



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**Urgencia Subjetiva, un Dispositivo Analítico en el área de
Oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado
Carbo durante las prácticas clínicas del año 2017-2018.
Análisis de la experiencia de prácticas.**

AUTORAS:

**Obando García, Victoria Andreina
Vega Preciado, Elba Carolina**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciadas en Psicología Clínica**

TUTOR:

Dra. Guerrero Gallardo, Nora Marcia

Guayaquil, Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Obando García, Victoria Andreina y Vega Preciado, Elba Carolina como requerimiento para la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

TUTORA:

Dra. Guerrero Gallardo, Nora Marcia

DIRECTORA DE LA CARRERA

Psic. Galarza Colamarco, Alexandra Patricia, Mgs.

Guayaquil, 20 de febrero del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Obando García, Victoria Andreina y Vega Preciado, Elba Carolina**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **URGENCIA SUBJETIVA, UN DISPOSITIVO ANALÍTICO EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL AÑO 2017-2018. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICAS**, previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 20 de febrero del 2018

AUTORAS

Obando García, Victoria Andreina

Vega Preciado, Elba Carolina



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Obando García, Victoria Andreina y Vega Preciado, Elba Carolina**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **URGENCIA SUBJETIVA, UN DISPOSITIVO ANALÍTICO EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL AÑO 2017-2018. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICAS**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 20 de febrero del 2018

AUTORAS

Obando García, Victoria Andreina

Vega Preciado, Elba Carolina



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

The screenshot shows the URKUND interface with the following details:

- Documento:** [Urgencia Subjetiva, un Dispositivo Analítico en el área de Oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2017-2018. Análisis de la experiencia de prácticas..docx](#) (D35986201)
- Presentado:** 2018-02-27 23:49 (-05:00)
- Presentado por:** elbita_vp10@hotmail.com
- Recibido:** nora.guerrero.ucsg@analysis.orkund.com
- Mensaje:** Urgencia Subjetiva, un Dispositivo Analítico en el área de Oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2017-2018. Análisis de la experiencia de prácticas..docx. [Mostrar mensaje completo](#)

A green box indicates: 0% de estas 24 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Tema: Urgencia Subjetiva, un Dispositivo Analítico en el área de Oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2017-2018. Análisis de la experiencia de prácticas.

Estudiantes: OBANDO GARCÍA VICTORIA ANDREINA
VEGA PRECIADO ELBA CAROLINA

Revisor: Dra. Guerrero de Medina Nora Marcia

FIRMA _____

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme estar en donde estoy, por permitirme siempre superar todos los obstáculos que se presentan, por poner en mi vida a personas que me han sabido guiar y acompañar en este caminar.

A mi familia por el apoyo constante que me han dado siempre, por no dejarme sola, apoyarme en cada decisión que he tomado en mi vida y por impulsarme a ser mejor cada día, en especial a Vicky, Mónica y Margarita.

A mis amigas de la vida, los incondicionales que no solo han estado en los mejores momentos sino también en los momentos más difíciles: Franchesca, Andrea, Samantha, Melissa y Sandy.

A Carolina, mi compañera de tesis, por haber formado una gran amistad, por su comprensión, empatía y entendimiento durante este proceso.

A la Dra. Nora Guerrero gracias por toda la dedicación puesta en este trabajo, por enriquecernos con sus ideas y compartir su conocimiento con nosotras.

Al HTMC por abrirnos las puertas y siempre colaborar con lo que necesitábamos para el desarrollo del presente trabajo.

Victoria Andreína Obando García

AGRADECIMIENTO

A ti mi Padre celestial, mi querido Dios, como no agradecerte si tú me obsequias cada día de vida, me das la fortaleza necesaria para seguir batallando con cada obstáculo que se presenta a lo largo de la vida.

Agradezco a mi Sr. Padre Ramón Roberto Vega Verdy, por haber sido mi mejor amigo y por haberme apoyado siempre. A sí mismo, agradezco a mi Sra. Madre María Auxiliadora Preciado Ruíz, eres una mujer admirable, digna de ser amada por tu familia, amigos, pero sobre todo de Dios, eres una guerrera, valiente, fuerte, y sé que la lucha que haces los tres días a la semana es para seguir acompañando a tus hijas, Dios te ha dado la fortaleza para seguir adelante y aférrate a eso, a seguir viviendo por ti y por tus hijas que te aman, recuerda que nuestro ángel desde el cielo nos mira con sus ojitos llenos de cariño y amor. A mi querida hermana Mariuxi, gracias porque tú también me has ayudado mucho para seguir estudiando, siempre te voy a querer porque por tus venas pasa mi misma sangre, la sangre de nuestros padres.

A usted tía Mercy Zuñiga y a sus hijos por haberme tratado siempre como familia, gracias a ella puedo decir que la familia no siempre es de sangre, a mis amistades que pude hacer en la Universidad, a los que en el transcurso de mi preparación profesional pude conocer en otros lugares.

A mi compañera de tesis Andreina, agradezco por su tiempo, dedicación para poder presentar nuestro proyecto de sistematización y sobre todo la linda amistad que pudimos hacer.

Agradezco también a la Dra. Nora Guerrero de Medina, por haber aceptado trabajar en nuestro tema, por el esmero, la paciencia, gracias por habernos orientado, por su profesionalidad y exigencia para con nosotras.

Elba Carolina Vega Preciado

DEDICATORIA

A todas las personas que día a día luchan contra alguna enfermedad catastrófica y la enfrentan con todas sus fuerzas sin dejarse vencer, así mismo a los pacientes que atendí y que hoy ya no están entre nosotros, de igual manera a los que siguen en pie en esta constante lucha.

A Thomas y Vicky.

Victoria Andreína Obando García

DEDICATORIA

A mi mejor amigo, mi ángel, a ti papito Ramoncito, este logro, es nuestro. Eres mi faro que me ilumina en la oscuridad, y desde el cielo me cuida. Te extraño.

A ti mami Chely, porque me enseñas cada día que un resbalón no es caída, que debo seguir siempre adelante, buscando siempre superarme, por ser mi guía, por tu esfuerzo y sacrificio, por tu apoyo moral, por desvelarte muchas veces conmigo, acompañándome para poder presentar un buen trabajo, por levantarte siempre en las madrugadas cuando me tocaba viajar, por tu preocupación para que no me falte nada, eres mi pilar fuerte que me impulsa a seguir batallando día a día.

Este proyecto de investigación también está dedicado para todas las personas que pude conocer en el trayecto de mis prácticas dentro del Hospital, a las personas que día a día luchan para seguir viviendo, a las que se aferran a la vida, las que creen que el cáncer es solo una palabra mas no una enfermedad, por permitirme acercarme, dialogar, compartir, gracias por apoyar a mi compañera de tesis y a mí para poder iniciar y culminar este proyecto de sistematización, a las personas que padecen cáncer, sigan en la lucha que la batalla es larga, pero con frutos muy dulces.

Elba Carolina Vega Preciado



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Psic. Alexandra Patricia Galarza Colamarco, Mgs.
DIRECTORA DE CARRERA

Psic. Mariana Estacio Campoverde, Mgs.
DOCENTE DEL ÁREA

Psic. Rosa Irene Gómez Aguayo, Mgs.
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	5
OBJETO.....	7
OBJETIVOS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	8
EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	9
MARCO TEÓRICO.....	11
CAPÍTULO I: LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA Y EL SUJETO EN EL AMBIENTE ONCOLÓGICO.....	11
Dx Presuntivo y Dx Definitivo.....	11
Discurso médico y Discurso analítico.....	14
El Cáncer.....	18
Riesgos y alternativas médicas.....	22
El Trauma y la Urgencia.....	28
Calidad de Vida.....	34
CAPÍTULO II: FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y SUS INTERVENCIONES POSIBLES.....	36
2.1. Prevención y Promoción.....	36
2.2. Modos de Intervención.....	38
2.3. Intervenciones Psicológicas.....	40
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA.....	44
3.1. Método.....	44

3.2. Población	44
3.3. Instrumentos	45
3.4. Recursos.....	45
CAPÍTULO IV: MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN	46
Tabla 1: Momentos del proceso metodológico de la sistematización.	46
CAPÍTULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	47
5.1. ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA.....	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	57
ANEXOS.....	61
ANEXO 1: ENTREVISTA AL JEFE DEL AREA DE ONCOLOGÍA	61
ANEXO 2: ENTREVISTA AL PSICÓLOGO CLÍNICO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. TEODORO MALDONADO CARBO.....	65
ANEXO 3: TEMAS PARA TALLER DIRIGIDOS A FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS	67
ANEXO 4: SOLICITUDES REALIZADAS PARA LA AUTORIZACIÓN DEL USO DEL NOMBRE DEL HOSPITAL EN EL PRESENTE TRABAJO.....	68
ANEXO 5: RESPUESTA A LA SOLICITUD PARA LA UTILIZACIÓN DEL NOMBRE DEL HTMC EN EL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	70
ANEXO 6: FOTOS DEL TALLER REALIZADO A FAMILIARES DE PACIENTES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.	72
ANEXO 7: FOTOS DEL TALLER REALIZADO A FAMILIARES DE PACIENTES DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA.	73

RESUMEN

El presente trabajo es una sistematización de las prácticas clínicas realizadas en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo dentro del área de Oncología con pacientes sometidos a tratamiento contra el cáncer y sus familiares, con el fin de analizar como el dispositivo analítico ayuda frente a la urgencia subjetiva en que cae el sujeto en los distintos momentos de la enfermedad y el rol importante que cumple el psicólogo clínico logrando que sea más llevadero el tratamiento.

Las intervenciones realizadas durante el proceso de la práctica se fundamentan bajo la teoría psicoanalítica, haciendo uso del dispositivo de urgencia subjetiva y la escucha activa durante las sesiones con los pacientes apuntando a mejorar la calidad de vida del paciente. Los resultados obtenidos son en base a las intervenciones expuestas en donde se evidencia la urgencia que cae el sujeto oncológico frente al tratamiento.

Palabras claves: cáncer, acompañamiento, urgencia subjetiva, psicoterapia, calidad de vida.

ABSTRACT

The following research paper is a systematization of the clinical practices carried out at the Dr. Teodoro Maldonado Carbo Regional Hospital where we worked with patients admitted to the oncology area and also the relatives of patients who perform outpatient chemotherapy, in order to analyze how the analytical device helps against subjective urgency in which the subject falls in the different moments of the disease and the important role played by the clinical psychologist, making the treatment more bearable.

The interventions made during the practice process are based on psychoanalytic theory, making use of the subjective emergency device and active listening during sessions with patients aiming to improve the quality of life of the patient. The results obtained are based on the exposed interventions where the oncological subject's urgency against treatment is evident.

Key word: cancer, subjective urgency, psychotherapy, quality of life, accompaniment

INTRODUCCIÓN

Es normal que el organismo reaccione de distintas maneras ante situaciones extremas; es por ello, que se puede considerar que, el cuerpo, es el campo de batalla que proyecta si algo anda bien o mal, de esta misma manera funciona nuestro aparato psíquico.

Hablar de cáncer, en general, es exponer algunos conceptos que de una u otra manera genera un impacto negativo para el sujeto y su familia, puesto que el solo hecho de conocer el diagnóstico da paso a una serie de síntomas que ya no solo serán físicos para el sujeto sino psíquicos como: depresión, angustia, temor y ansiedad.

Durante nuestras prácticas clínicas pre profesionales que se realizaron desde Julio 2017 a Enero del 2018, fue evidente observar las reacciones negativas por parte del paciente y su familia frente al diagnóstico y las distintas etapas que el sujeto oncológico va a enfrentar en el proceso de la enfermedad.

En el Primer Capítulo se dará a conocer la enfermedad, cuál es el tipo de cáncer más frecuente que ataca a las personas, así mismo se hará una explicación de los riesgos y alternativas médicas que se dan durante el proceso. Se trabajó con el dispositivo de psicoterapia de urgencia en pacientes que presentan angustia al momento del primer diagnóstico de cáncer, de igual manera durante las etapas que se daban durante la enfermedad ya que había casos en los que era necesaria la amputación de un miembro del cuerpo para que el cáncer no se pueda extender a otras regiones, haciendo que esto sea un hecho traumático, no solo para el paciente si no para el familiar.

En el Segundo Capítulo se va a explicar cómo son las intervenciones del psicólogo clínico tanto con pacientes como con sus familiares y el tipo de psicoterapia que se emplea dependiendo del caso que se va a tratar y de la etapa en que se encuentre el paciente. Uno de los momentos más difíciles durante la etapa del cáncer es cuando el paciente deja de estar bajo recursos terapéuticos y pasa a un área de cuidados paliativos; aquí se trabaja directamente con el familiar, ya que en la mayoría de los casos los pacientes ya no pueden hablar y se realiza el respectivo acompañamiento psicológico con quienes lo requieran.

Como Tercer Capítulo se dará a conocer sobre la metodología empleada, asimismo los instrumentos utilizados durante la sistematización y cuáles fueron los resultados obtenidos en cada caso trabajado.

JUSTIFICACIÓN

A partir de la experiencia obtenida durante el proceso de las prácticas clínicas, conseguimos darnos cuenta de lo importante que es la labor del Psicólogo Clínico dentro del área de Oncología, ya que anteriormente se dejaba a un lado la subjetividad del paciente; y, más bien, solo se basaban en el tratamiento médico que el sujeto podía recibir, según el tipo de cáncer que presentaba. Actualmente, se realiza un trabajo interdisciplinario con pacientes del área; es decir, que ya no solo se toma en cuenta la participación de los Médicos y las Licenciadas en enfermería, si no la intervención que el Psicólogo Clínico tiene con estos pacientes en las distintas etapas de la enfermedad. Es por ello que el presente trabajo es de gran importancia por los aportes que se darán a partir de la experiencia con el trabajo clínico con estos pacientes.

Han existido muchos motivos por los que un sujeto puede ingresar a una institución hospitalaria; pero, el simple hecho de no tener la salud física en buenas condiciones, puede provocar una inestabilidad emocional a nivel personal, familiar y muchas veces laboral, provocando una urgencia subjetiva.

Por ello, el trabajo del psicólogo dentro del área tiene como fin ofrecer un acompañamiento psicológico mediante las intervenciones posibles con pacientes y familiares durante la estancia hospitalaria; pues, se sabe que toda hospitalización involucra una serie de crisis para el paciente y su familia e; incluso, se puede hablar acerca de un duelo que no necesariamente está vinculado a la muerte de algún familiar sino a una pérdida que en este caso sería de la salud; es entonces que con el simple hecho de tener que estar hospitalizado, el paciente se va a sentir angustiado, con miedo, va a experimentar ansiedad, lo mismo que va a suceder con los familiares, y es que a través de estas posibles intervenciones, se tiene que identificar cuáles son sus dudas, inquietudes, qué es lo que a ellos les está afectando en el proceso de hospitalización, pues manifiestan mucha carga emocional negativa y es ahí donde el Psicólogo Clínico interviene para que se sientan mejor en todo este proceso.

CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN

El presente trabajo de sistematización está basado en la experiencia de las prácticas clínicas que se realizaron durante los meses de Julio a Enero en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, dentro del área de Oncología, realizando intervenciones tanto a pacientes como familiares.

El Hospital Regional de Guayaquil se inauguró el 7 de octubre de 1970, cuando ejercía la Presidencia de la República el Dr. José María Velasco Ibarra y la cartera de Previsión Social el Licenciado Luis Eduardo Robles Plaza, quienes estuvieron presentes en las nuevas instalaciones aquel recordado día. El Arzobispo Bernardino Echeverría, al bendecir la obra, recordó el deber del médico frente al paciente y evocó el alivio del dolor como símbolo de su misión. Asimismo, en su intervención, el Ministro Robles recordó que la obra asentaba la cristalización de un sueño de los afiliados, para que el beneficio fuera patente y que era necesario enmendar procedimientos administrativos a favor de los afiliados, comprometiendo la ayuda gubernamental para dotar de los recursos económicos y financieros necesarios para cumplir sus objetivos. Desde su inauguración, el Hospital Regional marcó la pauta de la atención médica en la región y en la ciudad, donde se sumó a la atención de centros de gran prestancia como SOLCA y el Hospital Luis Vernaza.

El desarrollo del Hospital a lo largo de los años lo situó desde siempre a la vanguardia de la medicina ecuatoriana, marcando el paso en la incorporación de nuevas tecnologías y nuevas especialidades para ponerlas al servicio de los afiliados y a pesar de los avatares políticos que cíclicamente han sacudido a la Institución, ha logrado mantener estándares aceptables de atención. Durante largos años el Hospital lideró las acciones médicas en especialidades como la cirugía cardiovascular, la nefrología y el trasplante de riñón, el laboratorio hormonal y de citogenética, así como en áreas como oftalmología, gineco-obstetricia, fisioterapia y rehabilitación.

El Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo busca el bienestar del sujeto siendo esto evidente en su misión y visión institucional.

Misión

Proteger a la población asegurada por el IESS, contra las contingencias que determina la normativa vigente garantizando el derecho al buen vivir.

Visión

Ser una Institución referente en Latinoamérica, permanente, dinámica, innovadora, efectiva y sostenible que asegura y entrega prestaciones de Seguridad Social con altos estándares de calidad y calidez, bajo principios y valores rectores.

Entre los servicios que ofrece el Hospital están:

CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA	
18 CLÍNICAS <ul style="list-style-type: none">• ALERGOLOGÍA• CARDIOLOGÍA• DERMATOLOGÍA• ENDOCRINOLOGÍA• GASTROENTEROLOGÍA• HEMATOLOGÍA• INFECTOLOGÍA• MEDICINA INTERNA• NEFROLOGÍA• NEUMOLOGÍA• NEUROLOGÍA• ONCOLOGÍA• REUMATOLOGÍA• SALUD MENTAL• NUTRICIÓN• GERIATRÍA• PEDIATRÍA• SALUD DE PERSONAL	16 CIRUGÍA: <ul style="list-style-type: none">• GENERAL• CARDIOTORÁCICA• VASCULAR PERIFÉRICA• PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA• COLOPROCTOLOGÍA• NEUROCIRUGÍA• OFTALMOLOGÍA• OTORRINOLARINGOLOGÍA• TRAUMATOLOGÍA• UROLOGÍA• HEMODINAMIA• PEDIÁTRICA• ONCOLÓGICA• GINECOLÓGICA/OBSTÉTRICA• MAXILOFACIAL• TRASPLANTE
	11 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO <ul style="list-style-type: none">• ANATOMÍA PATOLÓGICA• BANCO DE SANGRE• DIÁLISIS• FARMACIA• IMAGENOLOGÍA• MEDICINA NUCLEAR• LABORATORIO CLÍNICO• RADIOTERAPIA• GENÉTICA Y MOLECULAR• ANESTESIOLOGÍA• MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
	6 MEDICINA CRÍTICA <ul style="list-style-type: none">• EMERGENCIA• CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)• CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)• CUIDADOS CORONARIOS (UCC)• CUIDADOS NEUROLÓGICOS• TRANSPORTE MEDICALIZADO

Tomado de: Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Dentro del área en donde se realizaron las prácticas, el Dr. Luis Martínez, jefe de área de Oncología, desde el inicio se mostró amable y dispuesto a colaborar para que el resto del personal respete la labor que se estaba ejerciendo como psicólogas clínicas, posteriormente tomó el mando de la Jefatura el Dr. Luis Unda que de igual manera hizo respetar la función que se ejercía dentro del área durante el tiempo de prácticas frente al distinto personal que labora en la Institución.

El área de Oncología está conformada por diez habitaciones con capacidad para dos pacientes en cada una de ellas, una estación de enfermería, Doctores Oncólogos, Médicos Generales, Médicos Residentes Postgradistas, Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, un Staff Médico, Jefatura de Secretaria del área de Oncología.

OBJETO

El objeto de estudio, en este caso, no solo serán los pacientes sino también los familiares que los acompañan durante su hospitalización en el área de Oncología. Se atendió a pacientes quienes recién se habían enterado de la enfermedad, pacientes que acudían al área para iniciar el ciclo de tratamiento de quimioterapias, las cuales tienen como duración entre cinco a seis días, cada 21 días y pacientes que se encuentran fuera de recursos terapéuticos que, por motivo de su enfermedad avanzada, se los deriva al área de Cuidados Paliativos.

Fue necesario realizar intervenciones con los familiares dado que no era solo el paciente quien entraba en urgencia sino la persona que, lo acompañaba también, que durante ese proceso en algunas ocasiones al ver el mal estado en que el paciente se encontraba entraban en crisis haciendo que el propio paciente empiece a sentirse angustiado afectando más su estado de salud.

OBJETIVOS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Analizar cómo el dispositivo analítico ayuda frente a la urgencia subjetiva en que cae el sujeto frente a los momentos de la enfermedad del cáncer, durante las prácticas clínicas del año 2017-2018, dentro del área de Oncología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo para dar a conocer el rol importante del Psicólogo Clínico que juega con los pacientes haciendo más llevadero el tratamiento con los enfermos.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Distinguir los momentos que se dan durante la enfermedad del cáncer y cómo va a abordar el Psicólogo Clínico frente a la urgencia subjetiva que va a presentarse.
- Describir cómo interviene el Psicólogo Clínico en los pacientes oncológicos y familiares que se encuentran durante el proceso médico.
- Mostrar cómo los grupos operativos entre pacientes oncológicos ayuda a reducir el estado de angustia en la que el paciente se encuentra por la enfermedad.
- Identificar qué tipo de psicoterapia se debe de aplicar a cada paciente que se encuentra hospitalizado y cómo ayudará a mejorar su estancia durante su tratamiento.

EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil oferta la carrera de Psicología Clínica, entre las instituciones que se propusieron para la realización de las prácticas se encontraba el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, lugar que llamó la atención por las distintas intervenciones que se pueden realizar y para lo que se escogió como trabajo de sistematización.

El Marco Teórico se sustentará en tres niveles; el primer segmento tendrá un enfoque sobre la Institución Hospitalaria, en donde se expone el discurso médico y discurso analítico que conlleva la emergencia médica y la urgencia psicológica, así mismo se dará una breve explicación sobre el sujeto en el ambiente oncológico, los tipos de cáncer, los riesgos y alternativas médicas, el afrontamiento del paciente y familiar ante el diagnóstico, también se dará realce sobre el trauma, el deseo y goce en juego del paciente ante la enfermedad.

A continuación, el segundo segmento hará hincapié a la función del Psicólogo Clínico y sus posibles intervenciones en el área, la prevención y promoción que es muy importante para abarcar estos temas que son primordiales para nuestra profesión, los modos de intervención, en donde se desenvuelve un rol necesario, la transferencia, la escucha activa y en base a eso, saber qué intervención posible poder emplear con el paciente y la familia.

Es necesario saber que la perspectiva psicoanalítica nos brinda la psicoterapia de urgencia, psicoterapia breve, psicoterapia analítica y psicoterapia de grupo, de las cuales, dependiendo del caso a caso poder emplear para poder obtener buenos resultados y mejorar la calidad de vida del sujeto y su familia.

Se tomará como referente médico la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto a otras fuentes médicas que expliquen acerca de cómo se desarrolla esta enfermedad, mientras que en lo referente psicológico, se tomará los modos y las estrategias de Intervención. Así mismo, a través de la charla a los familiares que acompañan en el área a los pacientes de Oncología, se buscará que puedan entender cómo es el afrontamiento, el acompañamiento psicológico que es de gran ayuda para mejorar la calidad de vida del paciente.

Como último punto, se tomará en cuenta los casos más relevantes que han sido atendidos por las practicantes en el Hospital, estos casos irán acompañados por el sustento teórico presentado en el trabajo.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA Y EL SUJETO EN EL AMBIENTE ONCOLÓGICO.

1.1. Dx Presuntivo y Dx Definitivo

El diagnóstico, se lo puede entender como una construcción en base a un cuadro clínico, que permite definir la enfermedad que aqueja al sujeto. Es importante saber que un diagnóstico no es en sí una realidad, sino más bien un proceso que tiene un fin específico, pues son aproximaciones certeras, sin embargo deben ser siempre revisadas, ya que van cambiando no sólo de forma individual, sino más bien al cambio que realiza la organización científica, pues suele modificar, cambiar, desarrollar ciertas jerarquizaciones clasificatorias y por ende el profesional trata estar en una constante actualización de conocimientos, debido que un diagnóstico debe ser correctamente realizado tanto en la rama de la Medicina como en la Psicología.

La Revista médica de Chile (2007) afirma que “el diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un cuadro clínico, destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente”. En este diagnóstico que servirá de guía para que el profesional enfrente de manera adecuada el tratamiento a seguir en lo que llamaremos las diversas urgencias subjetivas que manifiesta el paciente.

Desde la perspectiva del médico, la exactitud del diagnóstico depende mucho de la calidad del historial clínico, en tanto que también es importante saber la sapiencia del médico sobre la enfermedad y por supuesto la forma de lectura de los síntomas, signos, conductas que el paciente podría mostrar en la consulta. Mientras que la perspectiva del paciente, al exponer su historia de vida, muestra una experiencia peculiar, particular y muchas veces intensa, ya que puede estar lleno de sentimientos negativos, experiencias que de una u otra manera han sido reprimidos. Pues suele suceder que el paciente al saber que debe acudir a un hospital se encuentra ansioso al encontrarse quizás con noticias negativas que no quisiera saber y es por eso que demora semanas e, incluso, meses hasta que finalmente acude al hospital ya cuando su enfermedad ha avanzado de manera drástica.

Diagnostico Presuntivo

Diagnóstico presuntivo, como su nombre lo denomina, es una presunción que realiza el profesional cuando no hay certeza de las causas por la cual se desarrolla la enfermedad. Es por ello que se lo considera el más aceptado actualmente, pues el profesional lo utiliza como método científico.

Para poder contextualizar el término de diagnóstico presuntivo citaremos a La Revista Cubana de Medicina Integral (2006, pág. 6) que lo define como:

Una hipótesis es un diagnóstico presuntivo que el médico utiliza para explicar las quejas del paciente y que se deriva de un análisis del concepto inicial. Una vez formuladas las hipótesis iniciales, el médico insiste en áreas del interrogatorio, en el examen físico y las investigaciones para confirmar una de las hipótesis y excluir las demás.

Por otro lado, el diagnóstico presuntivo, tal como lo define la Revista Cubana de Medicina General Integral (2011), hace una referencia que sirve para explicar el cuadro clínico del sujeto, en este caso dentro de la Institución Hospitalaria, el profesional realiza un breve análisis del concepto inicial, haciendo de manera general más de dos a cinco hipótesis, sin embargo entre más experiencia tiene el profesional, la hipótesis va hacer mayor, debido que la hipótesis incluye síndromes o también situaciones fisiopatológicas.

Diagnóstico Definitivo

Cuando nos referimos a un diagnóstico definitivo, se considera que es un diagnóstico final, que es apoyado a través de medios clínicos y de un aporte diagnóstico presuntivo donde se confirma o se descarta una enfermedad que aqueja al paciente y es lo que ayuda al profesional a orientarse al tratamiento idóneo para mejorar su calidad de vida.

Para el Instituto Nacional del Cáncer el diagnóstico definitivo es el “Diagnóstico final al que se llega después de obtener los resultados de pruebas, como análisis de sangre y biopsias, las cuales se realizan para determinar si hay presencia de cierta enfermedad o afección” (NCI, NIH Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

1.2. DSM – V

Actualizado en el año 2013, el DSM, es una clasificación de trastornos mentales que es utilizado por muchos profesionales de la salud para poder instaurar un diagnóstico específico a un paciente, es utilizado para establecer estadísticas de salud pública, considerando el más utilizado a nivel mundial para la clasificación de distintos trastornos mentales.

Primera vocal enuncia que:

La historia del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) se remonta a 1869 cuando la asociación Americana Médico-psicológica, que luego pasaría a ser la actual asociación americana de psiquiatría (APA), crea un manual que responde a la necesidad de contar con un sistema de clasificación de los trastornos mentales consensuado y aceptado ampliamente que otorgue consistencia y legitimidad científica a la psiquiatría oficial. (Primera Vocal.org, 2013)

Sería importante poder dar paso a la breve historia de lo que se ha convertido el DSM, sin embargo, es tan extenso el texto, que preferimos centrarnos en lo que es. Muchos profesionales lo utilizan como referencia a la codificación que conlleva este libro a través de los trastornos que ofrece, encasillando y/o etiquetando de una u otra manera al sujeto. Este manual se centra en la descripción de los síntomas que el sujeto va a presentar, describe cuales son los lineamientos que el paciente presenta para categorizar con una determinada enfermedad.

En el área de oncología es notable que este libro se encuentre a la orden del día, pues es de gran ayuda para los doctores tratantes como para la Psicóloga del área.

2. CIE

Publicada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992, esta versión está direccionada al equipo clínico general, de la misma manera sirve para la docencia e incluso para fines administrativos.

“La CIE en conjunto ha sido diseñada para hacer la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad” (Organización Mundial de la Salud, 1992, pág. 23). Sin embargo el glosario de la CIE es reducido con el fin de servir como referencia para la comparación de otras clasificaciones, a lo largo del libro, cada trastorno se acompaña de una introducción de las características clínicas primordiales junto a las características secundarias que son fundamentales.

Durante la práctica clínica, pudimos evidenciar por parte del equipo médico, que dentro del sistema que ellos manejan se basan en la codificación que brinda este libro, de tal manera ir “etiquetando al sujeto” según los síntomas, signos que lleva a consulta el paciente clasificándolos así con la enfermedad que presenta, para cada enfermedad o diagnóstico existe un código en el CIE que el médico debe de registrar en la historia clínica del paciente.

3. Discurso médico y Discurso analítico

Se considera que la salud mental y física es un todo integral; las concepciones de salud y enfermedad están encabezadas por teorías dirigidas a la preservación en el área de la salud y sobre todo a la prevención de las enfermedades; es importante no olvidar que la ciencia al igual que la medicina crean nuevos adelantos técnicos, que siempre manifiesta el paciente al profesional.

La rama Química Farmacéutica arraigada a la medicina, están en constantemente avance para encontrar siempre “la solución”, demostrando que se pueden inventar cosas con menos dinero y menos tiempo, y es desde ese punto en donde se promueve la venta y promoción de “la pastilla” cuyo objetivo es que la aplicación y resultado sea similar para todos los que entran a la dosificación y de esa forma puede ser empleado de manera masiva.

Le Bretón señala una relación entre el cuerpo y la medicina muy interesante: él señala que el problema que establece la medicina es que se encarga de curar la enfermedad y no al enfermo. La medicina es la medicina del cuerpo, no la del hombre, es decir, “La medicina sigue siendo fiel a la herencia de Vesalio, se interesa por el cuerpo, por la enfermedad y no por el enfermo” (Breton, 2002, pág. 10). Con el desarrollo de la ciencia, ésta ha incorporado a la medicina a tal punto que no hay lugar a la

subjetivación y a la particularidad, siempre buscando adelantos que brinden beneficios a todos, que resulte con todos, este es su modo particular de abordaje, una forma de decir sería, algo es bueno cuando sirve para todos.

En la exhaustiva existencia Hospitalaria, el equipo médico no se da cuenta que el paciente no le basta solo la medicina para adormecer el síntoma, sino más bien necesita “algo más”, que no solo por cuestión de tiempo el médico no puede atender, sino porque ese “algo más” que el paciente necesita, no sabe de dónde viene, ni cómo abordarlo, muchos profesionales de la medicina toman como solución la prescripción directa de un fármaco, para tratar de compensar algo que creen que está a su alcance.

Para J. Alain Miller la aparición del real en el Otro, es lo que realmente saca de pista al progresismo, que se apoya en la finalidad universalizante netamente de la ciencia, es decir, tratar de alcanzar una equidad, particularmente del goce. “El discurso psicoanalítico es el lugar de la producción del sentido y de la interpretación y se opone punto por punto al neurológico” (Mendilaharsu, 2002, pág. 8). Es aquí donde el psicoanálisis toma el lugar de tal manera establecer los efectos de verdad y del deseo que provoca la ciencia, lugar que para la medicina no toma en cuenta.

La Revista Uruguaya de Psicoanálisis dará una breve introducción acerca de estos discursos:

En psicoanálisis la cura apunta a un cambio en la estructura que se teoriza de modo distinto según las múltiples escuelas teóricas, refiriéndose a la fuerza del Yo, a su función sintética, a la mejor cohesión del self, al levantamiento de clivajes, a la reorganización del mundo fantasmático, a la adquisición de una mejor relación con la falta o la castración, etc. El poder ya no reside en el médico: es esencial la participación activa del paciente que asume la responsabilidad de su análisis. El analista, contrariamente al médico, que depende de la experiencia sensorial, colocará en la palabra toda la fuerza de su acción. (pág. 9)

Para concluir diremos que la medicina se encargará directamente de la queja del paciente, tomando sólo el cuerpo y órganos, produciendo efectos de saber, mientras que para el psicoanálisis lo que producirá serán efectos de verdad, se encarga de liberar ese sujeto perdido en su goce, anulado por la ciencia, dará un lugar a ese goce

que es particular y para lo cual no existe nada que se comparta o que le vaya bien para todos.

