

616.891 2
A447P

15

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

TEMA:

“EL PSICÓLOGO CLÍNICO CON ORIENTACIÓN
ANALÍTICA Y EL SUJETO DENTRO DEL ÁREA DE
NEUROCIROGIA; UNA NECESIDAD, UN MALESTAR Y
UNA FUNCION”

POR:

JUAN DIEGO ALMEIDA

DIRECTORA DE PRÁCTICA:

DRA. NORA GUERRERO DE MEDINA

OBJETIVOS

Proponer que el trabajo del psicólogo clínico con orientación analítica dentro de una institución hospitalaria es de suma necesidad.

Demostrar que las intervenciones del psicólogo clínico con orientación analítica generan un cambio de posición subjetiva en la mayoría de los pacientes, logrando una implicación de la enfermedad.

Ubicar a la psicoterapia con orientación analítica como un medio efectivo en el abordaje de las estructuras clínicas dentro de una institución hospitalaria.

JUSTIFICACION

El trabajo de investigación, ahora presentado, surge a raíz de la práctica como psicólogo clínico que he venido realizando desde el mes de mayo del 2010 en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo; IESS, de la ciudad de Guayaquil, en el área de neurocirugía.

Todos los días se da un arduo trabajo en esta área, y tanto el equipo paramédico, como la trabajadora social cumplen a cabalidad sus funciones. Es un trabajo multidisciplinario donde cada profesional da lo mejor de si. Pero dentro de este equipo, me pude percatar que no existía la participación de un psicólogo clínico. Muchas de las problemáticas de los pacientes y de los familiares no son solo en base a sus diagnósticos médicos, sino que existen otras; propias de sus neurosis o hasta de sus psicosis ordinarias.

El escuchar un diagnostico médico se vuelve algo común, el trabajar con un paciente marcado por "la enfermedad", es encontrarse con alguien que se esta enfrentando contra sus temores, sus miedos, la perdida, la muerte; en unos casos. Es creer que no va pasar nada, que todo va a estar bien, que Dios hará el milagro; en otros. Pero la marca en el cuerpo (la enfermedad), el encuentro con ese real, muchas veces se vuelve traumático, otras veces, es tan solo un desencadenante de un hecho traumático en el pasado, no trabajado; reprimido y olvidado.

Es aquí donde el psicólogo clínico con orientación analítica viene a formar parte de este grupo multidisciplinario como un pilar fundamental. ¿Y su oferta? Tan solo una escucha activa, ofreciendo una atención flotante, yendo más allá de lo dicho por el paciente, más allá del sentido. Posicionándose así, por derecho concedido, en un lugar primordial para el hablante, que en muchas ocasiones se da cuenta haber "dicho más de lo que debía".

INDICE

OBJETIVOS.....	1
JUSTIFICACION.....	2
INDICE.....	4
INTORDUCCION.....	6

CAPITULO 1

1. EL AREA DE NEUROCIRUGIA.....	8
1.1. Enfermedades neuroquirúrgicas mas comunes.....	8
1.1.1. Absceso cerebral.....	8
1.1.2. Adenoma de hipófisis.....	8
1.1.3. Aneurisma cerebral.....	9
1.1.4. Astrocitoma anaplásico.....	9
1.1.5. Cavernoma Cerebral.....	10
1.1.6. Fractura Craneal	10
1.1.7. Glioblastoma Multiforme	11
1.1.8. Hematoma epidural.....	11
1.1.9. Hematoma subdural agudo	11
1.1.10. Hemorragia intracerebral espontánea.....	12
1.1.11. Hernia discal	13
1.1.12. Hidrocefalia	13
1.1.13. Linfoma cerebral	14
1.1.14. Meningioma	14
1.1.15. Osteoma	14
1.1.16. Quiste aracnoideo.....	15
1.1.17. Traumatismo craneoencefálico.....	15
1.1.18. Tumor Cerebral	16
1.1.19. Vasoespasmo.....	16

CAPITULO 2

2. EL PSICOLOGO CLÍNICO CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.....	17
2.1. El psicólogo clínico con orientación psicoanalítica trabaja con la palabra.....	17
2.2. El psicólogo clínico con orientación psicoanalítica como parte fundamental del equipo multidisciplinario de trabajo.....	19
2.3. El trabajo del psicólogo clínico con orientación analítica.....	21
2.3.1. Tipo de entrevistas.....	22

CAPITULO 3

3. EL SUJETO – PACIENTE	20
3.1. El “sujeto – paciente” de neurocirugía o la “persona – enferma” en psicología.....	20
3.2. ¿Cómo maneja el sujeto – paciente el diagnostico medico?.....	21
3.2.1. Los efectos que produce la psicoterapia con orientación analítica en sujetos – pacientes con enfermedades neuroquirúrgicas; el manejo del diagnostico medico.....	22
CONCLUSION.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26

INTRODUCCIÓN

“Las palabras hacen que exista otro cuerpo que no es el orgánico. Un cuerpo como sede; depositario de las pasiones y hecho no de fibras nerviosas sino de la materialidad de las palabras”
Anónimo.

¿Todos antes de nacer fuimos nombrados, hablados, deseados, planearon nuestras vidas, nuestros nombres, nuestros sexos? Cada respuesta encerraría una particularidad, tal vez una esencia. Es posible que en muchos casos la respuesta a esta pregunta sea, sí; y es que en el común, así es. Y parte de todo esto ha sido puesto sobre nosotros en palabras.

La ciencia médica se ha encargado de nombrarnos, y nos ha visto a todos como uno, como una unidad. Cada parte de nuestro cuerpo tiene un nombre específico y es así como la particularidad ha dejado de existir, o al menos, es un reflejo a manera de espejismo. Pero sabemos que al cuerpo no se lo puede tomar como un orden natural (Freud). Aunque en estos tiempos, sería más apropiado decir, no se lo puede tomar solo como un orden natural.

Estamos entonces frente a un “cuerpo” que se va construyendo, y algo del mismo, se va perdiendo; justamente por la intervención del Otro. Y en donde podemos ubicar tres tiempos lógicos en relación a la constitución del mismo, para una mejor comprensión. Un cuerpo de deseo, un cuerpo pulsional y un cuerpo de amor; símil al complejo de Edipo. Es así, como este cuerpo se convierte en el depósito de diferentes tipos de experiencias; muchas traumáticas, que luego retorna a manera de síntomas, en alguna ocasiones.

La aparición de una enfermedad neuroquirúrgica es en el sujeto, una intromisión, un golpe sin aviso y con dolor. Va dejando huellas y sufrimiento y un miedo nunca antes conocido, o ya sabido que empieza a invadir al sujeto – paciente, llenándolo muchas veces, de angustia. Es un hecho contingente. Esta irrupción de la enfermedad neuroquirúrgica es un atentado contra el “cuerpo”; dejando así, sobrentendido el equívoco de la palabra.

¿Cómo manejan los sujetos – pacientes y familiares el diagnóstico médico?
¿Cómo se enfrentan contra lo real, contra el vacío sin significación, contra la angustia; contra la ignorancia?

Los pacientes con enfermedades neuroquirúrgicas, no solo se encuentran afectados físicamente, sino que también sufren cambios conductuales, anímicos, presentan trastornos del sueño y hasta alucinaciones (deterioro o déficit neurológico). Y frente a todo esto, el psicólogo clínico con orientación analítica deberá manejarse con suma entereza y cuidado al momento de diagnosticar; puesto que la estructura clínica del paciente en muchos de los casos estará velada y va a depender tan solo de la manera en cómo este hace frente a la enfermedad. Solo así, y con habilidad, el psicólogo clínico con orientación analítica lograra tan solo en transferencia y por señalamientos puntuales, un saludable giro en el sujeto – paciente, logrando un cambio de posición subjetiva, implicándolo con su enfermedad.

CAPITULO 1

1. EL AREA DE NEUROCIRUGIA

1.1. Enfermedades neuroquirúrgicas más comunes.

1.1.1 Absceso cerebral

Es una acumulación de células inmunitarias, pus y otros materiales en el cerebro, generalmente a raíz de una infección bacteriana o micótica. Los abscesos cerebrales comúnmente ocurren cuando las bacterias u hongos infectan parte del cerebro y se presenta hinchazón e irritación (inflamación) en respuesta a esta infección. Las células cerebrales infectadas, los glóbulos blancos, al igual que las bacterias y hongos vivos y muertos se acumulan en un área del cerebro, formándose tejido alrededor de esta área y creando una masa. Aunque esta respuesta inmunitaria puede proteger al cerebro aislando la infección, también puede hacer más mal que bien. El cerebro se hincha y, debido a que el cráneo no se puede expandir, la masa puede ejercer presión sobre el delicado tejido cerebral. El material infectado puede obstruir los vasos sanguíneos del cerebro.

