



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

**CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

**TEMA:**

**IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN  
PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS FAMILIARES EN EL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES GUAYAQUIL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN”**

**AUTOR:**

**Espinoza Gavilanes, Grisley Brigette**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTOR:**

**Dra. Nora Guerrero de Medina**

**Guayaquil, Ecuador**

**2017**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACION

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Espinoza Gavilanes, Grisley Brigette** como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR (A)

---

**Dra. Guerrero Gallardo Nora Marcia**

DIRECTOR DE LA CARRERA

---

**Galarza Colamarco, Alexandra Patricia**

**Guayaquil, a los 21 días del mes de Febrero año 2017**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Espinoza Gavilanes, Grisley Brigette**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **Importancia de la intervención psicológica en pacientes oncológicos y sus familiares en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”** previo a la obtención del Título de **Licencia en Psicología Clínica** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 21 días del mes de Febrero año 2017**

**LA AUTORA:**

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

**Espinoza Gavilanes, Grisley Brigette**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN

CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Espinoza Gavilanes, Grisley Brigette**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Importancia de la intervención psicológica en pacientes oncológicos y sus familiares en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 21 días del mes de Febrero año 2016**

**LA AUTORA:**

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

**Espinoza Gavilanes, Grisley Brigette**

**URKUND**

**Documento** [Importancia de la Intervencion Psicologica en pacientes oncologicos y sus familiares en el hospital de especialidades gye Dr. Abel Gilbert Ponton.docx](#) (D25956760)


**Presentado** 2017-02-22 15:40 (-05:00)

**Presentado por** nora.guerrero@cu.ucsg.edu.ec

**Recibido** nora.guerrero.ucsg@analysis.orkund.com

**Mensaje** Brigette Espinoza [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de esta aprox. 23 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 0 fuentes.



**TEMA:** IMPORTANCIA DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA EN PACIENTES ONCOLOGICOS Y SUS FAMILIARES EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE GUAYAQUIL "DR. ABEL GILBERT PONTON"

**ESTUDIANTE:** Grisley Brigette Espinoza Gavilanes

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME ELABORADO POR:**



**DRA. NORA GUERRERO DE MEDINA**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primero a Dios por cuidarme los años que estuve lejos de casa, él fue mi mejor compañía y sobre todo agradecerle por mi familia, no puedo expresar en palabras lo que mi corazón siente por ustedes.

A mis dos maravillosas madres a las que amo Rosa y Nancy, gracias por la confianza al dejarme volar sola fuera de casa.

A mis queridas tías Narcisa y Gina, gracias por representarme en mi vida personal y estudiantil a lo largo de estos años y nunca dejarme sola pero sobre todo por creer en mí.

A mis hermanos por todas las peleas y risas, mi amor por ustedes es infinito, a lo largo de estos años he tratado de dar lo mejor para poder llegar a ser su ejemplo. Espero haberlo cumplido.

Agradezco todos esos consejos de mi tío Patricio aunque parecía que no los escuchaba los tengo guardados en mi mente y corazón.

A Fernando por ayudarme en mi vida estudiantil y por hacer feliz a mi madre.

Agradezco a Stephany y Jacqui por dejarme ser parte de su familia y hacerme sentir que nunca estuve sola y nunca lo estaré porque sé que cuento con Uds.

A mis eternas amigas del colegio Romina, Susy, Belén, Sharon, Iris y Elizabeth porque a pesar de todos estos años nuestra amistad sigue intacta.

A Josselyn, Joyce, Adriana, Celina y Christian por hacer que estos años en la universidad sean inolvidables, los llevaré por siempre en mi corazón.

A Melissa por hacer que las horas en el hospital no sean eternas, encontré a una gran amiga que comparte el amor por los animales al igual que yo.

Mi más profundo agradecimiento a la Psicóloga María Eugenia Montalvo quien fue mi tutora dentro de la institución hospitalaria, por transmitirme sus conocimientos y amar lo que se hace, brindar ayuda al paciente oncológico.

A mi tutora de Tesis Dra. Nora Guerrero por otorgarme parte de su valioso tiempo y ayudarme a culminar el trabajo de titulación.

## DEDICATORIA

Quiero dedicarle el presente trabajo a mi madre Nancy porque sin ti no pude haberlo logrado, eres el pilar que siempre me ha sostenido y cuando he caído me has ayudado a levantar, todo el sacrificio tendrá su recompensa te lo aseguro.

A Rosa y Ángel, ya que gracias a ustedes soy esta mujer con grandes sueños y ganas de triunfar, el primer reto de ser una profesional se cumplió, cuanto desearía ver el rostro de la persona que fue mi abuelo pero la vida lo hizo mi padre al saber que ese día al fin llego pero sé que desde el cielo celebra y me acompaña al igual que mi ángel en la tierra...mi abuela, la que da todo por mi sin recibir nada a cambio solo por verme feliz.

Este título es por ustedes



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

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

**Dra. Guerrero Gallardo Nora Marcia**

TUTOR

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

**Alexandra Patricia Galarza Colamarco**

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

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

**Rosa Irene Gómez Aguayo**

COORDINADOR DEL ÁREA



## ÍNDICE

RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
INTRODUCCIÓN.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	18
CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	19
OBJETO.....	24
OBJETIVOS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN.....	25
OBJETIVO GENERAL.....	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
MARCO TEÓRICO.....	26
CAPITULO I: ENFOQUE MEDICO.....	26
¿Qué es el cáncer?.....	26
1.1    Tratamientos para el cáncer.....	27
1.2.1. Cirugía.....	27
1.2.2. Radioterapia.....	27
1.2.3. Quimioterapia.....	28
1.2.4. Inmunoterapia.....	28
1.2.5 Paliativo.....	28
1.2    Causas del cáncer.....	28
1.3    Estadios del cáncer.....	30
1.4    Patologías frecuentes.....	31
CAPITULO II: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	34
2.1 Creación de la demanda.....	35
2.2 Síntomas más frecuentes.....	35
Angustia.....	36
Ansiedad.....	36
Depresión.....	37
2.3. Intervención del Psicólogo.....	38
2.3.1 Psicoterapia de Urgencia.....	39
2.3.2 Psicoterapia de Emergencia.....	40
2.3.3 Técnica Grupal.- Grupo Operativo.....	41
CAPITULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA.....	43
3.1 Método.....	43
3.2 Tipo de Investigación.....	44
3.3 Población.....	45
3.4 Instrumentos.....	45

3.4.1 Protocolo de entrevista inicial.....	46
3.4.2 Observación .....	46
3.4.3 Entrevista .....	47
3.5 Recursos.....	48
CAPITULO IV: MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN .....	49
CAPITULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	50
CAPITULO VI: CASUÍSTICA .....	61
CASO #1.....	61
CASO #2.....	64
CASO #3.....	66
CONCLUSIONES: .....	69
RECOMENDACIONES: .....	70
BIBLIOGRAFÍA .....	71
ANEXOS .....	72
ANEXO 1: PROTOCOLO DE ENTREVISTA INICIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	72
ANEXOS 2: ENTREVISTA A LA PSICOLOGA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. ABEL GILBERT PONTÓN” .....	78

## Índice de Tablas

Tabla 1 Momentos de proceso metodológico en la sistematización .....	49
--	----

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1: Lista de pacientes oncológicos atendidos .....	50
Gráfico 2: Lista de pacientes oncológicos atendidos .....	51
Gráfico 3: Asistencia de pacientes.....	51
Gráfico 4: Tipos de Cáncer en mujeres.....	52
Gráfico 5: Tipos de Cáncer en Hombres.....	53
Gráfico 6: Estado emocional en mujeres .....	54
Gráfico 8: Lista del cuidador principal atendido .....	56
Gráfico 9: Lista del cuidador principal atendido .....	57
Gráfico 10: Asistencia del cuidador principal .....	58
Gráfico 11: Parentesco del cuidador principal.....	59
Gráfico 12: Estado emocional del cuidador principal .....	60

## **Índice de Ilustraciones**

Ilustración 1: Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” .....	20
Ilustración 2: Tomado del Instituto Nacional del Cáncer.....	30

## RESUMEN

En el siguiente trabajo de titulación se dará a conocer la importancia de la intervención psicológica en pacientes oncológicos y sus familiares que reciben el diagnóstico de la enfermedad por primera vez y cuáles son las reacciones emocionales más frecuentes para poder trabajar en ellas. En el caso del área de oncología se realiza un trabajo multidisciplinario es decir se une el personal sanitario para otorgar mejores resultados.

Los resultados muestran que tanto los pacientes como los familiares son vulnerables ante esta enfermedad ya que al presentarla modifican por completo su estilo de vida produciendo cambios significativos en el estado emocional y que si no es trabajado se podría interrumpir el avance obtenido hasta el momento.

Los resultados muestran que tanto los pacientes como los familiares son vulnerables ante esta enfermedad ya que al presentarla modifican por completo su estilo de vida produciendo cambios significativos en el estado emocional. Entre los más frecuentes se destacan la ansiedad, angustia y depresión y que si no es trabajado a tiempo a través de la psicoterapia más efectiva para el paciente se podría interrumpir el avance obtenido hasta el momento.

**Palabras clave:** enfermedades catastróficas, ansiedad, depresión, angustia, reacción emocional, psicoterapia

## **ABSTRACT**

In the next titling work, it will be announced the importance of psychological intervention in cancer patients and their relatives who are diagnosed with the disease for the first time and the most frequent emotional reactions to work on them. In the case of the oncology area, a multidisciplinary work is carried out, that is, the health workers are united to give better results. The results show that both, patients and family members are vulnerable to this disease, because when people have it, they completely have to change their lifestyle, causing significant changes in their emotional state, and if they do not work they could interrupt the progress achieved so far. Among the most frequent are anxiety, anxiety and depression and if not worked in time through the most effective psychotherapy for the patient could interrupt the progress obtained so far.

**Keywords:** catastrophic illnesses, anxiety, depression, anguish, emotional reaction, psychotherapy

## INTRODUCCIÓN

El cáncer hoy en día es una enfermedad considerada como mortal, por tal razón al momento de ser diagnosticados los pacientes junto a sus familiares devienen una serie de cambios tanto físicos como emocionales presentando una serie de sintomatologías que serán detalladas más adelante así también se expondrán dos de los casos más relevantes.

