no.⁷

1.4 Patologías más frecuentes.

Durante las prácticas clínicas las patologías más frecuentes fueron: cáncer de mama, cérvix, próstata, gástrico y colo-rectal

Cáncer de mama: El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido.

⁵ <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/tratamiento-radioterapia>

⁶ <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/basicos2.html>

⁷ <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/etapa-cancer-respuestas>

Los síntomas son: un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada. Puede presentar dolor o retracción del pezón, irritación o hendiduras de la piel, inflamación de una parte del seno y secreción por el pezón, que no sea leche materna.

Existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio.

Los tipos de cáncer de mama se clasifican en:

El carcinoma ductal in situ se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis. Por este motivo esta enfermedad 'pre maligna' puede extirparse fácilmente. La tasa de curación ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.

El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

El carcinoma lobular in situ se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un verdadero cáncer, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un cáncer en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.

El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma

es más difícil de detectar a través de una mamografía.

El carcinoma inflamatorio es un cáncer poco común, tan sólo representa un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de rápido crecimiento. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja, y pueden aparecer arrugas y protuberancias. Estos síntomas se deben al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

Cáncer de cérvix: también es conocido como carcinoma escamoso ya que las células que recubren su superficie son planas y muy delgadas, como si fuesen escamas

El síntoma más común del cáncer de útero y de cérvix es la hemorragia vaginal anómala. En un principio este sangrado es un fluido muy acuoso en el que la cantidad de sangre va siendo mayor. Hay que tener cuidado para no confundirlo con el inicio de la menopausia, en caso de que coincida con este periodo de la vida. Otros signos son el dolor durante el acto sexual o al orinar, o una molestia general en el área pélvica.

Cáncer de próstata: Se trata de un tumor maligno que se desarrolla en la glándula prostática. Consiste en un crecimiento descontrolado de las células prostáticas. Esto hace, entre otras cosas, que la próstata, por su situación, presione sobre la vejiga y la uretra impidiendo la salida normal de la orina. Las primeras etapas del cáncer de próstata no suelen darse muchos síntomas. Sin embargo los más frecuentes son: necesidad de orinar frecuentemente y, sobre todo por la noche, dificultad para comenzar la micción o detenerla, incapacidad para orinar, interrupción del flujo de orina o débil, micción dolorosa o sensación de quemazón, dificultad para tener una erección, eyaculación dolorosa, sangre en

orina o semen y dolor frecuente o sensación de tensión en la parte inferior del abdomen, en caderas o en la parte superior de los muslos.⁸

Cáncer gástrico: El estómago, como la mayoría de los órganos del cuerpo, está formado por distintos tipos de células: un recubrimiento interno de células que producen moco y ácidos para la digestión, una capa intermedia a base de músculo y una más externa llamada serosa. Los tumores aparecen cuando un tipo determinado de estas células (mucosa, muscular o serosa) comienza a multiplicarse y crecer por su cuenta.

Este tipo de cáncer no produce ninguna molestia durante largo tiempo y suele estar muy avanzado cuando el paciente nota el primer síntoma, sin embargo el sujeto puede notar: 'acidez' de estómago o sensación de 'gases', molestias vagas en el abdomen, diarrea o estreñimiento, pérdida de apetito y de peso, sensación de cansancio o debilidad, aparición de sangre en las heces o en un vómito.

Cáncer colo-rectal: consiste en el crecimiento descontrolado de células anormales en esa parte del intestino. El colon y el recto forman parte del sistema digestivo. El colon es la primera sección de intestino grueso. En él se siguen absorbiendo nutrientes y agua de los alimentos que han sido ingeridos, como ocurre en el intestino delgado, y sirve de contenedor para el material de desecho. Este material va avanzando hasta el recto, última parte del intestino grueso, hasta que es expulsado al exterior a través del ano.

Los síntomas que presenta este tipo de cáncer suele ser en estar avanzado y las posibilidades de supervivencia son muy escasas. Dentro de los síntomas tenemos: cambio en los hábitos intestinales: diarrea, estreñimiento o estrechamiento de los excrementos. Se considera como norma que las diarreas son características de los casos de cáncer de ciego y colon ascendente. Mientras que el estreñimiento lo es de los localizados en descendente y sigma. La diarrea se produce por el proceso de irritación y el estreñimiento debido a que el tumor está estrechando la luz del intestino y no permite el paso de la materia fecal. Sensación de tener que

⁸ <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/prostata3.html>

evacuar que no se alivia al hacerlo. Sangrado rectal o en los excrementos. Debilidad, cansancio y disminución del apetito: estos síntomas se dan cuando el cáncer está muy avanzado. Masa tumoral: cuando el tumor está muy desarrollado puede detectarse la masa en una palpación. Dolor cólico: sensación de plenitud o molestia indefinida, a veces difusa y otras veces localizada. Ictericia: coloración amarillenta de la piel y los ojos debido a una afectación hepática.⁹

⁹ <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/colon.html>

Capítulo II

Connotaciones e implicaciones del significante cáncer

La palabra cáncer deriva del griego *karkinos*, que significa cangrejo. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre. Se considera a veces sinónimo de los términos 'neoplasia' y 'tumor'; sin embargo, el cáncer siempre es una neoplasia o tumor maligno.

En la actualidad las personas tienen más familiaridad con la palabra cáncer debido al aumento de casos indistintamente de la edad, sexo o estatuto social, el Otro cultural no relaciona el significado cáncer al origen de su palabra si no a la de tumor maligno, haciendo el énfasis en la segunda palabra "maligno" algo malo, grave pasa en el cuerpo del cual no se podrá curar nunca. Así el cáncer es planteado como un representante de muerte.

Todos los seres vivos tienen un ciclo de vida, que corresponde a nacer, crecer, reproducirse y morir. Sin embargo dentro de este conjunto el ser humano es el único que tiene conciencia del fin de su ciclo, se racionalizaría la muerte como algo del orden natural, indiscutible e inevitable. Pero como Freud ya lo decía *"la escuela analítica ha podido arriesgar el aserto de que, en el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que es lo mismo, que en lo inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad"*¹⁰

Así se podría decir que el inconsciente se conduce pretendiendo prescindir de la muerte, es justamente este tipo de enfermedades inoportunas contingentes que vienen a recordarle al sujeto de ella.

¹⁰ Freud, Sigmund: Obras Completas Tomo II, Pág. 2110. Texto "Consideraciones de la actualidad sobre la guerra y la muerte 1915". Biblioteca Nueva, Buenos Aires El Ateneo 2003

Freud plantea que en el inconsciente hay dos actitudes opuestas ante la muerte que entran en conflicto entre sí, por un lado reconoce a la muerte como aniquilamiento de la vida y otra que lo niega como irreal. La primera posición referida al peligro o muerte de una persona amada mientras que la segunda dirigida a la persona misma. Además plantea que *“todos nuestros cariños, hasta los más íntimos y tiernos, entrañan, salvo en contadísimas situaciones, un adarme de hostilidad que puede estimular al deseo inconsciente de muerte”*¹¹ esto referido a la persona amada, como en el inconsciente pueden confluir estas contradicciones.

Laplanche plantea que en el inconsciente la muerte siempre será referida al otro, es decir la muerte del otro. Se podría alcanzar el presentimiento de la muerte propia a través de alguna identificación ambivalente con la pérdida del ser amado, cuya muerte se desea pero al mismo tiempo se teme.

Debido a que es algo inimaginable la muerte propia, al momento de presentarse alguna situación que enfrente al sujeto con esa idea surgen diferentes respuestas en los sujetos.

Una primera respuesta a partir del proceso diagnóstico del área es empezar a interrogarse acerca del motivo de esta dolencia, ¿Porqué a él?, frente a estas preguntas se prioriza a la religión quien va a dar el sentido al sufrimiento del sujeto, en ocasiones liberándolo de responsabilidades o en otras otorgándole sentimientos de culpa; respuestas como *“es una prueba de Dios” “es un castigo, por cómo me he portado”* son frases muy frecuentes dentro del área, sin embargo son una respuesta que ayuda a dar sentido a lo innombrable, lo inimaginable. A lo que está fuera de significación para el sujeto.

Sin embargo la principal dolencia de los pacientes a nivel psicológico, es el encuentro con la muerte como un real que se presenta sin previo aviso. Lo real, es

¹¹ Freud, Sigmund: Obras Completas Tomo II, Pág. 2110. Texto “Consideraciones de la actualidad sobre la guerra y la muerte 1915”. Biblioteca Nueva, Buenos Aires El Ateneo 2003

el lugar de la hiancia, es aquello que no se puede expresar, donde los significantes no alcanzan para representar.

De esta manera la muerte viene a representar eso siniestro para el sujeto, donde el paciente se ve expuesto a un diagnostico que en muchas ocasiones se da por contingencia, debido a los síntomas generalizados de la enfermedad; frases como *"yo me iba atender por un dolor en la barriga y salí con una enfermedad terminal"* son muy frecuentes en los pacientes.

De esta manera los sujetos hacen intentos para tratar de responder frente a la problemática que se les presenta que es el encuentro con la idea de muerte, se trabajará acerca de dos tipos de respuestas subjetivas, la angustia y el duelo.

Capítulo III

Concepción de la angustia

El impacto de recibir el diagnóstico trae en ocasiones como respuesta del sujeto un sentimiento de angustia.

Se podría definir a la angustia *por un afecto de displacer más o menos intenso que se manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente, se traduce en sensaciones físicas, que van de la simple contracción epigástrica a la parálisis dorsal y frecuentemente está acompañada de un intenso dolor psíquico.*¹²

En Inhibición síntoma y angustia Freud plantea a la angustia como un incremento de la excitación que crea por un lado un carácter displaciente y por otro busca aliviarse por los actos de descarga.

La angustia esta siempre en relación con la expectación "es angustia ante algo". Freud plantea dos tipos de angustia real y neurótica. La real la plantea como algo muy racional y comprensible ya que es definida como una reacción a la percepción de un peligro externo. Mientras que la neurótica se presenta ante un peligro que no se conoce, el cual tiene que ser descubierto.

A partir del trabajo con pacientes oncológicos se plantea la existencia de estos dos tipos de angustia, en un primer momento se escenifica la real, como respuesta del sujeto ante la ambivalencia de la situación por un lado es informado acerca de una dolencia orgánica cáncer (peligro que atenta a la salud), pero por el otro desconoce acerca de la génesis y del tratamiento a recibir. En este tipo de casos, se alivia la angustia con información acerca de la patología y el tratamiento¹³

¹² Diccionario de Psicoanálisis Bajo la dirección de Roland Chemama y Bernard Vandermersch Amorrortu Editores, Buenos Aires- Madrid. Segunda edición revisada y ampliada.

¹³ Este tema se desarrollara en el capítulo V "Intervenciones del psicólogo clínico en el área oncológica".