Como Psicólogas Clínicas, trabajar con el marco teórico psicoanalítico, nos permite mantener una escucha distinta a diferencia de otras teorías, nos enfocamos a una escucha atenta, sin ningún prejuicio, pues se sabe que detrás se encuentra el sujeto del inconsciente, que permite trabajar vía el síntoma que no se resuelve sino más bien que se desplaza. Síntoma que tiene doble dimensión que se transforma en queja, de malestar e incluso de goce. En el área de oncología hay sujetos que de una u otra manera sufren, estamos situadas frente a un dolor que es difícil de ser ignorado, pues existe una queja inicial que no se debe ni puede ser ignorada, esta queja es la falta y es en este punto en el cual nosotras como profesionales trabajamos.

4. Emergencias médicas y urgencia subjetiva

Al referirnos a la urgencia subjetiva, vamos a señalar que es necesario establecer un dispositivo analítico para enfrentar la cura. Este dispositivo analítico tiene pilares fijos que son: la asociación libre, el establecimiento de la transferencia más la interpretación de parte del terapeuta frente a lo que el sujeto enfrenta.

En las instituciones hospitalarias se utiliza el dispositivo de guardia, artificio establecido netamente para la atención de las urgencias médicas, es en este punto donde el sujeto es asistido de forma inmediata por el equipo médico, con el fin de evaluar, tratar la gravedad del sujeto y de esa manera intentar resolver aquellas situaciones que pone en riesgo la gravedad del sujeto, es decir, se busca resolver la situación crítica del paciente y así poder iniciar el tratamiento correspondiente. Se intenta aliviar *dolencia somática*. La urgencia permite abordarla de distintos modos.

Hablar de emergencias médicas en el contexto hospitalario, nos lleva a pensar en un campo muy amplio, ya que estas emergencias surgen a diario y en cada momento. Estas emergencias son atendidas de manera rápida y ante la cual el profesional calcula con eficacia y precisión la gravedad de los trastornos que presenta el paciente y que están ocasionando el problema, es así que el médico atiende las manifestaciones sintomáticas del sujeto.

Esta necesidad en pocas palabras se satisface, la crisis orgánica es sofocada en el menor tiempo posible, precautelando el bienestar del paciente, mientras que para el Psicólogo Clínico, la necesidad de este paciente está ligada a algo más, está articulada a la demanda que es siempre dirigida al Otro, es por esto que se plantea la diferencia entre una emergencia médica y una urgencia subjetiva.

En el texto *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis* de Lacan (1953), se señala que la práctica del psicoanalista debe estar relacionada con la subjetividad de la época, así mismo Inés Sotelo (2005) se refiere a la inserción de los analistas en las Instituciones Hospitalarias, que la institución es un espacio, lugar favorecido para estudiarla, es un espacio donde existe gran porcentaje de demandas las mismas que están adheridos a los distintos discursos.

La urgencia del sujeto es distinta, aquí se nos presenta como un ser que sufre pero que no puede representarse, no encuentra la manera de expresar lo que siente, hablar de sí se vuelve imposible, no sabe cómo dar cuenta de lo que está pasando en su “yo” su parte consciente se ve inválido, paralizado, inhibido.

Sigmund Freud define la urgencia como un momento de quiebre: es aquí donde se produce la ruptura de la homeostasis con la que transcurriría la vida de un sujeto, y entonces acontece una irrupción pulsional. “la abolición momentánea del principio del placer” (Freud, 1920, pág. 29). Sin embargo según la perspectiva de Lacan, la urgencia otorga la emergencia de un real, “se pone en cruz para impedir que las cosas anden” (Lacan, 1975, pág. 84).

La urgencia subjetiva actual nos ha llevado a reconsiderar los estándares tanto desde sus categorías clínicas, como desde los dispositivos. Debemos entonces plantearnos si es posible seguir pensando tanto a la sociedad como a la institución como un todo global.

La urgencia del sujeto nos enfrenta con el sufrimiento y el dolor de un ser en el cual algo ha quedado fijo y es imposible de soportar, ha habido un corte, en el cual algo del fantasma ha fallado dejando al sujeto desvalido frente a un real. El sujeto en el Hospital toma diferentes actitudes, pero siempre están referidas a Otro. Nosotras como profesionales con conocimiento que el sujeto siempre es un sujeto en falta, lo que hace que cuando se le presentan situaciones de crisis como, por ejemplo, la del

diagnóstico de la presencia de tumores malignos, de la posibilidad de perder una parte del cuerpo e, inclusive, la probabilidad de la pérdida de trabajo por la enfermedad, más aún cuando su medio ambiente se ve trastocado y afecta sus relaciones familiares. Ante esto, el sujeto espera siempre algo más de lo que recibe del Hospital, al cual en un primer momento ve como salvador y capaz de permitirle recuperar su bienestar total.

Es necesario en estos momentos escuchar el discurso del sujeto todo aquello que sea capaz de decir para tratar de elegir una intervención adecuada al caso; en la Urgencia Subjetiva que se presenta en las instituciones hospitalarias, nos encontramos frente a sujetos de los cuales nada conocemos, por lo cual a veces es necesario explicar, consolar o promover maniobras específicas. De aquí que intervenir en la crisis siempre implica flexibilidad, que debe ser manejada con cuidado para no incurrir en riesgos innecesarios.

5. El Cáncer

La Organización Mundial de la Salud dirá que:

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. (OMS, 2018)

Esta enfermedad se la considera un gran problema mundial en el área de salud pública, sin embargo, sabemos que se puede prevenir y se la puede tratar a tiempo, es más han existidos caso que los resultados de los tratamientos son positivos y el paciente termina ganando la batalla contra esta enfermedad.

La enfermedad del cáncer inicia en las células, que se los puede denominar como los ladrillos o barrera que sostiene el cuerpo, nuestro organismo automáticamente reemplaza las células envejecida por nuevas células, sin embargo muchas veces este

proceso no se da de manera “normal” y es ahí donde la células que nacen, se van reproduciendo más y más células provocando más adelante las denominadas masas o tumores en cualquier parte del cuerpo.

Las células que se forman de manera anormal, producen tumores y estos pueden ser malignos o benignos, así mismo estas células se pueden desprender y se diseminan en otras partes del cuerpo. Existen muchos tipos de cáncer, la mayoría de estos se los denomina según el lugar donde esté localizado. La ciencia y la tecnología han sido pilares fundamentales para combatir esta enfermedad, a través de inventos farmacéuticos, en donde el objetivo es que un medicamento pueda servir para todos los sujetos.

5.1.1. Breve Historia de la enfermedad

Actualmente el cáncer ya no se la considera como una enfermedad nueva, es más, podríamos irnos a tiempos de los papiros egipcios aproximándonos en el año 1600 a.C ya la detallaban. El anatomista italiano Giovanni Morgagni en el año 1761 realizó la primera autopsia, en este año se solidificaron las investigaciones sobre el estudio científico del cáncer, también denominado como *Oncología*. “En el siglo XVIII, John Hunter fue uno de los primeros en sugerir que se operara un tumor” (Gandur, pág. 7).

5.1.2. Tipos de cáncer más frecuentes dentro del HTMC

Durante la práctica clínica, en el área de Oncología, se pudo observar que las patologías más comunes en mujeres son: Cáncer de mama, Cáncer de útero, Cáncer gástrico. Así mismo en los hombres son: Cáncer de Pulmón, Sarcomas en partes blandas y metástasis.

Cáncer de Mama

Al referirnos al cáncer de mama, nos dirigimos al cáncer más frecuente en la mujer a nivel mundial, el elevado porcentaje de casos afectan de manera directa al entorno familiar, personal y social, esto se atenúa si pensarían que actualmente se mantiene la investigación para encontrar nuevas formas de tratamientos y fármacos.

Según la Asociación Española Contra el Cáncer (2014) refiere que:

Los órganos que forman nuestro organismo están compuestos por células, que normalmente se dividen de forma ordenada con el fin de reemplazar las ya envejecidas o muertas. Cada célula posee una serie de mecanismos de control que regulan este proceso. Cuando en una célula se alteran estos mecanismos de control, se inicia una división incontrolada produciendo un tumor o nódulo. (pág. 5)

Es decir, se forma en los tejidos de la mama, por los conductos y los lobulillos, esta enfermedad puede presentarse tanto en el hombre como en la mujer. Sin embargo, el cáncer de mama en el hombre son muy escasos los casos que se presentan.

Cáncer de útero

Así como el cáncer siempre se lo identifica de acuerdo a la zona en donde crece, pues el cáncer de útero se lo denomina también como endometrio, debido que se desarrolla en el revestimiento en donde está el útero, es importante aclarar que el tratamiento es más eficaz cuando se lo detecta a etapa temprana. Actualmente no se conoce como se podría prevenir esta enfermedad, sin embargo existen probabilidades para reducir el porcentaje de contraer esta terrible enfermedad que aqueja a las mujeres.

Para ello el Instituto Nacional del Cáncer, menciona que:

El útero es un órgano muscular hueco donde crece el feto. El cáncer de útero puede comenzar en diferentes partes del útero. La mayoría de los cánceres de útero comienzan en el endometrio *el revestimiento interno del útero*. Esto se conoce como cáncer de endometrio. La mayoría de los cánceres del endometrio son adenocarcinomas *cánceres que empieza en las células que elaboran moco y otros líquidos*. (NIH, Instituto Nacional de cancer, 2015)

Cáncer Gástrico

Del mismo modo el Instituto Nacional de cáncer señala que:

El cáncer de estómago *gástrico* es una enfermedad por la que se forman células malignas *cancerosas* en el revestimiento del estómago. El estómago se encuentra en la parte superior del abdomen y ayuda a digerir los alimentos.

Casi todos los cánceres de estómago son adenocarcinomas *cánceres que empiezan en las células que producen y liberan moco y otros líquidos*. Otros tipos de cáncer de estómago son tumores carcinoides gastrointestinales, los tumores del estroma gastrointestinal y los linfomas. La infección por la bacteria que se llama *H. pylori* es una causa común de cáncer de estómago. El cáncer de estómago se diagnostica con frecuencia en un estadio avanzado porque no presenta signos o síntomas tempranos. (NIH, Instituto Nacional de cancer, 2015)

Cáncer de Pulmón

Durante las prácticas, pudimos observar que los pacientes que llegaban a hospitalización presentaban cáncer de pulmón, haciendo este tipo más frecuente dentro del área de Oncología, por lo cual la Institución Nacional de cáncer se referirá a este tipo de cáncer de la siguiente manera:

Los pulmones son un par de órganos respiratorios en forma de cono en el interior del pecho. Los pulmones llevan oxígeno al cuerpo cuando se inhala y envían dióxido de carbono fuera del cuerpo cuando se exhala. Los dos tipos principales de cáncer de pulmón son el cáncer de pulmón de células no pequeñas y el cáncer de pulmón de células pequeñas. Los tipos se basan en el aspecto de las células al microscopio. El cáncer de pulmón de células no pequeñas es mucho más frecuente que el cáncer de pulmón de células pequeñas. La causa de la mayoría de los casos de cáncer de pulmón es el hábito de fumar. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en los Estados Unidos.

Para la mayoría de los pacientes de cáncer de pulmón, los tratamientos actuales no logran la curación. (NIH, Instituto Nacional de cancer, 2015)

Sarcoma

Según la Sociedad Americana de cáncer menciona que:

Un sarcoma es un tipo de cáncer que se origina en ciertos tejidos como los huesos o los músculos. Existen dos tipos principales de sarcoma: sarcomas de tejidos óseos y blandos. Los sarcomas de tejidos blandos se pueden originar en tejidos blandos, como los tejidos adiposos, musculosos, nerviosos y

fibrosos, así como en los vasos sanguíneos y los tejidos profundos de la piel. Se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo. La mayoría de ellos se desarrolla en los brazos o las piernas. Además, se pueden encontrar en el tronco, la cabeza y el área del cuello, los órganos internos y el área trasera de la cavidad abdominal (conocida como *retroperitoneo*). Los sarcomas no son tumores comunes, y la mayoría de los cánceres son del tipo de tumores llamados *carcinomas*. (ACS, 2015)

También explica que existen otros tipos de tumores que no son cancerosos, también, llamados benignos, es por ello que el paciente se debe realizar lo más pronto posibles exámenes que prescriba el médico tratante.

Los sarcomas de partes blandas son pocos frecuentes, habitualmente el tratamiento para poder combatir esta enfermedad es muy complejo, el plan de quimioterapia que utilizaban los médicos tratantes en la institución hospitalaria lo realizaban de manera rápida con el objetivo que sus pacientes no se descompensen y puedan obtener una mejor calidad de vida.

Metástasis

Para el Instituto Nacional del cáncer, la metástasis se refiere a la diseminación del cáncer de una parte del cuerpo en donde se propició a otra parte del cuerpo.

Por ello dirá:

En la metástasis, las células cancerosas se separan del sitio donde se formaron inicialmente *cáncer primario*, se desplazan por medio del sistema vascular o linfático, y forman nuevos tumores *tumores metastásicos* en otras partes del cuerpo. El tumor metastásico es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario. (NIH, 2016)

6. Riesgos y alternativas médicas

En el área de Oncología los pacientes reciben cuidados por sus familiares y por parte de los licenciados de enfermería durante su estancia hospitalaria. Para el tratamiento de quimioterapia, los pacientes acuden al área de Oncología semanas para continuar

su ciclo lo que conlleva a que durante algunos meses el paciente este visitando constantemente la institución hospitalaria que va a variar según el tipo o caso de tumor.

El médico tratante dialoga con el paciente y los familiares acerca del beneficio de los tratamientos y así mismo los efectos que le podría causar. Los síntomas que el paciente puede experimentar, en un primer lugar, son las cefaleas, náuseas, vómitos y en la mayoría una pérdida del apetito, pues al experimentar estas situaciones el paciente y los familiares se angustian, se asustan ante lo que el paciente experimenta. El estreñimiento es otro síntoma común en los pacientes debido a los cambios en la alimentación y disminución de la actividad física lo que es muy característico de la quimioterapia.

Estos efectos secundarios pueden aparecer durante o después del tratamiento, muchos de ellos piden en esos momentos que se les brinde un acompañamiento psicológico, puesto que son experiencias nuevas para su cuerpo, que repercuten en su subjetividad al no tener una estabilidad en su salud. La mayoría de los pacientes al saber que tienen cáncer se sienten alterados emocionalmente y entran en cuadros depresivos, mientras que otros utilizan los mecanismos para defenderse y se tornan agresivos y prefieren estar solos.

Durante el tiempo de prácticas clínicas se pudo dialogar con distintos pacientes, muchos de ellos retornaban para realizar otro ciclo de quimioterapia, radioterapia y otros asistían de manera ambulatorio. Hubo la oportunidad de utilizar distintas psicoterapias a los pacientes y poder dialogar con sus familiares, pues como se sabe esta enfermedad no solo causa malestar al paciente, sino que también afecta de manera directa a los familiares.

A pesar de que el paciente cumpla con el tratamiento completo o ciclos, a veces puede aparecer un tumor en otra parte del cuerpo o también podría extenderse por lo que ya se mencionó anteriormente el cuerpo, el organismo está vulnerable y las células de las neoplasias malignas tienen la capacidad de desarrollarse en la denominada metástasis.

La Metástasis es un proceso complejo que implica la extensión de un tumor o de un cáncer a las partes distantes del cuerpo de su sitio original. Sin Embargo, esto es un proceso difícil. Para colonizar con éxito un área distante en el cuerpo una célula cancerosa debe terminar una serie de pasos de progresión antes de que se convierta en una lesión clínico perceptible. (Mandal, 2017)

6.1.1. Afrontamiento del paciente y familia ante el diagnóstico médico

El Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo cuenta con distintos departamentos médicos, entre los cuales tenemos el departamento de Oncología, que es donde se hizo la práctica clínica, aquí se brinda tratamientos para poder combatir el cáncer. La cirugía, se la puede realizar dependiendo a la etapa que la enfermedad se encuentre, es de gran ayuda, como se sabe brindar al paciente una alternativa para poder extraer el tumor o masa, sin embargo no todos los pacientes pueden ser candidatos a esta intervención quirúrgica sin dejar la opción de la quimioterapia, como tal es un tratamiento personalizado, es decir, el uso de medicamentos, frecuencia e intensidad va a variar dependiendo según la etapa del cáncer es por ello que el médico tratante realiza junto al paciente un plan de tratamiento en donde los ciclos de quimioterapias son importantes para poder combatir con esta enfermedad que causa gran malestar al sujeto. Otro método es la radioterapia, pues el primer paso es la llamada “simulación”, algunos sujetos son vulnerables a este tratamiento, el saber que es una terapia distinta a la quimioterapia, hay pacientes que desarrollan un tipo de fobia, de miedo, ansiedad e incluso desarrollan algún tipo de temor a la mascarilla y es por ello que la simulación es necesaria para saber si son o no aptos para este tipo de intervención.