El siguiente trabajo de sistematización se basará en una primera parte donde se hará referencia al enfoque médico dando a conocer ¿qué es el cáncer?, ¿cuáles son los tratamientos más utilizados para combatir esta enfermedad?, ¿cuántos estadíos existe y qué significa cada uno?, ¿cuáles son los tipos de cáncer más frecuentes? Y algunas opciones para la siempre pregunta ¿Cómo se obtiene el cáncer? se hablará acerca de las mayores causas de esta enfermedad.

En la siguiente parte de la sistematización se trabajará el enfoque psicológico dando a conocer cuál es la función del psicólogo en el área de oncología al momento de trabajar con el creador de la demanda y posteriormente con el agente principal involucrado (muchas de las veces la persona que pide cita de una sesión psicológica es el familiar).

Los afectados en esta enfermedad por lo general llegan cargados de síntomas entre los más comunes tenemos la angustia, la ansiedad y la depresión reflejado en algunos casos en somatizaciones corporales que aparecerá en la casuística del paciente oncológico.

El análisis de los resultados verificará y validarán lo expuesto en la siguiente sistematización demostrando así cuán importante es la existencia del departamento de Psicología para el paciente oncológico y sus familiares debido a los cambios emocionales que se producen durante esta enfermedad, llegando a la conclusión que el paso del paciente oncológico por una Institución Hospitalaria irrumpiría su homeostasis provocando un desequilibrio que afecta a las relaciones personales, laborales y sociales mayormente por lo cual es importante la intervención del



psicólogo quien aplicará la psicoterapia correspondiente dependiendo del caso para calmar los síntomas que llegan a aquejarlo.

El siguiente trabajo de titulación se realizará en base a los pacientes oncológicos junto a sus familiares en el Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" que pasaron por el área de oncología durante el año 2016, lugar donde se realizaron las prácticas pre-profesionales para la obtención del título Lcda. en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

## JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se sabe que el cáncer no es una enfermedad mortal siempre y cuando sea diagnosticado en un estadio inicial, es verdad que aún no se ha encontrado una cura como tal y que los tratamientos no tienen un tiempo determinado de duración, esto conlleva a constantes controles médicos inclusive cuando ya se haya terminado el ciclo de quimioterapias ya que muchas veces se puede presentar una remisión que consiste en la ausencia de síntomas y signos de la enfermedad pero eso no significa que el cáncer ya no esté presente en el cuerpo.

El impacto que provoca dicha enfermedad no solo afecta físicamente debido a la pérdida de peso y astenia sino también a lo psicológico debido al mayor temor que se enfrenta el paciente como es la muerte y el miedo a las quimioterapias, especialmente a sus efectos secundarios, aquí también es de vital importancia la intervención psicológica porque se puede dar una desfiguración a nivel corporal.

Ésta enfermedad del mismo modo ataca a sus familiares ya que en algunos de los casos se producen rupturas de lazos familiares, sociales y laborales produciendo un desequilibrio en su homeostasis cuyos efectos observados fueron ansiedad y en algunos casos angustia que no permite dialectizar lo que realmente les aqueja.

La situación planteada se pudo vivenciar en las prácticas pre-profesionales, impulsando el interés en profundizar más en esta problemática.

El paso por esta experiencia me sirvió para demostrar la necesidad que tienen los departamentos de Oncología de los hospitales del País de contar con un equipo de Salud Mental que incluyan psicólogos clínicos que estén lo suficientemente preparados para dar asistencia psicológica al paciente y a la familia.

## **CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN**

### **IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS FAMILIARES EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN”**

La carrera de Psicología Clínica que se imparte en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación tiene una duración de cinco años (diez semestres), de los cuales cuatro (ocho semestres) es de formación teórica y un año de prácticas pre-profesionales (dos semestres) donde se pondrá vivenciar casos propios y se pondrá a prueba todo lo aprendido en años anteriores.

Los estudiantes que se encuentran en el noveno semestre al momento de iniciar las prácticas pueden ser dirigidos a instituciones educativas u hospitalarias, fue así como se destinó al Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, área de Oncología que se encuentra ubicado en el suburbio de la ciudad de Guayaquil en las calles 29 y Galápagos.

Las prácticas comenzaron en el mes de mayo del 2016 hasta enero del 2017 bajo la supervisión de casos con la Psicóloga Mariana Estacio los días lunes de 09:00 a 13:00 hrs., mientras que los días martes y jueves con horario de 08:00 a 17:00 hrs. fueron utilizados para las prácticas pre-profesionales en el hospital.

El Hospital de Especialidad Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” gobernado por el Dr. Jonás Gonseth quien se desempeña como Gerente Hospitalario y cuyo Coordinador de Unidad de Docencia e Investigación es el Dr. William Muñoz han organizado en dicha Institución Hospitalaria las siguientes especialidades:

## ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

- CARDIOVASCULAR
- GINECOLÓGICA
- GENERAL
- PLÁSTICA
- NEUROLÓGICA
- OTORRINOLARINGOLÓGICA
- OFTÁLMICA
- UROLÓGICA
- TRAUMATOLÓGICA
- VASCULAR
- ANESTESIOLOGÍA
- HEMODINAMIA

## UNIDAD DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

- FARMACIA
- LABORATORIO CLÍNICO
- IMAGENOLÓGIA
- REHABILITACIÓN Y TERAPIA FÍSICA
- SALUD MENTAL
- NUTRICIÓN CLÍNICA

## ESPECIALIDADES CLÍNICAS

- CARDIOLOGÍA.
- DERMATOLOGÍA.
- ENDOCRINOLOGÍA.
- GASTROENTEROLOGÍA.
- HEMATOLOGÍA.
- NEFROLOGÍA - HEMODIÁLISIS.
- MEDICINA INTERNA -  
INFECTOLOGÍA - ALERGOLOGÍA.
- NEUMOLOGÍA.
- NEUROLOGÍA.
- ONCOLOGÍA.
- REUMATOLOGÍA.

## UNIDADES CRÍTICAS

- EMERGENCIA
- CENTRO QUIRÚRGICO
- UCI / CUIDADOS INTERMEDIOS
- UCIN (NEONATALES)

Ilustración 1: Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”

La mencionada cartera de servicios está distribuida en diferentes pisos integrados por un líder, doctores de especialidades, auxiliares de enfermería y psicólogos, los mismos que derivan a Trabajo Social los casos que realmente lo amerite; siendo ellos los encargados de hacer solicitudes al MIES para proporcionarles la correspondiente ayuda al paciente.

El departamento de Salud Mental del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” cuenta con las siguientes áreas que están a cargo de la Dra. María Luisa Menes Guevara Coordinadora de Salud Mental

Psiquiatría

Auxiliar ADM- de Salud

Doctora de medicina general

Los psicólogos pertenecen a dicho departamento, pero de acuerdo a su perfil se distribuyen a los siguientes programas: Sala de acogida para la mujer y la familia, enfermedades catastróficas (cáncer - insuficiencia renal) e Infectología.

Las actividades que realiza el Psicólogo Clínico dentro de la institución hospitalaria principalmente es promocionar la salud mental dentro del establecimiento, es demostrar que los psicólogos no son únicamente para “ciertas

personas” sino que están allí para brindar ayuda o acompañamiento psico-emocional, al paciente, familia y/o cuidador durante la enfermedad y tras el fallecimiento del paciente.

Elaboran planes terapéuticos y seguimiento realizando terapia individual o grupal.

Los psicólogos reciben a pacientes desde admisión cuando se trata de la ruta ambulatoria y por interconsulta cuando son derivados por los doctores, en el caso de enfermedades catastróficas todos los pacientes de primera vez pasan por el consultorio psicológico después de la consulta con su médico especialista para observar su adherencia al tratamiento.

En el Departamento de Oncología, la función del Psicólogo se basa en la prevención y la evaluación clínica. Se promociona los estilos de vida saludable en el paciente y el consejo genético oncológico a través de un genograma familiar ya que la mayoría de los casos con esta enfermedad es transmitida a través de los genes. Después de la noticia formulada únicamente por el médico es necesario su primera consulta psicológica para el control del estado de ánimo y para conocer si la información brindada fue entendida de la manera correcta.

Su principal finalidad es otorgarle una mejor calidad de vida y esto se da a conocer a través de una entrevista inicial donde se conocerá si tiene apoyo familiar, que tanto ha influenciado en su vida el hecho de tener cáncer, cuáles son sus preocupaciones, si logra visualizarse en un futuro, su estado de ánimo antes, durante y después del tratamiento. Se debe considerar que esta enfermedad no ataca únicamente al paciente sino también a sus familiares debido a los cambios repentinos de estilos de vida, por lo que también es necesaria la intervención psicológica para calmar angustias y ansiedades muy frecuentes al momento de informar las enfermedades catastróficas.

El área de Oncología está liderada por el Dr. Wilson Tixi e integrada por su equipo multidisciplinario integrado por: médicos oncólogos: Dra. Gabriela Loor, Dr. Andrés Arguello, Dra. Anita Paguay, Dra. Lourdes Gonzales y la Dra. Silvia Mendoza, el personal de enfermería liderado por la Lcda. Mariuxi Payo y por la Psicóloga María Eugenia Montalvo.

Esta área ofrece servicio de consulta externa donde se localizan los consultorios y recientemente se está implementando el servicio de hospitalización debido a la demanda existente, son pocos los que pueden acceder a este servicio en la actualidad y se caracterizan por ser pacientes que reciben una dosis prolongada de quimioterapia cuya duración aproximadamente es de cinco días acompañado de hidratación.

El tratamiento que brindan en el área de quimioterapia, se distribuyen en horarios de mañana y tarde. Los pacientes que asisten en las mañanas reciben dosis de corta duración y se dividen en grupos de 7:00 am y 11:00 am mientras que los pacientes que ingresan en la tarde pasan hasta aproximadamente las 19:00 hrs. El Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón cuenta con un convenio que les permite enviar a pacientes a SOLCA para realizarse radioterapia ya que el hospital no cuenta con ese equipo.

La psicóloga oferta el servicio en la sala de espera del área, brindando charlas de Psicoeducación a familiares y cuidadores principales que se encuentran por largas horas a la expectativa de la finalización de la quimioterapia o a su vez en la espera para consulta médica.