Sin embargo hay ciertos casos donde los dos tipos de angustia convergen *“el peligro es conocido y real, pero la angustia ante él es excesivamente grande, en este exceso se delata un elemento neurótico”*¹⁴

Para Lacan *“la angustia no es la manifestación de un peligro interno o externo. Es el afecto que captura a un sujeto, en una vacilación, cuando se ve confrontado con el deseo del Otro”*¹⁵.

Para que un sujeto sea deseante es necesario que haya una falta, para que haya un objeto causa. Cuando algo viene a aparecer en lugar del objeto aparecerá la angustia así se dirá que la angustia es *“la falta de la falta.”*

*“La angustia es siempre lo que nos deja dependiendo del Otro, sin palabra alguna, fuera de la simbolización”*¹⁶ Es el encuentro con lo siniestro, lo real.

Algunas manifestaciones de la angustia pueden tomar al cuerpo como forma de inscribir lo innombrable, como por ejemplo: dificultades respiratorias, dolores de barrigas *“el hueco en la panza”* parálisis motoras. Otra forma de respuesta ante la angustia es el actuar, es así como muchos sujetos realizan acting out, alguna conducta del sujeto dirigida hacia el Otro. Es una mostración para el Otro que busca una interpretación

Acerca del acting out se dirá que es un elemento simbólico rechazado a nivel del lenguaje, que aparece transitoriamente en lo real, bajo la forma de un comportamiento inquietante, escénico.

¹⁴ Freud, Sigmund: Obras Completas Tomo II, Pág. 2879. Texto *“Inhibición, síntoma y angustia. 1925”*. Biblioteca Nueva, Buenos Aires El Ateneo 2003

¹⁵ Diccionario de Psicoanálisis Bajo la dirección de Roland Chemama y Bernard Vandermersch Amorrortu Editores, Buenos Aires- Madrid. Segunda edición revisada y ampliada.

¹⁶ Diccionario de Psicoanálisis Bajo la dirección de Roland Chemama y Bernard Vandermersch Amorrortu Editores, Buenos Aires- Madrid. Segunda edición revisada y ampliada.

Capítulo IV

Concepto del duelo

Las personas a través de la vida se ven sometidas a diferentes situaciones donde pueden llegar a tener algún tipo de pérdida, hay sentimientos de desconsuelo, desinterés, impotencia frente a la pérdida o a la vida misma.

Según Freud *"El duelo, es por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, bajo estas mismas influencias surge en algunas personas, a las que por lo mismo atribuimos una predisposición morbosa, la melancolía en lugar del duelo"*¹⁷

Así podemos situar al duelo como otro tipo de respuesta subjetiva por parte de los pacientes que entran al área oncológica. En si la situación de hospitalización de una persona trae consigo muchos cambios en la vida de ellos y de sus familiares que deben de ir aceptando en el recorrido del tratamiento; los más frecuentes son duelo por el cuerpo sano, en ocasiones la enfermedad obliga a los pacientes a tener un cambio en el tipo de vida que llevaban como por ejemplo: dejar su trabajo si este implica factores de riesgo para la enfermedad, o si debe de permanecer un periodo largo de hospitalización y descanso. En ocasiones estas personas son además los que sustentan el hogar, empiezan a sentir la sensación de impotencia, frente al desamparo que esto implica para sus familiares.

Dentro del área oncológica además se podría plantear que los pacientes reviven algún duelo no elaborado por alguna persona querida fallecida, esto debido a las fantasías de muerte que presenta el paciente debido a que representan su angustia frente a la muerte o en ocasiones re-significan su dolor y su negación ante esa pérdida.

¹⁷ Freud, Sigmund: Obras Completas Tomo II, Pág. 2091. Texto "Duelo y Melancolía. 1915". Biblioteca Nueva, Buenos Aires El Ateneo 2003

De esta manera el sujeto frente a la pérdida puede sentir un intenso dolor, cesación de interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto y una restricción e inhibición total del yo.

Frente a esto ¿en qué consiste el trabajo del duelo? *“el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo”*¹⁸ si embargo en ocasiones los sujetos no abandonan la libido del objeto cuando lo pierden, es por esto que se deberá trabajar acerca del significado que tiene la pérdida para él sujeto, como ha vivido la pérdida, para que de esta manera el sujeto vaya aceptando la imposibilidad del reencuentro con lo perdido y pueda dirigir su libido hacia otro objeto, así el yo queda libre y exento de inhibiciones.

Se podría plantear que la finalidad del trabajo del duelo dentro del área oncológica será que el paciente trabaje acerca de la pérdida del objeto, el sentido de esta pérdida y que el paciente logre enganchar o encontrar un nuevo objeto que en ocasiones va hacer el motor de su deseo de recuperación. Se re-direcciona la libido a otro objeto.

Así *“el duelo mueve al yo a renunciar al objeto, comunicándole su muerte y ofreciéndole como premio la vida.”*¹⁹

¹⁸ Freud, Sigmund: Obras Completas Tomo II, Pág. 2092. Texto “Duelo y Melancolía. 1915”. Biblioteca Nueva, Buenos Aires El Ateneo 2003

¹⁹ Freud, Sigmund: Obras Completas Tomo II, Pág. 2100. Texto “Duelo y Melancolía. 1915”. Biblioteca Nueva, Buenos Aires El Ateneo 2003

Capítulo V

Intervención del psicólogo clínico en el área oncológica

Dentro del área de oncología se realiza un trabajo multidisciplinario con el equipo médico y paramédico, es por esta razón que el psicólogo clínico debe de tener una formación acerca de la patología médica y del tratamiento que brinda el área.

El trabajo del psicólogo, es esencial debido a que el paciente se encuentra movilizado por su situación (problemática médica atendida en el servicio). El sujeto se enfrenta a un diagnóstico que dependiendo de las condiciones físicas, orgánicas y psicológicas pueda tener un pronóstico favorable o no.

Además el paciente oncológico a diferencia de otras áreas en el hospital es alguien que está en un constante retorno al área, ya sea por consulta externa, por hospitalización para recibir su tratamiento o por algún control. Esta característica hace que en los sujetos haya serie de cambios en su vida. Además el paciente debe de lidiar con una serie de síntomas tanto médico por la enfermedad o el tratamiento como psicológico.

De acuerdo a las respuestas planteadas del sujeto en el área oncológica se realizara un estudio acerca de las posibles intervenciones del psicólogo.

Hay que tener en cuenta ciertos aspectos, en primer lugar el sujeto no accede al área con la demanda de una consulta psicológica, sino por la enfermedad, fase crítica de su vida, donde se le brinda un espacio de palabra donde priorice el sujeto más no el tipo de patología.

En ocasiones el tiempo va acorde a la estancia del sujeto en la hospitalización, con un promedio mínimo de un día (ambulatorio) a cinco días (hospitalización) cada mes. Es ahí donde el psicólogo ofrece su espacio para que el paciente pueda tener un acompañamiento durante el proceso.

Se puede intervenir a través de entrevistas individuales con pacientes y familiares o con grupos operativos.

Durante las prácticas se contó con tres tipos de intervenciones: la psicoterapia de urgencia, la psicoterapia de emergencia-breve y la psicoterapia con orientación analítica. La utilidad de estas técnicas va a depender en ocasiones de la situación en que se encuentre el paciente y el tipo de atención que demande.

Psicoterapia de urgencia.- *“La urgencia entendida como subjetiva ocurre en el sujeto pero plantea una exigencia de respuesta del Otro, el tiempo cronológico que atraviesa la urgencia impone un no poder esperar”*²⁰ la urgencia es una ruptura radical, que denota que algo no anda bien, que algo ha conmovido la rutina del sujeto. Aquí el sujeto se encuentra en una crisis donde ocupa el lugar de objeto que lo ha dejado fuera de la cadena significativa, de esta manera el sujeto no puede representar lo que le pasa, no encuentra la manera de expresar lo que le pasa, las funciones del yo se inhiben. Se debe de tomar en cuenta la causa y el origen de la ruptura.

Esta psicoterapia es utilizada en casos cuando la angustia está muy exacerbada e impide la producción significativa del paciente. Se requiere de una intervención activa del psicólogo.

La finalidad de esta psicoterapia es prestar los significantes para que el sujeto se pueda encaminar a decir algo, sea capaz de hablar por él.

Psicoterapia de emergencia.- este trabajo implica una ayuda inmediata a partir de las situaciones de riesgo que se les presentan a los médicos, dentro del área podemos encontrar:

- Aceptación de la enfermedad, para ingresar como paciente del área oncológica
- Inicio del tratamiento de quimioterapia o radioterapia
- Intervenciones quirúrgicas

²⁰ Logos 4, Nueva Escuela Lacaniana- Miami *“Trauma y angustia subjetiva: teoría y clínica”*.

- Amputación de órganos
- Iniciación de tratamiento paliativo o terapia del dolor

En este tipo de situación el paciente está inmerso dentro de la cadena significativa y puede dar cuenta de lo que le sucede. Frente a esta situación el yo da respuestas para controlar el monto de ansiedad, entre ellas tenemos: negación, evitación, inhibición, racionalización.

El trabajo del psicólogo implicará trabajar acerca de una problemática y apuntar a los tipos de respuesta que tiene el sujeto frente a esta, para que el paciente pueda hablar acerca de lo que le aqueja. Se invita al paciente a que historicice la problemática elegida.

Dentro de esta psicoterapia una de las intervenciones que se utiliza frecuentemente es la de proporcionar información. *“el terapeuta es docente desde una perspectiva más profunda y abarcativa de cierto hechos humanos”²¹* en ocasiones pacientes se niegan a seguir un tratamiento debido a la falta de información o por los mitos generados específicamente de la quimioterapia, de esta manera el psicólogo es quien media esa información entre el médico y el paciente. Dando como resultado que la mayoría de pacientes una vez obtenida la información acceden al tratamiento.

Psicoterapia con orientación analítica.- Consiste en ofrecer un espacio de palabra donde el sujeto pueda poner en palabra lo que le pasa, de forma libre y sin censura. Por lo general se inicia trabajando acerca del problema orgánico que le aqueja para que después el sujeto a través de asociaciones, lapsus pueda conectar su síntoma orgánico con el subjetivo

Aquí el paciente desempeña un papel activo, donde el psicólogo es un medio para facilitar que el paciente se implique en su historia.

Las bases de la psicoterapia son: reformular la demanda, establecer la transferencia

²¹ Jose Bleger, Capítulo 10 “tipos de intervención verbal del terapeuta”

El fin de la psicoterapia es que el sujeto tenga una implicación en relación a lo que le aqueja.

Trabajo con los familiares.- Dentro del área de oncología se brinda atención a los familiares por ser el soporte de los pacientes. Los motivos de consulta y las derivaciones varían dependiendo del caso.