Es importante saber que SOLCA, presta servicios al IESS, en el tratamiento de braquiterapia, Ted Scan, pues existen algunos pacientes que este tipo de tratamiento les ha asentado muy bien, pues muchos de ellos su cáncer se han ido reduciendo, en tal punto el paciente recupera aún más sus esperanzas de poder seguir viviendo.

En otras palabras, el tipo de intervención que ofrece SOLCA a la Institución Hospitalaria es el Ted Scan, en Oncología es necesario el diagnóstico y estratificación precisa del paciente que padece esta enfermedad para obtener resultados positivos en su tratamiento. SOLCA, desde hace algunos años ha prestado servicios a la

Institución Hospitalaria, tanto para la braquiterapia como para el Ted Scan, pues éste último, diagnostica la benignidad o malignidad de una neoplasia detectada por otros médicos a través de la imagen; identifica el tumor residual y sobre todo los cambios del cuerpo después de haber sido intervenido quirúrgicamente, o después de los ciclos de quimioterapia, radioterapia y permite valorar tempranamente la respuesta a un esquema terapéutico y sobre todo permite la búsqueda del tumor primario en pacientes que tienen metástasis de origen desconocido.

El tipo de tratamiento que la Institución Hospitalaria brinda depende mucho del tipo de cáncer, localización, el estado de salud del paciente, pues el resultado de cada tratamiento varía en cada sujeto.

La finalidad de la quimioterapia es impedir la reproducción de las células cancerígenas, el organismo se encuentra vulnerable a que se reproduzca otro tipo de tumor o masa en cualquier parte del cuerpo. La cirugía es utilizada cuando el tumor es pequeño y se encuentra en algún lugar específico, etapa de desarrollo en la que el cáncer se encuentre y es muy importante el lugar. Dentro de la planificación de un tratamiento, el médico tratante puede variar y combinar, por ejemplo quimioterapia y radioterapia o cirugía y quimioterapia.

En el caso de las atenciones oncológicas a los afiliados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el jefe de Oncología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, José Velásquez, reconoce que se han hecho grandes mejoras. “Antes por el call center se decía que esperaran de 2 a 3 meses. En estos últimos meses ya no se espera ni una semana. En 72 horas ya tenemos la disponibilidad de médicos oncólogos para brindar la atención médica por primera vez”. (el telégrafo, 2016)

En el área de Oncología los pacientes reciben cuidados por sus familiares y por parte de las licenciadas de enfermería, durante su estancia hospitalaria. En el tratamiento de quimioterapia, los pacientes acuden al área de Oncología cada tres semanas para continuar su ciclo, esto conlleva que durante muchos meses el paciente visite constantemente la Institución hospitalaria que varía según el tipo de tumor.

En el HTMC, el área de Oncología se recomienda por lo general, que el paciente se encuentre acompañado de un familiar, debido a que frecuentemente tanto los médicos como las licenciadas de enfermería necesitan que realice alguna trámite, papeles e incluso porque es posible que el tratamiento ocasione alguna efecto secundario al

paciente y es de gran ayuda que éste se encuentre acompañado para que así no se sienta solo puesto que el tratamiento durante la estancia hospitalaria suele durar entre cinco y seis días cada tres semanas.

La conciliación psicosocial a esta enfermedad es un proceso enérgico y prolongado en el que el sujeto debe encontrar una forma de adquirir sus propios mecanismos de afrontamiento de tal manera de ir superando aquello que le aqueja, en este caso es el sufrimiento que son generados en cada uno de las etapas de la enfermedad. Los familiares suelen turnarse para cuidar al paciente, debido a que la instalación que ofrece el área está modificada en función del paciente mas no en el familiar, durante las sesiones que se tuvo con el familiar muchos de ellos decían sentirse incómodos, cansados y fatigados al no tener un espacio para que ellos puedan también acomodarse y de esa manera acompañar a su familiar ingresado.

El área de Oncología consta de 10 habitaciones compartidas para dos camas, frente a ello se pudo evidenciar que tanto pacientes como familiares tienen que evidenciar situaciones que el compañero de cuarto experimentaba como gritos causados por el dolor de la misma enfermedad, olores producidos por vómito e incluso cuando el compañero de cuarto fallece que al escuchar el llanto de la familia ocasiona que el paciente de al lado se deprima, se angustie, es por eso que el rol del psicólogo clínico es fundamental dentro de esta área debido a que la urgencia subjetiva está a la orden del día.

Cuando ingresa un paciente con algún virus contagioso, el médico tratante lo envía a una habitación solo para ese paciente y en la puerta se coloca la letra C que significa alejamiento por contagio, también suelen alejar a pacientes cuando presenta algún malestar viral que puede ser por vía respiratoria o por contagio por lo cual se debe de tener mucho cuidado para evitar que el resto de pacientes se contagie.

Hay pacientes oncológicos que no basta con estar entre cinco y seis días a la semana para recibir el ciclo del tratamiento en la mayoría por alguna descompensación o no mejoría suelen incluso quedarse hasta meses, todo va a depender de las complicaciones que se presenten y cuando el médico considere que el paciente ya no es apto para recursos terapéuticos, se dialoga con los familiares y el paciente para ser derivado a cuidados paliativos, área que se encuentra dentro de Medicina Interna.

Cuando la enfermedad no está avanzada, el afiliado puede seguir con su vida normal, claro está que hay ciertas cosas que debería de cambiar una de ellas es la alimentación, cuando son intervenidos quirúrgicamente deben de tener los cuidados pertinentes con el área del cuerpo operada para evitar infecciones y posteriormente acudir al Hospital para continuar con el tratamiento, excepto los pacientes quienes les ha avanzado la enfermedad y han tenido que jubilarse de manera obligatoria ya que la enfermedad les impide realizar actividades que antes podían hacer, es por ello que algunos pacientes se sienten una carga para su familia ya que no pueden hacer las mismas actividades de antes debido a la debilidad y fatiga que sienten, este escenario señalado resulta ser angustiante para el enfermo como también para la familia, “al cáncer nunca se le vio más que como una maldición; metafóricamente era el bárbaro dentro del cuerpo” (Sontag, 2003, pág. 88)

Durante la estancia hospitalaria, el establecer lazos con los médicos, equipo de enfermería y con los auxiliares va a ser importante dado que estas relaciones rescatan en el paciente vínculos establecidos con su entorno familiar, es por ello que cada sujeto vivenciará el fenómeno de la estancia hospitalaria de acuerdo con la forma como se ha relacionado con anterioridad, esto se evidencia en las expectativas por parte del paciente con respecto a su enfermedad su estancia en el hospital y el equipo médico.

Toda Institución Hospitalaria va a funcionar con una variedad de sujetos con historias y discursos particulares mediante los cuales se han ido conformando conceptos propios acerca de la vida laboral, y la manera de abordar a estos sujetos a la que asisten. La historia de cada paciente es singular, privada que da origen a formas especiales de comunicación, de mantenerse en una posición y dar cuenta de su trabajo que no siempre va a favorecer al alcance de los objetivos explícitos de la Institución Hospitalaria, sino que podrían aparecer barreras, obstáculos que impiden el buen desempeño al responder a necesidades individuales.

El paciente a consecuencia de su malestar que le aqueja, puede ser por una enfermedad orgánica o mental, se encuentra en una situación de pérdida a nivel corporal y orgánico y sin dejar a un lado el nivel psíquico que está estructurado, por tanto pueden percibir a la Institución Hospitalaria como una entidad suplente de un vacío propio, espacio que satisface necesidades.

7. El Trauma y la Urgencia

El síntoma se va a desencadenar por el trauma, por un acontecimiento que actúa como traumático en el que se incrementa el nivel de energía que el sujeto es capaz de soportar y al no poder elaborarlas va a producir en él trastornos que irrumpirán su cotidianidad. Para Eric Laurent, se describe entonces enteramente “la sexuación como la difícil reacción al trauma” (Belaga, 2004, pág. 24). Puesto que el trauma a lo largo del tiempo deja de arraigarse a la psiquiatría militar para poder convertirse finalmente como una perspectiva general que lleva como objetivo al acercamiento a fenómenos clínicos sujetos a las catástrofes individuales y así mismo colectivas de la vida social. A lo largo del libro podemos conocer que para Laurent, “Tras un trauma, hay que reinventar al Otro, y eso no es posible en nuestra perspectiva sino a partir de la particularidad” (pág. 29). Es decir, parte más allá de los derechos del sujeto, que por cierto son un previo indispensable, donde no hay derechos del sujeto pues no hay psicoanálisis.

Es primordial que se brinde una atención particular, caso por caso, en el cual se le dé un lugar al sujeto que se encuentra, limitado y coartado por la Institución Hospitalaria donde no sólo es un número de cama, sino que es reducido también a un órgano. Esta propuesta involucra, el espacio de escucha al paciente que sufre y que es tomado en cuenta en su calidad de único y particular de los demás.

Cuando nos referimos a la urgencia, directamente nos remontamos a una ruptura aguda, puesto que dentro del discurso normal la demanda es una ruptura, cuando un sujeto se pregunta por algo que le acontece, hay un corte, una ruptura, se puede decir que hay un llamado al Otro; así mismo está la de urgencia que es una ruptura radical, un corte agudo que denota que algo no marcha, que algo ha perturbado la rutina cotidiana del sujeto.

En las Instituciones Hospitalarias cuando el paciente llega, éste llega con una urgencia ubicándose como en calidad de objeto, puesto que esta ruptura ha desarticulado al sujeto de la cadena significativa; sólo puede haber gritos, llanto e incluso puede existir un silencio como la vía más profunda de hablar. Es en nivel de la cadena significativa, en ese nivel que presupone un significativo para otro significativo S1-S2, cuyo efecto debe ser un sujeto, la representación subjetiva. En la urgencia el sujeto está en

relación con una fractura que limita permanentemente con lo imposible. Podemos catalogar a la urgencia como una crisis que hay que afrontar y soportar, en donde algo le ha pasado al fantasma, dejando al sujeto en este caso el paciente desnudo en su real; puesto que está en la posición de objeto y en angustia, donde toda respuesta es posible. En otras palabras, la urgencia del paciente (sujeto), se enfrenta con el sufrimiento y el dolor de un ser en el cual ha quedado fijo y es imposible de soportar, en donde hay un corte, el fantasma ha fallado dejando al sujeto desvalido frente a lo real.

Para los seguidores de Freud y Lacan; en la urgencia se debe tratar de reinstaurar la posibilidad ofrecida al paciente de decir lo que se le ha desencadenado, teniendo en cuenta la causa o el origen de ésta.

Inés Sotelo en su libro DATUS, describe distintas dimensiones de la urgencia, sin embargo define como consulta de urgencia cuando “se realiza sin cita previa, debido a que quien consulta, paciente o quien lo trae, considera que el padecimiento requiere atención inmediata” (pág. 65).

A si mismo llama urgencia subjetiva:

A la que aparece en aquellos casos en que la misma compromete al sujeto quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne, más allá de la opinión del profesional acerca de la gravedad del caso. (Sotelo I. , 2015, pág. 65)

Sotelo, afirma que el trauma produce un exceso, mientras que el paciente carece de significantes que le darían algún sentido a un goce imposible de dialectizar, y es ahí donde se constituye un real que escapa al decir, el fantasma se siente impotente para poder cumplir su función, es decir no alcanza a velarlo.

Las situaciones de urgencias siempre serán las mismas, pero frente a ellas los abordajes son diferentes. Es decir, el médico sabrá cómo actúa bajo el marco de la rapidez y eficacia, sin embargo el Psicólogo Clínico parte de la premisa primordial, que es la introducción de la dimensión subjetiva; si es posible o no la intervención bajo un marco teórico psicoanalítico en la urgencia es cuestionada sobre todo por los que se arraigan a la farmacología, quienes mantienen que es mucho mejor contener

fenómenos en lugar de forjarlos. Puesto que la ética del Psicólogo será ponerse al servicio no de los ideales y del bienestar sino del deseo inconsciente y el malestar que lo acompaña.

Para el psicoanálisis el estatuto de lo traumático se posiciona por la cualidad que puede tener para sosegar sorpresivamente de forma particular en la subjetividad, mas no en la dimensión fenoménica.

7.1.1. El Síntoma

Los síntomas más frecuentes que presentaron los pacientes del área de oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, durante y después del tratamiento fueron: ansiedad, depresión, fobia y angustia. Es evidente ver la reacción que el paciente y sus familiares experimentan al enterarse del diagnóstico, del inicio del tratamiento y los días que debía estar ara poder cumplir un ciclo, puesto que estos se encuentran vulnerables a este tipo de noticias.

El síntoma se puede observar de dos perspectivas, la primera está el sufrimiento que hace demandar ayuda y segunda algo que hace que no pueda dejarlo, algo que permite que se repita, es a esto que llamamos goce. El objetivo es la busca de un acontecimiento de goce mas no se trata de resolver el síntoma ya que tiene que ver con una reactualización de sentimientos anteriores que se desplazan. Es importante tener en cuenta que el síntoma se lo considera como un defecto de la simbolización puesto que existe dificultad en el individuo al no haber sido verbalizado, ya que no paso a la palabra y que se descompone en cuanto pasa, es por ello que la cura trabaja porque accede dar significación retroactiva a lo que perduró como una dificultad para el paciente a lo largo de la vida.

7.1.2. El Cuerpo

Como es de conocimiento general, el cambio físico del paciente oncológico es evidente y abrupto, puesto que resulta convertirse en una desfiguración del cuerpo. Durante la práctica clínica, pudimos evidenciar en los pacientes como ciertos tumores que crecían de manera exagerada, afectaba no solo físicamente sino más bien psíquicas, puesto que dentro del ámbito social, el no encasillarse con una apariencia normal, pueden producirles angustia, ansiedad y muchas veces depresión. Lo que

más preguntan los pacientes antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia, es sobre la caída de cabello o también conocido como alopecia, puesto que perturba más en mujeres que en los hombres. Para el paciente su cuerpo, es sagrado por lo tanto el hecho de tener que amputar algún miembro de su cuerpo se vuelve angustiante y muchas veces esta urgencia subjetiva es inevitable para el paciente. Muchos de los pacientes sienten frustración al tener que exponerse a ciertas intervenciones solo con el objetivo de poder recuperar su salud.

Es importante saber que cuando nos referimos al cuerpo lo hacemos pensando en un cuerpo habitado por el lenguaje que da cuenta de la estrecha relación entre un sujeto y su cuerpo. El lenguaje visto como una estructura que se impone y existe antes que el mismo cuerpo, pues ya al nacer el sujeto se encuentra en una trama de relaciones simbólicas donde se deja influenciar por los efectos del deseo del Otro.

La constitución de la imagen corporal va a estar determinada por dos elementos, el primero es la historia individual de cada sujeto y el segundo es la relación del sujeto con los demás. La imagen corporal es la representación corporal del cuerpo, es la idea que se hace mentalmente el sujeto de él mismo y tiene la característica de ser propia y ser inconsciente.

Por otra parte el esquema corporal es la estructura física de cada sujeto, es el cuerpo actual con el que el sujeto trabaja, aborda, se enfrenta al medio y a su experiencia inmediata. El esquema corporal es el que representa y distingue a los sujetos como una especie, a través de él los sujetos van a interpretar su imagen del cuerpo, es decir que se va a dar la objetivación de lo subjetivo de la relación libidinal fundada en el lenguaje. El esquema corporal se va desarrollando sobre la base de un aprendizaje y la experiencia del sujeto, a diferencia de la imagen del cuerpo que se da a través de la comunicación entre sujetos.

7.1.3. El Dolor

Es evidente el malestar que experimentan los pacientes oncológicos y cómo repercute en sus familiares, al sentirse impotentes y no poder ayudar para que este malestar ceda. Muchas veces el paciente puede presentar dolor antes, durante y después del

tratamiento, en otras ocasiones este dolor aparece sin causa aparente y se torna imposible relacionarlo con el daño orgánico a nivel del grado tumoral que padece.