1.1.2. Adenoma de hipófisis

Es un tumor benigno pero localmente invasivo de la parte anterior, generalmente, de la glándula hipofisaria alojada en la silla turca. Generalmente se expresa por síntomas visuales y cefaleas referida a la región temporal y frontal occipital.

Presenta síntomas hormonales; como amenorrea, *pérdida de la libido*, *perdida de la erección* y acromegalia; entre las más comunes.

1.1.3. Aneurisma cerebral

Es un área débil en la pared de un vaso sanguíneo que provoca que éste se abombe. Un aneurisma puede estar presente desde el nacimiento (congénito) o puede desarrollarse más tarde en el transcurso de la vida, como después de la lesión a un vaso sanguíneo.

1.1.4. Astrocitoma anaplásico

Los astrocitomas son un grupo de neoplasias (nuevo crecimiento) intracraneales primarios del sistema nervioso central que aparecen en el parénquima cerebral y rara vez produce metástasis a otros tejidos. La célula predominante en estos tumores deriva de los astrocitos que se han vuelto inmortales y constituyen aproximadamente un 80% de los tumores neuroepiteliales.

Se caracteriza por el *déficit neurológico progresivo*. En un 50%, presentan cefaleas de carácter matutino acompañado de náuseas y vómitos. En un 30% de los casos presenta una crisis epiléptica. Puede haber *alteraciones psiquiátricas en el sentido de cambios de carácter* y un *deterioro brusco del nivel de conciencia* por hemorragias.

1.1.5. Cavernoma Cerebral

El cavernoma, llamado también angioma cavernoso o malformación cavernosa, es una malformación vascular bien circunscrita, compuesta por un endotelio grueso de forma sinusoidal, con lo que adquiere un aspecto de mora. Las células del

endotelio son parecidas a las células que forran los vasos sanguíneos normales, pero faltan las otras capas que se encuentran en las paredes de un vaso sanguíneo normal. Las anomalías en la pared de estos vasos los predisponen a las hemorragias. Los síntomas más frecuentes de esta lesión son crisis convulsivas y *déficit neurológicos focales*; entre otros.

1.1.6. Fractura Craneal

Es una fractura o rotura en los huesos craneales. A pesar de que el cráneo es fuerte, resistente y provee una excelente protección al cerebro, un golpe o un impacto severo pueden ocasionar una fractura del cráneo que puede estar acompañada de lesión al cerebro. El cerebro puede resultar afectado directamente por el sangrado y daño al tejido del sistema nervioso. El cerebro también puede estar afectado indirectamente por los coágulos sanguíneos que se forman debajo del cráneo y que luego comprimen el tejido cerebral subyacente (hematoma subdural o epidural).

Una fractura simple es una rotura en el hueso sin daño de la piel. Una fractura lineal es una rotura en un hueso craneal que se asemeja a una línea delgada, sin astillamiento, depresión ni distorsión del hueso. Una fractura con hundimiento es una rotura en un hueso craneal (o "aplastamiento" de una porción del cráneo) con depresión del hueso hacia el cerebro. Una fractura abierta involucra excoriación o pérdida de piel y astillamiento del hueso.

1.1.7. Glioblastoma Multiforme

Son los tumores cerebrales primarios, (que se originan en el cerebro) más frecuentes. Existen dos formas de presentación de los glioblastomas: por una parte, los denominados glioblastomas primarios o de novo, que se desarrollan más

rápidamente, con una historia clínica de corta duración, y en segundo lugar los glioblastomas secundarios, desarrollados mediante progresión tumoral a partir de astrocitomas de bajo grado.

Se caracteriza por el *déficit neurológico progresivo*. Pueden haber *alteraciones psiquiátricas en el sentido de cambios de carácter y un deterioro brusco del nivel de conciencia*.

1.1.8. Hematoma epidural

Es una hemorragia venosa o arterial que se sitúa entre el cráneo y la duramadre, complicación que puede ocurrir después de traumatismos craneoencefálicos (TCE) aparentemente banales.

1.1.9. Hematoma subdural agudo

Es una acumulación de sangre en la superficie del cerebro. Es con mucha frecuencia el resultado de un traumatismo craneal grave. Cuando uno ocurre de esta manera, se le denomina hematoma subdural "agudo". Los hematomas subdurales agudos están entre los más letales de todos los traumatismos craneales. El sangrado llena el área cerebral rápidamente, comprimiendo el tejido del cerebro. Esto a menudo ocasiona lesión cerebral y puede llevar a la muerte. Los hematomas subdurales también se pueden presentar después de un traumatismo craneal menor, especialmente en las personas de edad avanzada.

Estos hematomas pueden pasar inadvertidos por períodos de muchos días a semanas y se les denomina hematomas subdurales "crónicos". Con cualquier hematoma subdural, las pequeñas venas que están entre la superficie del cerebro y su cubierta externa (la duramadre) se estiran y se rompen, permitiendo que la sangre se acumule. En las personas de edad avanzada, las venas a menudo ya

se han estirado debido a la atrofia cerebral (encogimiento) y se lesionan más fácilmente.

1.1.10. Hemorragia intracerebral espontánea

Se conoce que la hemorragia intraparenquimatosa es una afección frecuentemente grave y se asocia a elevada mortalidad. Es una colección de sangre dentro del parénquima cerebral producida por una rotura vascular espontánea, no traumática. Puede estar totalmente localizada en el interior del tejido cerebral o abrirse a los ventrículos cerebrales o al espacio subaracnoideo. Se denomina primaria cuando es causada por la rotura de un vaso arterial del encéfalo cuya pared se ha debilitado por procesos degenerativos (arteriosclerosis, etc). Se denomina secundaria cuando es producida por la rotura de vasos congénitamente anormales (aneurismas, fístulas y malformaciones arteriovenosas).

Característicamente se produce un intenso dolor de cabeza, vómitos y *alteración en el nivel de conciencia*.

1.1.11. Hernia discal

Es una enfermedad en la que parte del disco intervertebral (núcleo pulpos) se desplaza hacia la raíz nerviosa, la presiona y produce lesiones neurológicas derivadas de esta lesión.

1.1.12. Hidrocefalia

El término hidrocefalia deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza. Como indica su nombre, es una condición en la que la principal característica es la acumulación excesiva de líquido en el cerebro.

Aunque la hidrocefalia se conocía antiguamente como "agua en el cerebro", el "agua" es en realidad líquido cerebroespinal, un líquido claro que rodea el cerebro y la médula espinal. La acumulación excesiva de líquido cerebroespinal resulta en la dilatación anormal de los espacios en el cerebro llamados ventrículos.

Entre las alteraciones clínicas presenta; *apatía, irritabilidad, déficit de atención y memoria, hipomanía.*

1.1.13. Linfoma cerebral

Es un cáncer de las células linfáticas que comienza en el cerebro. La causa se desconoce, pero es más común en personas entre los 45 y 70 años de edad. Los pacientes con sistemas inmunitarios debilitados están en mayor riesgo de desarrollar el linfoma cerebral primario. Las causas frecuentes de un sistema inmunitario debilitado abarcan: VIH y trasplante de órganos, especialmente trasplantes de corazón.

Pueden causar sintomatología clínica similar a cualquier otra lesión ocupante de espacio intracraneal. Presenta un *deterioro neurológico focal*, entre otras alteraciones.

1.1.14. Meningioma

Son tumores benignos de crecimiento lento, extra axiales, no infiltrantes que proceden de la transformación de las células aracnoideas de las meninges, especialmente de las vellosidades aracnoideas, adhiriéndose a la duramadre.

1.1.15. Osteoma

Es un tumor benigno derivado del tejido óseo, el cual se puede producir en cualquier hueso aunque con mayor incidencia en huesos faciales y cráneo. No produce metástasis y su expresión clínica consiste en dolor y deformidad ósea. Los osteomas son los tumores óseos primarios más frecuentes del cráneo.

1.1.16. Quiste aracnoideo

Son sacos de fluido cerebroespinal cubiertos de células aracnoideas y colágeno que aparecen entre la superficie del cerebro humano y la base del cráneo o en la membrana aracnoidea. Los quistes aracnoideos son congénitos y la mayor parte de los casos comienzan durante la infancia. Sin embargo, los síntomas con frecuencia aparecen sólo en la adolescencia.

La sintomatología es variable pero lo que mas se presenta es síntomas focales con signos de hipertensión intracraneal, como son cefalea (dolor de cabeza), hemiparesia, diplopia (visión doble), *irritabilidad, cambios de carácter, apatía (carencia de emociones), y deterioro del rendimiento intelectual.*

1.1.17. Traumatismo craneoencefálico

Es cualquier tipo de traumatismo que lleva a una lesión del cuero cabelludo, el cráneo o el cerebro. Las lesiones pueden variar desde un pequeño abultamiento

en el cráneo hasta una lesión cerebral grave. El traumatismo craneal se clasifica como cerrado o abierto.