Se pudo atender a un familiar con el objetivo de recopilar información acerca del paciente.

En ocasiones los pacientes derivan a su familiar, porque la excesiva presencia y preocupación de ellos los angustia.

Hay familiares que piden ser atendidos, porque el diagnóstico de sus familiares los angustia, además en ocasiones tienen un cambio completo de su rutina diaria.

Capítulo VI

Casuística

“Un caso de angustia”

Paciente de 48 años, casada y tiene una hija de seis años, su diagnóstico médico ca. gástrico pide ser atendida porque indica sentirse muy nerviosa y angustiada. Menciona que las QT le han afectado el corazón y la respiración, en el momento de la entrevista se encuentra con oxígeno.

A pesar de tener un síntoma médico con razones orgánicas (Qt hayan afectado al corazón) se le pide a la paciente que asocie este síntoma con algún evento en especial al lo cual responde, ***un día empecé ahogarme muy fuerte, ese día había muchos familiares en la habitación, al verlos empecé a llorar muy fuerte y ahogarme.*** La paciente en un primer momento expresa no saber porque reacciono así ese día, empieza a ahogarse, evidencia su angustia, por no poder dar sentido a lo que le sucede, hay un vacío de significación acerca de ese momento. Debido a esto se procede a preguntarle a la paciente acerca de su síntoma médico como inicio de su enfermedad. Después de la historización la paciente indica tener un saber acerca del acontecimiento angustioso ***“pensé que me iba morir, al verlos todos reunidos en la habitación a lado mío”*** este mismo síntoma se manifiesta una segunda vez, ***“estaba en la casa, recién había llegado y quería comer y no pude, empecé ahogarme a desesperarme”*** lo que angustia y no puedo nombrar la paciente es el miedo a la muerte, debido a su enfermedad. El estar rodeada por sus familiares hace que la paciente asocie ese momento con el estar rodeada para ***despedirse***. Además su angustia se exagera al pensar en su hija de seis años. Se trabaja con la paciente acerca de su hija y la búsqueda de una persona alterna para la crianza de la niña.

La intervención que se realizó con la paciente fue psicoterapia de emergencia donde se focalizó y se trabajó acerca del síntoma médico.

La paciente pide alta voluntaria del área porque ya no desea continuar con el tratamiento médico debido a que las quimioterapias han afectado su corazón, decide ir a pasar a su casa con su hija el tiempo que le queda.

“Caso de acting Out”

Una paciente de 54 años, separada, con diagnóstico médico ca. de mama; es derivada por su médico tratante quien infiere que ella no acepta su enfermedad, siempre que tiene consulta ella menciona “*esto no me puede estar pasando a mí*”.

Al momento de la consulta psicológica inicia negando el motivo de consulta “*no es que yo no acepte la enfermedad*” y procede a relatar una serie de quejas acerca del hospital y como eso influye en su estado de ánimo. Divide a su tiempo en dos momentos primer momento cuando está fuera del hospital donde está trabajando y se olvida de la enfermedad y el segundo momento cuando viene al hospital por su tratamiento. A partir de este relato la paciente menciona tener miedo debido a que el mes pasado al salir de las QT se tomo dos xanax para **dormir y desconectarse del mundo**. Se siente temerosa y desea no volver hacerlo, porque piensa que no va a poder controlar la cantidad de pastillas que ingiera y le podía pasar algo malo.

Se trabaja con la paciente acerca de este acto, donde puede elaborar lo insoportable que resulta llevar la enfermedad, pudiendo darle el significante de **cruel**, teniendo sentimientos de un **vacío** o de estar **acorralada y sola**. Indagando en los significantes que ella usa, se empieza a elaborar acerca de su historia familiar, conectándola con su síntoma médico. La paciente antes de tomar las pastillas llama a la hija mayor advertirle de esa situación, está dirigiendo un llamado de urgencia al Otro para que pueda acoger su demanda.

Se realizó el trabajo con la paciente aplicando psicoterapia con orientación analítica, para que ella pueda a través de la asociación libre empezar a nombrar ese vacío. Además se trabajó con su familiar para que sus hijos puedan tener un papel activo junto a la madre en el tratamiento.

“Caso de un duelo no elaborado”

Paciente de 81 años, casada con diagnóstico de linfoma de no Hodkin, es derivada por la hija quien refiere ver muy nerviosa a su madre, *se pone a temblar cuando le ponen suero*. La paciente empieza nombrando su vida como **trágica** recuerda las malas experiencias que ha tenido en los hospitales, **casi me matan en el hospital, inyectándome medicamentos a la vena**. Se nombra como una persona **bruta e inocente**. A partir de los significantes ya mencionados la paciente relaciona a la enfermedad como un **castigo por ser como es**. Se le pide a la paciente que empiece a elaborar su historia y menciona sentirse culpable por el fallecimiento de su hija.

La hija fallece cuando tenía trece años, en un accidente de tránsito, la paciente se siente culpable porque obligó a la hija a viajar. Indica que es algo insoportable porque sabe que por su **brutalidad y sometimiento** realizó ese viaje.

En este caso se puede ejemplificar como la enfermedad sirve de detonante para descargar la culpabilidad que la paciente tenía frente a la muerte de su hija, hace la asociación castigo- culpa.

Se trabaja con la paciente con psicoterapia con orientación analítica, donde se logra elaborar la muerte de la hija y su posición subjetiva **“ahora ya no soy bruta, eso era antes cuando me dejaba, ahora no me dejo”**. Así se logra un cambio en su posición subjetiva y finalmente accede al tratamiento oncológico.

Conclusión

Finalmente se dirá que el trabajo del psicólogo clínico dentro del área oncológica es de suma importancia, debido a que el cáncer es una enfermedad contingente con una carga significativa de ideas de muerte. Así el paciente no solo deberá de recibir un tratamiento farmacológico para su enfermedad sino un tratamiento psicológico; puesto que el sujeto se ve confrontado a una serie de cambios en su vida a partir de la enfermedad, además en ocasiones se vivencia al cáncer como un encuentro con lo Real, donde el sujeto se queda fuera de la cadena significativa. A partir de esto se hizo el estudio acerca de dos de las posibilidades de respuesta del sujeto frente a lo Real: la angustia y el duelo.

Se concluirá que la angustia es una forma de respuesta más evidente, por su inscripción en el cuerpo, aquí el psicólogo clínico deberá intervenir para que el paciente pueda elaborar acerca de eso innombrable, siempre apuntando a la particularidad del sujeto. Mientras que el duelo se inscribe como un activador de una vivencia de traumática, por un lado recuerda la muerte del Otro que ha marcado su vida pero a su vez esta vivencia se coloca como una representación de la muerte propia.

Bibliografía

- Diccionario de Psicoanálisis Bajo la dirección de Roland Chemama y Bernard Vandermersch Amorrortu Editores, Buenos Aires- Madrid. Segunda edición revisada y ampliada.
- Freud, Sigmund: Obras Completas Tomo II, Texto "Duelo y Melancolía. 1915". Biblioteca Nueva, Buenos Aires El Ateneo 2003
- Freud, Sigmund: Obras Completas Tomo II, Texto "Inhibición, síntoma y angustia. 1925". Biblioteca Nueva, Buenos Aires El Ateneo 2003
- Freud, Sigmund: Obras Completas Tomo II. Texto "Consideraciones de la actualidad sobre la guerra y la muerte 1915". Biblioteca Nueva, Buenos Aires El Ateneo 2003
- José Bleger, Capítulo 10 "tipos de intervención verbal del terapeuta"
- Logos 4, Nueva Escuela Lacaniana- Miami "Trauma y angustia subjetiva: teoría y clínica"
- www.cancer.gov
- www.elmundo.es
- www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr06/es/index.html
- www.wikipideia.com/quimioterapia

HOSPITAL "TEODORO MALDONADO CARBO" IESS GUAYAQUIL

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA

GRUPO OPERATIVO

AÑO 2010 – 2011

Fecha de inicio: Martes 7 de diciembre de 2010

Fecha de término: Viernes 10 de diciembre de 2010

Número de sesiones: 3

Coordinadora: Adriana Solórzano Salazar

Observadora: Ma. José Ormaza M.

Grupo Operativo ¿Qué implica tener un familiar oncológico?

El grupo operativo fue dirigido hacia familiares de pacientes del área de oncología. Se realizó durante los días 7, 9 y 10 de diciembre en el horario de 11:00am a 12:00 pm. El tema de trabajo fue elegido porque se presentó recurrentemente durante las entrevistas individuales con pacientes y familiares del área.

Desde la perspectiva de los pacientes se presentan dos tipos de quejas. Por un lado indican malestar por el excesivo cuidado que reciben por parte de sus familiares, presentan sentimientos de culpa porque su familiar dejó todas sus actividades por dedicarse exclusivamente a él, esto a su vez hace que el paciente en ocasiones presente angustia por la relación alienante entre familiar-paciente, dando lugar a frases como *"si él se dedica a mí, cuando yo no esté qué será de la vida de él, a que se dedicara"* *"Tengo miedo de que cuando yo no esté a él se le vaya el sentido de la vida"*. Por otro lado hay pacientes donde su mayor malestar es la ausencia de familiares durante su tratamiento.

Mientras que desde la perspectiva del familiar, se presenta un desconocimiento acerca de cómo actuar frente al paciente oncológico, indican no saber cómo hablarle, cómo tratarlo. Además el familiar constantemente está frente al reto de poder controlar sus sentimientos y emociones para que esto no pueda afectar al paciente, se podrá decir que los familiares tienen un mandato, inhibir su ser de sujeto para pasar así hacer un objeto motivador del paciente.

Frente a estas frecuentes preguntas ¿qué se puede hacer? Se ha propuesto este trabajo grupal para que los familiares tengan un espacio de palabra donde puedan abordar sus experiencias, miedos, dudas y saber acerca de su relación con un paciente oncológico.

Primera sesión: martes 7 de diciembre de 2010

Participantes:

Arias Miguel

Matteus Lucas

Pollit Esther

Poza Dominga

Rodríguez Astromelia

Santana Efrén

Santana Rodolfo

Santana Rosa

Vásquez Luis

Zambrano Carmen

Astromelia: Bueno oncológico significa cáncer, paciente oncológico es el que sufre de cáncer, la pregunta significa luchar con el paciente, yo tengo desde febrero caminando aquí, estoy por la lucha de mi familiar

Coordinadora: Exactamente oncología viene a dar cuenta de que hay una patología de cáncer. En el caso de ella su esposo es paciente del área y ella está aquí acompañándolo

Luis: Es difícil, yo lo acompaño a mi papá, ya sabíamos que íbamos a tener cáncer porque era fumador, es difícil para nosotros y mi mamá, se me hace difícil ver sufrir a mi mamá.