Juan David Nasio en su libro sobre El Dolor Físico expone que, “a menudo pensamos que el dolor físico corresponde exclusivamente a la esfera de la neurofisiología y que sólo concierne a la psique cuando repercute profundamente en la persona que sufre” (2007, pág. 11). Refiere que tanto para el médico como para el Psicoanalista dentro de la práctica es importante escuchar no solo el sufrimiento corporal, sino además las perturbaciones psíquicas que desencadenan ese malestar en el paciente. El dolor es una experiencia sensorial y emocional que resulta ser desagradable que es relacionada con una lesión en cualquier parte del cuerpo. Es por ello que dentro del área de oncología es evidente observar el malestar del paciente al saber que a causa de algún sarcoma o tumor el dolor a veces llega al punto de ser sumamente insoportable afectando de manera primordial a la psiquis del paciente y así mismo a sus familiares. Para ello Nasio explica que “el dolor no está en la herida sino en el yo mismo, condensado en la imagen mental del lugar lesionado” (2007, pág. 21).

Existen diversas perspectivas para conceptualizar el dolor, pues el dolor es un síntoma que se presenta en distintas enfermedades, para el sujeto el dolor es una vivencia sensorial y por supuesto emocional también que es sumamente desagradable, la presencia de este malestar que aqueja al paciente es frecuente en pacientes que reciben tratamiento para su enfermedad, sin embargo depende del tipo y de la extensión de esta enfermedad. Es por ello que dentro de la Institución Hospitalaria se brinda al paciente cuidados paliativos y terapia del dolor, dándole al paciente así una calidad de vida mejor.

Este malestar puede ocurrir incluso cuando el tumor o masa esté ejerciendo fuerza en cierta parte del cuerpo debido al crecimiento, e incluso el dolor puede ser causado hasta por el mismo tratamiento que se administra, por ejemplo a las cirugías para poder extraer el tumor, la radioterapia, la braquiterapia, podría producir dolor como efectos secundarios. El dolor se lo puede describir según su intensidad, duración y características.

7.1.4. Deseo y Goce

Para hablar de deseo y goce primero debemos plantear algunas ideas básicas de los dos conceptos, como se sabe no se puede hablar del deseo sin goce, cuando nos referimos al goce, nos posicionamos a un todo, lo que en algún momento Lacan denominó como –la COSA-, más sin embargo para llegar a ello, es indispensable que exista el deseo para que pueda delimitarlo.

¿Qué es lo que desea un sujeto? El sujeto desea ser deseado por el otro, no como objeto sino como sujeto, es por esto que cuando el sujeto se desvanece, lo que intentamos rescatar es el deseo.

Esto es posible porque el deseo al no ser reconocido en la palabra representa el retorno de lo reprimido que insiste en ser reconocido. Y aparece justamente entre la necesidad y la demanda surgiendo en este intervalo como lo que pide ser escuchado y al no serlo, repite; repetición inconsciente que se encuentra estructurado como lenguaje, el deseo constituye aquí lo irreductible a cualquier demanda de aquí su condición de estar siempre en movimiento.

En el deseo, el sujeto al estar en una constante búsqueda de satisfacción, lo único que va a llegar a encontrar es un “plus de goce”, manifestándose como una manera de adquirir algo de goce, sin embargo no es posible tenerlo todo y es por eso que el sujeto va a estar insatisfecho constantemente. El falo es lo que marca la hiancia que existe entre demanda del sujeto y el deseo, puesto que marca la castración, que hace del ser humano un sujeto deseante y lo mantiene constantemente como un sujeto, el falo significa la cópula que es imposible con el objeto deseado, construyendo un acceso que nunca podrá lograrse.

El deseo cumple en la neurosis una función importantísima que es actuar como defensa de esa castración, el sujeto trata de suprimir esa abolición, y evitar lo que funda su deseo y lo hace depender del gran Otro, el fantasma da consistencia a los objetos privilegiados del deseo, funcionando como soporte imaginario soporte donde no podrá encontrar nada que venga a sostenerlo.

El deseo es opuesto al goce, ya que éste se produce allí donde se produce el encuentro de lo imposible con el objeto de deseo. Mientras que el goce es imposible y sin embargo hay goce allí, donde jamás se espera y siempre se encuentra

insistiendo en relaciones del sujeto. El goce es siempre reprimido en el campo del inconsciente cuando se manifiesta en la etapa adulta a nivel consciente se manifiesta en sufrimiento, es decir un mismo hecho que antes fue feliz luego se manifiesta como sufrimiento, el placer al que nos referimos es inconsciente, por eso lo niega.

En el área de Oncología, cuando el paciente se encuentra en un estado donde predomina el sufrimiento, sólo el deseo del analista permite apostar al deseo del sujeto, sostener su deseo allí donde fluctúa, es una forma de atraer el goce, de evocarlo. Si el deseo entonces introduce la falta y entonces el Psicólogo Clínico apuesta a ese deseo y lo hace hablar poniendo en circulación, en movimiento el deseo. La posición que ocupa en este momento el analista frente a la urgencia le permite tomar decisiones inmediatas como por ejemplo, proponiendo un corte en la sesión para que el sujeto elabore cuando ya no está presente el Psicólogo Clínico.

8. Calidad de Vida

Dentro de la práctica clínica y del trabajo de sistematización, es importante explayar conceptos acerca de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, la percepción subjetiva que tienen de sí mismo, para ello expondremos conceptos de diversos autores.

Es posible considerar la vida que lleva una persona como una combinación de varios quehaceres a los que genéricamente se les puede llamar funcionamientos, siendo cada uno de éstos las facetas en los que un ser humano puede tener interés o se puede ver realizado (salud, alimentación, educación, trabajo, diversión, placer, política, relaciones, entre otros). Está íntimamente ligada a las capacidades de una persona, como: la libertad que un ser humano tiene para elegir la clase de vida que quiere para sí mismo. (Nava, 2010, pág. 134)

Fabricio Espinoza Ortiz en la Revista de Antropología Experimental (2014, pág. 335), enuncia que:

El concepto de calidad de vida forma parte de la vida social e involucra procesos económicos y culturales, lo que ha generado una serie de discrepancias e

inconsistencias en las maneras de entenderlo y por consiguiente en la manera de abordar su estudio. Es habitual que se considere calidad de vida como sinónimo de bienestar, de progreso social, e incluso de felicidad dependiendo de la disciplina que la estudie. Esta situación ocasiona además de confusiones en el significado de los términos, el que estos se utilicen de manera indistinta.

Dentro de calidad de vida encontramos el bienestar psicológico del sujeto, puesto que está ligada a la relación con la vida del ser humano, es decir, no solo se trata de exponer lo que es la calidad de vida, sino de otras perspectivas socio psicológico, como lo son las condiciones, el modo y el nivel de vida del sujeto.

En otras palabras Urzúa y Caqueo referencian que:

No existen criterios únicos para definir la Calidad de Vida, sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras tales como bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones, pudiéndose llegar a una definición global. (2012, pág. 65)

CAPÍTULO II: FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y SUS INTERVENCIONES POSIBLES

2.1. Prevención y Promoción

La Psicología Clínica, sin abandonar o renunciar a lo alcanzado en el campo de la intervención psicológica con las personas “con problemas”, comienza a orientarse hacia un modelo de salud más que a un modelo de enfermedad, puede ser muy preventivo o profiláctico en el sentido de prevenir alteraciones psicológicas, en esencia es promotor de mejores y más eficientes niveles de funcionamiento psicológico “sano”, tomando en cuenta a uno de los más interesantes conceptos que se han debatido, principalmente en el contexto de la Psicología de la Salud, el término calidad de vida. “las funciones de prevención y promoción apelan al potencial activo y autorregulador de las personas para hacerse responsables de su propio bienestar” (Roca, 2002, pág. 48) las funciones de prevención y promoción, depositan buena parte de la responsabilidad por su salud y bienestar, sin devaluar la responsabilidad ética del psicólogo clínico, en el paciente y en el familiar.

Para ello Roca, M (2002) en el enfoque de prevención y promoción en el rol del psicólogo clínico dirá lo siguiente:

Tienen que ver no solo con el cambio de concepción de un modelo de lo patológico a un modelo salutogénico, sino que se vincula con el cambio desde un modelo de la salud mental hacia un modelo de la salud en general” (pág. 50)

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer no es una tarea fácil, no sólo por la complejidad de la enfermedad en sí, sino porque es una enfermedad que tiene un gran impacto sociocultural. “La psicología no es idealista por estudiar al ser humano, sino que el idealismo o el materialismo de la psicología dependen de cómo se estudian los seres humanos y de qué es lo que se hace con ese estudio” (Bleger, 2009, pág. 255)

Desde hace muchos años la Psicología Clínica estuvo ligada con un modelo médico, perspectiva que estaba centrada en los sujetos que de una u otra forma tenían cierto grado de alteración mental. Distintas concepciones ven al profesional de la Psicología e incluso a los Psiquiatras como una especie de *loquero*, o simplemente que el Psicólogo puede desenvolver su función con personas etiquetadas como *locas*, es por

ellos que ciertos sujetos aún mantienen cierta resistencia a acudir a consulta, incluso tienen el temor de ser tildados o etiquetados como si ellos *estuvieran mal de la cabeza*, sin embargo con el avance del tiempo este estigma ha ido quedando atrás.

Es por ello que es necesario aclarar de cierta manera la función del profesional:

 Ser psicólogo es ejercer el oficio de la psicología. Con esto queremos significar, entre otras cosas, que no se es psicólogo con la información teórica o la versación bibliográfica, sino con la aplicación del conocimiento a una tarea, a su vez enriquece, confirma o rectifica el conocimiento. (pág. 259)

Más adelante la Psicología Clínica sin necesidad de renunciar el campo de la intervención psicológica con sujetos con urgencias subjetivas, se orienta hacia un modelo salutogénico, es decir más que en un modelo de enfermedad. Como practicantes vemos este punto de vista que puede ser muy preventivo en el sentido de prevenir desajustes psicológicos, sin dejar a un lado, que el fin es el funcionamiento psicológico “sano”, que se direccionan a una mejor calidad de vida. “Las funciones de prevención y promoción apelan al potencial activo y auto regulador de las personas para hacerse responsables de su propio bienestar” (Perara, 2002, pág. 48). Las funciones de prevención y promoción aportan a la responsabilidad por la salud y bienestar, sin dejar de lado la responsabilidad ética del profesional, “presupone que la persona asuma una cosmovisión que incluya la práctica de conductas saludables y evitar conductas que pueden comprometer su salud y bienestar, además del desarrollo de un sistema de creencias y actitudes” (pág. 49). En las instituciones hospitalarias, el Psicólogo tiene la obligación de ejercer la prevención y promoción de su profesión.

Perara M, afirma que:

 Las funciones de prevención y promoción tiene que ver no sólo con el cambio de concepción de un modelo de lo patológico a un modelo salutogénico, sino que se vincula con el cambio desde un modelo de salud mental hacia un modelo de la salud en general que dio paso, con mucha fuerza, a la emergencia de la Psicología de la Salud, la cual está comprometida en su quehacer con todos

los factores psicológicos y sociales presentes en el proceso salud-enfermedad, reconocidos por el modelo biomédico de manera creciente. (pág. 50)

Así mismo, los objetivos de la promoción de salud son:

La formación de los hábitos saludables seguido por la eliminación de aquello que no sirve para el bienestar, dentro del ciclo vital del sujeto. “Mientras mejores hábitos de salud las personas practiquen, menos enfermedades tendrán, mejor se sentirán y menos discapacitados estarán” (Taylor, 1995, pág. 65)

Como profesionales, es fundamental trabajar con sujetos que son más vulnerables a la aparición de ciertos problemas de salud, ya sea por factores genéticos, o por convivir con sujetos que son vulnerables a problemas de salud.

3. Modos de Intervención

Actualmente existen pocos profesionales que son efectivos con todos los pacientes y familiares, sin embargo, diversos factores o habilidades pueden aumentar la probabilidad de que las entrevistas sean productivas, pues como se sabe, que la entrevista es un paso muy importante para poder abarcar las psicoterapias seguir la necesidad del paciente.

El Psicólogo Clínico está obligado a encontrar respuestas a las innumerables demandas que el sujeto lleva a consulta en busca de “ayuda”, es por ello que en este sentido su quehacer se enfoca más en lo práctico, sin dejar a un lado que ninguna practica es eficiente si no tiene una teoría que la sustente, estaría condenada a la constante improvisación, al empirismo e incluso a la institución. En pocas palabras podríamos decir que no hay mejor practica que una teoría sólida y eficiente que la sustente.

La Psicología Clínica como rama de la Psicología presupone asumir no solo una práctica que ayuda de distintas maneras la demanda que lleva el sujeto, sino que implica una verdadera “practica científica”, es decir, que se sustente en un modelo de la Psicología y de la misma forma servirá de ayuda con un fundamento conceptual y metodológico dentro de la práctica. En el área de oncología, luego de la entrevista

inicial debe urgirse a los familiares, de tal manera puedan entrevistarse con el equipo médico cada que sea necesario para tener información de su familiar-paciente.

Una evaluación también es un resultado en el que el psicólogo practicante expresa conclusiones, recomendaciones, o decisiones en un informe o reporte escrito. El reporte de evaluación ocasiona una diferencia sustancial en la vida del paciente y, por consiguiente, deberá escribirse con gran cuidado. (Cullari, 2001, pág. 28)

Como practicantes tuvimos que realizar diversos informes, respetando un protocolo con los siguientes ítems: Datos de filiación, diagnóstico médico, motivo de consulta, historia familiar, historia del síntoma, diagnóstico presuntivo y por último las recomendaciones. De esa manera cada lunes presentábamos y sustentábamos frente a nuestra supervisora de prácticas.

3.1.1. Entrevistas preliminares

Conociendo como está estructurado un sujeto sabemos que nuestra presencia en la Institución Hospitalaria en diversas ocasiones solo nos permite hacer entrevistas preliminares que se realizan para ubicar el diagnóstico presuntivo del paciente y de acuerdo a ello posicionarnos frente a él de acuerdo a su estructura y de esa manera, ubicar cuáles serían nuestras intervenciones más adecuadas, en relación a la particularidad del sujeto entrevistado.

Es mediante las entrevistas preliminares que permiten al sujeto subjetivar su síntoma, posicionándose en el origen para el análisis, dependerá mucho que haya síntoma, síntoma que el sujeto pregunte y que esta pregunta se sitúe en la transferencia.

3.1.2. Transferencia

En la institución hospitalaria se tuvo la oportunidad de interactuar en distintos pacientes, en las cuales durante la intervención psicológica transfieren aquellos deseos patogénicos, así mismo los mecanismos de defensa de su pasado en sus percepciones y reacciones hacia el profesional. “La transferencia es el proceso inconsciente en el cual el paciente confunde o transforma de manera activa al

terapeuta en alguien de su pasado o de su vida presente, fuera de la relación terapéutica” (pág. 144)

1.1. Escucha Activa

Cuando Freud pide a sus pacientes como indicación *diga lo que quiera*, es decir, la invitación a asociar libremente, hace que el paciente se abandone a la lógica que establecen los significantes. Esto permitirá, en últimas, escuchar la suposición de ese sujeto en algún significante en particular. (Bermúdez, 2017, pág. 18)

4. Intervenciones Psicológicas

Las intervenciones psicológicas van a depender del marco teórico del profesional en psicología el cual puede variar según su formación, las intervenciones psicológicas que se realizaron dentro del área de Oncología estaban direccionadas bajo el marco teórico psicoanalítico, se hizo un acompañamiento al sujeto con cáncer y al familiar o acompañante en caso de requerir, hubo una escucha activa en donde el paciente tenía la oportunidad de poner en palabras su malestar no solo físico sino también emocional respecto a la enfermedad ya que en algunos casos se sienten como una carga para sus familiares haciendo que abandonen el tratamiento que se le está administrando para que la familia no sufra.

Del marco teórico psicoanalítico se usó la psicoterapia de urgencia, psicoterapia breve, psicoterapia analítica y la psicoterapia grupal durante las intervenciones con los pacientes y familiares del área de Oncología dependiendo del caso que lo requería, sea cuál sea el tipo de intervención que se haya realizado con el paciente siempre antecedió una entrevista de dos a tres sesiones llamadas entrevistas preliminares que sirven para realizar un psicodiagnóstico de la estructura del paciente y conforme a eso abordar el caso para así poder realizar las intervenciones pertinentes.