Un traumatismo craneal cerrado significa que usted recibió un impacto fuerte en la cabeza al golpear un objeto, pero el objeto no rompió el cráneo. Un traumatismo craneal abierto o penetrante significa que usted fue golpeado con un objeto que rompió el cráneo e ingresó al cerebro. Esto suele suceder cuando uno se desplaza a alta velocidad o por un disparo en la cabeza.

Existen algunos tipos de traumatismos craneales, incluyendo; la conmoción cerebral, que es el tipo de lesión cerebral traumática más común, en la cual se sacude el cerebro; a contusión, que es un hematoma en el cerebro.

1.1.18. Tumor Cerebral

Un tumor cerebral es un crecimiento descontrolado de células derivadas de componentes cerebrales (tumores primarios) o de células tumorales localizadas en otras áreas del organismo (metástasis). Los tumores pueden ser benignos o malignos, dependiendo de la rapidez de su crecimiento.

1.1.19. Vasoespasmo

Estrechamiento de la luz de una o más arterias intracraneales producida por la contracción del músculo liso arterial o de cambios morfológicos de la pared del vaso sanguíneo. Los vasos sanguíneos grandes, que se encuentran cerca de la base del cerebro, se afectan fundamentalmente y la reducción del flujo sanguíneo puede producir lesión cerebral.

CAPITULO 2

2. EL PSICOLOGO CLÍNICO CON ORIENTACIÓN ANALÍTICA

2.1. El psicólogo clínico con orientación analítica trabaja con la palabra.

Mas allá de una evaluación diagnóstica, basados en una nosología comportamental que nos permita hacer un encasillamiento casi exacto del malestar del sujeto; donde una serie de estudiosos se han reunido para establecer los diferentes tipos de comportamiento, tal vez de una forma minimalistas para unos pero muy útil para otros; convierten nuevamente al sujeto – paciente en una unidad.

Si el psicólogo clínico no mantiene una orientación fija, sino define su enfoque teórico, posiblemente caerá sumergido en este mar nosográfico de patologías que anulan cualquier vestigio de “particularidad” en el sujeto, pero que dan un brillante diagnóstico en el paciente. Buscar una marca, ponerle una insignia, darle una identidad y promover el cambio de conducta, podrían llegar a ser algunos de sus objetivos. Las charlas motivacionales donde creer en sí mismos y que esto les permitirá ser mejores personas; donde hay que olvidar el pasado y ver hacia el futuro, y en donde todos los problemas se solucionan, con una simple pastilla. Es así como muchos hacen frente a su vida psíquica y es así como muchos, la tratan.

Para los psicólogos clínicos con orientación analítica, Freud propuso hace mucho tiempo atrás un método terapéutico que permite al sujeto hablar lo que desee. La asociación libre es justamente dejar que el sujeto hable; hable sus pensamientos, sus fantasías, sus sentimientos, lo que desea, según como se le vaya viniendo a la cabeza. Lo que hace el psicólogo clínico con orientación analítica es tan solo

posicionarse como un espejo en donde el sujeto logre proyectarse en su propio discurso.

La posición atenta, la escucha activa del psicólogo hará advenir un saber no sabido por el sujeto y solo, por medio de la palabra. Y es que la posición particular de la palabra consistirá en producir un efecto de sentido, articulando así el deseo con la palabra, ofreciendo una cura, "la cura por la palabra".

Hay una división presente en el momento que uno habla; en este caso, cuando el sujeto – paciente habla; y es que tiene que haber un Otro que escuche. Entonces, como seres hablantes, lo que somos es seres divididos por el lenguaje entre enunciado y enunciación. Y es aquí, donde el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica apunta al significante, a la enunciación y no al significado, a lo enunciado. Trabaja con la palabra porque atrás de esto hay un saber; sabe que el inconsciente está estructurado como un lenguaje.

2.2. El psicólogo clínico con orientación analítica como parte fundamental del equipo multidisciplinario de trabajo.

Hay un concepto comercial que nos enseña que la necesidad hay que crearla; no sé si este encaje dentro del área de la salud, pero específicamente dentro del área de neurocirugía, hay algo más que una necesidad, y sin necesidad de crearla; hay una demanda muy grande de pacientes que diariamente entran traumatizados, con similares sintomatologías producto de las enfermedades neuroquirúrgicas, que son diagnosticados, operados, y algunos hasta con malos pronósticos. Y no se diga de los familiares, que muchas veces se vuelven un tropiezo para la recuperación del sujeto – paciente, aunque no siempre es así.

Formar un equipo multidisciplinario de trabajo va a permitir que se dé una mejor atención al sujeto – paciente, que lo único que espera es hacer uso de un derecho otorgado por el estado, y por el cual mensualmente recibe un recorte porcentual en su rol de pago, o por forma de pago voluntaria. La seguridad social es un tema muy delicado y polémico al que este trabajo no compete; pero muchas veces las cabezas no permiten que la multidisciplinariedad se dé.

Para trabajar multidisciplinariamente, hay que tener una visión holística e integradora y no una visión reduccionista, de lo contrario, no se podrán obtener resultados satisfactorios. Esta visión holística e integradora no es otra cosa que la concepción bio – psico – social del ser humano, que nos permite a cada profesional especializado en su área específica, hacer su labor, sin descuidar ningún aspecto de la vida de ese sujeto – paciente.

Generalmente, la aparición de una enfermedad neuroquirúrgica se da como un hecho contingente que marca la vida del sujeto y lo que trae consigo, es angustia. Esto, es un encuentro con lo desconocido, muchas veces, es el encuentro con un miedo nunca antes sentido, o sabido y reprimido. Esta marca, “la enfermedad”, es parecida a un agujero, un hueco sin significación; y lo que no está significado está cargado de goce (visto como un placer excesivo), del cual hemos ido dejando restos, gracias al lenguaje.

Muchos sujetos – pacientes pasan una enfermedad neuroquirúrgica sin comprender bien que fue lo que sucedió. A otros les cuesta aceptar la enfermedad. Otros simplemente no lo pueden creer, y no la aceptan. A otros, les preocupan más sus problemas personales (infantiles, laborales, conyugales, familiares, etc.) que la misma enfermedad. ¿Y quién se ocupa del psiquismo en el sujeto – paciente con una enfermedad neuroquirúrgica?

El psicólogo clínico con orientación analítica dentro de la institución hospitalaria y como parte del equipo multidisciplinario de trabajo, ofrece un espacio de palabra en el cual, por lo general lo primero que se logra es bajar los niveles de angustia en el sujeto, retomando nuevamente el equilibrio subjetivo y al mismo tiempo una implicación en relación a su enfermedad.

2.3. El trabajo del psicólogo clínico con orientación analítica.

Muchas veces el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica escucha decir del sujeto – paciente; “y usted qué me aconseja”, “que cree que debería hacer”, “dígame que es lo que tengo”, etc. Existe una demanda muy grande por parte del sujeto – paciente de que le resuelvan sus problemas, de que le digan que hacer y cómo actuar. Entonces, no solo depende de la palabra sino del uso que se le dé a la misma.

El psicólogo clínico con orientación analítica se aleja del uso de la palabra de una forma sugestiva, porque esta se aleja del origen y de la significación de los síntomas patológicos y lo que hace es introducir la sugestión como medio de apuntalamiento. El se basa en la palabra del otro como una forma de resta, en donde podrá ubicarse el origen del malestar, y así mismo, la cura. Si se apunta al inconsciente, se aleja del yo; y si se aleja del yo, se abre un agujero - origen antes desconocido u olvidado, en el instante menos pensado, el sujeto – paciente se encuentra hilando su propia historia.

El psicólogo clínico con orientación analítica deberá estar presto a la demanda del sujeto – paciente. Los casos más frecuentes son; o niveles elevados de angustia o depresión, por el diagnóstico médico. Es importante tener en cuenta los efectos que produce un diagnóstico neuroquirúrgico, para lograr una intervención efectiva, puesto que en muchas ocasiones, solo abra una oportunidad.

2.3.1. Tipos de entrevistas.

El psicólogo clínico con orientación analítica debe de saber encuadrar las sesiones de una manera muy asertiva y pertinente; logrando establecer la transferencia en el momento del encuadre si es posible, porque como me referí anteriormente, es posible que no se vuelva a ver a ese paciente.

Las entrevistas más comunes son las entrevistas abiertas, en donde se le permite hablar al paciente lo que desee; utilizando la técnica de la asociación libre, y por lo general, los pacientes comienzan hablando de su enfermedad. También se dan las entrevistas semi – dirigidas, con ciertos señalamientos, intervenciones en base al discurso del sujeto – paciente. Están también las entrevista de urgencia, donde el paciente se encuentra en un estado muy alterado; gritando, llorando, agresivo, etc.; y aquí la intervención del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica es fundamental, puesto que debe de encontrar la forma de que el paciente logre equilibrarse emocionalmente nuevamente. Y las entrevistas de emergencia donde los pacientes se encuentran enfrentando la noticia de una enfermedad, de una operación, etc.