Miguel: parece que uno se encuentra como en un cuarto solo, sin salida en mi caso yo acompaño a mi hijo, y doy las gracias a la psicóloga que ella me ha ayudado.

Dominga: esta enfermedad es como un ladrón que no avisa a uno, viene a robarse la tranquilidad llega y claro es duro, pero Dios pone pruebas, el caso mío es como una hija y hay que aprender a soportar esto, porque es muy difícil y más para la persona que lo siente.

Esther: en mi caso yo vivía en el extranjero, yo vine porque en julio nos dijeron que la iban a operar, le hicieron una biopsia, y era cáncer cuando nos dijeron no

sabíamos que hacer, los primeros días lo sintió mi hermana, pero después ella se puso mejor y eso nos dió esperanzas, después investigamos, y aquí estoy tratando de ayudarla porque ella igual cree que está bien hay que estar atrás de los remedios, porque al niño se le puede dar los remedios pero al viejo no. Hay que tener paciencia porque hay días difíciles. En mi caso yo tengo que ir a SOLCA a que le den una cita para la radioterapia porque ella tiene cáncer de útero y es necesario que se la haga. Yo no sé porque en el hospital con el dinero de los afiliados no creen su propia área de radioterapia

Esther: Yo me siento impotente al ver a mi hermana.

Luis: Esperemos que en el futuro lo hagan

Esther: esperemos porque el hospital puede hacerlo

Luis: eso viene por parte del directorio

Esther: porque eso es humillarse

Luis: es porque uno no va con el dinero

Miguel: SOLCA es privado

Esther: Claro es que primero es su gente, luego los del gobierno y luego nosotros.

Miguel: por ejemplo un compañero fue para que le hagan radioterapia con un tumor q ya se le salía por la oreja y le dijeron que espere tres meses

Esther: Yo si reclamo, porque estoy en mi derecho.

Miguel: a mi hijo le detectaron y lo mandaron a SOLCA, ahí había un malcriado que la empujo a mi esposa, y allá nos dijeron que mi hijo era profesional, asegurado y que venga acá.

Luis: Al futuro sería bueno que el hospital tenga su propia área de radioterapia

Coordinadora: bueno es importante también escuchar acerca de las dificultades que se les presentan, el hospital ya ha hecho estudios y está dentro de los planes la idea de tener una propia área de quimioterapia. Bien escuchemos que más dicen los otros integrantes ¿Lucas?

Lucas: Bueno que implica tener un familiar oncólogo, las responsabilidades pasan a quinto plano, y el familiar pasa a ser la responsabilidad, estar con ella con las medicinas con la comida.

Rodolfo: Es bastante fregado porque uno no sabe cuándo va a llegar.

Efrén: en el sentido de esta enfermedad a veces mi familia estamos bien, pero uno a veces no se da cuenta de lo que puede estar sucediendo, uno quisiera resolver pero es imposible porque no somos médicos, y es preocupante porque uno tiene que ver lo mejor para su familia

Luis: bueno cuando la familia quiere ver lo mejor, porque hay veces que la familia no quiere eso va en la educación de la familia. En estas situaciones uno ve la ayuda de la familia de las personas que no lo aprecian.

Rosa: se requiere a la familia no económicamente sino moralmente, yo pienso que sea en la cárcel o en el hospital hay que ir a ver las personas, ya después de muerto que vengan a visitar ya no sirve, en vida es todo.

Coordinadora: bien escuchemos ahora a la señora Carmen, que comparta su experiencia con nosotros.

Carmen: mi esposo hace cinco meses lo operaron, le sacaron el tumor del colón y estamos aquí para ver, creo que le van hacer las quimioterapias.

Coordinadora: es bueno haberlos podido escuchar a todos en esta primera aproximación, este trabajo se ha venido dando desde mayo donde han variado los integrantes. Lo planteamos dirigido a los familiares porque ustedes son un pilar, un apoyo fundamental para el paciente. Como he dicho muchas veces, yo planteo un trabajo en conjunto, donde el paciente es el principal actor seguido de los familiares, los médicos, psicólogos, enfermeras, y bueno dependiendo la creencia, en Dios. Ustedes han planteado muchos puntos importantes que vamos a ir desarrollando en estos días, Dentro de ellos tenemos como primer punto la impotencia que siente al ver a su familiar enfermo, el no poder hacer nada porque no podemos controlar ni está en nosotros la cura. Como segundo punto que han traído al grupo son los cambios de vida que se dan, no solo en el paciente sino en el familiar como dijo Lucas como cambian las prioridades. Y el tercer punto es su sufrimiento que no puede ser expresado porque deben de dar el apoyo a sus pacientes, entonces ustedes que son los más cercanos al sufrimiento del paciente deben de acoger al paciente y hacer algo con sus sentimientos.

Por todos estos puntos que han manifestado se ha propuesto trabajar estos tres días con ustedes, hoy martes, jueves y viernes de 11:00 a 12:00 donde ustedes puedan tener un espacio de palabra para poder expresar su experiencia, sus sentimientos, frustraciones etc.

Esther: nos hemos desahogado, con esto no es que uno va a salir ya mejor, pero sirve de algo compartir esto.

Luis: Es un nudo en la garganta que tenemos al pasar por acá, es como si todos estamos jugando dentro de un mismo equipo. Por eso es bueno conversar con las personas que pasan por lo mismo, porque si se habla con un amigo ellos apoyan pero no saben realmente lo que uno está pasando allá afuera.

Coordinadora: tiene una visión externa.

Miguel: nos hemos afectado por dejar el empleo, por venir acompañar a nuestro familiar por las quimioterapias, debemos coger darles la medicina, nos estresamos también, eso es lo que dice la doctora que aquí debemos de sacar a relucir lo de afuera como nos sentimos

Esther: bueno a mí no me afecta en el trabajo, porque estoy retirada yo estoy acá como si fuera de vacaciones, entonces yo tengo el tiempo completo, yo vendré el jueves y el viernes

Coordinadora: Aprovecho también a decirles que aparte del trabajo grupal, también brindamos atención a los familiares.

Carmen: ¿En qué horario?

Coordinadora: el área cuenta con dos psicólogas Marcia Rodrigo y yo Adriana Solórzano, la psicóloga Rodrigo está acá todos los días de 8:00 am a 4:00 pm mientras que yo estoy aquí en el área martes, jueves y viernes de 8:00 a 12:00pm

Miguel: A mí me dijeron necesitamos su presencia y aquí estoy, porque esto es bien duro, bien difícil uno ya tiene avanza la edad entonces es cansado, es difícil ver a su hijo en esto cuando él viene acá yo dejo todo allá y me vengo con él. Por ejemplo esta vez a mi hijo le dijeron que tenían que sacarle el riñón, entonces yo enseguida vine a ver a la psicóloga para que me ayude.

Luis: para que sufra mi papá, mejor me pego un tiro, mejor me voy al hueco

Coordinadora: Todos nos vamos a ir al hueco cuando nos toque

Esther: eso sí cuando nos toca nos toca. Yo creo que también depende esto por la ignorancia de las personas, por no hacerse los chequeos a tiempo, por ejemplo mi hermana dice que siempre se hacía sus chequeos de rutina, pero no se hacía el papanicolau por vergüenza, yo creo que por dejados y por ignorancia nos pasan estas cosas.

Miguel: Mi hijo se iba al colegio y en el bus por no dejar que se caiga la máquina de escribir se pego aquí (señala la ingle) y no se hizo ver nunca porque no le dolía.

Astromelia: El cáncer se presenta silenciosamente

Coordinadora: Entonces es un ladrón que entra silenciosamente.

Esther: Yo tengo una amiga que tenía ca. de mama, ella se hace los controles siempre es muy ordenada en eso y así le va a tocar al que se salve y siga acá.

Miguel: Es que este tratamiento en para seguir viviendo.

Astromelia: Aquí hay un servicio que se llama terapia del dolor, yo pienso que esa terapia no se debería llamar así sino terapia para los valientes.

Esther: mi hermana dice que no tiene nada, ella es valiente ha aumentado 10 lbs. Yo a veces lloraba en las noches pero ella ahora me da valor, ella se alimenta bien en las noches descansa cuando es de dormir a dormir

Miguel: a mí me da rabia a veces cuando las personas ven a mi hijo y le dicen pobrecito esta pelado.

Luis: Yo les digo ahora eso es moda, mi papa ahora es chicano

Esther: el Dr. a mí me dijo que no le dijéramos a nadie, que ahí empezaban con el pobrecito y eso deprimía al paciente

Coordinadora: Bueno seguro que van a seguir más temas, pero de todos estos temas vamos a continuar hablando el día jueves a esta misma hora.

Miguel: Claro hay que hablar de estos temas, es necesario

Luis: Es que estamos todos en el mismo equipo jugando con diferentes camisetas

Miguel: Bueno no con la misma camisa pero si con el membrete que tiene cada uno.

Coordinadora: Bueno hasta el jueves.

Segunda sesión: jueves 9 de diciembre de 2010

Andrade Gladys

Pizarro Alexandra

Pollit Esther

Poza Dominga

Solís Juana

Tigrero Jannet

Vergara Mayra

Zambrano Carmen

Coordinadora: Se procedió hacer la presentación del grupo, el recuento de lo que se trabajó el martes. Después se prosiguió a preguntarles a los nuevos integrantes del grupo que entendía con la pregunta ¿Qué implica tener un paciente oncológico?

Mayra Pizarro: Bueno a mi me parece que implica tener un poco de cuidado, no no poco, mucho cuidado.

Juana Solís: Implica bastantes cosas, a mí se me ha complicado la vida, yo he dejado de trabajar por estar con él, porque me da pena dejarlo ahí solito.

Coordinadora: Bien vamos a escuchar a Alexandra.

Alexandra: Es la primera vez que mi esposo va estar en esta sala, y están aquí las compañeras y creo que hay que escucharnos para ganar experiencia para saber cómo ayudar al paciente.

Gladys: Yo soy la esposa del sobrino de ella, aquí no hay muchos familiares que *la vengán ayudar, yo me siento mal porque se ve que esta intranquila porque pasa sola*, además ella es quien cuida a su hija y eso la preocupa mucho cuando ella esta acá. Yo me siento mal cuando me voy y la dejo sola.

Mayra: Yo también soy sobrina de una paciente, yo estoy acá de vacaciones, entonces estoy aprovechando y la acompaño porque ella no tiene hijos, y yo me crie con ella. A mi tía le volvieron a salir ganglios, aparte de que volvió aparecer el cáncer lo que a ella le afecta es que está sola.

Rosa: ¿La enfermedad es pasosa? Yo he escuchado que el cáncer no es pasoso pero la verdad no sé.