Sinatra tomando a Lacan dispone tres “criterios de analizabilidad” los cuales deban de estar presentes en un paciente para que se lo denomine apto a su comienzo de análisis: en primer lugar la evaluación clínica (diferenciación de estructuras),

segundo la localización subjetiva (la posición de sujeto), y por último la apertura a lo inconsciente. (Sinatra, 2002, págs. 12-13)

Lo que se realizó durante las sesiones con el paciente en las entrevistas preliminares para después ya realizar las intervenciones que el paciente requiere conforme a su posición subjetiva.

4.1.1. Psicoterapia de Urgencia

Eric Laurent (2002), menciona que “todo lo que no es programable deviene trauma” lo que se da desde el primer momento en que el paciente es diagnosticado con la enfermedad, ese primer momento en que emerge la angustia al no saber a lo que se va a enfrentar, por la falta de información del tema, el no saber cómo será el tratamiento ni lo que pasará posteriormente.

Se puede afirmar que si existe la consulta de urgencia frente al acontecimiento, es porque previamente algo resistía bien, existía una subjetividad organizada en un imaginario firme que permitía funcionar sin sobresaltos, hacer lazo social e incluso lograr que se pueda no consultar, o no tener urgencias. (Belaga, 2004). Durante las prácticas sí fue posible el uso del dispositivo de urgencias en momentos en los que el paciente recién se enteraba del diagnóstico del cáncer y en algunos casos no tenía un acompañante consigo, se le dio sostenimiento y ayudó a que pueda formular preguntas al médico sobre el tratamiento que en un primer momento de la consulta por no tener significantes para representarse quedaba sin palabras, no sabía en algunos casos como reaccionar frente a dicho diagnóstico y simplemente se iba con lo que el doctor le decía pero mas no dialogaba con el médico sobre las inquietudes sobre el tratamiento.

Estas urgencias subjetivas no solo se presentaban en el sujeto al momento del diagnóstico inicial del cáncer sino también en determinados momentos del tratamiento en donde los médicos indican que el paciente ya no estaba apto para recursos terapéuticos y que la única opción era transferirlos al área de cuidados paliativos no para continuar con el tratamiento si no para adormecer todos los síntomas y así tener una muerte sin dolor.

“El analista se ofrece para que el paciente ponga a decir su sufrimiento, para que intente ponerle sentido a eso que se presenta como sin sentido, pero no un sentido

cualquiera ni un sentido común, sino un sentido particular, único propio, sentido destinado a perderse.” (Sotelo I. , 2009) Durante las intervenciones se logró que el paciente se hiciera cargo de su enfermedad, se implique, que la afronte y más no de que se victimice por la situación que es lo que la gran parte de familiares hacían catalogando de que no podían hacer nada por encontrarse así o sentían pena de que el paciente se encuentre en una cama haciéndoselo saber al propio paciente.

4.1.2. Psicoterapia Breve

Leopald Bellack (1992) dice:

La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, se enfoca y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas posibles necesarias.

Este tipo de psicoterapia por ser limitante de tiempo se opone a otros tipos de abordaje, si bien es cierto no se lo empleo en todos los pacientes pero si se la utilizó en pacientes que estuvieron hospitalizados de tres a cinco días y que no presentan alguna problemática si no que más bien querían ser escuchados y hablar de cómo se sentían respecto al tratamiento.

La psicoterapia breve se enfoca en el aquí y ahora del sujeto, es decir en lo que le aqueja al paciente en ese momento, en este caso de su enfermedad, sus miedos, perspectivas del tratamiento, como se ha venido sintiendo con su estadía en el hospital, el paciente en su discurso relata los inicios de la enfermedad y las intervenciones iban conforme el discurso del paciente, preguntas, señalamientos, interpretaciones.

4.1.3. Psicoterapia Analítica

Así mismo Para Fiorini la Psicoterapia Analítica es:

Una buena psicoterapia de orientación psicoanalítica transcurre con una actitud, por parte del terapeuta, neutral, de atención, respeto, capacidad de

escucha, no invasión, no manipulación, no graficar los impulsos de ambos, hay que crear y cuidar la alianza terapéutica. (Fiorini, 1987, pág. 1)

Durante las prácticas clínicas el trabajo realizado con el paciente iba dirigido bajo los lineamientos de la terapia psicoanalítica, se le explicaba desde el comienzo al paciente como iba a ser el trabajo, asimismo el número de sesiones posibles durante su estancia hospitalaria y la confidencialidad del trabajo que era lo que más le importaba al paciente.

4.1.4. Psicoterapia Grupal

El Grupo operativo:

Apunta a situar en el campo grupal, de manera tal que los participantes no sólo puedan vivenciar ese campo grupal como ámbito de encuentro, de interacción sino que a partir de la experiencia de aprendizaje se visualicen las posibilidades operativas del grupo en tanto éste se constituye como ámbito e instrumento de tarea. (Adamson, 1984, pág. 22)

Si bien es cierto no se pudo realizar la psicoterapia grupal en todos los casos, si fue posible realizarlo con pacientes que se encontraban en la misma habitación y con la misma enfermedad, claro está que se hacía una diferenciación entre cada uno de ellos sin dejar a un lado la singularidad de cada sujeto.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

En este capítulo se abordará sobre la metodología utilizada durante la sistematización y la presentación de tres casos trabajados durante las prácticas clínicas donde se mostrará cómo fueron las intervenciones realizadas con cada paciente, dependiendo de la etapa de la enfermedad en que se encontraba, además se presentará el taller realizado a los familiares del área de hospitalización Oncológica y del área de Oncología ambulatoria; y, cómo este taller ayudó a disminuir la angustia que como acompañante del paciente presentaban.

3.1. Método

Este trabajo, se asienta en el método analítico-sintético que “estudia los hechos, partiendo de la descomposición del objeto de estudio en cada una de sus partes para estudiarlas en forma individual (análisis), y luego se integran esas partes para estudiarlas de manera holística e integral (síntesis)” (Bernal, 2010, pág. 60). Al realizar una sistematización, nos referimos con esto al estudio de cada uno de los casos que se trataron, de igual manera, los métodos empleados para al final realizar síntesis de todo lo recopilado anteriormente.

Para Gregorio Rodríguez Gómez (1996) el método cuantitativo tiene como característica común referirse a sucesos complejos que tratan de ser descritos en su totalidad, en su medio natural. No hay consecuentemente, una abstracción de propiedades o variables para analizarlas mediante técnicas estadísticas apropiadas para su descripción y la determinación de correlaciones. La presente sistematización está basada en el enfoque cuantitativo, es decir se dará una descripción de los métodos empleados y sus resultados.

4. Población

La población del presente trabajo de sistematización corresponde a pacientes oncológicos del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo y el familiar que acompañaba al paciente.

El Hospital permite que durante la estancia el paciente esté acompañado de alguien quien en la mayoría de los casos es un familiar cercano que está con él durante el

desarrollo de la enfermedad, este acompañante tiene que tener conocimiento del tratamiento que se le está suministrando al paciente y aparte de eso dar sostenimiento para que el paciente no se sienta una carga y pueda continuar con el tratamiento.

5. Instrumentos

Durante la sistematización realizada en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo de las prácticas clínicas se utilizaron técnicas e instrumentos como: entrevistas preliminares, entrevista libre, semiestructurada, observación a pacientes oncológicos, se realizaron entrevistas a dos profesionales del HTMC que son el Jefe del área de Oncología y el Psicólogo Clínico del Hospital, por último se realizaron dos talleres dirigidos a familiares de pacientes oncológicos de hospitalización y ambulatorio.

6. Recursos

Como recursos se emplearon el Staff médico del área de Oncología (hospitalización) en donde se impartió la charla a los familiares de pacientes hospitalizados, mientras que la sala de espera para familiares de pacientes oncológicos ambulatorios sirvió para realizar la charla, se empleó infocus y una computadora para impartir la charla que fue facilitada por el área.

CAPÍTULO IV: MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN

Actividades	Octubr e	Noviembr e	Diciembr e	Ener o	Febrer o	Marz o
Definición del tema – Recopilación de Bibliografía	X					
Elaboración del Marco Teórico – Planteamiento de Metodología		X				
Desarrollo de los talleres y entrevistas.			X			
Análisis de los resultados obtenidos en la recolección de datos.				X		
Conclusiones y Recomendaciones .					X	
Sustentación del trabajo de sistematización.						X

Tabla 1: Momentos del proceso metodológico de la sistematización.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De los casos abordados dentro del área de Oncología se escogieron tres casos, en los cuales se trabajó con el dispositivo analítico de urgencia subjetiva, no solo con el paciente si no con los familiares también, sobre todo en el momento en que fueron derivados al área de cuidados paliativos, es decir dejaron de estar en recursos terapéuticos. Se utilizó el recurso de acompañamiento al paciente y familiar haciendo una escucha activa frente a toda la contingencia que estaba atravesando tanto el paciente y los familiares.

5.1. ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA

5.1.1. CASO R

Paciente femenina de 36 años diagnosticada con cáncer de útero desde hace dos años llega al área de Hospitalización en Oncología para comenzar diálisis ya que sus riñones estaban siendo comprometidos producto de la enfermedad, inició el tratamiento de quimioterapia desde que se enteró del Cáncer.

Durante las primeras sesiones la paciente se mostró de una manera hermética, hablaba poco y solo contestaba lo que se le preguntaba, al comienzo no le gustaba hablar sobre la enfermedad incluso decía que todo estaba bien y que solo estaría en el Hospital por un par de días.

Es importante señalar esta negación que había por parte de ella de la enfermedad, en un comienzo dijo que no tenía nada, que todo estaba bien pero en las sesiones posteriores ya pudo comentar sobre la enfermedad, sus inicios, el tratamiento que había seguido y sobre el dolor insoportable que sentía.

La paciente menciona que tiene problemas con su madre, nunca se han llevado bien y siempre discuten por pensar de manera diferente, recién había recibido una llamada de ella y habían discutido por dinero, comenta que solo la ha ido a visitar un par de veces y que son las tías y las hermanas que están ahí con ella cuidándola, la última vez que la mamá fue a visitarla se impresionó y empezó a llorar a ver a su hija en esas condiciones lo que hizo que la paciente se pusiera mal y desde ahí decidió decirle a la mamá que es mejor no visitarla y que la próxima vez que se vean será en la casa.

La paciente menciona que siempre ha sido una mujer muy activa, empezó a trabajar desde los 17 años y actualmente ya lleva 19 años laborando en la institución, por esa razón es que estar ahí en el hospital le ha afectado un poco, dice que no le gusta el ambiente en donde se realizan las diálisis, *“no me gusta ese lugar, es todo frío, no hay ánimo para hacer las cosas, no hay alegría es horrible cuando tengo que ir”*, refiriéndose que por más que los doctores y las enfermeras sean amables con los pacientes éstos no los hacen sentir alegres *“en ese lugar falta gente que haga reír a los pacientes”*.

La paciente tiene dos hijas de 10 y 3 años, la última de su actual pareja quien no se lleva bien con la familia de ella, en la visita frecuentemente durante su estadía en el Hospital. Fue derivada al área de cuidados paliativos en donde se le suministró morfina para calmar el dolor que ella sentía, la paciente ya no podía hablar por esa razón se trabajó también con los familiares, con la tía, hermana y con la pareja.

5.1.2. CASO A

Paciente masculino de 37 años diagnosticado con cáncer multi-metastásico, fue designado por la Psicóloga de planta del área de Oncología, con quien ya había trabajado anteriormente. La misma menciona que la urgencia de la atención surge desde que hace pocos días les dieron la noticia que seguiría internado para realizarse las radioterapias respectivas, y eso ha causado que se deprima aún más, sin embargo él asegura que la fe que tiene hacia sus santos, lo van a salvar.

El paciente, es el segundo de cuatro hijos, vive solo, él menciona que desde joven cuidó de sus padres, de manera especial de su mamá durante su enfermedad. Su papá falleció de cirrosis hace ocho años, refiere que la muerte de su papá le causó mucha sorpresa, ya que falleció de un rato a otro. Durante las sesiones mencionaba que su mamá tuvo una fibrosis pulmonar y que él siempre estuvo acompañándola en el Hospital.

Sus hermanos mayores se dedican a la mecánica, tienen un Taller Automotriz y menciona que a él jamás le agradó la idea de ser socio de sus hermanos en dicho taller, ya que él se dedicó a estudiar y de esa manera poder tener un mejor empleo, sin embargo, no se imaginó que después que obtuvo el título, en lo único que encontró trabajo, fue en una cafetería como mesero, él mencionó en una de las sesiones *“De*

nada vale un título, todo es una porquería”; “mal gasté mi tiempo, que ahora estoy enfermo”; “no me gusta verme postrado en una cama”; “necesito trabajar”; “esta enfermedad me está consumiendo”.

El paciente refiere que él quiere seguir viviendo, sin embargo él siente que ya no puede luchar como antes, pero trata de sobrellevar esta enfermedad que lo va consumiendo poco a poco. La persona que lo cuida en el Hospital, es su cuñada, quien en algún momento refirió *“Él es mi hermano, no es mi cuñado”; “yo tengo la fe que se va a salvar”; “El merece vivir”.* Durante las sesiones con Andrés, la cuñada refería que cuando los padres de él fallecieron, todos creían que la mamá de Andrés iba a fallecer primero, sin embargo jamás habían pensado que por la enfermedad ya avanzada del padre iba a causar su muerte de manera tan drástica.

El malestar que refiere A, es sobre la enfermedad que padece, el verse consumiéndose poco a poco, el tratar de luchar y saber que quizás no va a poder más y fallecer en cualquier instante, dejando muchas situaciones sin resolver. La cuñada aclara que ella nunca lo ha dejado solo, ya que lo considera como un hermano y ella no se perdonaría el hecho de que le pase algo sin su presencia.

Hace dos años A fue intervenido quirúrgicamente, ya que se le hicieron unos nódulos en sus ganglios, luego enviaron a patología para que lo puedan estudiar y poder saber si era cáncer o no, a la cual dió como resultado positivo, es decir, esos nódulos tenían células malignas, por lo cual se dieron cuenta que él padecía de cáncer a los ganglios, refiere la cuñada que Andrés tomó esa noticia con tranquilidad, como si ese diagnóstico no era de él, sin embargo desde un inicio con voluntad propia se realizó quimioterapias en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, sin embargo, las primeras sesiones no fueron favorables para él, y después de otros estudios que le realizaron, se dieron cuenta que el cáncer que él padece se desarrolló de manera drástica, ocasionando que el cáncer se convierta en multimetastásico.

Con respecto a su enfermedad confluyen en el paciente distintas informaciones adquiridas sobre todo en Internet, que le generan mayor confusión e incertidumbre por lo que pueda ocurrir en el futuro, induciendo un miedo mayor a la muerte y sobre todo al sufrimiento, que según sus propias palabras *“quién sabe si no se prolongará incluso después de la muerte”.* En otro orden de cosas, él se siente diferente a las

demás personas y se cambiaría por cualquiera que ve por la calle a los que les atribuye la felicidad por no tener cáncer.

El diagnóstico de cáncer, las pruebas médicas, el tratamiento quirúrgico y la quimioterapia constituyen un número de acontecimientos estresantes muy amplio y muy intenso. Por lo cual se ha producido en él una elevación de la ansiedad. Estos niveles de ansiedad contribuyen a atender selectivamente al estímulo más amenazante del diagnóstico y el tratamiento y aumentar la incertidumbre acerca de sus resultados. Ello provoca que se haya producido el condicionamiento del miedo de modo que todos los estímulos asociados a la enfermedad y su tratamiento, que incluyen el ámbito hospitalario, la visualización de otros pacientes, el mero hecho de hablar del cáncer o la expectativa de ir a recibir el tratamiento han quedado asociados a elevaciones de ansiedad, que se manifiestan en forma de tensión constante, náuseas, molestias estomacales e hipersensibilidad olfativa y tensión.

5.1.3. CASO G

Paciente femenino de 63 años padece de cáncer de Cérvix Uterino y Metástasis Pulmonar, hace poco le dieron la noticia que padece Metástasis pulmonar junto al cáncer de cérvix uterino, y que la última recaída que tuvo, es el resultado de lo que actualmente padece, por lo cual era necesario y urgente ser internada acompañada de las quimioterapias respectivas, motivo que ha causado un episodio de depresión a G, sin embargo, ella asegura que con la noticia que le dieron recién, ha decidido entregarse a Dios.