CAPITULO 3

3. EL SUJETO – PACIENTE

3.1. El “sujeto – paciente” de la neurocirugía o la “persona – enferma” en psicología

El paciente para las ciencias de la salud, es alguien que sufre dolor o un malestar y que recibe los servicios de un medico, sometiéndose así a exámenes, tratamientos e intervenciones. El sujeto para el psicoanálisis es una suposición, dada a partir de la falta, iniciando su constitución desde el estadio del espejo, pasando por los tres tiempos lógicos y finalizando como un neurótico en falta; es el sujeto del inconsciente, el que se hace presente en los sueños, en los lapsus, en el chiste. Es lo que significa un significante para otro significante.

El sujeto muchas veces pasa a un segundo plano, ubicándose el paciente no como alguien que padece sino como “la enfermedad”, de esta manera, se logra una mayor objetividad en el momento del diagnostico y el tratamiento. Pero genera un malestar en el sujeto, puesto que ubicarlo como “enfermedad”, es ubicarlo como objeto, como desecho; quedando anulado frente al otro y desconociendo en el cualquier vestigio de particularidad que pueda haberle quedado luego de la noticia (la enfermedad) o el accidente.

La simple escucha, en respuesta a una demanda intrínseca dentro del área de neurocirugía, generalmente se vuelve en el arma para que el sujeto se acomode y pueda articular nuevamente palabra, encontrándose no con ese gran Otro que lo

encasilla, sino con ese otro en un principio semejante, pero al mismo tiempo en un portador de un saber.

3.2. ¿Cómo maneja el sujeto – paciente el diagnostico medico?

El “manejar” implica un proceso de aprendizaje en donde la persona se vale de ciertos medios para poder obtener el resultado esperado. Es así como uno aprenda a dirigir, conducir o guiar “x” situación u objeto. Muchas veces este proceso se vuelve un auto-aprendizaje, y es aquí donde muchas veces el sujeto se queda sin recursos.

El diagnostico medico no es otra cosa que el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad. De ahí que en el área de Neurocirugía, las enfermedades neuroquirúrgicas mencionadas en el capítulo 1, son las que se presentan más frecuentemente.

Existen varias formas de presentarse una enfermedad neuroquirúrgica:

- Aparecen con síntomas variados (mencionados en el capítulo 1).
- Los pacientes se muestran asintomáticos y por medio de un chequeo general se dan cuenta de la enfermedad (factor sorpresa).
- Aparecen de imprevisto (accidentes).

El manejo del diagnostico medico va a depender mucho de la estructura clínica del sujeto y también, de la forma en cómo se le presentó al sujeto – paciente la enfermedad. Solo ubicando estas dos variables se podrá hacer una intervención efectiva.

Y es que si la aparición de una enfermedad neuroquirúrgica en la vida de un sujeto viene a marcarlo y a movilizarlo de su posición “equilibrada”; de una supuesta tranquilidad que provee la salud, al estar marcado por la enfermedad, se abre un vacío sin significación. Es por esto que el sujeto – paciente se queda sin recursos frente al diagnóstico médico, porque la marca en su cuerpo, sigue siendo dada por la palabra.

Lo que viene a cubrir al sujeto – paciente luego de “la marca diagnóstica” es la angustia; esta que paraliza, que lo mantiene pasivo y a la vez activo porque algo acontece en él. Un llanto desmedido o reprimido, la pérdida del sentido, las ideas de la proximidad de la muerte, el suicidio, etc; son algunas de las formas en las que el sujeto – paciente hace frente a la enfermedad. Muchas veces, esta marca se vuelve inasimilable, inmanejable, y es en donde el psicólogo clínico con orientación analítica se vuelve en un “pilar provisional” para lograr que el sujeto paciente no solo se enganche nuevamente a la vida, sino que logre implicarse en relación a su enfermedad, dándole una nueva visión para un adecuado manejo; en la mayoría de los casos puesto que en los casos con pronósticos desfavorables, lo que funcionaría es el desenganche a la vida y lograr “el bien morir”.

3.2.1. Los efectos que produce la psicoterapia con orientación analítica en sujetos – pacientes con enfermedades neuroquirúrgicas; el manejo del diagnóstico médico

No podemos hablar de una cura analítica en el frente hospitalario, específicamente en el área de Neurocirugía; puesto que nunca se sabe el tiempo de permanencia de los pacientes. En muchas ocasiones, el psicólogo clínico con orientación

analítica hará frente a la problemática del sujeto – paciente en tan solo una sesión. Muchas veces esta sesión está cargada de angustia, generalmente por el diagnóstico y es aquí donde debemos apuntar.

Esta angustia confronta al sujeto con la falta de la falta; y si bien para Freud esta se originaba por la pérdida del objeto, con Lacan aparece, con la presencia del objeto. En una vía no significativa donde los objetos no son los mismos, puesto que los otros son modelados sobre una imagen.

Uno de los efectos rápidos de la terapia con orientación analítica dentro de una institución hospitalaria es que el paciente logre manejar su ansiedad. Muchas veces esto se da con la "talking cure", donde los niveles de angustia descienden con el fluir de las palabras y el sujeto – paciente por un segundo, recobra el sentido, regulando así su goce.

El siguiente paso está relacionado con la implicación subjetiva; el aceptar la enfermedad. Este es uno de los procedimientos más conflictivos puesto que la estructura clínica del sujeto se pone en evidencia y en juego. Para un obsesivo, por ejemplo, la incertidumbre es letal; en algunos casos; puesto que la duda paradójicamente es la que los hace sentir mejor, pero no los deja seguir.

El aceptar la enfermedad es aceptar las recomendaciones del médico, y no como algunos pacientes dentro del área, que acostumbraban a cuestionarlos o a desobedecerlos. Es justamente el poder hacerse responsable de lo que le está pasando. Es engancharse nuevamente con la vida, buscándole el sentido a seguir; es nuevamente embestir libidinalmente una situación, objeto o sujeto que los re direcciona trazando así nuevas metas a seguir.

Dentro del área de neurocirugía, a los pacientes muchas veces se les presentan dos oportunidades: la primera es una oferta, en ocasiones riesgosa, por darle continuidad a la vida; y la segunda, el desahucio. El psicólogo clínico tiene que estar presente en ese momento, como base, para desequilibrar las opciones y presentarle el panorama real de su malestar, guiándolo siempre al sujeto – paciente hacia su “bien estar”.

CONCLUSIÓN

Si se tiene una visión holística en relación a la salud, el trabajo del psicólogo clínico con orientación analítica dentro de una institución hospitalaria se vuelve de suma importancia, puesto que detrás de una enfermedad está un sujeto que sufre doblemente. Sobre él hay un desajuste no solo físico, sino también emocional.

Las intervenciones del psicólogo clínico con orientación analítica van a permitir en el sujeto que padece; en muchas de las ocasiones; una implicación en relación a su enfermedad. Lograr que el paciente acepte y se haga cargo de su enfermedad es hacer un giro, un cambio de posición donde pueda reconocer y aceptar lo que está sucediendo en y con su vida. Es aceptar la "marca" regulando su goce y abriendo nuevas fronteras, nuevos caminos y continuar viviendo.

Y justamente estas intervenciones que ayudan tanto al equipo paramédico como al sujeto y los familiares.

Es así, como la psicoterapia con orientación analítica se va instalando dentro del espacio hospitalario, como una opción que le permite al sujeto reengancharse con la vida, a través del discurso que él trae; sin ofrecer recetas de cómo vivir mejor. Lo que se hace es direccionar al sujeto a que conozca su malestar y se haga responsable del mismo.

BIBLIOGRAFIA

- www.neurocirugia.com (diagnostico).
- Greenberg, Mark; "Manual de Neurocirugía" Tomos 1 y 2.
- Freud, Sigmund; "Consejos al médico"; Obras Completas en digital.
- Freud, Sigmund; "Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas"; Obras Completas en digital.
- Eric...
- Lacan, Jacques; "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis"; Los Escritos de Jacques Lacan 1, Cuatro en digital.
- Freud, Sigmund; "Sobre psicoterapia", Obras Completas en digital.
- Breur, Josef; "Estudios sobre la histeria"; Escritos en colaboración con Sigmund Freud; El caso de Anna O; Obras completas en digital.
- Breunstein, Néstor; "Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan).
- Lacan, Jacques; "La dirección de la cura y los principios de su poder"; Los Escritos de Lacan 2, Cinco en digital.
- Lacan, Jacques; "Posición del inconsciente en el congreso de Bonnevai"; Los Escritos de Lacan 2, Seis en digital
- Lacan, Jacques; "La angustia"; Seminario 10 en digital.
- Miller, Jacques; D Angelo L; Fuentes A; Garrido C; Goya A; Rueda F; Vincens A; "Efectos terapéuticos rápidos" Conversaciones clínicas con Jacques Alain Miller en Barcelona.