Las charlas de Psicoeducación fueron tomadas del libro “*Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*” (Cruzado, 2010) donde en su primer capítulo hace referencia a una introducción al tema del cáncer que se detallará a continuación.

El cáncer y sus localizaciones más frecuentes están destinados al colón, mama, pulmón y próstata. Los actuales métodos de screening y detección temprana, el consejo genético, las mejoras diagnósticas, los avances de la cirugía, quimio y radioterapia han permitido el control de esta enfermedad en muchos casos.

Los seis principales temores asociados al cáncer son: la muerte y este miedo a las consecuencias de la enfermedad, dependencia de la familia y del personal sanitario, desfiguración en los cambios corporales físicos o funcionales, incapacidad para la consunción de objetos, ruptura principalmente de relaciones sociales y molestias que son derivadas de la enfermedad y del tratamiento.

Los principales factores de riesgo están el consumo excesivo de tabaco, dieta no equilibrada, consumo de alcohol, exposición a sustancias tóxicas, consumo de drogas o fármacos, infecciones y alteraciones genéticas.

Los tratamientos del cáncer más utilizados son:

- La cirugía que consiste en la extirpación del tumor y/o tejido de la zona afectada.
- La quimioterapia es el empleo de fármacos para destruir las células neoplásicas (tumores), se pueden usar fármacos de varios tipos: la quimioterapia adyuvante (aplicada tras la cirugía para prevenir la aparición de nuevos tumores), neo adyuvante (para reducir el tamaño del tumor y aplicar cirugía u otro tratamiento local) o paliativa. Los efectos secundarios más frecuentes son: alopecia, náuseas y vómitos, astenia, diarrea, infecciones, llagas y pérdida de apetito.
- La radioterapia consiste en la utilización de radiaciones para destruir las células tumorales localizadas y la forma de administración puede ser externa (por fuera del organismo) o interna llamada también braquiterapia mediante la utilización de píldoras y fluidos implantados en el organismo del paciente) el efecto secundario más común es la astenia y pueden producirse quemaduras en la piel de la zona tratada.
- La terapia biológica que consiste en la estimulación del sistema inmune para que desencadene una respuesta y aumente las defensas ante el tumor.

## OBJETO

Al estar inmersa en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” lugar donde se realizaron las prácticas pre-profesionales previas a la obtención del título de Lcda. en Psicología Clínica durante el periodo 2015-2016 en el área de oncología surgió el deseo de conocer la realidad del paciente oncológico respecto a su estado emocional durante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

A partir de las entrevistas realizadas se observó que los familiares de los pacientes oncológicos también eran afectados debido a las preocupaciones que provoca esta enfermedad por lo que se consideró también importante la intervención psicológica en especial para el cuidador principal, fue así como se tomó como objeto de estudio a los mencionados agentes involucrados.

En el área de oncología se encontraban en su gran mayoría mujeres, pero no se descarta la presencia de hombres cuyas edades oscilaban entre 16 y 82 años tomando una muestra de 44 pacientes oncológicos en compañía de su cuidador.

Se considera también como objeto en la sistematización a la psicóloga de la Institución Hospitalaria ya que tiene varios años en ésta área donde pudo verificar y comprender la problemática que atraviesan.



## **OBJETIVOS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar en el paciente oncológico y en sus familiares las reacciones emocionales que generan cuando reciben el diagnóstico de la enfermedad llamado cáncer y los tratamientos prescritos para alguna manera buscarles solución.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Recibir a los pacientes en una entrevista de consulta externa para ayudar a esclarecer junto a sus familiares de que se trata el diagnóstico que se ha dado.
- b. Sugerir que el paciente y sus familiares van a tener el apoyo psicológico permanente en la institución.
- c. Formar grupos de trabajo con familias para trabajar sobre los mitos y verdades de la enfermedad llamada cáncer.

## MARCO TEÓRICO

### CAPITULO I: ENFOQUE MEDICO

En este primer capítulo de sistematización se elaborará el enfoque médico, es decir se conocerá en que consiste esta enfermedad llamada cáncer, cuáles son los tratamientos más utilizados para combatirla, cuáles son las causas para que se presente dicho diagnóstico, cuántos son los estadios del cáncer y cuáles son las patologías más frecuentes en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” validados por estadísticas obtenidas dentro del área de oncología de dicha institución hospitalaria.

¿Qué es el cáncer?

La Organización Mundial de la Salud enuncia que:

“Cáncer, es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2015)

Por lo general las células que constituyen el cuerpo crecen y se dividen para crear nuevas células que reemplazarán a las que se dañan, envejecen o mueren, pero cuando se presenta el cáncer aparecen células neoplásicas que descontrolan el proceso normal produciendo que estas células dañadas y viejas sobrevivan, crezcan y vayan dividiéndose sin detenerse adicionando células formando masas llamadas tumores.

Los tumores pueden ser benignos y malignos (cancerosos) son los que se pueden extender e invadir los tejidos cercanos, al crecer estas células pueden movilizarse a diferentes lugares del cuerpo formando nuevos tumores; mientras que los benignos no se extienden ni invaden tejidos, pueden ser extirpados a través de una cirugía y por lo general no vuelven a crecer.

## **1.1 Tratamientos para el cáncer**

Los tratamientos más utilizados para combatir esta enfermedad son: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia pero existen muchos más que son utilizados de acuerdo a las necesidades que este atravesando el paciente, se lo aplica de acuerdo al tipo de cáncer y a su estadio.

El Instituto Nacional del Cáncer (NCI, Instituto Nacional del Cáncer , 2015) y American Cancer Society (ACS, American Cancer Society, 2015) mencionan los siguientes tratamientos y efectos secundarios.

### **1.2.1. Cirugía**

Este procedimiento es realizado por un médico cirujano que realiza una extirpación parcial o total del tumor. La cirugía se la utiliza mayormente en casos donde el tumor está sólido y localizado ya que oferta mayor probabilidad de cura en y más aún cuando el cáncer no se ha propagado por otras partes del cuerpo.

### **1.2.2. Radioterapia**

La radioterapia utiliza alta dosis de radiación para destruir o hacer lento el crecimiento de las células cancerígenas y reducir el tamaño del tumor, pero así también llega a afectar células sanas. No es un procedimiento que actúe de inmediato, requiere de días o semanas de tratamiento antes de que las células cancerosas empiecen a morir y se conoce que inclusive siguen matando tiempo después de terminar la radioterapia.

Los efectos secundarios varían de un paciente a otro pero los más comunes son cansancio, cambios en la piel en el área tratada (aparecen llagas) pérdida del apetito y fatiga. Estos síntomas en algunas ocasiones pueden tardar en desaparecer.

### **1.2.3. Quimioterapia**

En este tratamiento se utiliza fármacos para destruir células cancerígenas, el cual se inyecta a través de una vena o se administran oralmente. Se lo utiliza para la reducción de las masas tumorales pero al contrario de la radioterapia ésta también actúa sobre el cáncer que se ha propagado.

Los efectos secundarios más comunes son náusea y vómito, pérdida temporal del cabello, más probabilidades de infecciones y cansancio pero así mismo la mayoría de los efectos secundarios se pueden controlar con medicamentos o cambiando el programa del tratamiento.

### **1.2.4. Inmunoterapia**

La inmunoterapia es un tipo de terapia biológica que ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer ya que usa sustancias producidas por organismos vivos para tratarlo.

### **1.2.5 Paliativo**

Los cuidados paliativos son utilizados en pacientes con una enfermedad en etapa terminal para poder otorgarles una mejor la calidad de vida brindándoles alivio ante los posibles síntomas y efectos secundarios de la enfermedad trabajando conjuntamente con problemas psicológicos, sociales y espirituales que se presenten.

## **1.2 Causas del cáncer**

Los mayores factores de riesgo existentes para contraer cáncer según la revista virtual Canceronline (s.f.) serán señalados a continuación:

- **Predisposición Genética**

En el 5-7% de los casos las personas que nacen o heredan genes alterados pueden presentar una predisposición genética aunque no es seguro que suceda ya que para que una célula se convierta en tumoral debe acontecer una serie de mutaciones genéticas.

Al poseer una mutación pre-existente, la probabilidad de padecerlo en algún momento de su vida es mayor por lo tanto es importante que si algún familiar directo padece o padeció esta enfermedad debe estar consciente de que existe riesgo y es necesario someterse a revisiones más frecuentes. En este caso, el antecedente de padres y/o hermanos son los parentescos familiares más importantes en el riesgo de un factor genético involucrado.

- **Radiaciones**

Uno de los factores más reconocidos por todos son las radiaciones ionizantes que producen cambios en el ADN celular destacándose entre ellos los rayos X y rayos ultravioletas del Sol que aumentan la probabilidad de adquirir melanoma y leucemia. Otras fuentes de radiación importante es la provocada por accidentes nucleares como es el caso de las fugas producidas en centrales nucleares y las fuentes de radiación UV artificiales, como solariums también aumentan el riesgo de padecer cáncer a la piel.

- **Sustancias Químicas**

Existen miles de sustancias químicas que pueden provocar cáncer. La mayoría de los carcinógenos químicos están relacionados con actividades industriales, por lo que gran parte de los cánceres producidos por ellos se dan en los países desarrollados por lo tanto, los trabajadores industriales tienen mayor riesgo de algunos tumores específicos, dependiendo de los compuestos químicos con los que tengan contacto. Otro factor de riesgo que afecta es la contaminación ambiental.

- **Fumar**

El cigarrillo es considerado como el agente cancerígeno más peligroso utilizado en la vida cotidiana. Las estadísticas han determinado que la muerte por cáncer del pulmón se ha incrementado 6 veces más entre fumadores que entre no fumadores.

El cigarrillo es dañino debido a las sustancias que contiene: nicotina, ácidos y óxidos de carbono y alquitrán. El riesgo de padecer un cáncer es permanente porque se está expuesto a por lo menos 10 años después de haber suspendido el consumo, y en algunos casos el riesgo se mantiene de por vida. Así mismo, los fumadores pasivos también tienen mayor riesgo de presentar tumores que la población en general.