Gladys: pasosa qué

Esther: el cáncer

Gladys: no, no es

Coordinadora: Bien vamos aclarar este punto, en ocasiones se crea este mito del cáncer como una enfermedad contagiosa, el cáncer es una alteración de las células de cada organismo, por lo tanto la célula de un organismo no se va a salir para meterse a otro y contagiarlo. Lo que a veces se presta a confusión por lo "pasoso" puede ser en relación a lo hereditario.

Esther: es que el cáncer puede ser hereditario

Gladys: El médico dice que hay que hacerse chequeos, ella es tímida y no se los hacía y cuando empezó con las molestias ya estaba tomado todo

Coordinadora: bueno tratamos que en la cartelera haya información para que ustedes puedan aprender de los diferentes tipos de cáncer, una forma de medio evitar es hacerse los chequeos respectivos para poder detectarlo a tiempo.

Mayra: Yo creo que el cáncer siempre ha existido, pero ahora la mujer muere más de cáncer y es el boom esa enfermedad.

Coordinadora: Bien me gustaría escuchar que piensan acerca de eso.

Esther: hay muchísima gente que está muriendo de eso, qué será la comida, el ambiente, los químicos, y que vamos hacer no vamos a tener que comer.

Juana: yo pienso que se da también por los desordenes en las comidas, en el exceso.

Gladys: la gente antes vivía más tiempo, porque era todo más natural, ahora con el adelanto científico es todo lo contrario.

Alexandra: yo pienso que el exceso en las comidas, todo ahora es en funda procesado, la contaminación es tremenda.

Coordinadora: bueno han mencionado algunas posibles causas. Dentro de la principal causa es la parte genética del organismo si hay predisposición o no para que las células se alteren, aparte de esto hay ciertos factores de riesgo que pueden influir en la alteración de las células. ¿Alguno sabe cuáles pueden ser?

Elsio: Yo fui a SOLCA, a vi al Dr. Fumando, y yo le pregunte porque estaba fumando si eso daba cáncer y dice que no está nada comprobado.

Marcia Rodrigo: Quiero disculpar el retraso soy la Dra. Marcia Rodrigo la Sra. Me dice que fumaba.

Juana: Yo antes fumaba pero lo deje de fumar porque mi hijo me lo pidió

Marcia: ella tiene un miedo por haber fumado, si se deja fumar por 5 años empieza un proceso de desintoxicación del cuerpo pero siempre va a quedar ¿por qué fumamos? Son las ansiedades las angustias.

Gladys: el círculo en que nos manejamos

Mayra: Es lo que está de moda, yo no fumo sola pero si salgo con mis amigas, por ahí fumo.

Marcia: Es por estar igual que las otras personas. Hay ocasiones en las que se fuma aún con cáncer y se pueden afectar otras áreas.

Coordinadora: bueno han hablado como el cigarrillo es un factor de riesgo, hay que tener mucho cuidado tanto la persona que fuma, como el fumador pasivo.

Gladys: El hermano de mi esposo fuma muchísimo y que bueno que me digan porque ella la otra vez salió de aquí y fue allá y se enfermo enseguida de gripe, se puso bien malita. Ahora sé que es preferible que este aquí en mi casa

Marcia: En lo que más se pueda evitar a los que fuman, el humo hace más daño al que está alrededor que al que está fumando, porque igual recuerden que por el tratamiento a los pacientes se le bajan las defensas

Coordinadora: Han tocado un buen punto, acerca del cuidado del paciente, porque el cuidado no solo debe de ser en el hospital sino también en la casa. Como decía Marcia, las quimioterapias hacen que los pacientes estén bajo en las defensas, entonces hay que tener un mayor cuidado y limpieza.

Gladys: Por ejemplo ¿Cómo se la puede ayudar durante la convalecencia de la QT? No sé cómo ayudarla es la primera vez que vivo con un paciente con cáncer.

Coordinadora: Bien primero vamos a escuchar a las personas que tienen un poco más de experiencia, para ver cómo han hecho ellos

Rosa: el manejo de la alimentación, a mí se me hizo un poco de problema, porque yo tenía que exigirle de poquito a poquito. Cuando está sin apetito yo le pregunto

que desea comer ella y ella siempre elige pescado y le hago su pesacadito sudado, porque evitamos las grasas.

Esther: la mía no tiene problemas en eso ella come todo hay que quitarle la comida

Carmen: también se enjuagan la boca con algo durante la quimio

Marcia Se hacen un enjuague con bicarbonato de sodio, es como un enjuague bucal. Bueno la familia debe de tener en cuenta también los efectos secundarios que produce la quimioterapia en los pacientes, como las arcadas, las nauseas, vómito, falta de apetito, no hay sabor en la boca.

Coordinadora: Correcto ustedes deben de saber cuáles son los efectos de las quimio para que puedan estar atentos a cuando el paciente presente esos efectos, además cada vez que terminan la quimioterapia todos lo paciente van con pastillas, que les protegen el estomago, para vómitos y dependiendo el caso a veces para la diarrea o el estreñimiento, y eso deben de controlar que sus pacientes sigan las indicaciones del médico.

Janeth: yo quisiera ayudarla a mi mamá ella dice que se quiere morir y eso me pone mal a mí, ella me dice que la deje no más

Marcia: si bien hay pacientes que viven la parte emocional en relación a la enfermedad, en ocasiones hay pacientes que su preocupación y su malestar no es por la enfermedad si no por las problemáticas familiares. Ahora que estoy en esta área trabajo, trabajo mucho con las familias

Coordinadora: Eso punto lo desarrollamos el día martes trabajamos acerca de los distintos tipos de familias, las que sacrifican y atienden al paciente y las que vienen y quieren que el hospital haga todo por los pacientes. Bien vamos a tener este punto en cuenta para el día de mañana.

Tercera sesión: viernes 10 de diciembre de 2010

Alcalla Inés

Andrade Gladys

Darwin Pino

Pizarro Alexandra

Poza Dominga

Rodríguez Astromelia

Silva Fatima

Tigrero Jannet

Vásquez Luis

Zambrano Carmen

Coordinadora: Buenos días con todos, estamos reunidos para trabajar el último día del grupo dirigido a familiares ¿Qué implica tener un familiar oncológico? Tenemos dos personas nuevas hoy, así que podríamos hacer un resumen de lo trabajado hasta ahora.

Gladys: bueno hemos conocido que la palabra oncológico se refiere a pacientes con diagnóstico de cáncer, hemos hablado acerca de lo difícil que es cuidar a un paciente con cáncer por los efectos que trae el tratamiento en ocasiones necesitan a una persona que esté pendiente de ellos cuando tienen los síntomas, son pacientes delicados también tienen bajas las defensas debemos de cuidar mucho de ellos.

Luis: También hemos hablado lo difícil que es para nosotros como familiares ver sufrir a nuestro paciente en mi caso mi papá, como tenemos que mostrarnos fuertes frente a ellos, no decir nuestros sentimientos, ser muy pacientes con ellos.

Inés: yo recién estoy hoy, mi familiar está en ambulatorio, es difícil tener un paciente con cáncer cambia la vida del paciente y la de uno, a veces ya no se puede trabajar se debe dedicar a cuidar al paciente, se debe de poder encontrar un tiempo del día para poder hacer nuestras actividades, todo lo que hacíamos en un día debemos hacerlo en minutos.

Darwin: es verdad que es difícil pero nosotros somos lo fundamental para el paciente yo conozco un caso cercano que el paciente se estaba dejando morir

pero no por la enfermedad si no por el trato que le daba su familia, a él creo que lo iban a visitar pero era para velarlo, se ponían a rezar a llorar al frente de él, entonces él se ponía más deprimido, hasta que un día yo fui y le dije que no hagan eso, que los rezos son para los muertos, que debían de ser fuertes y ayudar a que el paciente salga adelante, ya lo estaban metiendo prácticamente en el hueco.

Coordinadora: Darwin ha retomado un tema acerca del tipo de intervención del familiar, hay muchos casos acá donde se ha tenido que trabajar con los familiares porque interfieren en el proceso de recuperación del paciente, debemos de tener en cuenta que el paciente por la enfermedad en ocasiones ya está cargado emocionalmente, sus intervenciones se dirigen a sostener al paciente para que pueda cada día seguir luchando. Es verdad que ustedes también sufren y sienten pero no por esa razón van a descargar todo su sentir con el paciente, ustedes deben de buscar un espacio o alguien con quien puedan hablar acerca de estos temas.

Ahora les he traído un tríptico donde resume lo que se ha hablado en estos tres días quisiera que lo leamos y reflexiones acerca de lo q dice.

Indicadores de casa sesión

- Durante las tres sesiones se contó con aproximadamente 10 personas, de las cuales el 80% nos acompañó durante los tres días mientras que el 20% cambiaron debido a que eran familiares de pacientes ambulatorios
- Por esta razón al inicio de cada sesión se tuvo que hacer un recuento de la sesión pasada, y se procedió a preguntar a los nuevos integrantes qué entendían por el tema al trabajar.
- La mayoría de familiares abordó la problemática "callar mis sentimientos" plantearon los desafíos que tenía de no poder expresarse cuando lo deseen

Momentos de integración del grupo e indicadores

	Momentos de integración	Indicadores
1	Afiliación	Todos los participantes estuvieron dispuestos a intervenir cuando fue necesario.
2	Pertinencia	Se logró debido a la situación común que todos tenían "paciente con cáncer" frases como "todos estamos en un mismo equipo" "todos jugamos juntos con diferentes camiseta, luchando contra el cáncer" pueden dar cuenta de su afinidad.
3	Cooperación	Todos estuvieron dispuestos a dejar durante una hora a su familiar para poder trabajar en el grupo
4	Centrarse en la tarea	Se intervino cuando los participantes se alejaban del tema central.
5	Comunicación	Se procuró que participen todos los miembros del grupo.
6	Aprendizaje	Se logró que los familiares tengan un aprendizaje acerca de las dificultades de la enfermedad y qué hacer con ella.
7	Disposición	Asistencia de los integrantes Cumplimiento de horarios

Conclusión

A partir del grupo operativo con familiares se logró que los integrantes tengan un espacio de palabra donde puedan expresar acerca de su malestar y su sentir en relación al cáncer. Dentro de las problemáticas más frecuentes se encontró: muchos de los familiares desconocían acerca del cáncer, es decir sus síntomas, tratamientos y efectos del tratamiento, por esta razón se intervino brindando información acerca del cáncer.

Otra problemática planteada fue las dificultades que tenían los familiares al momento de cuidar o tratar a sus pacientes, en ocasiones las dificultades competía a un saber médico por ejemplo que tipo de comida puede ingerir, que actividades puede hacer etc.

Se logró que los participantes den un significado a la patología **“es un ladrón que viene y se roba la tranquilidad” “mala enfermedad” “te acorrala y te sientes como si estuvieras solo en un cuarto”**

Así los miembros del grupo pudieron hablar acerca de su malestar, de la dificultad de su situación teniendo un espacio que no incluya a su familiar, se promovió el servicio de atención psicológica a los familiares, como parte del tratamiento integral del área oncológica.