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" DE GUAYAQUIL

DEPARTAMENTO DE NEUROCIURUGIA

ESTADISTICAS CLINICAS DE PACIENTES QUE RECIBIERON ASISTENCIA PSICOLOGICA

DESDE EL MES DE MAYO DEL 2010 HASTA EL MES DE ENERO DEL 2011

N°	Pacientes	Edad	N° de sesiones	Diagnostico Medico	Motivo de Consulta	Intervencion	Diagnostico Psicologico
1	Orlando Quezada	61	2	Hidrocefalia	Derivado por enfermera	P.O. analitica	Neurosis obsesiva
2	Maria Vargas	61	2	Familiar	Familiar Angustiada	P.O. analitica	Neurosis Histerica
3	Rafael Torres	26	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
4	Gabriel Coello	52	1	Operado Hidrocefalia visita de control	Visita		Neurosis obsesiva
5	Helen Shao	17	1	Familiar	Familiar Angustiada	P. urgencia	Neurosis rasgos Histericos
6	Mercedes Moran	77	3	Tumor cerebral y hem. Sub. cro	Derivada por Doctor, ansiosa	P.O. analitica	Neurosis Histerica
7	Sonia		2	Familiar	Voluntaria	P. urgencia	Neurosis Histerica
8	Ramon Cedeño		4	Tumor cerebral metastasis	Derivado por enfermera	P. urgencia	Neurosis obsesiva
9	Roberto Cedeño	31	1	Familiar	Voluntaria	P. emergencia	Neurosis rasgos obsesivos
10	Sonia Campos	68	2	Aneurisma	Visita	P.O. analitica	Neurosis Histerica
11	Manuel Macias	55	2	Tumor Cerebral	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
12	Eustorgia Clava	52	1	Tumor Hipofisis	Pedido por familiar	P. emergencia	Neurosis Histerica
13	Jose Arica	76	1	Hidrocefalia	Visita	P. emergencia	
14	Mercedes Flores	61	1	Familiar	Voluntaria	P. urgencia	Neurosis Histerica
15	Bolivar Guerra	37	3	Tumor Cerebral Maligno	Derivado por enfermera	P.O. analitica	Neurosis rasgos Histericos
16	Julio Lascano		2	Familiar	Padre Angustiado	P. urgencia	Neurosis Obsesiva
17	Liniel Shao	19	1	Familiar	Pedido por padre	P.O. analitica	Estructura Neurotica
18	Rogelio Sarcos	59	2	Mielitis Cronica	Derivado por Practicante de traumatologia	P. emergencia	
19	Oswaldo Posligna	45	2	Derrame Cerebral	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos Obsesivos
20	Segundo Ullon	59	1	TEC	Visita	P.O. analitica	
21	Rosa Ramirez	71	2	Tumor Medular	Pedido por familiar	P. emergencia	Neurosis Histerica
22	Luzmila Rojas	69	1	Presion cervical y dorsal	Paciente deprimida	P. urgencia	Neurosis rasgos Histericos
23	Felix Quishpe	65	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis Obsesiva

24	Wilson Gongora	32	2	TEC	Voluntaria	P.O. analitica	Neurosis rasgos Histericos
25	Celio Lituma	33	2	TEC	Voluntaria	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
N°	Pacientes	Edad	N° de sesiones	Diagnostico Medico	Motivo de Consulta	Intervencion	Diagnostico Psicologico
26	Olga Aragundi	49	1	Derrame Cerebral	Visita	P.O. analitica	
27	Miri		2	Familiar	Depresion y Angustia	P. urgencia	Neurosis Histerica
28	Hipatia	42	1	Quiste Cerebral	Derivada por Medico	P. emergencia	Neurosis Histerica
29	Carmen Triviño	87	1	Hidrocefalia	Pedido por familiar	P.O. analitica	Estructura Neurotica
30	Hipatia Balero	43	1	Quiste Cerebral	Pedido por familiar, ansiosa	P. urgencia	Neurosis rasgos Obsesivos
31	Alexandra Balero	41	1	Familiar	Pedido por familiar, carácter fuerte	P. urgencia	Neurosis Histerica
32	Fabricio Baida	20	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos Obsesivos
33	Gerald Lascano		1	Familiar	Pedido Por familiar	P. emergencia	Neurosis rasgos Obsesivos
34	Petra Herrera	66	2	Tumor Cerebral	derivada por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis rasgos Obsesivos
35	Mariano Campuzano	57	1	TEC	Visita	P.O. analitica	
36	Manuel	83	1	TEC	Visita	P.O. analitica	
37	Elizabeth Cevallos	52	4	Tumor Cerebral	Derivada por enfermera	P. emergencia	Psicosis Ordinaria
38	Fabiola Cevallos	22	3	Familiar	Voluntaria	P. urgencia	Neurosis Histerica
39	Christian Villamar	23	1	Fractura de Craneo	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
40	Gladys Navarrete	51	1	Familiar	Voluntaria	P.O. analitica	Neurosis Histerica
41	Blanca Catro	70	1	Derrame Cerebral	Voluntaria	P. emergencia	Neurosis rasgos obsesivos
42	Lola Moreira	44	1	Familiar	Pedido por familiar	P. urgencia	Neurosis rasgos histericos
43	Enrique Moreira	29	3	Familiar adicto a drogas	Pedido por familiar	P. urgencia	Neurosis rasgos perversos
44	Eduardo Arias	35	1	TEC	Voluntaria	P.O. analitica	Neurosis Obsesiva
45	Edmundo	72	2	TEC	Pedido por familiar, agresivo	P. urgencia	Deterioro Neurologico
46	Narcisa Suarez	37	2	Hemorragia Cerebral	derivada por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis Histerica
47	Ney Pazmiño	35	2	Astrocitoma	Pedido por familiar	P.O. analitica	Neurosis rasgos histericos
48	Alba	35	2	Familiar	Pedido por paciente	P.O. analitica	Neurosis Histerica
49	Betty Alonso	34	4	Tumor Hipofisis	Voluntaria paciente ansiosa	P. urgencia	Neurosis Histerica
50	Diego Moran	23	2	TEC	Pedido por Familiar	P.O. analitica	Neurosis Obsesiva
51	Oliver Medrano	16	2	TEC	Derivado por enfermera	P. urgencia	Psicosis Ordinaria
52	Luis Pincay	56	2	TEC	Derivado por Medico	P. emergencia	Deficit Neurologico
53	Christian Baños	26	1	Fractura de Craneo	Visita	P.O. analitica	
54	Raul Cañizares	37	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
55	Rodolfo Gualpa	56	1	Hernia Discal	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos

56	Jose Vargas	32	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
57	Antonio Meza		1	Hemorragia Cerebral	Derivado por enfermera, depresion	P. urgencia	Deterioro neurologico
58	Elena Wong	59	2	Derrame Cerebral	Visita , depresion	P. urgencia	Deterioro neurologico
59	Jose Rueda	56	1	TEC	Visita paciente angustiado	P. urgencia	Neurosis
N°	Pacientes	Edad	N° de sesiones	Diagnostico Medico	Motivo de Consulta	Intervencion	Diagnostico Psicologico
60	Gladys Wong	48	1	Familiar	Voluntario	P.O. analitica	Neurosis Histerica
61	Fergy Zandoval	11	2	TEC	Paciente deprimida	P. urgencia	Neurosis
62	Lorenzo Celleri	80	5	TEC	Paciente deprimido	P. urgencia	Neurosis obsesiva
63	Martina Sanchez	55	2	Aneurisma	Derivada por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis Histerica
64	Byron Procel	20	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis obsesiva
65	Andres Coloba	28	1	Hemorragia Cerebral	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
66	Luis Ramirez	62	8	Derrame Cerebral	Visita	P.O. analitica	Deterioro Neurologico
67	Andres Rivera	53	4	Hidrocefalia	Derivado por enfermera, angustia	P. urgencia	Neurosis obsesiva
68	Veronica	38	1	Tumor cerebral	Paciente angustiado	P. urgencia	Neurosis rasgos Histericos
69	Pedro Coloba		1	Familiar	Voluntario	P.O. analitica	Neurosis obsesiva
70	Cosmes Ponce	25	1	TEC	Derivado por doctor, agresivo	P. urgencia	Neurosis rasgos perversos
71	Victor Gonzalez	56	2	Hernia Lumbar	Paciente deprimido	P. emergencia	Neurosis rasgos Histericos
72	Telmo Aguilar	81	2	Infarto Cerebral	Derivado por enferma, agresivo	P. urgencia	Neurosis
73	Pedro Loor	38	1	TEC	Visita (con custodia policial)	P.O. analitica	
74	Francisco Mayorga	85	1	TEC	Visita	P.O. analitica	
75	Jorge Roldan	84	1	TEC	Visita	P.O. analitica	
76	Ricardo Cañarte	81	1	TEC	Visita	P.O. analitica	
77	Gabriel Cruz	21	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
78	Jenny Villamar	24	2	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos Histericos
79	Yolanda Alvarado	58	2	Tumor cerebral, metastasis	Derivado por enfermera, delirante	P. urgencia	deterioro Neurologico
80	Manuel España	47	6	Tumor cerebral	Visita	P.O. analitica	Neurosis obsesiva
81	Joaquin Montiel	22	3	TEC	Derivado por doctor, agresivo y deprimido	P. emergencia	Neurosis Histerica
82	karen Martinez	19	2	Familiar	Derivada por esposo	P.O. analitica	Neurosis Histerica
83	Betty Veliz	50	2	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis Histerica
84	Jorge Lopez	34	2	Tumor cervical	Derivado por doctor, ansioso	P. urgencia	Neurosis rasgos obsesivos
85	Carlos Moya	31	1	Tumor cervical	Paciente ansioso	P. urgencia	Neurosis rasgos perversos
86	Virgilio Ramos	73	1	Tumor cerebral	Derivado por enfermera, agresivo	P. urgencia	Neurosis obsesiva
87	Ronald Narea	28	2	TEC	Derivado por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis rasgos obsesivos