- **Alcohol**

El alcohol también es considerado un agente carcinógeno. Los bebedores excesivos tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de boca, esófago, laringe e hígado.

### 1.3 Estadios del cáncer

El Instituto Nacional del Cáncer (NCI, Instituto Nacional del Cáncer, 2015) propone otra forma de distinguir los estadios de una manera más comprensible y detallada que será utilizado a través del sistema TNM al hablar de cáncer con su doctor o su enfermera.

Estadio	Lo que significa
Estadio 0	Hay células anormales presentes pero no se han diseminado al tejido cercano. Se llama también carcinoma in situ, o CIS. El CIS no es cáncer, pero puede convertirse en cáncer.
Estadio I, Estadio II y Estadio III	Hay cáncer presente. En cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y tanto más se ha extendido en los tejidos cercanos.
Estadio IV	El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo

*Ilustración 2: Tomado del Instituto Nacional del Cáncer*

## **1.4 Patologías frecuentes**

En las practicas pre-profesionales realizadas en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” las patologías que más se evidenciaron fueron: cáncer de mama, cáncer de colon, útero y linfomas.

### **Cáncer de mama**

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2015) el cáncer de mama aparece cuando las células del epitelio glandular se reproducen de forma incontrolada y muy rápidamente. Estas células cancerosas viajan a través de la sangre y los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, donde se adhieren a los órganos y formar la metástasis.

El signo más frecuente en los pacientes (hombres y mujeres) por lo que realizan una consulta es un nódulo palpable en la mama, generalmente no es doloroso, aunque también es frecuente la retracción del pezón o alteraciones de la piel de la mama.

### **Cáncer de recto**

Para la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2015) “el cáncer de recto se debe al crecimiento incontrolado de las células del colon y/o el recto. Los tumores malignos colorrectales se originan en cada una de las tres capas: mucosa, muscular y serosa”.

Algunos pacientes no tienen síntomas (están asintomáticos), por lo que es importante realizar una colonoscopia de cribado (a lo que se le llama screening) u otras exploraciones como por ejemplo un escáner, ecografía endoscópica, laparoscopia, entre otras.

Los síntomas (lo que nota el paciente) según SEOM (2015) no tienen una especificidad clara. Pueden ser producidos por tumor primario o por las metástasis:

**Tumor primario:** Cambios en el hábito intestinal (estreñimiento, diarrea o ritmo alternante), eliminación de moco y/o sangre en las heces, dolor abdominal o pélvico). Los síntomas relacionados con una obstrucción intestinal son ausencia de deposición, náuseas y vómitos, y dolor cólico abdominal. Existen otros síntomas menos frecuentes.

**Metástasis:** Ictericia (= coloración amarillenta de la piel), ascitis (= líquido libre en el abdomen), disnea (= dificultad para respirar), dolor óseo, dolor abdominal, etc.

La mayoría de pacientes llegan a consulta médica por sangrado crónico, disminución del apetito, cansancio y pérdida de peso.

## **Cáncer de Útero**

El Instituto Nacional del Cáncer (NCI, Instituto Nacional del Cáncer , 2015) 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).

El signo más común por el que las mujeres acuden a consultas médicas es por el sangrado vaginal excesivo fuera de la regla menstrual y en el caso de mujeres mayores el sangrado no habitual.

## **Linfomas**

Del mismo modo el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, Instituto Nacional del Cáncer , 2015) informa que:

El linfoma es el cáncer que empieza en las células del sistema inmunitario. Hay dos categorías básicas de linfomas. Una categoría es el linfoma de Hodgkin, que se caracteriza por la presencia de un tipo de célula llamada



célula de Reed-Sternberg. La otra categoría es la de los linfomas no Hodgkin, que incluye un grupo grande y diverso de cánceres de las células del sistema inmunitario. Los linfomas no Hodgkin pueden dividirse aún más en cánceres que tienen una evolución o curso indolente (de crecimiento lento) y aquellos que tienen una evolución dinámica (de crecimiento rápido). Estos subtipos se comportan y responden al tratamiento de distinto modo.

Tanto los linfomas de Hodgkin y los no Hodgkin se pueden evidenciar en niños y en adultos, el pronóstico y tratamiento dependen del estadio en el que se encuentre el paciente y el tipo de cáncer.

## CAPITULO II: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El tratamiento psicológico en diferentes instituciones debe considerarse fundamental y mucho más cuando se trata de enfermedades catastróficas que afectan directamente a los pacientes e indirectamente a sus familias.

Los pacientes oncológicos presentan cambios físicos que podrían resultar en una desfiguración corporal. Cruzado (2010) afirma que “ la imagen corporal se refiere a la concepción, percepción y sentimientos de la persona acerca de su cuerpo, constitución, tamaño y forma y al modo en que encaja en las normas sociales” (p. 52)

Cuando los tumores se vuelven excesivamente grandes, los pacientes aparte de presentar dolencias físicas también sufren por su apariencia que no está dentro de lo catalogado como “normal” produciéndoles angustia.

Otro factor que afecta a su imagen corporal es la alopecia que se produce en el transcurso del tratamiento de la quimioterapia que perturba en mayor cantidad a las mujeres. Las pacientes al verse sin cabello o sin seno (otro factor que afecta) disminuye el apetito sexual con su pareja lo que ocasiona conflictos matrimoniales.

Para Cruzado (2010) “la sexualidad depende en gran medida de la imagen corporal, autoestima, estado afectivo, percepción de apoyo, conexión emocional e intimidad” (p. 52)

Muchos de los problemas sexuales que atraviesan las mujeres es la falta de comprensión de sus parejas al momento de la intimidad pero esto se debe al tratamiento de quimioterapia ya que ésta no diferencia las células buenas de las cancerígenas, por lo que la médula baja la producción de células afectando a las glándulas. Los ovarios son glándulas y van reduciendo su función causando pérdida de apetito, vómito, inhibición de la libido, dispareunia, mucositis, entre otros. Mientras que los hombres también se da una baja del apetito sexual.

## **2.1 Creación de la demanda**

En el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” la psicóloga recibe a los pacientes enviados desde admisión cuando llegan por primera vez a la institución para enfrentarse con el diagnóstico de su enfermedad, se lo cita después de la consulta con su respectivo oncólogo para conocer si la información brindada fue entendida de la manera correcta y en el caso de existir dudas, buscar soluciones, así también estar al tanto de su adherencia a la enfermedad y al tratamiento.

Los pacientes también llegan por interconsulta cuando son derivados por los doctores de piso, la mayoría de los casos se llega a consulta psicológica por depresión.

La depresión se da mayormente debido al estar hospitalizados por muchos días y solo ver a sus familiares en los horarios establecidos o en otros casos como la falta de apoyo familiar y sus escasas visitas.

## **2.2 Síntomas más frecuentes**

Los síntomas que más se presentaron en los pacientes oncológicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” durante el tratamiento son: angustia, ansiedad y depresión. Portillo (2006) refiere que “el síntoma tiene que ver con todos los aspectos de la vida de un sujeto, de las condiciones de su existencia misma” (p. 25)

El paciente se encuentra en una lucha constante entre combatir su enfermedad física y psíquica, porque si se encuentra inmunodeprimido los glóbulos blancos bajan siendo imposible someterse a la quimioterapia y eso haría que retrase su ciclo del tratamiento.

En las practicas pre profesionales se observó que los síntomas aparecen cuando se generan problemas familiares por lo que tomo a Freud que argumenta que “en el sujeto histérico se presenta un síntoma, que refleja la verdadera situación del sujeto” (Miller, citado por Portillo, 2006, p. 34)

Ahora, se procederá a explicar de manera más amplia los síntomas mencionados con anterioridad.

## **Angustia**

En 1974, Lacan afirmó que “la angustia es algo que se sitúa en nuestro cuerpo, es el sentimiento que surge de esa sospecha que nos asalta por reducirnos a nuestro cuerpo”

Mientras el oncológico por lo general va relatando que es lo que pasará a continuación, cuáles serán los efectos secundarios del tratamiento, refiriéndose a los cambios físicos, el paciente se llena de miedos al imaginarse qué es lo que pasará con su cuerpo, ya que en algunos casos se quita parte de el y en otras se pone nuevas cosas a su cuerpo.

¿A qué nos referimos con quitar y poner? En el caso de cáncer de mama lo más recomendable muchas de las veces es hacerse una mastectomía, es decir quitarle parte parcial o total de su seno, mientras que otro claro ejemplo es cuando existe el cáncer de colon o recto, donde luego de realizarse la cirugía se le añadirá una bolsa de colonostomía, en ambos casos sufren cambios físicos en el cuerpo que requerirán un largo proceso de aceptación.

Un nuevo punto de referencia esencial es cuando:

Freud describe la emergencia de situaciones de angustia frente a peligros reales que él llama angustia realista, puesta al servicio de la pulsión de auto conservación, y la diferencia de este modo de la angustia neurótica, que es angustia ante un peligro fantaseado o interno. (Garbarino, 2012)

## **Ansiedad**

El Instituto Nacional del Cáncer (NCI, Instituto Nacional del Cáncer , 2015) indica que los pacientes pueden sentir ansiedad y sufrimiento mientras se someten a exámenes de detección de un cáncer, esperan los resultados de las pruebas,

reciben el diagnóstico de un cáncer, se los trata por un cáncer o se preocupan porque el cáncer puede llegar a recidivar (volver).

Freud (1923) habla de 3 tipos de ansiedades:

La primera es la ansiedad de realidad, la cual puede llamarse en términos coloquiales como miedo. De hecho, Freud habló específicamente de la palabra miedo, pero sus traductores consideraron la palabra como muy mundana. Podríamos entonces decir que si uno está en un pozo lleno de serpientes venenosas, uno experimentará una ansiedad de realidad. La segunda es la ansiedad moral y se refiere a lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado a través del Super yo. Es otra terminología para hablar de la culpa, vergüenza y el miedo al castigo. La última es la ansiedad neurótica. Esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Si en alguna ocasión usted ha sentido como si fuésemos a perder el control, su raciocinio o incluso su mente, está experimentando este tipo de ansiedad. "Neurótico" es la traducción literal del latín que significa nervioso, por tanto, podríamos llamar a este tipo de ansiedad, ansiedad nerviosa. Es este el tipo de ansiedad que más interesó a Freud y nosotros le llamamos simple y llanamente ansiedad.