G desde hace algunos años vive con su hermana en casa de sus padres, los mismos que fallecieron hace unos 20 años aproximadamente. Durante las entrevistas comenta que se divorció hace unos 30 años y que fruto de ese matrimonio junto a su ex pareja procrearon tres hijos, los dos mayores son hombres y la última hija es mujer, quien vive en el exterior, mientras que sus hijos viven junto a sus familias, en la parte de atrás de su casa, refería que la casa de sus papas tienen departamentos adjuntos. A pesar de la noticia de la enfermedad que padece, comenta que se siente comfortable, ya que sus dos hijos la apoyan emocional y de manera económica, la cuidan, y sobretodo no la dejan sola.

En el mes de julio del año pasado, decidió jubilarse, ya que durante las sesiones, mencionaba que durante su vida se ha dedicado a estudiar, a prepararse, se siente satisfecha haber estudiado un Diplomado en Diseño Curricular, ser Magister en Gerencia Educativa y sobretodo haber sido parte fundamental del Colegio donde laboraba como Vicerrectora. No quiso hablar sobre su matrimonio, refiere que no es de mucha importancia acordarse de su pasado, *“Lo que pasó, pasó”; “no le guardo rencor, solo que no deseo saber nada de él”*.

Por el momento está enfocada en curarse, a pesar de que en algunos momentos, mencionaba que tiene en claro que su cuerpo no reaccionará más a otra recaída, tiene claro que su enfermedad y la metástasis pulmonar están consumiéndola, *“ya no respiro como antes”; “ya estoy vieja”; “mis pulmones están manchados, lo sé porque vi los resultados”*.

El malestar que refiere Gladys es sobre la enfermedad que padece, saber que no solo tiene cáncer de cérvix uterino, sino también de Metástasis Pulmonar, a pesar de que este último diagnóstico ha causado que la paciente experimente episodios depresivos, sin embargo sus hijos tratan de ayudarla emocionalmente, teniendo en cuenta que esta enfermedad no solo afecta a su madre, sino también gira entorno a su familia, en este caso a sus hijos. Hace más de 30 años cuando tuvo a su segundo hijo, presentaba frecuentemente secreciones más de ocho días, su contextura era delgada, le gustaba usar muchos zapatos con tacones altos, pantalones ceñidos, a pesar de que le habían advertido que no debía usar esta clase de prendas, ella hizo caso omiso y siguió utilizando sin importar cuales serían las consecuencias. Comenta que desde su juventud se ha hecho tratar en la Maternidad, *“Toda una vida usé paños”; “en mi tercera hija tuve más secreciones”*.

En el 2009, la asaltaron y causa de eso tuvo una caída *“golpe seco”*, le duró tres meses más o menos esos dolores de útero, y en el 2010, le sacaron el útero completamente, donde le habían diagnosticado cáncer insitus, es decir cáncer en un solo sitio. A mediados del 2010 y 2011, le realizaron quimioterapias y radioterapias en Solca, mencionaba que lograron realizarle entre cinco y seis sesiones, *“No avanzaba más”; “Sentía que me quemaba por dentro”; “es lo peor que pude haber vivido”*. A partir de las dos primeras quimioterapias, por no ir comiendo, el estómago lo llevaba siempre

vacío y esto le afectó, comenta que las radioterapias le causaron que el estómago se llene de úlceras.

En el 2013 y 2014 le realizaron una Colonoscopia, ya que mencionaba que perdía sangre por medio de las heces, se encontraba vulnerable a una peritonitis. Al momento de acudir al Hospital Teodoro Maldonado Carbo, su médico Oncólogo Clínico le mencionó que a causa de la Braquiterapia y Radioterapia que le realizaron en Solca, provocaron que esté quemada por dentro, es decir sus organismos estaban vulnerables a cualquier otro tipo de cáncer. En el 2015, le diagnosticaron Hematuria, es decir sangre en la orina, que fue causado por una fuerte inflamación en la vejiga, y como consecuencia la paciente fue llevada a Emergencia en el Hospital, tuvieron que colocarle sondas, de tal manera poder realizarle un lavado de vejiga, ocasionando que la paciente se hinche y se llene de líquidos y estos no puedan ser expulsados normalmente, ya que su vejiga estaba llena de coágulos de sangre y estos impedían el paso de la orina. Mencionaba que los doctores quisieron sacarle la vejiga, situación que ella se negó a que le extraigan, porque tenía conocimiento de cuál sería la consecuencia.

Con respecto a su enfermedad, tiene lucidez que tiene metástasis pulmonar y cáncer de cérvix uterino, aunque al inicio de la noticia sobre su enfermedad le causó que se sienta un poco desconcertada y solo quería pasar llorando, hasta llegar al punto de querer morirse, antes de que la enfermedad le gane, ella hubiese preferido suicidarse. Decisión que poco a poco fue cambiando gracias al apoyo de sus hijos.

Desde hace algunos años la paciente ha tenido que enfrentarse a ciertas intervenciones quirúrgicas, tratamientos de braquiterapia, quimioterapia y radioterapia, ya que menciona que todo lo que ha vivido ha sido y es muy estresante y penoso. Recibir un diagnóstico de cáncer y pasar por un tratamiento para el mismo supone un hecho estresante que sobrepasa en numerosas ocasiones a la paciente y a su familia.

Durante el diagnóstico y el tratamiento del cáncer informa haber sentido mucha angustia, tristeza, sin embargo ahora se siente diferente, gracias al apoyo de su familia. La quimioterapia hizo que se le caiga el cabello, afirma que por el momento no ha utilizado peluca. Sufrió náuseas y vómitos asociados a las intervenciones de quimioterapia, braquiterapia y radioterapia. A partir de estos tratamientos informa que

le producían aversión varios alimentos, que en la actualidad no puede ingerir, lo cual le impide llevar una dieta adecuada. Informa que antes comía de todo, sin embargo la comida del Hospital y de la casa, le desagradan a causa de que ya no puede disfrutar como antes, le ocasionan algunos alimentos malestar estomacal y ganas de vomitar. Ante ello bebe mucha agua, debido a que es lo único que su organismo le permite ingerir, aunque sea en pequeñas porciones. Su relación con sus hijos es arraigada. Asegura que tratará de hacer lo mejor posible para curarse, ya que tiene miedo de tener una recaída más y no poder salir de esa experiencia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Después de haber analizado la experiencia de las prácticas clínicas en el área de Oncología y los casos ya expuestos se determina que sí pudieron ser cumplidos los objetivos planteados desde el comienzo de la sistematización de igual manera fue de vital importancia el trabajo realizado dentro del área con los pacientes, se notó un cambio de ellos en cuanto a la posición que tomaban frente a la enfermedad después de las intervenciones realizadas.

Es importante el acompañamiento que el paciente con cáncer debe de recibir no solo por parte del equipo médico del Hospital si no por parte del familiar que está con él durante la enfermedad, este acompañamiento no debe ser solo de cuidado sino también de soporte para que el paciente no llegue a sentirse como una carga sino más bien que no está solo en la lucha.

Se logró identificar cuáles eran los momentos durante las etapas que se dan en la enfermedad en que el paciente está más vulnerable y por ende necesita de manera urgente un apoyo psicológico. Se pudo dar cuenta de la importancia que tiene las intervenciones psicológicas con los familiares de los pacientes ya que en la mayoría de los casos no saben qué hacer ni cómo reaccionar frente a los estados de ánimo que el paciente presente.

Ponerse en posición de escucha e intervenir, ir construyendo una clínica, produciendo, abordando cada caso como nuevo, evitando el saber referencial como saber predirigido y que obture así en algún momento la posibilidad de escucha al sujeto de la enunciación; sin tratar tampoco de situarse sin ningún saber, ya que éste saber lo que nos va a permitir situarnos y sostener nuestra presencia y abordaje en situaciones de urgencia, frente a otros discursos que con su operar tienden a poner en duda la eficacia y rapidez que se pretende en estas crisis, forma parte de nuestro accionar.

A pesar de la demanda presente en un ambiente hospitalario, demanda basada en la rapidez, sostener una presencia serena frente a cuestionamientos constantes, no es fácil. Sin embargo, es aquello que nos ha permitido diferenciarnos de entre los demás discursos, preocupados también por la situación suscitada. Es aquí donde nos

permitimos un lugar, un espacio, en donde el sujeto es lo más crucial en su rescate; es nuestro reto devolverlo a la cadena significativa en la cual ha habido una ruptura, acotando el goce en que está enfrentado. Más allá del pedido de auxilio, nos ponemos en contacto con la angustia del sujeto y sobretodo con aquel goce que lo aniquila, estamos conscientes de lo que sufre.

La escucha nuestra debe también dirigirse a un algo más, el poder rescatar a un sujeto en crisis es nuestro logro y eso ya es bastante, sin embargo consideramos que no se trata de recomponer rápidamente una falla en el sujeto, lograr un “bienestar” sino en camino de la demanda y orientarnos en el campo del deseo. Es decir, no sólo está el rescate del sujeto, sino también la gran posibilidad de crear una demanda diferente, lograr acercarlo al umbral del análisis. Poder vía la crisis el sujeto se cuestione sobre lo que lo irrumpió, poder producir, un trabajo clínico y poder articularlo con lo real que lo causa. Puede que sea una tarea aún más difícil esta posibilidad, sin embargo; mantener esta perspectiva forma parte de nuestra proposición. Si las situaciones de crisis no tienen este final, ya es bastante lo que se puede hacer rescatando a un sujeto; allí donde los métodos médicos no pueden responder.

RECOMENDACIONES

Para la Institución Hospitalaria en donde se realizaron las prácticas Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo se recomienda fomentar las charlas a familiares de pacientes oncológicos para que ellos puedan ofrecer un correcto acompañamiento al paciente, asimismo fomentar un trabajo interdisciplinario no solo entre los médicos especialistas sino también con el psicólogo para que el paciente pueda estar satisfecho con el tratamiento.

Enseñar al paciente a obtener la información adecuada sobre su enfermedad y resolver sus dudas a través de la adecuada comunicación con el personal médico que la asiste, de forma que comprenda que sólo su Oncólogo tiene la información correcta de su proceso y obviar fuentes informativas erróneas.

Es necesario que el equipo de Médicos y Psicólogo de área le brinden información pertinente, y de esa manera la paciente pueda sobrellevar la enfermedad que padece a través de esa información pueda resolver algunas dudas que tenga sobre dicha enfermedad.

Para la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil se recomienda brindar un conocimiento previo referente a las enfermedades que se van a encontrar dentro del Hospital y con las cuáles se tendrá que aprender a trabajar.

A los futuros practicantes se recomienda conocer bien la enfermedad que padece el paciente antes de cualquier entrevista que se vaya a tener, de igual manera continuar investigando sobre que otras intervenciones podría realizar el psicólogo clínico en una área con personas que padezcan enfermedades catastróficas. Es importante fomentar el trabajo en equipo entre los estudiantes, ya que nadie sabe más que nadie sino que más bien cada uno puede aprender del otro.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ACS. (10 de Febrero de 2015). *American Cancer Society*. Obtenido de ¿Qué es el sarcoma de tejidos blandos?: <https://www.cancer.org/es/cancer/sarcoma-de-tejidos-blandos/acerca/sarcoma-de-tejidos-blandos.html>
- Adamson, G. (1984). *Fases y mitos en grupos operativos. En temas de Psicología Clínica*. Buenos Aires.
- aecc. (2014). *Asociación Española Contra el cáncer*. Obtenido de Cancer de mama: https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama_2014.pdf
- Belaga, G. (2004). *La Urgencia Generalizada. La práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Bellack, L. (1992). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. México: El Manual Moderno.
- Bermúdez, U. O. (2017). *Nuevas construcciones subjetivas: Malestares hoy*. Medellín: EAFIT.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación*. Colombia: Tercera Edición Pearson.
- Bleger, J. (2009). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Breton, D. L. (2002). *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Capurro N, D., & Rada G, G. (2007). *Scielo*. Obtenido de El proceso diagnóstico. Revista Médica de Chile: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n4/art18.pdf>
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de Psicología Clínica*. México: Pearson Educación.
- eltelegrafo. (16 de Marzo de 2016). *Cinco hospitales de la red pública están habilitados para tratar el cáncer*, págs. <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/salud/38/cinco-hospitales-de-la-red-publica-estan-habilitados-para-tratar-el-cancer>.

- et al. Rodríguez Gregorio. (1996). *Metodología de la Investigación cualitativa*.
- Fiorini, H. J. (1987). *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva visión Argentina.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu editores,.
- Gandur, N. (s.f.). Introducción a la oncología. Breve historia del cáncer. Definiciones. *Manual de enfermería Oncológica*. Instituto Nacional del Cáncer, 7.
- Lacan, J. (1953). "Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis" En *Escritos 1*. . Argentina: Siglo Veintiuno .
- Lacan, J. (1975). *La tercera*. En *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Laurent, E. (Julio de 2002). *Virtualia*. *Revista digital de la Eol*. Obtenido de El revés del trauma: <http://revistavirtualia.com/articulos/696/destacados/el-reves-del-trauma>
- Mandal, A. (03 de Agosto de 2017). *News Medical life sciences*. Obtenido de ¿Cuál es Metástasis?: [https://www.news-medical.net/health/What-is-Metastasis-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-is-Metastasis-(Spanish).aspx)
- Mendilaharsu, S. A. (2002). Cuerpo y Discurso en Psicoanálisis. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 8.
- Nasio, J. D. (2007). *El Dolor Físico*. Barcelona: Gedisa.
- Nava, G. (2010). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enfermería Neurológica*, 134.
- NCI. (2015). *Instituto Nacional del cancer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
- NCI. (2015). *NIH Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de Diccionario de cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrd=689011>

- NIH. (2015). *Instituto Nacional de cancer*. Obtenido de Cáncer de útero—Versión para pacientes: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/uterino>
- NIH. (11 de Julio de 2016). *Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de ¿Qué es el cáncer metastásico?: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cancer-metastatico>
- Novás, J., Gallego, B. & Calles, A. (2011). *Scielo*. Obtenido de Bases y aplicación del método hipotético-deductivo en el diagnóstico. : <http://www.scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n3/mgi08311.pdf>
- Novás, J., Gallego., & León, A. (2006). *Scielo*. Obtenido de El diagnóstico médico: bases y procedimientos.: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n3/mgi08311.pdf>
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Cáncer: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.
- Ortiz, F. E. (2014). APROXIMACION TEORICA AL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. *Revista de Antropología Experimental*, 335.
- Perara, M. A. (2002). *Psicología Clínica. Una Visión General*. La Habana: Félix Varela.
- Primera Vocal.org*. (27 de Mayo de 2013). Obtenido de Algunos apuntes sobre el DSM-V: <https://primeravocal.org/algunos-apuntes-sobre-el-dsm-v/>
- Roca, M. (2002). *Psicología Clínica "Una visión general"*. La Habana: "Félix Varela.
- Sinatra, E. (2002). *Las Entrevistas Preliminares y la Entrada en Análisis*. Buenos Aires: Instituto Clínico de Buenos Aires.
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.

Sotelo, I. (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de urgencia*. Argentina: Gramma Ediciones.

Sotelo, I. (2015). *DATUS. Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Taylor, S. (1995). *Health Psychology*. UK: McGrawHill.

Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA AL JEFE DEL AREA DE ONCOLOGÍA

PREGUNTAS AL ONCÓLOGO

Dr. Luis Alberto Unda Vernelle

Jefe del área de Oncología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

¿Considera necesario que el paciente reciba apoyo psicológico durante el tratamiento contra el cáncer?

Un paciente lamentablemente con una enfermedad oncológica necesita desde el momento en que se le da un diagnóstico oncológico tener una asistencia psicológica, estos pacientes lamentablemente relacionan el diagnóstico de un cáncer a la muerte es muy diferente cuando a un paciente se le dice estas diabético, estas hipertenso, tienes tuberculosis por último, se asustan de la enfermedad porque son enfermedades crónicas pero reaccionan tan mal cuando le dices tienes cáncer porque como decía lo relacionan con la muerte y muchas veces cursan por su cabeza ideas de suicidio por eso es que el paciente debe de tener desde antes de que el oncólogo lo vea la conversación con psicología para que el paciente ya venga aceptando un poco su realidad y posteriormente es decir antes durante y después del tratamiento la supervisión porque muchas veces estos tratamientos no solamente son de seis meses, de cuatro meses, son tratamientos que a veces duran cinco años y el paciente crónico, el paciente metastásico es hasta que lamentablemente deja de estar en condiciones para tratamiento o fallece inclusive los pacientes que derivamos a paliativos oncológicamente la asistencia psicológica es tan importante porque en este caso tenemos que educar al paciente al bien morir que se vaya preparando para esa etapa que lamentablemente es irreversible.