88	Jose Castillo	32	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis Histerica
89	Digle Quinto	55	1	TEC	Derivada por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis obsesiva
90	Javier Torres	27	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
91	Pedro Rivera	36	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
92	Eduardo Encalada	59	1	Tumor cerebral	paciente deprimida	P.O. analitica	Deficit Neurologico
93	Elena Villon	45	3	Tumor cerebral		P. urgencia	
N°	Pacientes	Edad	N° de sesiones	Diagnostico Medico	Motivo de Consulta	Intervencion	Diagnostico Psicologico
94	Petita Baque	44	3	Afeccion Cervical	temor a operación	P. emergencia	Neurosis Histerica
95	Carlos Moncayo	28	1	Tumor Interaquidido	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
96	Martha Carrasco		1	Aneurisma	Visita	P.O. analitica	Neurosis Histerica
97	Cesar Rosas	65	1	Infarto Cerebral	Derivado por enferma, ansioso	P. urgencia	Neurosis rasgos obsesivos
98	Yolanda Peña	54	1	Familiar	Voluntario	P.O. analitica	Neurosis Histerica
99	Leinny Leon	29	2	TEC	Derivada por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis
100	Isidro Catute	58	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
101	Luis Soto		1	TEC	Cambios conductuales	P.O. analitica	Deficit Neurologico
102	Olga Medina	81	1	TEC	Ansiedad	P. urgencia	Neurosis Histerica
103	Adelina	83	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
104	Nestor G	28	1	TEC	Derivado por papá	P.O. analitica	Neurosis
105	Luis Molina	71	1	TEC	Voluntario	P.O. analitica	Deficit Neurologico
106	Olgo Cevallos	68	3	TEC	Derivado por enfermera, agresivo	P. urgencia	Deficit Neurologico
107	Pedro Bohorquez	34	2	TEC	Derivado por enfermeras, ansiedad	P. urgencia	Neurosis
108	Gilberto U	73	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
109	Jarvin Sanchez	18	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
110	Carlos Medina	37	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
111	Roberto Rosado	26	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos Histericos
112	Manuel Ruiz	50	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos Obsesivos
113	Omar Carrasco	22	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Nuerosis
114	Alfonso Ortega	57	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Deficit Neurologico
115	Edwin Fernandez	23	2	TEC	Derivado por familiar, deprimido	P. urgencia	Neurosis rasgos Obsesivos
116	Joaquin Marcillo	62	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
117	Juan Sarmiento	87	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Deficit Neurologico
118	Roberto Rosado	26	1	TEC	Derivado familiar	P.O. analitica	Diagnosticado con retraso mental
119	Luis Mera	66	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis

120	Orlando Mora	33	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
121	Jose Mora	70	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
122	Isidro Pincay	80	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
123	Walter Fernandez	36	2	TEC	Derivado por enfermera, ansiedad	P. urgencia	Neurosis rasgos obsesivos
124	Abel Vera	31	1	Impacto bala en cabeza	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
125	Jose Diaz	76	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Nuerosis
126	Imelda Lucas	51	2	Aneurisma	Voluntario	P.O. analitica	Neurosis histérica
127	Humberto Molina	45	1	Derrame Cerebral	Visita	P.O. analitica	Neurosis
N°	Pacientes	Edad	N° de sesiones	Diagnostico Medico	Motivo de Consulta	Intervencion	Diagnostico Psicologico
128	Sixta Caspia	76	1	Derrame Cerebral	Visita	P.O. analitica	Neurosis
129	Jorge Pineda	68	1	Tumor cerebral metastasis	Visita	P.O. analitica	Neuorisis
130	Luis Ramos	77	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
131	Petra Lozma	88	1	TEC	Voluntaria	P.O. analitica	Neurosis histérica
132	Medardo Mejia	29	1	Familiar	Voluntario	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
133	Sidys Sanchez	22	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
134	Domenica Coella	69	1	TEC	Derivada enfermera, ansiedad	P. urgencia	Neurosis histérica
135	Froylan Alcivar	84	1	TEC	Derivado enfermera, agresivo	P. urgencia	Deficit Neurológico
136	Fredy Herrera	41	2	Tumor cerebral	Visita	P.O. analitica	Neurosis
137	Cristian Valle	22	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neuorisis
138	Carlos Arzule	16	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
139	Jorge Silva	51	2	Tumor cerebral	Derivado por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis obsesiva
140	Rosa Solorzano	76	1	Tumor cerebral	Voluntario	P.O. analitica	Neurosis
141	Carlos Malo	84	2	TEC	Voluntario	P.O. analitica	Psicosis Ordinaria
142	Segundo Tamayo	68	1	TEC (epileptico)	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos Histericos
143	Maria Naranjo	58	3	Aneurisma	Derivada por nefermera, depresion	P. urgencia	Neurosis histérica
144	Vilma Cedeño		1	Familiar	Voluntario	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
145	Elvia Aviles	65	1	Tumor cerebral	Derivada, depresion	P. urgencia	Neurosis histérica
146	Orlanda	45	1	Familiar	Voluntario	P.O. analitica	Neurosis histérica
147	America Alcivar	56	1	Familiar	Voluntario	P.O. analitica	Neurosis histérica
148	Selvio Ortiz	24	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
149	Roberto Alomalina	23	1	TEC	Visista	P.O. analitica	Neurosis
150	Enrique Romero	45	2	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
151	Lilian Burgos	88	1	TEC	Voluntario, depresion	P. urgencia	Neurosis histérica

152	Geny	22	1	Familiar	Derivado madre	P.O. analitica	Neurosis histérica
153	Jacinto Zurita	57	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
154	Roberto Moreira	42	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis obsesiva
155	Javier Calvache	43	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
156	Ruben Castro	15	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
157	Gladys Pozo	68	1	TEC (alzheimer)	Visita	P.O. analitica	Deficit Neurologico
158	Pablo Gonzales		1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
159	Antonio Borbor	67	2	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
160	Carlos Seyan	35	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
161	Juletsi Velasquez	24	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos obsesivos
N°	Pacientes	Edad	N° de sesiones	Diagnostico Medico	Motivo de Consulta	Intervencion	Diagnostico Psicologico
162	Jorge Zuñiga	56	1	Aneurisma	Visita	P.O. analitica	
163	Fermin Caicedo	76	4	Tumor cerebral	Derivado por enfermeras, ansiedad	P. urgencia	Deficit neurologico
164	Isidro Mora	30	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
165	Mercedes Zambrano	89	1	Derrame Cerebral	Visita	P.O. analitica	Neurosis
166	Armando Vega	21	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
167	Carlos Ubidia	34	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
168	Carmen Tenesaca	71	1	TEC	Voluntaria, depresion	P. urgencia	Neurosis histérica
169	Blanca Lazcano	44	1	TEC	Voluntaria, depresion	P. urgencia	Neurosis histérica
170	Armandina Mendoza	63	1	Tumor cerebral	Derivada por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis
171	Matilde Pinargote	35	1	Familia	Ansiedad	P. urgencia	Neurosis histérica
172	Luz Quimi	63	1	TEC	Voluntaria, depresion	P. urgencia	Neurosis histérica
173	Saira Marfa	61	1	Familiar	Voluntaria	P.O. analitica	Neurosis histérica
174	Rosa Monte	80	1	TEC	Voluntaria, ansiedad	P. urgencia	Neurosis histérica
175	Angel Arias	71	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis obsesiva
176	Marcelo Guaman	35	1	Tumor cerebral	Derivado por enfermera, agresivo	P. urgencia	Deficit neurologico
177	Italo Hungria	55	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
178	Guillermo	40	1	Infarto Cerebral	Derivado por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis obsesiva
179	Gonzalo Gamba	60	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis rasgos histéricos
180	Manuel Sanchez	63	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis obsesiva
181	Genaro Lucas	38	2	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis obsesiva
182	Didi Sanchez	40	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis histérica
183	Manuel Ramirez	78	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis




184	Henry Orly	40	1	Aneurisma	Visita	P.O. analitica	Neurosis
185	Miguel Pluas	36	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Nuerosis
186	Henry Dominguez	36	2	TEC	Visita	P.O. analitica	Psicosis ordinaria
187	Gertrudis Caicedo	47	1	Familiar	Voluntaria, ansiedad	P. urgencia	Neurosis rasgos obsesivos
188	Enrique Sanchez	50	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis obsesiva
189	Rocio Rivera	43	1	Familiar	Voluntaria, depresion	P. urgencia	Neurosis histerica
190	Gina Campoverde	50	1	Tumor cerebral	Derivada por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis histerica
191	Juan Balarezo	79	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
192	Emilio Gamboa	43	1	TEC	Visita	P.O. analitica	
193	Antonio Gamboa		1	Familiar	Voluntario, ansiedad	P. urgencia	Neurosis obsesiva
194	Ricardo Maldonado	56	1	Aneurisma	Visita	P.O. analitica	Nuerosis obsesiva
195	Adolfo Cortez	44	1	Tumor cerebral	Visita	P.O. analitica	Neurosis
N°	Pacientes	Edad	N° de sesiones	Diagnostico Medico	Motivo de Consulta	Intervencion	Diagnostico Psicologico
196	Beatriz Sanchez	68	1	Tumor cerebral	Derivada por enfermera, depresion	P. urgencia	Neurosis histerica
197	Enrique Constante	30	1	TEC	Derivado por enfermera, agresivo	P. emergencia	Presencia F.E./Psicosis O
198	Mercedes Tigua	24	1	TEC, fractura	Visita	P.O. analitica	Neurosis
199	Jazmin Magallanes	24	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
200	Zoila Tierra	85	1	TEC	Pedido de familiar	P.O. analitica	Deficit Neurologico/Demencia
201	Javier Arevalo	40	1	Hidrocefalia	Paciente ansioso	P.O. analitica	Neurosis Obsesiva
202	Geovanny Cervantes	28	1	TEC	Visita	P.O. analitica	Neurosis
203	Jorge Torres	32	1	TEC	Derivado por enfermera, agresivo	P.O. analitica	Presencia F.E./Psicosis O

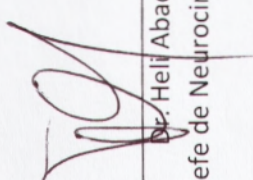
HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Neurocirugia

Practicante de Psicologia Clinica de la Universidad Catolica de Guayaquil: Juandiego Almeida

Asistencia mes de MAYO 2010

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
25/05/2010	08:40	13:40	Entrevistas Psicologica	
27/05/2010	07:44	12:00	Entrevistas Psicologica	
28/05/2010	08:00	12:10	Reunio de STAFF/Entrevistas Psicologica	







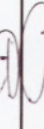
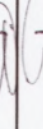



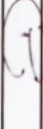
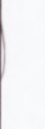

Dr. Heli Abad
Jefe de Neurocirugia

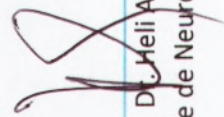
HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Neurocirugia

Practicante de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Guayaquil: Juan Diego Almeida

Asistencia mes de JUNIO 2010

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
01/06/2010	08:07	12:10	Entrevistas Psicológicas	
03/06/2010	08:10	12:15	Entrevistas Psicológicas	
04/06/2010	08:15	12:15	Entrevistas Psicológicas	
08/06/2010	08:15	12:18	Entrevistas Psicológicas	
10/06/2010	08:10	12:15	Entrevistas Psicológicas	
11/06/2010	08:00	12:10	Reunion de STAFF	
15/06/2010	08:30	12:30	Entrevistas Psicológicas	
17/06/2010	08:20	12:10	Entrevistas Psicológicas	
18/06/2010	08:47	12:54	Entrevistas Psicológicas	
22/06/2010	08:15	12:14	Entrevistas Psicológicas	
24/06/2010	08:00	11:50	Entrevistas Psicológicas	
25/06/2010	07:50	12:10	Entrevistas Psicológicas	
29/06/2010	08:15	12:18	Entrevistas Psicológicas	




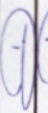
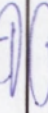
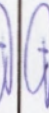



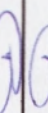
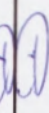

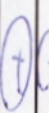

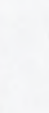
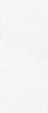
D. Heli Abad
Jefe de Neurocirugia

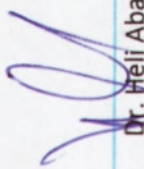
HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Neurocirugia

Practicante de Psicologia Clinica de la Universidad Catolica de Guayaquil: Juan Diego Almeida

Asistencia mes de JULIO 2010

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
01/07/2010	08:03	12:00	Entrevistas Psicologicas	
02/07/2010	08:09	11:50	Entrevistas Psicologicas	
06/07/2010	07:45	11:15	Entrevistas Psicologicas	
08/07/2010	Falta	Falta	Problema de Salud	
09/07/2010	Falta	Falta	Problema de Salud	
13/07/2010	08:35	12:23	Entrevistas Psicologicas	
15/07/2010	07:45	11:50	Entrevistas Psicologicas	
16/07/2010	08:00	11:57	Entrevistas Psicologicas	
20/07/2010	08:43	12:30	Entrevistas Psicologicas	
22/07/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicologicas	
23/07/2010	08:07	12:12	Visitas generales/Entrevistas Psicologicas	
27/07/2010	08:12	13:46	Entrevistas Psicologicas	
29/07/2010	08:05	12:34	Entrevistas Psicologicas	
30/07/2010	08:05	12:03	Visitas generales/Entrevistas Psicologicas	




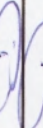
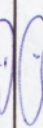

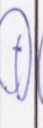
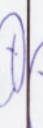
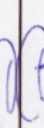


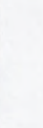
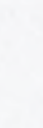

 Dr. Heli Abad
 Jefe de Neurocirugia
 Dr. Heli Abad
 Jefe Servicio Neurocirugia
 Hospital Regional del IESS

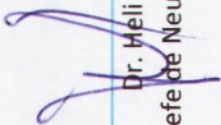
HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Neurocirugia

Practicante de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Guayaquil: Juan Diego Almeida

Asistencia mes de AGOSTO 2010

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
03/08/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicologicas	
05/08/2010	08:10	12:15	Entrevistas Psicologicas	
06/08/2010	08:00	12:10	Entrevistas Psicologicas	
10/08/2010	08:20	12:00	Entrevistas Psicologicas	
12/08/2010	08:02	12:04	Entrevistas Psicologicas	
13/08/2010	07:54	12:00	Entrevistas Psicologicas	
17/08/2010	08:23	12:12	Entrevistas Psicologicas	
19/08/2010	08:00	12:02	Entrevistas Psicologicas	
20/08/2010	08:33	13:12	Entrevistas Psicologicas	
24/08/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicologicas	
26/08/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicologicas	
27/08/2010	07:45	13:23	Staff/Entrevistas Psicologicas	
31/08/2010	08:00	12:14	Entrevistas Psicologicas	



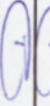
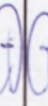
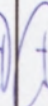



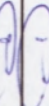



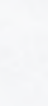

Dr. Heli Abad
Jefe de Neurocirugia
Jefe Servicio Neurocirugia (R)
Hospital Regional del IESS


HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Neurocirugia

Practicante de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Guayaquil: Juan Diego Almeida

Asistencia mes de SEPTIEMBRE 2010

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
02/09/2010	08:34	12:23	Entrevistas Psicológicas	
03/09/2010	09:35	13:40	Entrevistas Psicológicas	
07/09/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicológicas	
09/09/2010	08:00	12:15	Entrevistas Psicológicas	
10/09/2010	07:50	12:30	Entrevistas Psicológicas	
14/09/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicológicas	
16/09/2010	8:03	12:12	Entrevistas Psicológicas	
17/09/2010	07:45	12:35	Staff/Entrevistas Psicológicas	
21/09/2010	08:00	12:11	Entrevistas Psicológicas	
23/09/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicológicas	
24/09/2010	08:34	12:00	Entrevistas Psicológicas	
28/09/2010	08:22	13:00	Entrevistas Psicológicas	
30/09/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicológicas	