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

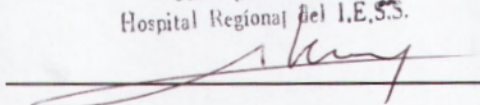
Departamento de Oncología

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Adriana Solórzano Salazar.

Asistencia del mes de Mayo de 2010

Fecha	Hora de entrada	Hora de Salida	Asunto	Firma
21/05/10	09:00 am	12:30 pm	Se conoció el departamento de oncología, y se prosiguió a la presentación	<i>Adriana Solórzano S.</i>
25/05/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares	<i>Adriana Solórzano S.</i>
27/05/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares	<i>Adriana Solórzano S.</i>
28/05/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización y ambulatorios	<i>Adriana Solórzano S.</i>

DR. JORGE MONCAYO CERVANTES
032-1-5331.35 Jefe Servicio
Oncología Eneqdo.
Hospital Regional del I.E.S.S.



Dr. Jorge Moncayo

Jefe de Oncología

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

ESTADÍSTICA CLÍNICA- MES DE MAYO DE 2010

N°	NOMBRE	EDAD	SEXO	N°DE SES.	Dx. MÉDICO	DERIVACIÓN	MOTIVO DE CONSULTA	INTERVENCIÓN	Dx. PRESUNTIVO	Entrev. Familiares
1	Aurea Celso	62	M	3	Ca. De próstata con metástasis en la medula ósea	Visita Psic.	Preocupación por situación laboral	Psicot. Orientación psicoanalítica	N. obsesiva	Esposa
2	Casal Beatriz	54	F	1	Ca. mama	Dr. Unda	No acepta la enfermedad	Psicot. Orientación psicoanalítica	N. Histérica	Hija
3	Muñoz Mártires	45	F	3	S. Uterino	Practicante anterior	Reincidencia de la enfermedad	Psicot. Orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
4	Nuñez Armando	81	M	1	Ca. Gástrico	Visita Psic.	_____	_____	_____	Hija, esposa

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Adriana Solórzano Salazar.

Asistencia del mes de Junio de 2010

Fecha	Hora de entrada	Hora de Salida	Asunto	Firma
01/06/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
03/06/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
04/06/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
08/06/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
10/06/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
11/06/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica Presentación en Consulta externa	Adriana Solórzano S.
15/06/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita a la trabajadora Social	Adriana Solórzano S.
17/06/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
18/06/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes, familiares de hospitalización y ambulatorio. Visita médica	Adriana Solórzano S.
22/06/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
24/06/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
25/06/10	08:00 am	01:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica Presentación en Consulta externa.	Adriana Solórzano S.
29/06/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.

JR. JORGE MONCAYO CERVANTES
032-1-5331-35 Jefe Servicio
Oncología / Encgdo.
Hospital Regional del I.E.S.S.

Dr. Jorge Moncayo

Jefe de Oncología

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

ESTADÍSTICA CLÍNICA- MES DE JUNIO DE 2010

N°	Nombre	Edad	Sexo	N° De Ses.	Dx. Médico	Derivación	Motivo de Consulta	Intervención	Dx. Presuntivo	Entrev. Familiares
1	Aurea Celso	62	M	3	Ca. De Próstata	Visita Psic.	Preocupación Por situación laboral	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
2	Bolto Mercedes	60	F	2	Ca. de Cérvix	Visita Psic.	Preocupación por el Dx. de su enfermedad	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histeria	_____
3	Burbano Jorge	56	M	1	Ca. Lengua	Dr. Unda	Reincidencia de la enfermedad	Psicot. de Urgencia	N. Obsesivo	Esposa
4	Cervantes María	78	F	2	Ca. de recto	Visita Psic.	Preocupación Por la caída del cabello	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histeria	_____
5	Choez Jesús	52	M	1	Ca. Gástrico	Visita Psic.	Molestia por los efectos de la quimioterapia	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
6	Colamarco Sonia	62	F	1	Ca. Gástrico	Lcda. Colombia	Depresión	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
7	Cruz Mercedes	67	F	2	Ca. Útero	Visita Psic.	Duelo no elaborado por la muerte del padre y esposo	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histeria	_____
8	Jordan Ana	39	F	3	Ca. Útero	Visita Psic.	Preocupación por sus hijos	Psicot. de Urgencia	N. Histérica	Madre
9	Mieles Cesar	47	M	2	Ca. riñón metástasis pulmonar	Visita Psic.	Duelo por el fallecimiento de su abuela	Psicot. de emergencia	N. Obsesivo	Madre, hermana

10	Muñoz Martires	45	F	1	S. Uterino	Practicante anterior	Reincidencia de la enfermedad	Psicot. con orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
11	Pérez María	47	F	1	Ca. colon	Hermana	Cambio de humor a partir de la enfermedad	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
12	Quimi Miriam	39	F	1	Ca. Recto	Visita Psic.	Preocupación por su situación laboral	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histeria	Hermana
13	Ruiz Hernán	64	M	3	Ca. Partes blandas	Visita Psic.	Reincidencia de la enfermedad	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
14	Santana Carlos	48	M	3	Ca. Gástrico	Hermana	Malestar por la enfermedad y por el estrabismo en un ojo	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Hermana
15	Solari Mario	23	M	2	Osteosarcoma	Madre	Preocupación por las quimioterapias	Psicoterapia de Emergencia	N. Obsesivo	Madre
16	Tomala Virgilio	75	M	1	Neuropatia + linfoma	Visita Psic.	Preocupación por estar lejos de sus hijos.	Psicot. con orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
17	Trujillo Elba	59	F	1	Ca. Cérvix	Visita Psic.	Duelo no elaborado por la muerte del hijo	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
18	Tuarez Diogolita	58	F	1	Ca. Cérvix	Visita Psic.	Paciente por primera vez en el área	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	Hija
19	Zambrano Edita	68	F	1	Ca. Colon	Visita Psic.	Paciente por primera vez en el área	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histeria	_____
20	Zambrano Julia	52	F	1	Ca. Colon	Visita Psic.	Paciente nueva en el área	Psicot. con orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____

HOSPITAL REGIONAL DEL IEES "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Adriana Solórzano Salazar.

Asistencia del mes de Julio de 2010

Fecha	Hora de entrada	Hora de Salida	Asunto	Firma
01/07/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
02/07/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
06/07/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
08/07/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
09/07/10	08:30 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica. Presentación en Consulta externa	Adriana Solórzano S.
13/07/10	08:00 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
15/07/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
16/07/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
20/07/10	08:00 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Realización de la Cartelera	Adriana Solórzano S.
22/07/10	08:00 am	12:00pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Realización de la Cartelera	Adriana Solórzano S.
23/07/10	08:15 am	12:15pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
27/07/10	08:00 am	12:00pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
29/07/10	08:00 am	12:00pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
30/07/10	80:00 am	12:15pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.

JR. JORGE MONCAYO CERVANTES

032-1-5331-39 Jefe Servicio

Oncología Eneado

Hospital Regional del I.E.S.S.

Dr. Jorge Moncayo

Jefe de Oncología

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

ESTADÍSTICA CLÍNICA- MES DE JULIO DE 2010

N°	Nombre	Edad	Sexo	N° De Ses.	Dx. Médico	Derivación	Motivo de consulta	Intervención	Dx. Presuntivo	Entrev. Familiares
1	Castro Jenny	39	F	1	Ca. Mama	Visita Psic.	Preocupación por la caída del cabello	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
2	Cervantes María	78	F	1	Ca. de recto	Visita Psic.	Preocupación por la caída del cabello	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
3	Ferrin Nila	81	F	4	Linfoma	Hija	Nervios por la enfermedad y no quiere tratamiento	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	Hija
4	Flores Kleber	58	M	1	Ca. Faringe	Dra. Loor	Se niega a recibir los tratamientos	Psicot. de Emergencia	N. Obsesivo	Hija
5	Jaramillo Fanny	62	F	2	Ca. cérvix	Visita Psic.	Duelo no elaborado por la muerte de un hijo	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	Hija
6	León Manuel	42	M	3	Ca. Recto	Visita Psic.	Temor a los efectos del tratamiento	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
7	Macías Santiago	39	M	2	Ca. Pene	Visita Psic.	Preocupación por los ingresos económicos en su hogar	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
8	Muñiz Rosa	57	F	3	Ca. Cérvix	Cuñada	Nervios, angustia por el Dx	Psicot. de Emergencia	N. Histérica	_____
9	Robles Sandra	45	F	3	Ca. Lengua	Visita Psic.	Reincidencia de la enfermedad	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
10	Ruiz Hernán	64	M	3	Ca. Partes blandas	Visita Psic.	Reincidencia de la enfermedad	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
11	Solari Mario	23	M	1	Osteosarcoma	Madre	Molesto por recibir quimioterapias.	Psicot. Emergencia	N. Obsesiva	Madre
12	Yanes Luis	41	M	1	Ca. Gástrico	Visita Psic.	Paciente nuevo en el área Preocupación por su situación laboral	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
13	Zúñiga Rosa	66	F	3	Ca. SP. B Metastasis pulmonar	Visita Psic.	Quejas por la atención del hospital	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Adriana Solórzano Salazar.

Asistencia del mes de Agosto de 2010

Fecha	Hora de entrada	Hora de Salida	Asunto	Firma
03/08/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
05/08/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
06/08/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
10/08/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
12/08/10	08:30 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
17/08/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
19/08/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
20/08/10	08:00 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
24/08/10	08:15 am	12:15pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
26/08/10	08:00 am	12:30pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
27/08/10	08:00 am	12:00pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
31/08/10	08:00 am	12:00pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.

JR. JORGE MONCAYO CERVANTES

032-1-5331-33 Jefe Servicio

Oncología Encargado

Hospital Regional del I.E.S.S.