En los pacientes oncológicos en primera instancia se presenta como una angustia real ante el miedo de esta enfermedad que muchas de las veces no se la esperaban y que pone en riesgo su vida. El mejor tratamiento para aliviar esta ansiedad es darle a conocer al paciente lo que significa, su tratamiento y resolver las dudas que pueda llegar a tener.

En un segundo momento, se podría producir la ansiedad neurótica que pueden tomar el cuerpo y producir somatizaciones en el mismo como debilidad en las piernas, cegueras momentáneas entre otros síntomas que no son propias de la enfermedad.

## **Depresión**

Los pacientes se deprimen por lo general cuando reciben la noticia de su diagnóstico, pero esa es una respuesta normal frente a una enfermedad catastrófica.

Para el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, Instituto Nacional del Cáncer , 2015) los signos emocionales que presenta el paciente oncológico son:

- Sentimientos de tristeza que no desaparecen
- Sentirse paralizado emocionalmente

- Sentirse nervioso o tembloroso
- Tener un sentimiento de culpa o sentirse que no vale nada
- Sentirse indefenso o desesperado, como que la vida no tiene sentido
- Sentirse irritable, con mal humor
- Le resulta difícil concentrarse, se siente con la mente en otro lado
- Llanto por largos ratos o muchas veces al día
- Se enfoca en las preocupaciones y los problemas
- Falta de interés en pasatiempos y en actividades que solía disfrutar
- Le resulta difícil disfrutar las cosas cotidianas, tales como la comida o estar con la familia y los amigos
- Piensa en hacerse daño
- Pensamientos sobre cómo suicidarse

Cambios en el cuerpo:

- Aumento o pérdida de peso involuntario que no se debe a la enfermedad ni al tratamiento
- Trastornos del sueño, tales como no poder dormir, tener pesadillas o dormir demasiado
- Palpitaciones, sequedad de la boca, aumento de la sudoración, malestar estomacal, diarrea
- Cambios en su nivel de energía
- Fatiga que no desaparece
- Dolores de cabeza, otros malestares y dolores

Para los pacientes oncológicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” la depresión iniciaba cuando los tratamientos no obtenían resultados favorables y tenían que iniciar un nuevo ciclo o cuando se le diagnosticaba una metástasis pero la mayor causa era por una recidiva.

La recidiva es tomada para los médicos como un fracaso del tratamiento y para el paciente como el inicio de uno nuevo que no le da seguridad si funcionará esta vez.

### **2.3. Intervención del Psicólogo**

El psicólogo clínico después de la primera entrevista aborda la problemática y establece el tipo de intervención.

Al realizar las prácticas en una Institución Hospitalaria las intervenciones más utilizadas son: psicoterapia de urgencia, psicoterapia de emergencia, psicoterapia grupal.

En general el paciente llega con una urgencia a causa de un sufrimiento, una ruptura de la homeostasis que está afectando su vida y bienestar. Laurent (2002) manifiesta que “todo lo que no es programable deviene trauma”

Los pacientes como ya se mencionó anteriormente va a su primera consulta psicológica luego de saber su diagnóstico, en algunos casos les resulta difícil creer tener esta enfermedad, mientras que otros ya se lo esperaban debido a sus antecedentes familiares.

Se pudo observar que parte de su sufrimiento se debía a su estadio. Los pacientes con estadios iniciales se mostraban más tranquilos que los de pronóstico final y en general la urgencia venía por parte de sus familiares.

Otro factor que irrumpe en la estabilidad del paciente es cuando aparecían metástasis que no solo lo afectaba psicológicamente sino físicamente debido a la pérdida de apetito, insomnio y una baja de glóbulos blancos.

Se procederá a explicar en qué consiste cada intervención psicoterapéutica brindada por el psicólogo dentro de la Institución Hospitalaria.

Cuando hablamos de psicoterapia nos referimos a intervenciones de corta duración cuya finalidad es resolver la angustia por la situación que está viviendo su cuerpo y es por lo general focal.

A continuación señalaremos los distintos tipos de psicoterapia utilizadas en la práctica pre-profesional

¿Qué es la psicoterapia focal? Una técnica de ayuda psicológica diseñada para resolver situaciones de la vida cotidiana, especialmente situaciones en crisis, y en momentos de gran vulnerabilidad. (Centro de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas, s.f.)

### **2.3.1 Psicoterapia de Urgencia**

“Se debe localizar al sujeto de la urgencia ya que por lo general el paciente llega acompañado de otros que parecen estar más afectados que el sujeto mismo.” (Sotelo, 2009, p. 26)

En ocasiones lo que expresa el paciente es diferente a lo dicho por sus familiares o amigos, por lo que es importante enfocarse en las necesidades que este atravesando el actor involucrado, sin embargo esto no significa que se dejará a un lado la atención a los otros sino más bien trabajar por separado para una mejor intervención.

“En la vida, que hasta el momento transcurría con dolores, problemas y alegrías cotidianos con los que esa persona se las arreglaba más o menos bien, de repente se produce un suceso que la transforma” (Sotelo, 2005)

El hecho de padecer esta enfermedad podría o no llegar a afectar su bienestar personal, relación familiar, social, laboral, estudios, en su economía, etc produciendo en el paciente oncológico un quiebre en su homeostasis.

La urgencia se ha podido manifestar por medio de las principales sintomatologías encontradas en las prácticas pre profesionales: angustias, ansiedad, insomnio, irritabilidad.

Para el psicoanálisis frente al sufrimiento que está atravesando el sujeto propone una pausa para que pueda apropiarse del mismo por lo que François Leguil (citado por Sotelo, 2005, p. 103) dirá que a veces el analista intentará que el sujeto sustituya el sentimiento de ser víctima de los síntomas, de las angustias, del insomnio, de la ansiedad por apropiarse de ellos, hacerlos suyos, averiguando que conexión tiene consigo mismo, con su historia, con su pasado y presente, con su subjetividad.

### **2.3.2 Psicoterapia de Emergencia**

A diferencia de la urgencia, la emergencia se caracteriza por poner en juego los dolores físicos y en ciertos casos psiquiátricos. Silvia Baudini menciona que “en ambos casos, opera el saber médico, la respuesta inmediata y quien presenta la emergencia es un sujeto pasivo del actor médico” (2005)

Se trata de un trabajo multidisciplinario, es decir entre médicos, psicólogos y personal sanitario. El paciente ante una situación de riesgo se pone alerta y les



resulta difícil la aceptación de la enfermedad o la adherencia que conlleva este tratamiento.

El inicio del tratamiento oncológico en especial cuando hablamos de quimioterapia y radioterapia les produce cierto grado de temor por las historias escuchadas fuera de la institución hospitalaria, el más común resulta ser que el paciente piensa que la quimioterapia acelera la muerte.

El psicólogo frente a esta peculiar y varias veces escuchada frase tiene que servir como intermediario entre médico-paciente para que la información recibida sea la correcta y disminuya el monto de ansiedad, si bien es cierto los psicólogos no desempeñan el lugar de especialista pero si es necesario que cuente con la información necesaria acerca de esta enfermedad llamada cáncer de tal manera poder corroborar lo mencionado por su oncólogo dando como resultado que la mayoría de los pacientes al final terminan accediendo.

Tanto la psicoterapia de urgencia como la de emergencia será aplicada de acuerdo a las necesidades con las que llegue el paciente a consulta para poder otorgarle un equilibrio y mejorar su calidad de vida.

### **2.3.3 Técnica Grupal.- Grupo Operativo**

Esta técnica abarca algo global, se trabaja con un grupo de personas con una problemática en común donde es necesario el intercambio de conocimientos para un mayor enriquecimiento entre sus integrantes.

En palabras de Pichón, Riviere (2006) manifiesta que:

“El grupo operativo es un grupo centrado en la tarea y que tiene por finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal y no en el de cada uno de los integrantes...”

La tarea permite mantener un lazo social en el grupo estableciendo vínculos entre cada uno de sus participantes dejando a un lado el aislamiento aportando al grupo de acuerdo a sus conocimientos, intercambiando opiniones y aprendiendo de cada uno de ellos.

Cubillo (2014) citando a Riviere argumenta tres tipos de ansiedades por los cambios producidos dentro de un grupo operativo que son los siguientes:

- Ansiedad confusional cuando se desconocen los objetivos grupales y se da al no existir un sentimiento de unidad grupal, cada sujeto aporta desde su perspectiva, sin reconocer las necesidades del grupo
- Ansiedad paranoide surgidas por el nuevo vínculo y la inseguridad produciendo miedo al ataque por los demás miembros del grupo al participar en la experiencia.
- Ansiedad depresiva debido al miedo a la pérdida de la unidad grupal y regresar a una etapa anterior.

En los grupos operativos es importante la búsqueda de las ansiedades para poder trabajarlas y así buscar el progreso del mismo.

Es recomendable trabajar esta técnica con la familia ya que por lo observado son los que más preguntas tienen y de acuerdo a las entrevistas obtenidas en las prácticas se pudo evidenciar que los familiares bajan su monto de ansiedad al hablar con otras personas que tenga más tiempo con ésta enfermedad y puedan informarles todo lo atravesado durante el tratamiento, aunque es importante tener presente el caso a caso.

## **CAPITULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA**

El presente capítulo se basará en la metodología utilizada en la presente sistematización y en el análisis de tres principales casos donde se podrá palpar de manera más evidente los síntomas más frecuentes que presenta el paciente oncológico conjuntamente con sus familiares y como la psicoterapia ayuda a reducirlos, llegando a demostrar la importancia psicológica dentro del área.

La observación en el transcurso de la enfermedad del paciente oncológico y el análisis de las entrevistas que se ejecutaron durante el tiempo de prácticas pre profesionales en el Hospital de Especialidades Guayaquil fueron de vital importancia para el sustento de la teoría expuesta.

### **3.1 Método**

La presente investigación tuvo un análisis mixto (cuali-cuantitativo). Si bien la interpretación cualitativa de los datos contribuyó a comprender la situación emocional por la que atraviesan los paciente oncológicos y sus familiares, también fue indispensable que cuya información sea organizada estadísticamente valiéndose de técnicas cuantitativas.