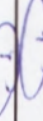


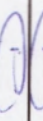




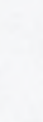

 Dr. Heir Abad
 Hospital Regional del IESS
 Jefe de Neurocirugia

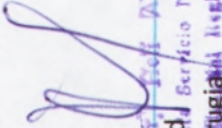
HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Neurocirugia

Practicante de Psicologia Clinica de la Universidad Catolica de Guayaquil: Juan Diego Almeida

Asistencia mes de OCTUBRE 2010

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
01/10/2010	07:45	12:00	Entrevistas Psicologicas	
05/10/2010	08:00	12:15	Entrevistas Psicologicas	
07/10/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicologicas	
08/10/210	07:40	12:30	Staff/Entrevistas Psicologicas	
12/10/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicologicas	
14/10/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicologicas	
15/10/2010	07:45	12:50	Staff/Entrevistas Psicologicas	
19/10/2010	08:23	12:34	Entrevistas Psicologicas	
21/10/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicologicas	
22/10/2010	07:50	13:00	Staff/Entrevistas Psicologicas	
26/10/2010	08:00	12:00	Entrevistas Psicologicas	
28/10/2010	Falta	Falta	Conferencia de parejas	
29/10/2010	Falta	Falta	Conferencia de parejas	


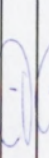
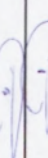
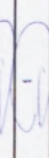
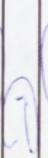

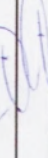

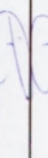


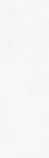
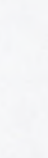

 Dr. Heli Abad Gutierrez
 Servicio Neurocirugia (CQ)
 Jefe de Neurocirugia Regional del IESS

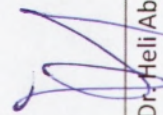
HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Neurocirugia

Practicante de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Guayaquil: Juan Diego Almeida

Asistencia mes de NOVIEMBRE 2010

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
02/11/2010	No asistencia	No asistencia	FERIADO	
04/11/2010	No asistencia	No asistencia	Vacaciones	
05/11/2010	No asistencia	No asistencia	Vacaciones	
09/11/2010	8:00	12:00	Entrevistas Psicológicas/Charla Grupal	
11/11/2010	8:15	12:00	Entrevistas Psicológicas	
12/11/2010	8:00	12:20	Entrevistas Psicológicas	
16/11/2010	8:00	12:00	Entrevistas Psicológicas	
18/11/2010	7:50	12:10	Entrevistas Psicológicas/Charla Grupal	
19/11/2010	8:00	12:11	Entrevistas Psicológicas	
23/11/2010	8:12	12:30	Entrevistas Psicológicas	
25/11/2010	8:00	12:00	Entrevistas Psicológicas	
26/11/2010	7:50	12:15	Entrevistas Psicológicas	
30/11/2010	8:00	12:50	Entrevistas Psicológicas/Charla Grupal	








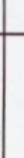
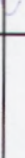
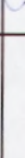
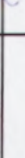
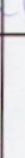

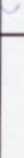
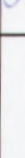
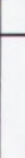
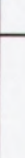
Dr. Heli Abad
Jefe de Neurocirugia

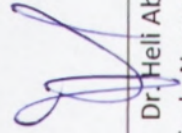
HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Neurocirugia

Practicante de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Guayaquil: Juan Diego Almeida

Asistencia mes de DICIEMBRE 2010

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
02/12/2010	8:00	12:12	Entrevistas Psicologicas/Charla Grupal	
03/12/2010	8:00	12:12	Entrevistas Psicologicas	
07/12/2010	8:00	13:00	Entrevistas Psicologicas	
09/12/2010	8:00	12:30	Entrevistas Psicologicas	
10/12/2010	7:50	12:15	Entrevistas Psicologicas/Charla Grupal	
14/12/2010	8:00	12:10	Entrevistas Psicologicas	
16/12/2010	8:00	12:40	Entrevistas Psicologicas	
17/12/2010	7:50	12:50	Staff	
21/12/2010	8:00	12:10	Entrevistas Psicologicas	
23/12/2010	8:00	12:30	Entrevistas Psicologicas	
24/12/2010	7:55	13:15	Entrevistas Psicologicas/Charla Grupal	
27/12/2010	8:30	11:30	Entrevistas Psicologicas	
28/12/2010	Falta	Falta	Problema de Salud	
30/12/2010	Falta	Falta	Problema de Salud	
31/12/2010	Falta	Falta	Problema de Salud	



Dr. Heli Abad


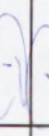
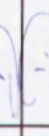




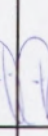
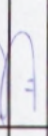



Jefe de Neurocirugia

HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO" GUAYAQUIL

Departamento de Neurocirugia

Practicante de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Guayaquil: Juan Diego Almeida

Asistencia mes de ENERO 2011

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
04/01/2011	8:00	12:00	Entrevistas Psicológicas	
06/01/2011	8:00	12:30	Entrevistas Psicológicas	
07/01/2011	7:55	12:30	Staff/Entrevistas Psicológicas	
10/01/2011	8:00	12:00	Practicantes/Entrevistas Psicológicas	
11/01/2011	8:00	12:50	Practicantes/Grupo Operativo/Entrevistas Psicológicas	
12/01/2011	8:00	12:15	Practicantes/Entrevistas Psicológicas	
13/01/2011	8:00	13:00	Practicantes/Grupo Operativo/Entrevistas Psicológicas	
14/01/2011	7:40	12:50	Practicantes/Grupo Operativo/Entrevistas Psicológicas	
18/01/2011	8:00	12:50	Entrevistas Psicológicas	
20/01/2011	Falta	Falta	Asunto Familiar	
21/01/2011	7:50	13:30	Entrevistas Psicológicas	
25/01/2011	8:15	12:00	ENTREGA INFORMES / CERRAR CASOS	
27/01/2011				
28/01/2011				



Dr. Heli Abad
Jefe de Neurocirugia



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL
SERVIVIO DE NEUROCIRUGIA
TELEFONO: 2556843

Guayaquil, 26 de Enero del 2011

CERTIFICO:

Que al Sr. JUAN DIEGO ALMEIDA PAZMIÑO; Psicólogo Clínico, con CI N° 0917761751, cumplió sus prácticas de Psicología Clínica desde el mes de Mayo del 2010 hasta el día 22 de Enero del 2011. Su pasantía la realizo a entera satisfacción del personal paramédico, de los pacientes y familiares. Recomendamos su actuación por su dedicación y esmero en su trabajo y manejo psicológico de los pacientes y familiares de este Servicio.

Atentamente,

DR. HELI ABAB GUTIERREZ
Jefe del Servicio de Neurocirugía (E.)

Jefe S. Neurocirugía (E.)
Hospital Regional del IESS

INFORME GENERAL

Dentro de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, como practicas finales, se envía a un grupo de pasantes a culminar sus estudios en diferentes instituciones dentro de la ciudad de Guayaquil.

El trabajo como psicólogo clínico que se realizo en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, IESS de Guayaquil, en el área de Neurocirugía inicio en el mes de Mayo del 2010 y culmino en el mes de Enero del 2011.

Los días fijados para dicho trabajo fueron; los martes, jueves y viernes. Y los controles con la directora de práctica, la Dra. Nora Guerrero eran los días lunes y miércoles. El horario que se seguía con la directora de prácticas era de 8 a 11 am y en el hospital era de 8 a 12 am.

Se atendieron aproximadamente 203 pacientes con un total de 295 sesiones psicológicas aproximadamente y el rango de edades de los pacientes atendidos oscilaba entre los 15 y los 87 años.

Se realizaron 6 charlas grupales, con pacientes y familiares dentro de las habitaciones, con el fin de bajar la angustia y esclarecer dudas en ellos presentes. También se realizó un grupo operativo de tres sesiones en el que se invito a familiares para obtener así, mejores resultados.

Las enfermedades neuroquirúrgicas que se presentan en el área son variadas; tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, aneurismas, entre otras. Las intervenciones del psicólogo clínico con orientación analítica van enfocadas hacia la implicación subjetiva, el manejo del diagnostico medico y la enfermedad, el proceso pre operatorio, manejo de ansiedades, miedos, angustias y desencadenantes que movilizan al sujeto. También el trabajo está enfocado hacia los familiares, quienes presentan malestares similares.

Con esta práctica, uno puede darse cuenta de la necesidad de un trabajo multidisciplinario en donde el psicólogo clínico con orientación analítica cumple una función muy importante, puesto que es en base a las intervenciones del mismo que la demanda impuesta por el paciente puede ser acogida y canalizada, produciendo un giro en el sufriente, y logrando aceptar su condición. Y muchas veces, las problemáticas de los pacientes y de los familiares no son solo en base a sus diagnósticos médicos, o en la enfermedad, sino que existen otros problemas de orden emocional que no han podido ser trabajados o resueltos.