¿Cómo es la reacción del paciente al enterarse de la enfermedad? ¿Considera necesaria la presencia del psicólogo en este momento?

Fea, es fea lo más importante es la depresión, llanto a veces es negativa porque le cuesta trabajo aceptar esa realidad que va a comenzar a vivir, el impacto muchas veces no es solamente es por el hecho de que tengo cáncer, saber que me van a dar

tratamiento porque muchas veces estos pacientes tienen la experiencia de tal vez un familiar cercano ya pasó por esto y a lo mejor la reacción ante un tratamiento oncológico no fue tan bueno y entonces eso hace también que se forme una resistencia en el momento que uno afronta al paciente. Al paciente hospitalizado sí pero al ambulatorio es muy difícil porque la consulta psicológica no está direccionada, el psicólogo ve de todo, ve depresión por abandono de hogar, ve depresión por pérdida de trabajo, ve depresión porque lo ven mal y ve depresión porque tiene cáncer o porque tiene una enfermedad catastrófica, entonces lamentablemente no hay una orientación psicológica para que uno, dos sean dedicados justamente para este tipo de pacientes.

¿Cuál es el tipo de cáncer más agresivo?

Páncreas.

¿En cuál de las etapas del cáncer el paciente se encuentra más vulnerable psicológicamente?

La mayor parte de las veces al diagnóstico del cáncer inicial y a la enfermedad metastásica porque muchas veces es la metástasis o la sintomatología de la metástasis que empuja al paciente a buscar al médico y es donde lamentablemente se entera de lo que está pasando

¿Cómo aborda situaciones en las que el paciente o el familiar se resisten al tratamiento?

Buena pregunta, yo siempre remarco inclusive con los mismos pacientes de que creo yo que el éxito de que un paciente acepte su enfermedad, acepte el tratamiento y hasta cierto punto le vaya bien con este es en la primera conversación que el paciente tiene con el médico, si el médico le sabe explicar la situación del paciente tratando de que esas ideas negativas que circulan por su cabeza se conviertan en positivas creo que va a ser un éxito pero en el momento en que la comunicación entre el médico y el paciente fracasan todo va a fracasar por que el paciente no va a estar cien por ciento enterado de su problema, no va a comprender del tratamiento de la terapéutica que se le plantea y por lo tanto no va a estar cien por ciento informado de todos los eventos colaterales que se le van a venir, siempre va a ser la primera conversación del oncólogo con el paciente

¿Bajo qué lineamientos se deriva a un paciente a cuidados paliativos? ¿Cómo es la reacción de los familiares?

Primeramente la condición del paciente no es lo mismo afrontar al paciente a lo mejor con enfermedad metastásica que todavía se vale por sus propios medios, es un paciente que uno lo considera pelear pero ese paciente que ya no se vale por sí mismo que es la misma familia que lo tiene que asistir en todo por no decir en casi todas sus funciones por no decir en todas sus funciones, es un paciente que probablemente la enfermedad lo ha dejado tan debilitado que plantearle un tratamiento oncológico va a resultar ser peor que la misma enfermedad, es ahí cuando verdaderamente toca decirle al paciente de la situación y lo único que le queda de alternativa, muchas veces el paciente lo acepta incluso hay pacientes que lo piden “yo no quiero un tratamiento oncológico, yo sé que me voy a morir, yo quiero simplemente que me quiten todos los malestares que tengo por mi enfermedad” y es ahí donde entra a paliativos o muchas veces el paciente ya no está siquiera en las condiciones para poderlo asimilar y eso lo trabajamos más con la familia, la esposa, el esposo, el padre, la madre, el hermano, el hijo, el familiar que ha estado más apegado en el desarrollo de esta enfermedad

¿Podría dar un mensaje a los pacientes con cáncer?

Tal vez el mensaje que yo les daría a los pacientes con cáncer es no le teman a lo que no conocen, no siempre un cáncer es sinónimo de muerte por que hablan de cánceres que podemos llegar a curarlos y habrán cánceres que aunque lamentablemente no lo podamos curar podemos hacer que su vida se vuelva menos problemática por la enfermedad con una sobrevivida mayor a la que en algún momento pudo haber estado proyectando.



Entrevista al Jefe del área de Oncología Dr. Luis Unda

ANEXO 2: ENTREVISTA AL PSICÓLOGO CLÍNICO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. TEODORO MALDONADO CARBO

PREGUNTAS AL PSICÓLOGO

Psic. Clin. Robert Amat Rodríguez

Psicólogo Clínico del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

¿Qué parámetros determinan una urgencia subjetiva?

Más que parámetros diría manifestaciones sintomáticas, esto depende de la singularidad del sujeto pero usualmente se presenta con disnea, dolores inexplicables del cuerpo, sufrimiento, incluso dependiendo de la estructura del paciente un acting out o un pasaje al alto; pero lo más característico de las urgencias subjetivas es la poca capacidad de simbolizar o llevar al registro simbólico el acontecimiento cargado de angustia, este acontecimiento hace que se manifiesten diversos síntomas en el cuerpo sin pasar por la palabra.

En consulta: ¿se han presentado casos de pacientes con alguna urgencia subjetiva? ¿Qué caso?

Tanto en la consulta externa como en la hospitalización han existido casos con este tipo de urgencia, puedo relatar brevemente el caso de una paciente que llega a consulta externa sin previa cita alegando que se quería suicidar por una noticia que le llegó en cuanto a su matrimonio y que tuvo una tentativa de suicidio días anteriores ingiriendo una cantidad moderada de ansiolíticos que lo que provocó fue un largo periodo de sueño y somnolencia; se dio un cupo para atender rápidamente esta urgencia subjetiva, la paciente pudo poner en palabras el episodio o la situación traumática que estaba viviendo en su momento o en otras palabras logró una especie de hipótesis sobre el origen de su sin sentido. Gracias a este movimiento subjetivo se pudo iniciar un tratamiento del cual la paciente sigue asistiendo desde hace un año atrás aproximadamente.

En las interconsultas de hospitalización, ¿se han presentado casos de pacientes con alguna urgencia?

Si, principalmente en el área de emergencia, si bien es cierto en ocasiones la interconsulta está mal realizada por que no existe ninguna demanda por parte del

paciente hay otras ocasiones en donde existe una verdadera urgencia subjetiva ya sea como por ejemplo en un accidente de tránsito dando como resultado la amputación de algún miembro del cuerpo, diagnósticos con una patología catastrófica o degenerativa o en algunos casos tentativas de suicidio.

¿Cuál es la relación entre crisis, urgencia y angustia?

El factor común o la relación que existe entre estas tres categorías si es que se pueden llamarlas así es el **factor contingente, lo real, lo inesperado, lo imposible de simbolizar.**

Por medio del relato el propio paciente comienza a poner en palabras esa particularidad del acontecimiento traumático que aparece de forma abrupta en la vida del sujeto dejándolo en un “fuera de sentido”, es decir en lo real.

¿Existe un protocolo a seguir en el hospital respecto a un caso de urgencia subjetiva?

Por el momento no existe un protocolo aceptado por la institución a seguir en cuanto a los casos de urgencia subjetiva, los psicólogos que trabajan en esta institución tienen diferentes posturas lo cual hace complicado el diálogo y el tratamiento por medio de un protocolo que tenga contenido psicoanalítico, el único protocolo que existe es el del manejo general del paciente ya sea contestar interconsultas o atender pacientes agendados por consulta externa, el sistema hospitalario hace complicado la atención ya que es rígido pero el profesional con orientación analítica puede y debe intentar motivado por su deseo de buscar “espacios” en donde se pueda tratar la urgencia subjetiva.

ANEXO 3: TEMAS PARA TRABAJAR LOS GRUPOS MONOSINTOMÁTICOS DIRIGIDOS A FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.

HOSPITAL REGIONAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO

CONFERENCIA – TALLER

Si yo Tú, Si tú yo

Área de Oncología (Hospitalización)

Objetivos

- ✓ Demostrar a los familiares de pacientes del área de oncología la labor del psicólogo clínico dentro del área y como ellos pueden aportar durante el tratamiento y estancia hospitalaria del paciente para hacer más llevadera la enfermedad que en algunos casos puede ser algo traumático.
- ✓ Analizar junto a los familiares de los pacientes del área de oncología como debe de ser el acompañamiento por parte de ellos con los pacientes para que no se sientan una carga sino más bien sientan que su familiar le da soporte durante el tratamiento.
- ✓ Crear estrategias junto a los familiares de los pacientes del área de oncología sobre cómo debe ser el acompañamiento que le brindan al paciente durante el tratamiento sin que ellos puedan llegar a sentirse una carga para sus familiares.

Temas:

- Labor del Psicólogo Clínico dentro del área de Oncología
- Acompañamiento familiar
- Estrategias para brindar un acompañamiento
- Manejo de las emociones
- Calidad de Vida
- Resistencia al tratamiento por parte del paciente. ¿Qué hacer como familiar?
- Informarse adecuadamente.

ANEXO 4: SOLICITUDES REALIZADAS PARA LA AUTORIZACIÓN DEL USO DEL NOMBRE DEL HOSPITAL EN EL PRESENTE TRABAJO.



Apartado 09-01-4671
Teléfonos: 2209210
Guayaquil - Ecuador

CPS-007-18

Guayaquil, 04 de enero del 2018

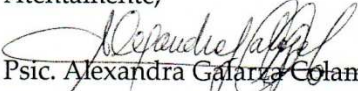
Doctor
Wilson Benites
Coordinador General de Investigación
Ciudad

De mis consideraciones:

Con un atento saludo, por medio de la presente, comunico a usted que se encuentra autorizado el tema del Trabajo de titulación "*Urgencia subjetiva, un dispositivo analítico en el área de Oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, durante las prácticas clínicas del año 2017 - 2018. Análisis de la experiencia de prácticas*" dirigido por la Dra. Nora Guerrero de Medina de las Srtas. Andreina Obando García con C.I. 0926444829 y Carolina Vega Preciado con C.I. 0704239888, estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la UTE B-2017.

Por la atención brindada, me suscribo de usted.

Atentamente,


Psic. Alexandra Galarza Colamarco Igs.
Directora de la Carrera de Psicología



Ing. Ronnie Luzarraga O.
ADMINISTRADOR - COORDINACIÓN
GENERAL DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.
16/01/2018
14:03 Hr.

Guayaquil, 16 de Enero del 2018

Ing. Ronnie Luzarraga O.
ADMINISTRADOR COORDINACIÓN
GENERAL DE INVESTIGACIÓN
I.E.S.S. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.

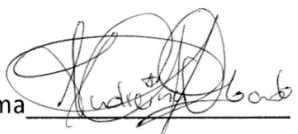
16/Ene/2018
14:03 Hrs

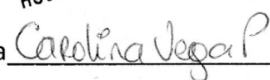
Dr. Wilson Benites
Coordinador General de Investigación
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
Ciudad

Nosotras, Victoria Andreina Obando García, con CI 092644482-9, y Elba Carolina Vega Preciado, con CI 070423988-8 estudiantes de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, de la carrera de Psicología clínica solicitamos ante Ud nos conceda el permiso para realizar nuestro trabajo de titulación "Urgencia Subjetiva, un dispositivo Analítico en el área de Oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las Prácticas Clínicas del año 2017 – 2018. Análisis de la experiencia de prácticas", en las instalaciones del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Toda la información obtenida será con fines de mi trabajo de titulación y será almacenada con absoluta confidencialidad.

Saludos cordiales

Firma 
Nombre Victoria Obando
CC 092644482-9

VB
transmitir
Firma 
Nombre Elba Vega Preciado
CC 070423988-8

Dr. Luis Uda Vernelle
JEFE UNIDAD TÉCNICA
DE ONCOLOGÍA
I.E.S.S. I.N.H.M.T.: 09-07-307-07
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.

7. ANEXO 5: RESPUESTA A LA SOLICITUD PARA LA UTILIZACIÓN DEL NOMBRE DEL HTMC EN EL TRABAJO DE TITULACIÓN.

Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2018-0026-FDQ
Guayaquil, 15 de febrero de 2018

PARA: Sra. Victoria Andreina Obando García
Interna de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Sra. Elba Carolina Vega Preciado
Interna de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

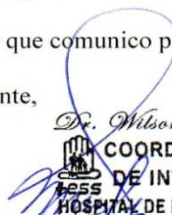
De mi consideración:

Por medio del presente, informo a usted que ha sido resuelta factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de Investigación: **“URGENCIA SUBJETIVA, UN DISPOSITIVO ANALÍTICO CON EL ÁREA DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL AÑO 2017 - 2018. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICAS”**, una vez que por medio de los memorandos Nro. IESS-HTMC-JUTSM-2018-0130-M, de fecha 23 de enero de 2018, suscrito por la Mgs. Francia Molina Villacis, Jefe de la Unidad Técnica de Salud Mental y memorando Nro. IESS-HTMC-JUTON-2018-0138-M, de fecha 09 de febrero de 2018, suscrito por el Espc. Luis Unda Vernelle, Jefe de la Unidad Técnica de Oncología, hemos recibido el informe favorable a la misma.

Por lo anteriormente expuesto reitero que puede realizar su trabajo de titulación siguiendo las normas y reglamentos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,



Dr. Wilson Benites Illescas
COORDINADOR GENERAL
DE INVESTIGACIÓN (E)
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.

Espc. Wilson Stalin Benites Illescas
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN, ENCARGADO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO

Referencias:

- IESS-HTMC-CGTIC-2018-1081-M
- IESS-HTMC-CGI-2018-0109-M
- IESS-HTMC-JUTON-2018-0138-M
- IESS-HTMC-JUTSM-2018-0130-M
- IESS-HTMC-CGI-2018-0042-M
- Solicitud de Estudiante

em

**Renovar para actuar,
actuar para servir**

www.iessec.gob.ec



@IESSec



IESSecu

IESSec

ANEXO 6: FOTOS DEL TALLER REALIZADO A FAMILIARES DE PACIENTES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.



ANEXO 7: FOTOS DEL TALLER REALIZADO A FAMILIARES DE PACIENTES DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Obando García, Victoria Andreina, con C.C: # 0926444829 autora del trabajo de titulación: Urgencia Subjetiva, un Dispositivo Analítico en el área de Oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2017-2018. Análisis de la experiencia de prácticas, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 20 de febrero de 2018.

f. _____

Nombre: Obando García, Victoria Andreina

C.C: # 0926444829

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Vega Preciado, Elba Carolina, con C.C: # 0704239888 autora del trabajo de titulación: Urgencia Subjetiva, un Dispositivo Analítico en el área de Oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2017-2018. Análisis de la experiencia de prácticas, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 20 de febrero de 2018.

f. _____

Nombre: Vega Preciado, Elba Carolina

C.C: # 0704239888

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Urgencia Subjetiva, un Dispositivo Analítico en el área de Oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2017-2018. Análisis de la experiencia de prácticas.	
AUTORAS	Obando García, Victoria Andreina; Vega Preciado, Elba Carolina	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Guerrero Gallardo, Nora Marcia	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación	
CARRERA:	Psicología Clínica	
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciadas en Psicología Clínica	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de febrero de 2018	No. DE PÁGINAS: 90 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis, Psicología Clínica, Oncología	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cáncer, acompañamiento, urgencia subjetiva, psicoterapia, calidad de vida.	
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente trabajo es una sistematización de las prácticas clínicas realizadas en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo dentro del área de Oncología con pacientes sometidos a tratamiento contra el cáncer y sus familiares, con el fin de analizar como el dispositivo analítico ayuda frente urgencia subjetiva en que cae el sujeto en los distintos momentos de la enfermedad y el rol importante que cumple el psicólogo clínico logrando que sea más llevadero el tratamiento.</p> <p>Las intervenciones realizadas durante el proceso de la práctica se fundamentan bajo la teoría psicoanalítica, haciendo uso del dispositivo de urgencia subjetiva y la escucha activa durante las sesiones con los pacientes apuntando a mejorar la calidad de vida del paciente. Los resultados obtenidos son en base a las intervenciones expuestas en donde se evidencia la urgencia que cae el sujeto oncológico frente al tratamiento.</p>	
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 987871478 Teléfono: 987532375	E-mail: andreinaog@hotmail.com E-mail: elbita_vp10@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Gómez Aguayo, Rosa Irene Teléfono: 3804600 Ext 1413 / 1419 E-mail: rosa.gomez01@cu.ucsq.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		