Se toma a Hernández, Fernández , & Baptista (2006) para explicar acerca de método cualitativo el cual menciona que “esta investigación proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles de experiencias únicas”. (p.21)

Para obtener un mejor resultado las entrevistas fueron realizadas caso a caso tanto al paciente como a sus familiares ya que por lo general tienen una diferente percepción de la enfermedad y de la adherencia al tratamiento que nos permitio tener una visión más amplia de la problemática planteada.

Es necesario el método cuantitativo en una sistematización por lo que Hernández Sampieri et al., (2006) indica que:

Se utiliza la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la mediación numérica, el conteo frecuente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

En el Hospital de Especialidades Guayaquil debido a la demanda de pacientes presentando síntomas se ha procedido a realizar estadísticas que ayuden a una mejor organización evidenciando los síntomas más frecuentes en pacientes oncológicos discriminados por género y edad.

### **3.2 Tipo de Investigación**

La investigación realizada será descriptiva. “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.” (Danhke, citado por Hernandez Sampieri, et al., 2006, p.102)

Al ser una investigación descriptiva se puede conocer el afrontamiento que conllevan tanto pacientes oncológicos como familiares que sirvan para recolectar datos por medio de la observación.

Se toma en consideración a los principales agentes involucrados ya que frente a esta situación cada paciente se comporta de manera diferente. Carlos Sabino (1992) en su texto *“El proceso de Investigación”* señala que “se basa en informaciones obtenidas directamente de la realidad, permitiéndole al investigador cerciorarse de las condiciones reales en que se han conseguido los datos”.

También encontramos una investigación explicativa. “Este estudio va dirigido a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo dice, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta”.(Hernandez Sampieri et al., 2006, p. 108)

En pacientes oncológicos se detalla las causas por las que el paciente puede entrar en ansiedad que es el más frecuente al entrar a quimioterapia, al pensar en una metástasis o una recidiva, así como también podría presentar cualquier otro síntoma que variará caso a caso.

### **3.3 Población**

La población con la que se trabajó corresponde a pacientes oncológicos del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. “Abel Gilbert Pontón” y a su cuidador principal que resultaba ser un familiar cercano.

Por cada paciente corresponde un cuidador principal quien es la persona que acompaña desde el principio de la enfermedad, en consultas médicas y en el respectivo tratamiento, es importante que tanto el paciente, cuidador y médicos manejen un solo lenguaje, ¿Por qué se menciona esto? esta persona debe comprender un poco más acerca de los términos oncológicos, ya que las consultas son cortas debido a la demanda excesiva existente en este Hospital y si van acompañados de personas que no estén familiarizados se perdería tiempo al volver a explicar desde el principio para que la nueva persona pueda entender, así también si una persona ha estado desde el inicio ya sabe que medicamentos han favorecido o cuales han causado más estragos.

Por lo general cada vez que entran a quimioterapia (tratamiento que brinda el hospital) debe ir acompañado por alguna necesidad que presente el paciente (copia de cédula, sed o hambre) y con mucha más razón al final ya que algunos de los síntomas que se presentan son los mareos o vómitos por lo que dificultaría que la persona pueda llegar por si sola a su destino.

### **3.4 Instrumentos**

Este estudio de sistematización realizado en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” en las prácticas pre-profesionales empleó técnicas e instrumentos tales como:

Protocolo de entrevista inicial, observación y entrevista a la psicóloga de la Institución Hospitalaria, las mismas que han servido para una recolección de datos más amplia de información y así descubrir el verdadero estado emocional que se encuentra atravesando cada paciente y familiar en dicha situación conociendo cuáles han sido las mayores limitaciones presentadas a lo largo de la enfermedad para poder respaldar la problemática planteada.

### **3.4.1 Protocolo de entrevista inicial**

Es utilizado por el Hospital de Especialidad Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” en el área de oncología. Es una entrevista exploratoria que se la realiza en la primera sesión cuya finalidad es evaluar cuanto conocimiento tiene sobre la enfermedad, de qué manera ha afectado en su vida cotidiana y si recibe apoyo necesario por parte de su familia y el personal sanitario.

El mencionado protocolo fue realizado por el español Juan Cruzado en el año 2010, este instrumento cuenta con 42 preguntas, algunas de ellas con varios ítems cuando se refiere al estado emocional y preocupaciones.

Esta entrevista está destinada para utilizarla con pacientes oncológicos que llegan por primera vez al hospital ya que tiene una temática específica en cáncer, pero así mismo brinda apertura para establecer la transferencia y posterior a esto poder indagar un poco más acerca de lo que le perturba en el presente.

### **3.4.2 Observación**

En el protocolo de entrevista inicial se hace referencia como un dato importante a la observación donde se puede vivenciar de una manera más realista como se encuentra el paciente, ya que algunos de ellos llegan a comentar en consulta que todo está bien en su vida pero podemos ver como tiene descuidada su apariencia física o no llegan a tener contacto visual mientras hablan por lo cual me parece un instrumento necesario durante la sesión psicológica.

La observación directa nos permite ser testigos del comportamiento del paciente oncológico en especial cuando es el familiar quien llega al consultorio de psicología a realizar la creación de demanda por lo que es preciso reducir la ansiedad en el cuidador principal en ese momento para luego centrarse en las necesidades de paciente en cuestión.

En el Hospital de Especialidad Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” si bien también se toma en cuenta el estado emocional de los familiares, ésta Institución Hospitalaria vela por la salud tanto física como mental de sus pacientes por lo que

es de vital importancia éste instrumento ya que esta de lado del agente involucrado en la sistematización cumpliendo diferentes funciones que presenta Peretz en el año 2000:

El observador tiene cuatro tareas que llevar a cabo: 1) instalar en el ambiente de las personas observadas y adaptarse a ese ambiente; 2) observar el desarrollo normal de los acontecimientos; 3) registrarlos y tomar apuntes o usar cualquier otro medio y, 4) interpretar lo que observó y redactar un relato de lo mismo (p. 20-21)

Con las tareas del observador se pudo percibir una perspectiva diferente con lo que de alguna manera se pudo involucrar para obtener datos reales y específicos que ayudaron a la creación de la presente sistematización.

### **3.4.3 Entrevista**

Una de las características del método cualitativo son las entrevistas, en este caso se lo realizó a la Psicóloga Clínica Maria Eugenia Montalvo quien labora ya desde hace varios años en la Institución donde se realizaron las prácticas pre-profesionales y así mismo fue quien nos tutoró los meses que estuvimos en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” del área de oncología.

Se llevo a cabo una entrevista programada tomando unos minutos de las horas que son utilizadas para la discusión de casos y el procedimiento utilizado fue el de una entrevista semiestructura que sirvió para esclarecer dudas existentes al realizar la presente sistematización y me facilitó en gran parte ya que al ya tener más de cinco años en el área de oncología ha enfrentado muchos casos tanto simples como complicados.

Se comenzó con preguntas generales dirigiéndose al tema planteado hasta temas tanto legales que son frecuentes en esta área por parte de los familiares como es la conspiración al silencio. Es importante que el paciente conozca su diagnóstico pero en algunos casos por no querer hacerle daño terminan ocultándolo en complicidad con su médico.

En el Hospital de Especialidades Guayaquil si se conoce acerca de este fenómeno por lo que cuando se sucita un caso de esta índole es enviado donde la

psicóloga para que ella pueda expresarle que no es oportuno ocultarle información ya que no están respetando sus derechos.

En el texto *Intervención emocional en cuidados paliativos* de Arranz, Barbero, Barreto, & Bayés (2004) nos resume lo mencionado en la siguiente definición:

La conspiración del silencio se define como un acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos, y/o profesionales sanitarios con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación (p. 98)

Al momento en que la familia no le comunican su enfermedad se suscitan consecuencias para el paciente a largo plazo, ya que al enterarse se pueden producir cambios emocionales, falta de confianza y muchas veces se llegan a sentirse engañados, produciendo así un rompimiento de vínculos. Los familiares deben estar conscientes que al ocultarlo le están prohibiendo al paciente que pueda resolver asuntos pendientes

### **3.5 Recursos**

En las prácticas pre-profesionales previas a la obtención del título de Lcda. en Psicología Clínica fue asignada el área de oncología del Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" donde se facilitó la sala de reuniones para poder atender de manera eficaz y sin interrupciones.

Los recursos utilizados en el grupo focal fueron cartulinas, marcadores, tijeras, colores e internet que sirvió de guía para los oyentes, realizando charlas de psicoeducación para luego resolver dudas, compartir opiniones y sintomatologías presenten en dicha enfermedad.

Cuando se trataba de entrar al área de quimioterapia era indispensable la utilización de mascarillas ya que los pacientes son propensos a contagiarse de algún virus ambiental debido a las bajas defensas que presentan y en el caso de hospitalización además de mascarillas era necesario un traje protector al momento de efectuar las respectivas entrevistas.



## CAPITULO IV: MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN

*Tabla 1 Momentos de proceso metodológico en la sistematización*

<b>Actividades</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>
Definición del tema, objetivos y Justificación	X					
Elaboración del marco teórico/ enfoque médico		X				
Elaboración del marco teórico/ enfoque psicológico			X			
Redacción de la metodología y casuística				X		
Conclusiones y recomendaciones Revisión general					X	
Sustentación del trabajo						X

## CAPITULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Universidad Católica Santiago de Guayaquil previo a la obtención del título de Lcda. en Psicología Clínica brindo un espacio en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” área de oncología donde a partir de la temática planteada se realizó entrevistas a pacientes con cáncer que fueron atendidos a partir del mes de Julio hasta Diciembre del año 2016 obteniendo datos que se detallará a continuación.

Se atendieron a cuarenta y cuatro pacientes, algunos de ellos eran entrevistados por primera vez y otros ya tenían algunos años en la lucha contra el cáncer, las entrevistas se realizaron tanto a hombres como mujeres sin límite de edad y sin discriminar el tipo de diagnóstico que presentaban cambios en su estado emocional y era de preocupación tanto para el personal sanitario como para sus familiares, motivo por el cual agendaban consulta psicológica y en ocasiones el paciente mismo ejercía la creación de demanda.