Dr. Jorge Moncayo

Jefe de Oncología

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

ESTADÍSTICA CLÍNICA- MES DE AGOSTO DE 2010

N°	NOMBRE	EDAD	SEXO	N°DE SES.	Dx. MÉDICO	DERIVACIÓN	MOTIVO DE CONSULTA	INTERVENCIÓN	Dx. PRESUNTIVO	Entrev. Familiares
1	Carrasco Hector	78	M	2	Ca. de colón	Dr. Unda, Familiares	Paciente en estado confusional	Psicot. de Urgencia	-----	Hija, esposa
2	Cervantes María	78	F	1	Ca. recto	Visita Psic.	Aumento de ciclos de tratamiento	Psicot. Orientación analítica	N. Histérica	-----
3	Choez Jesús	52	M	1	Ca. Gástrico	Visita Psic.	Molestias por los efectos de la quimioterapia	Psicot. Urgencia	N. Obsesiva	Esposa
4	Franco Betty	62	F	1	Ca. Cérvix	Lcda.	Angustia, No permite que le pongan los sueros	Psicot. de Emergencia	N. Histérica	Hijos
5	Litardo Pedro	67	M	1	Ca. Fosa nasal	Vista Psic.	Preocupado por su madre.	Psicot. Orientación analítica	N. Obsesivo	Esposa
6	Maldonado Rafael	62	M	2	Ca. laringe	Visita Psic.	Preocupación por su relación amorosa	Psicot. Orientación analítica	N. Obsesiva	-----
7	Matteus Carmen	61	F	1	Ca mama	Visita Psic.	Angustia	Psicot. Orientación analítica	N. Histerica	Esposo
8	Molina Mercy	60	F	1	Ca. Cérvix	Visita Psic.	Preocupación por su relación con sus hijas	Psicot. Orientación analítica	N. Histerica	Hija
9	Quimi Miryam	39	F	2	Ca. de colón	Visita Psic.	Preocupación por no estar con su hija	Psicot. Orientación analítica	N. Histérica	-----
10	Robles Sandra	45	F	2	Ca. Gástrico	Visita Psic.	Reincidencia de la enfermedad	Psicot. Orientación analítica	N. Histérica	-----
11	Salvatierra Narcisa	42	F	3	Ca. Útero	Madre	Paciente por primera vez en el área	Psicot. Orientación analítica	N. Histérica	Madre
12	Tomala Shirley	19	F	1	Osteosar coma	Visita Psic	Preocupación por la caída del cabello	Psicot. Orientación analítica	N. Histérica	Madre

13	Villegas Lorena	40	F	1	Ca. Útero	Visita Psic.	Preocupada por la hinchazón en su estomago.	Psicot. Orientación analítica	N. Histérica	Madre
14	Yagual Gina	48	F	3	Ca. gástrico	Dr. Moncayo	Angustia	Psicot. de Urgencia	N. Histérica	-----
15	Zúñiga Rosa	66	F	2	Ca. SP. B Metastasis pulmonar	Visita Psic.	Quejas por la atención del hospital	Psicot. Orientación analítica	N. Histérica	_____

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Adriana Solórzano Salazar.

Asistencia del mes de Septiembre de 2010

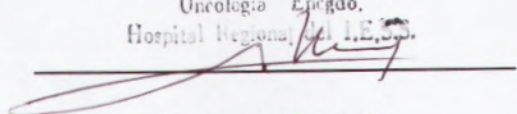
Fecha	Hora de entrada	Hora de Salida	Asunto	Firma
02/09/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
03/09/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
07/09/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
09/09/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
10/09/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
14/09/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
16/09/10	08:30am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Cambio de Información en la cartelera	Adriana Solórzano S.
17/09/10	08:00 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
21/09/10	08:00 am	12:15pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
23/09/10	08:00 am	12:00pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
24/09/10	08:00 am	12:00pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
28/09/10	08:00 am	12:00pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
30/09/10	08:00 am	11:40am	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.

JR. JORGE MONCAYO CERVANTES

032-1-5331-35 Jefe Servicio

Oncología Epigdo.

Hospital Regional del I.E.S.S.



Dr. Jorge Moncayo

Jefe de Oncología

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

ESTADÍSTICA CLÍNICA- MES DE SEPTIEMBRE DE 2010

N°	Nombre	Edad	Sexo	N° De Ses.	Dx. Médico	Derivación	Motivo de consulta	Intervención	Dx. Presuntivo	Enterv. Familiares
1	Guaman María	67	F	2	Ca. colón	Lcda. Virginia	Paciente nueva en el área	Psicot. orientación analítica	N. Histérica	Hija
2	Ibarra José Luis	30	M	2	Tímoma reseado	Dr. Moncayo	Paciente desorientado	Psicot. de Emergencia	Psicosis	Esposa
3	León Manuel	42	M	1	Ca. recto	Visita Psic.	Problemas con los hermanos.	Psicot. orientación analítica	N. Obsesivo	-----
4	Macías Manuel	38	M	1	Ca. cerebro	Visita Psic.	-----	Psicoterapia de Emergencia	-----	Esposa
5	Matteus Carmen	61	F	2	Ca. mama	Visita Psic.	Angustia	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histerica	Esposo
6	Moscoso José	53	M	3	Masa pélvica en estudio	Visita Psic.	Angustia por no tener un Dx. específico	Psicot. orientación analítica	N. Obesivo	-----
7	Napa Ángela	52	F	1	Ca. cérvix	Dr. Moncayo	Maltrato familiar	Psicot. de Urgencia	-----	Hijo
8	Nuñez Claudet	42	M	1	Ca. cérvix	Visita Psic.	Paciente nueva en el área	Psicot. orientación analítica	N. Histérica	-----
9	Palma Luz	78	F	2	Ca. de cérvix	Visita Psic.	Angustia por la quimioterapia	Psicot. orientación analítica	N. Histérica	-----
10	Rodríguez Fabián	58	M	2	Ca. Recto	Practicante anterior	Preocupación por la situación laboral de él y su esposa	Psicot. orientación analítica	N. Obesiva	Esposa

11	Rosado Freddy	63	M	2	Ca. Renal metástasis pulmón	Visita Psic.	Paciente preocupado por su situación laboral	Psicot. orientación analítica	N. Obsesivo	-----
12	Sánchez Jofree	60	M	2	Ca de piel	Visita Psic.	Paciente por primera vez en el área	Psicot. orientación analítica	N. Obsesivo	esposa
13	Tomala Shirley	19	F	2	Osteosarcoma	Visita Psic.	Preocupación por la intervención quirúrgica	Psicot. orientación analítica	N. Histérica	Madre
14	Villón Juan	32	M	2	Ca. colón	Visita Psic.	Preocupación por su situación laboral. Y la custodia de su hijo	Psicot. orientación analítica	N. Obsesivo	-----
15	Yépez Víctor	67	M	1	Ca. colón	Dr. Moncayo	Paciente no acepta la enfermedad	Psicot. orientación analítica	N. Obsesivo	Esposa, Hija
16	Zambrano Tulio	55	M	1	Ca. amígdala	Vsita Psic.	Preocupado por el rastreo	Psicot. orientación analítica	N. Obsesivo	-----

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Adriana Solórzano Salazar.

Asistencia del mes de Octubre de 2010

Fecha	Hora de entrada	Hora de Salida	Asunto	Firma
01/10/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
05/10/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
07/10/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
08/10/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
12/10/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
14/10/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
15/10/10	08:30am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
19/10/10	08:00 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
20/10/10	08:00 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Cambio de Información en la cartelera Visita médica	Adriana Solórzano S.
21/10/10	08:00 am	12:15pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
22/10/10	08:00 am	12:00pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
26/10/10	08:00 am	12:00pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
29/10/10	08:00 am	11:40am	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.

JR. JORGE MONCAYO CERVANTES
032-1-5331-35 Jefe Servicio
Oncología Enrgdo.
Hospital Regional del I.E.S.S.

Dr. Jorge Moncayo

Jefe de Oncología

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

ESTADÍSTICA CLÍNICA- MES DE OCTUBRE DE 2010

N°	Nombre	Edad	Sexo	N°De Ses.	Dx. Médico	Derivación	Motivo de consulta	Intervención	Dx. Presuntivo	Entrev. Familiares
1	Alcivar Aurelio	81	M	2	Ca. de piel	Visita Psic	Paciente que había dejado el tratamiento	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
2	Almeida Alfredo	54	M	1	Ca. gástrico	Dr. Oleas	Nervioso por la quimioterapia	Psicot. de Emergencia	Psicosis	-----
3	Arias Holger	39	M	1	Ca esternón	Dr. Unda	Paciente nuevo en el área, no es buen pronóstico	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
4	Arias Miguel	33	M	3	Ca. de Testículo	Padre	Angustiado por el próximo rastreo	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Padre
5	Barzallo Ruth	43	F	2	neuroblas toma	Visita Psic.	Preocupada por los exámenes	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	-----
6	Barzallo Targelia	62	F	2	Ca. mama	Dra. Franco	Angustia por la quimioterapia	Psicot. de Emergencia	N. Histérica	-----
7	Bustamante Digna	54	F	1	Ca. colón	Visita Psic.	Preocupada por la reacción alérgica al tratamiento	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	hija
8	Carpio Lauro	58	M	1	Ca de colón	Visita Psic.	Presenta insomnio	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	-----
9	Carrión Victor	67	M	2	Ca colón	Dra. Loor	Se niega a seguir con el tratamiento	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
10	Ibarra José Luis	30	M	2	Tímoma reseca	Dr. Moncayo	Paciente desorientado	Psicot. de Emergencia	Psicosis	Esposa

11	López María	69	F	2	Ca. colón	Visita Psic.	Preocupada porque al hermano le diagnosticaron de cáncer	Psicot. orientación psicoanalítica	N. histérica	-----
12	Mena Maximiliano	67	M	1	Ca. colón	Visita Psic.	Preocupación por la radioterapia	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
13	Pacheco Flor	40	F	2	Ca. mama	Visita Psic.	Angustiada por la extirpación de su mama.	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
14	Paucar Luis Ángel	55	M	1	Ca. piel	Visita Psic.	Preocupado por la caída del cabello	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	-----
15	Peñaflor Marco	71	M	1	Linfoma	Dr. Oleas	Crisis de angustia	Psicot. de Emergencia	N. Obsesivo	Hijo
16	Quiñones Wilson	79	M	1	Ca. colón	Vista Psic.	No desea recibir tratamiento	Psicot. de Emergencia	N. Obsesivo	Hija
17	Salvatierra Narcisca	42	F	1	Ca. de cervix	Vista Psic.	Angustiada debido a los problemas entre la madre y el hermano	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	Hermano, Madre
18	Santillan Mercy	30	F	1	Ca. Cerebro	Dr. Unda	No tiene tratamiento oncológico	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	Madre

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Adriana Solórzano Salazar.

Asistencia del mes de Noviembre de 2010

Fecha	Hora de entrada	Hora de Salida	Asunto	Firma
04/11/10 ¹	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
16/11/10	08:30am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
18/11/10	08:00 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
19/11/10	08:00 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Cambio de Información en la cartelera Visita médica	Adriana Solórzano S.
23/11/10	08:30 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
25/11/10	08:15 am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
26/11/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Visita médica	Adriana Solórzano S.
30/11/10	08:15 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.

JR. JORGE MONCAYO CERVANTES

032-1-5331.35 Jefe Servicio

Oncología

Complejo Hospitalario del IESS

Dr. Jorge Moncayo

Jefe de Oncología

¹ Los días 5, 9, 11, 12 de noviembre corresponde a la semana de vacaciones de los practicantes de la UCSG.