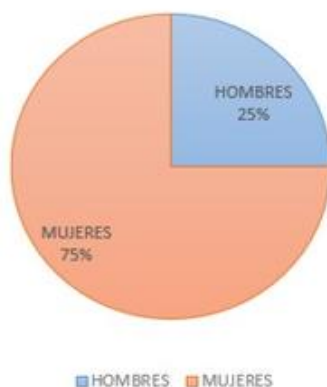
Sexo	Edad	Estado emocional	Diagnóstico
M	65	seguridad	ca. Mama
M	65	incertidumbre preocupación tristeza	ca. Mama
M	65	tranquilidad esperanzas	ca. Mama
M	79	nervios preocupación tristeza	ca. Mama
M	68	preocupación tristeza	ca. Mama
M	47	tristeza miedo desesperanzas	ca. Mama
M	50	nervios preocupación tristeza	ca. Mama
M	68	esperanzas tristeza culpabilidad	ca. Mama
M	40	esperanzas miedo indefensa	ca. Mama
M	74	tranquilidad esperanzas	ca. Mama
M	39	preocupación tristeza indefensa	ca. Mama
M	62	tristeza depresión	ca. Colon
M	62	tranquilidad esperanzas seguridad	ca. Mama
M	36	tristeza miedo esperanzas	ca. Mama
H	23	frustración culpabilidad	osteosarcoma
M	55	tristeza ansiosa	ca. Mama
M	53	preocupación miedo	ca. Colon ca. Hígado
M	55	tristeza indefensa	ca. Mama
M	54	nervios miedo	ca. Mama
H	43	esperanzas seguridad	ca. Vesícula
M	46	miedo preocupación	ca. Mama
M	80	tristeza	ca. Utero
M	32	incertidumbre ansiedad	ca. Mama ca. Hígado
M	34	miedo preocupación	ca. Mama
H	23	preocupación	leucemia
M	70	tranquilidad esperanzas	tiroides
H	16	incertidumbre	leucemia

Gráfico 1: Lista de pacientes oncológicos atendidos

M	66	preocupación		ca. Mama	
M	68	ansiedad		ca. Utero	
M	48	ansiedad	esperanzas	ca. Mama	
M	42	tristeza		ca. Mama	
M	35	ansiedad	preocupación	ca. Colon	
M	31	tristeza	ansiedad	ca. Mama	
H	33	tranquilidad	esperanzas	Linfoma	
H	31	seguridad	tranquilidad	Linfoma	
H	28	seguridad		Linfoma	
M	49	nervios		ca. Utero	
H	42	tranquilidad		ca. Estómago	
M	45	preocupación	miedo	ca. Utero	
M	82	preocupación		ca. Estómago	
M	64	ansiedad	tristeza	preocupación	ca. Mama
H	34	tranquilidad	esperanzas	ca. Colon	
H	58	incertidumbre		ca. Pulmón	
H	57	esperanzas		Linfoma	

*Gráfico 2: Lista de pacientes oncológicos atendidos*

Si bien se mencionó que las entrevistas fueron realizadas a hombres como a mujeres, se puede observar como el 75% = 33 pacientes que corresponden al sexo femenino y solo el 25%=11 pacientes corresponden al sexo masculino. Se puede deducir que existe una mayor demanda psicológica por parte de mujeres.

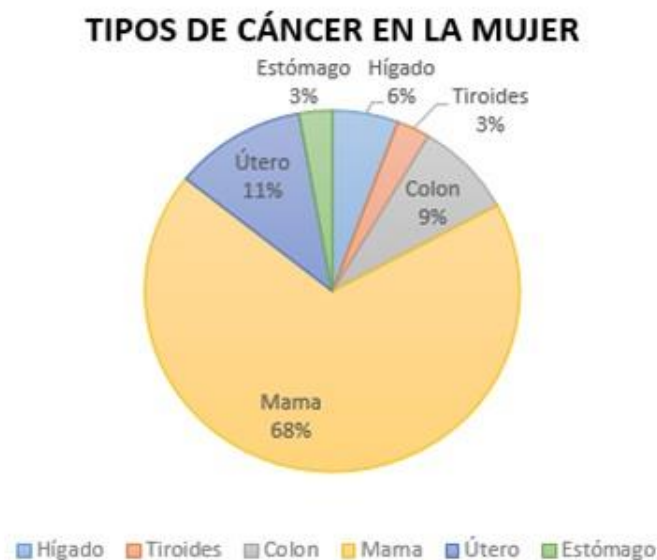


*Gráfico 3: Asistencia de pacientes*

Uno de los cánceres más comunes en mujeres es el de mama comprobándose mediante las entrevistas realizadas a pacientes oncológicas en su mayoría con un rango de edad de 62 a 77 años, que es la edad propensa para que pueda aparecer tumores, pero no significa que siempre sea así ya que también se pudo presencia el cáncer de mama en una mujer de 30 años que se vio afectada tanto física como psicológicamente debido a los efectos secundarios sufridos por la quimioterapia.

Otro también muy frecuente es el cáncer de útero. La mayoría de las veces ha sido transmitida por las parejas sexuales a través del papiloma humano.

El cáncer de recto también aparece en la mujer de mayor edad, presentando coágulos de sangre en las defecaciones y pérdida de peso. El cáncer de hígado por lo general se presenta como metástasis y es uno de los más peligrosos junto con el de páncreas.



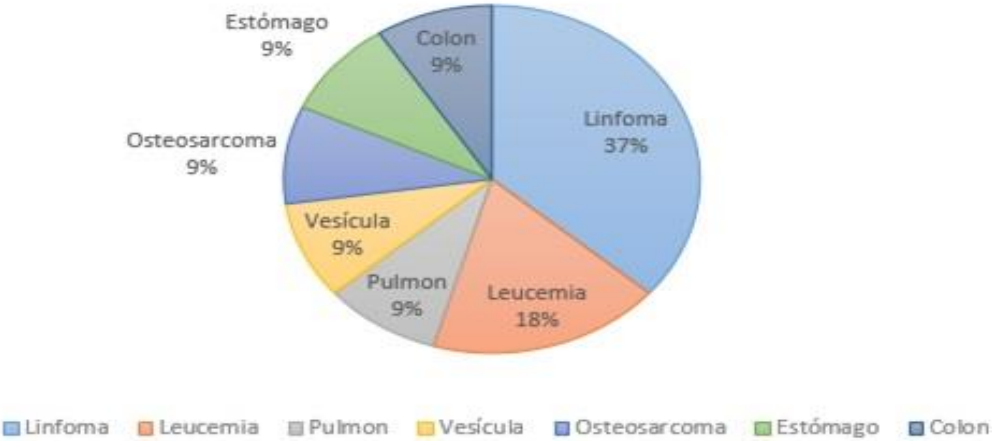
*Gráfico 4: Tipos de Cáncer en mujeres*

En los pacientes oncológicos hombres entrevistados en el Hospital de Especialidades Guayaquil predominan los linfomas en especial el de Hodkings, a pesar de ser cáncer su tratamiento no es tan agresivo como en otros casos y se obtuvo con mayor porcentaje en pacientes a partir de 30 años pero tanto niños como adultos están proclives a padecerlo.

La leucemia es el cáncer que en este caso ha afectado a menores de edad que siguen el tratamiento en el Hospital Guayaquil ya que este acoge a niños mayores de 15 años, éstos son monitoreados por enfermeras debido a sus bajas defensas se encuentran en hospitalización.

En hombres también se presencia el cáncer de colon con las mismas sintomatologías expuestas anteriormente, el cáncer de vesícula, estómago y pulmón son los más peligrosos y atacantes si no son tratados a tiempo.

**TIPOS DE CÁNCER EN LOS HOMBRES**



*Gráfico 5: Tipos de Cáncer en Hombres*

La tristeza es lo que mayormente se presenta en las mujeres oncológicas cuando reciben el diagnóstico de su enfermedad, así también como el miedo y la ansiedad que son respuestas muy normales después de la noticia planteada, mientras que esperanzas y tranquilidad se perciben en pacientes que ya llevan tiempo con el tratamiento y han sentido que ha ido reduciendo el tumor o ya no les duele como cuando lo iniciaron.

Algo que también afecta en el ámbito emocional es enterarse que tienen una enfermedad venérea como es el papiloma humano ya que las pacientes reciben doble noticia, es decir el diagnóstico de cáncer y la posible infidelidad por parte de su pareja que podría acabar con su relación o matrimonio que les produce mayormente preocupación.

La incertidumbre generalmente aparece en las primeras consultas ya que la paciente no sabe el ¿porque a ella? ¿Cómo sucedió? Y que es lo que sigue en ese momento, dudas que son resueltas por su médico oncólogo.



Gráfico 6: Estado emocional en mujeres

El estado emocional en los hombres es diferente al de las mujeres, al contrario, ellos se muestran muy tranquilos, esperanzados y seguros cuando se refieren a salir victoriosos de esta enfermedad llamada cáncer.

Los pacientes llamaron incertidumbre a la preocupación que tienen acerca de su trabajo y familia ya que son padres, esposos y otras veces hijos que mantenían a sus padres, al no aportar a su familia en el aspecto económico produce frustración y culpabilidad.

La mayoría no trabaja debido a los efectos secundarios que presentan luego de la quimioterapia, no pueden hacer mucho esfuerzo por que les produce cansancio y muchos de ellos ejercían trabajos fuertes que ahora les resulta imposible realizarlos.



Gráfico 7: Estado emocional en hombres

## CUIDADOR PRINCIPAL

Se realizó las entrevistas correspondientes a los cuidadores de cada paciente oncológico que paso por consulta psicológica para evaluar el estado emocional que atraviesa durante la enfermedad, se conoce que no es el agente directo pero al igual que el involucrado principal pueden presentar síntomas que pueden aparecer en una metástasis, recidiva o en el peor de los casos, enfrentarse a un duelo.

La mayoría de los pacientes si fue acompañado por su cuidador principal pero también se pudo observar la ausencia de los familiares aunque en realidad son pocos los casos, posterior a lo mencionado se detallará en el siguiente gráfico.