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

ESTADÍSTICA CLÍNICA- MES DE NOVIEMBRE DE 2010

N°	Nombre	Edad	Sexo	N°DE SES.	Dx. Médico	Derivación	Motivo de consulta	Intervención	Dx. Presuntivo	Entrev. Familiares
1	Ana María	49	F	1	Ca. Linfático	Pide ser atendida	Preocupada por su enfermedad y su situación familiar	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	-----
2	Arias Holger	34	M	1	Ca. esófago	Dr. Unda	Preocupación por su hijo menor	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
3	Asqui Tanya	40	F	1	Ca. Gástrico	Visita Psic.	Indispuesta por la QT	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
4	Avecillas Graciela	29	F	2	Linfoma	Visita Psic.	Paciente por primera vez en el área	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
5	Castro Luis	43	M	2	Ca. cabeza y cuello	Visita Psic.	Malestar con su madre	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
6	García Fanny	52	F	1	Ca. Ovario	Visita Psic.	Malestar después de la operación	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	-----
7	Mena Maximiliano	67	M	1	Ca recto	Visita Psic.	Preocupado por las radioterapias	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
8	Mendoza Luciano	80	M	1	Ca. cabeza	Visita Psic.	Paciente nuevo en el área	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
9	Mendoza Madellein	47	F	2	Ca. cérvix	Visita Psic.	Paciente nueva en el área, preocupación por la QT	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	-----

10	Molina Mercy	60	F	1	Ca. Uterino	Visita Psic.	Malestar con la hija menor	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	-----
11	Mora Zoraida	60	F	2	Ca. ovario	Dr. Oleas	Ansiedad	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	Sobrino
12	Ruiz Emilio	64	M	2	Ca conducto auditivo externo	Visita Psic.	Paciente nuevo en el área	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
13	Sánchez Juan	47	M	1	Ca testículo	Visita Psic.	Paciente nuevo en el área	-----	-----	Esposa
14	Santana Carlos	48	M	1	Ca. gástrico	Visita Psic.	Malestar por su estrabismo en el ojo.	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	-----
15	Santiestevan Rosa	22	F	1	Ca. ovario	Padre	No quiere comer	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	Madre
16	Tuarez Isabel	46	F	3	Ca. ovario	Visita Psic	Paciente nueva en el área	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
17	Vargas Luis	50	M	2	Sarcoma peritoneal	Visita Psic.	Paciente nuevo en el área	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	-----

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Adriana Solórzano Salazar.

Asistencia del mes de Diciembre de 2010

Fecha	Hora de entrada	Hora de Salida	Asunto	Firma
02/12/10	08:15 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
03/12/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Visita médica	Adriana Solórzano S.
07/12/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Grupo operativo con familiares del área	Adriana Solórzano S.
09/12/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Grupo operativo con familiares del área	Adriana Solórzano S.
10/12/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Grupo operativo con familiares del área	Adriana Solórzano S.
14/12/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
16/12/10	08:30am	12:30 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización. Cambio de Información en la cartelera	Adriana Solórzano S.
17/12/10	08:00 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Fiesta dirigida a los pacientes del área.	Adriana Solórzano S.
21/12/10	08:15 am	12:15pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
23/12/10	08:15 am	12:15pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
24/12/10	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Visita médica	Adriana Solórzano S.
28/12/10	08:15 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.
30/12/10	08:00 am	15:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización.	Adriana Solórzano S.

JR. JORGE MONCAYO CERVANTES
032-1-5331-35 Jefe Servicio
Oncología Entgdo.
Hospital Regional del I.E.S.S.

Dr. Jorge Moncayo

Jefe de Oncología

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

ESTADÍSTICA CLÍNICA- MES DE DICIEMBRE DE 2010

N°	NOMBRE	EDAD	SEXO	N°DE SES.	Dx. MÉDICO	DERIVACIÓN	MOTIVO DE CONSULTA	INTERVENCIÓN	Dx. PRESUNTIVO	Entrev. Familiares
1	Arias Blandina	63	F	3	Ca. amígdala	Visita Psicológica	Preocupación por la manutención de sus nietos	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
2	Asqui Tanya	40	F	2	Ca. gástrico	Visita Psicológica	Preocupada por la salud de la madre	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	Madre
3	Esparza Ma. Teresa	64	F	2	Ca. anal	Hija	Angustia	Psicot. orientación psicoanalítica	N. histérica	_____
4	Gonzales Ana Luisa	52	F	1	Ca.	Visita psicológica	Angustia	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
5	Gonzales Darío	21	M	1	osteosarcoma	Visita Psicológica	Interés en la rehabilitación	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
6	Herrera Ángela	49	F	1	Ca. colon	Visita Psicológica	Preocupada por su situación laboral	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
7	Hidalgo Byron	48	M	3	Ca colón	Visita Psicológica	Ansiedad por el desconocimiento del diagnóstico	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
8	López Adriana	17	F	1	Ca. colón	Visita Psicológica	Paciente por primera vez en el área	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
9	Mauyín Luis	57	M	1	Ca. gástrico	Visita psicológico	angustia	Psicot. de emergencia	N. Obsesivo	Esposa

10	Moscoso José	53	M	2	sarcoma	Visita psicológica	Preocupación porque no desea jubilarse	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
11	Ordoñez Cesar	50	M	2	Ca. tiroide metástasis pulmonar	Visita Psicológica	Preocupación por su diagnóstico	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Esposa
12	Reyes Leonor	42	F	2	Ca. Ovario	Dr. Lozano	Ansiedad por el diagnóstico médico y por la hinchazón en el cuerpo	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histerica	_____
13	Rodríguez Fabián	58	M	1	Ca. recto	Visita Psicológica	Angustiado por los efectos que le produjo la radioterapia	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
14	Salas Bertha	68	F	2	Ca. canal anal	Visita Psicológica	Preocupación por estar sola en el país	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histerica	_____

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Adriana Solórzano Salazar.

Asistencia del mes de Enero de 2011

Fecha	Hora de entrada	Hora de Salida	Asunto	Firma
04/01/11	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
06/01/11	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.
07/01/11	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Visita médica	Adriana Solórzano S.
10/01/11	08:00 am	13:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Visita médica Supervisión de practicantes	Adriana Solórzano S.
11/01/11	08:00 am	13:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Supervisión de practicantes	Adriana Solórzano S.
12/01/11	08:00 am	13:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Visita médica Supervisión de practicantes	Adriana Solórzano S.
13/01/11	08:00 am	13:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Supervisión de practicantes Charla al servicio de enfermería	Adriana Solórzano S.
14/01/11	08:00 am	13:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización y ambulatorio Visita médica Supervisión de practicantes	Adriana Solórzano S.
18/01/11	08:00 am	12:15 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización y ambulatorio	Adriana Solórzano S.
20/01/11	08:15 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización y ambulatorio	Adriana Solórzano S.
21/01/11	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización Visita médica	Adriana Solórzano S.
24/01/11	08:00 am	12:00 pm	Atención a pacientes y familiares de hospitalización	Adriana Solórzano S.

JR. JORGE MONCAYO CERVANTES

032-1-5331-35 Jefe Servicio

Oncología

Hospital Regional del I.E.S.S.

Dr. Jorge Moncayo

Jefe de Oncología

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Oncología

ESTADÍSTICA CLÍNICA- MES DE ENERO DE 2011

N°	NOMBRE	EDAD	SEXO	N° DE SES.	Dx. MÉDICO	DERIVACIÓN	MOTIVO DE CONSULTA	INTERVENCIÓN	Dx. PRESUNTIVO	Entrev. Familiares
1	Alvarado Ángel	43	M	1	Ca. gástrico	Visita psic.	Paciente nuevo en el área	Psicot. con orientación analítica	N. Obsesivo	—
2	Asencio Raúl	85	M	3	En estudio	Visita Psic.	Preocupación por los análisis	Psicot. con orientación analítica	N. Obsesivo	Esposa
3	Carrión Víctor	67	M	1	Ca. colón	Visita Psic.	No desea recibir tratamiento	Psicot. de emergencia	N. Obsesivo	Esposa
4	Casco Laura	64	F	3	Linfoma	Dra. Loor	No desea intervención quirúrgica	Psicot. de emergencia	N. Histérica	Hijas
5	Cornejo Diana	47	F	1	Ca. Mama	Lcda. Colombia	Paciente por primera vez en el área	Psicot. con orientación analítica	N. Histérica	—
6	Cotallan Mercy	75	F	1	Ca. mama	Visita psic.	Paciente por primera vez	Psicot. con orientación analítica	N. Histérica	—
7	Esparza María	64	F	2	Ca. anal	Hija	Preocupación por su hijo	Psicot. con orientación analítica	N. Histérica	—
8	Gonzales Ana	52	F	1	Ca. endometrio	Lcda. Reina	Nervios por QT	Psicot. de emergencia	N. Histérica	—
9	Gonzales Darío	21	M	2	Osteosarcoma	Visita psic.	Interés en la rehabilitación	Psicot. con orientación analítica	N. Obsesivo	—
10	Mena Maximiliano	67	M	1	Ca. Colón	Visita psic.	Cierre del proceso	Psicot. con orientación analítica	N. Obsesivo	Esposa

11	Mendoza Luciano	80	M	1	Ca. cabeza	Visita psic.	Cierre del proceso	Psicot. con orientación analítica	N. Obsesivo	Esposa
12	Moscoso José	53	M	2	sarcoma	Visita psic.	Cierre del proceso	Psicot. con orientación analítica	N. Obsesivo	_____
13	Pacton Luis	61	M	1	Ca. Gástrico	Visita Psicológica	Paciente en recaída de la enfermedad	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	-----
14	Paucar Luis Ángel	55	M	2	Ca. Piel	Visita Psic.	Cierre del proceso	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
15	Ramirez Ismella	33	F	1	Ca. gástrico	Tía	Depresión	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
16	Salto Nieve	67	F	2	Osteosarcoma	Vista psic.	Cierre del proceso	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____
17	Sarcho Rodolfo	58	M	1	Ca. colón	Visita psic.	Paciente por primera vez en el área	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	_____
18	Solari Mario	23	M	1	Osteosarcoma	Visita psic.	Cierre del proceso	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Obsesivo	Madre
19	Suarez Albina	75	F	3	En estudio	Visita psic.	Nervios por el dx.	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	Hija
20	Tomala Shirley	19	F	1	Osteosarcoma	Visita psic.	Cierre del proceso	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	Madre
21	Zambrano Jenny	39	F	1	Linfoma	Vista psic.	Descompensación	Psicot. de emergencia	N: Histérica	_____
22	Solano María	60	F	2	Carcinoma	Visita psic	Cierre del proceso	Psicot. orientación psicoanalítica	N. Histérica	_____