Sexo del cuidador	Parentesco del cuidador	Estado emocional del cuidador Principal	
M	Hija	preocupación	ansiedad
M	Hija	tristeza	esperanzas
M	Hermana	tristeza	miedo
H	Hijo	seguridad	esperanzas frustración
M	Hija	ansiedad	preocupación
H	Pareja	desesperanzas	tristeza
H	Pareja	esperanzas	miedo
M	Hija	nervios	ansiedad
solo			
M	Nieta	incertidumbre	nervios
M	Hermana	esperanzas	frustración
H	Hermano	esperanzas	preocupación
M	Hija	preocupada	tristeza
solo			
M	Madre	ansiedad	nervios preocupación
M	Hermana	preocupación	
H	Pareja	esperanzas	seguridad
M	Hija	preocupación	tristeza
M	Hija	miedo	ansiedad
M	Pareja	tristeza	preocupación
H	Pareja	esperanzas	
M	Nieto	esperanzas	seguridad
M	Madre	desesperanzas	preocupación ansiedad
solo			
M	Madre	preocupación	ansiedad
M	Hija	preocupación	
M	Madre	tristeza	preocupación miedo

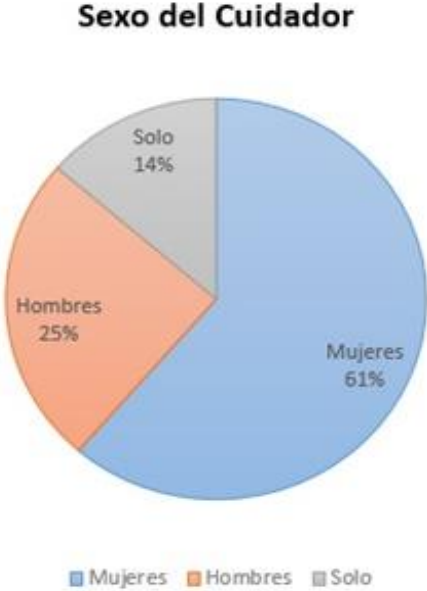
Gráfico 7: Lista del cuidador principal atendido



M	Hija	preocupación	tristeza
M	Hija	miedo	ansiedad
M	Pareja	tristeza	preocupación
H	Pareja	esperanzas	
M	Nieto	esperanzas	seguridad
M	Madre	desesperanzas	preocupación ansiedad
solo			
M	Madre	preocupación	ansiedad
M	Hija	preocupación	
M	Madre	tristeza	preocupación miedo
M	Hermana	ansiedad	miedo
H	Pareja	preocupación	esperanzas
H	Pareja	nervios	
solo			
M	Hermana	tristeza	preocupación
H	Pareja	seguridad	miedo
M	Pareja	tranquilidad	esperanzas
M	Pareja	nervios	ansiedad
solo			
H	Pareja	miedo	preocupación
M	Pareja	tristeza	ansiedad
M	Hermana	tristeza	
M	Hija	miedo	
H	Pareja	tristeza	preocupación
M	Pareja	nervios	ansiedad
M	Hija	tranquilidad	esperanzas
solo			

Gráfico 8: Lista del cuidador principal atendido

A continuación, en la siguiente tabla se demuestra que un 65% de los cuidadores que acuden junto a sus familiares oncológicos a citas médicas y al tratamiento de quimioterapia, son mujeres; un 25% son hombres quienes acompañan a los controles a sus parejas y, un 14% son pacientes que acuden solos y que suelen ser los más afectados en su estado físico y emocional presentando somatizaciones en el cuerpo.



*Gráfico 9: Asistencia del cuidador principal*

Respecto al parentesco del cuidador, se observa que un 37% corresponde a la pareja sentimental del paciente, en esta categoría se encuentran tanto hombres como mujeres tomando en consideración que la muestra de hombres fue menor quien en su mayoría ingreso acompañado de su mujer.

En segundo lugar ocupan las hijas de las pacientes oncológicas con un 26%, esto sucede cuando se tratan de mujeres mayores de 60 años ya que las jóvenes llegan acompañadas de su pareja.

Otro familiar que se desempeña como cuidador son las hermanas quienes ocupan un 16% y están presentes cuando los pacientes no se encuentra establecido con familia propia, es decir siguen solteros o se encuentran separados.

Como el Hospital oferta el servicio a partir de los 15 años, las madres aparecen en un 10% cuando se tratan de pacientes oncológicos menores de edad y en los medianamente jóvenes.

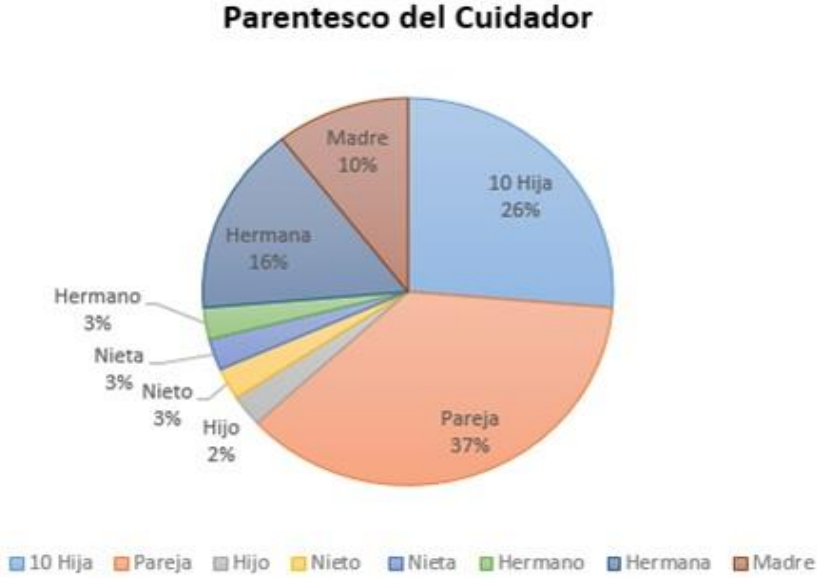


Gráfico 10: Parentesco del cuidador principal

Al analizar el estado emocional, se determinó que la preocupación se presenta en un 21% de los cuidadores principales, lo que resulta frecuente al recibir el diagnóstico por primera vez ya que se desconoce acerca de la enfermedad, el tratamiento y los riesgos que conlleva. La tristeza representa el 15% y al igual que la preocupación, son síntomas comunes que surgen al ver la lucha de su familiar por seguir viviendo y enfrentarse a los cambios tanto familiares, laborales o sociales que se presenten.

La ansiedad va de la mano con la preocupación, se presenta frente al desconocimiento del cuidador sobre lo que va a suceder o frente a la desinformación proporcionada por fuentes externas al hospital, por eso es importante que el oncólogo despeje todas las dudas existentes al momento de la consulta para evitar que los pacientes busquen información en Internet y se respalden en páginas sin un criterio profesional apropiado, pues cabe mencionar que cada paciente es diferente a otro.

La esperanza aparece con un 15% de los pacientes luego de algunas sesiones de quimioterapia al observar como el tumor se va reduciendo, ya no sienten dolor como al inició o en caso de presentarlo, se puede controlar con medicamentos; respecto a la desesperanza, aunque en la tabla no se observa un gran porcentaje, ésta se presenta cuando el paciente recae, no ve mejoría o en el peor de los casos se presenta la temida metástasis que pueden afectar a otras partes del cuerpo produciendo depresión tanto en el paciente como en el familiar.



Gráfico 11: Estado emocional del cuidador principal

## CAPITULO VI: CASUISTICA

### CASO #1

#### PACIENTE ONCOLÓGICO

Mujer de 56 años diagnosticada con cáncer de mama hace 4 años. En el primer año de tratamiento se le realizó una mastectomía total del seno izquierdo, y actualmente se realiza quimioterapia cada 21 días como lo señala su doctor.

Es derivada por su oncólogo a Psicología ya que manifiesta tener sus “piernas gelatinosas” lo que le impide caminar sin ayuda de un bastón. Esto inició a partir de una réplica producto del terremoto ocurrido el 16 de Abril. En esta fecha se encontraba sola en su casa luego de una quimioterapia, instantáneamente pensó que se trataba de un efecto secundario hasta que escucho gritos de su hermana que vive en un piso superior a su departamento, no pudo salir porque las piernas le temblaban y desde ese entonces el problema ha persistido.

Durante la entrevista se le preguntó acerca de algún suceso personal que haya ocurrido días antes a lo cual responde que tuvo un conflicto con su pareja por lo cual él decidió abandonar el hogar, algo que también menciona que su única hija ingresó al primer año de la universidad por lo cual pasa la mayor parte del tiempo y expresa que se encuentra muy sola e indefensa en casa. A continuación se le pregunta si tiene una relación cercana con el resto de su familia a lo cual ella responde que anteriormente sí mantenía una buena relación con su hermana pero que se ha empeñado en alejarse por su problema de movilidad ya que anterior a lo sucedido salían a correr todos los días pero que, a pesar de eso su hermana siempre pasa siempre a saludarla y a ofrecerle su ayuda a lo que se le cuestiona el por qué piensa de esa manera cuando expresa lo contrario a lo que se evidencia por lo que ella solo sonríe y comenta que es cierto.

Con respecto al problema de movilidad de las piernas y su afirmación a que se debe al tratamiento de quimioterapia se le responde con ayuda del especialista en oncología que no tiene relación y puede ser producto de los síntomas de su cuerpo, por lo tanto se le cita a una segunda sesión psicológica y se recomienda que

haga ejercicio en casa si no se siente cómoda y segura al hacerlo en la calle junto con su hermana.

Otro dato importante que comenta es su insomnio, la paciente se despierta 3 am todos los días y le es imposible conciliar el sueño se procedió a preguntar qué es lo que hace en esas horas a lo cual responde que nada, pasa acostada en la cama a veces se queda en blanco y otras pensando en la separación que tuvo con su pareja, lo mismo que sucede durante las tardes, pasar acostada ya que no tiene ánimos de realizar alguna actividad y a lo que posteriormente añade “otra relación fracasada”.

La paciente comienza a relatar lo sucedido durante su vida en el ámbito amoroso e inicia por su primera pareja. Se separó del padre de su hija hace 10 años, él era un hombre casado que la maltrataba y no aportaba con los gastos de su casa fue así que decidió separarse. Tiempo después se hizo de nuevo compromiso, todo iba bien ya mantenían 6 años de relación hasta que su hija termino el colegio y quería estudiar en la universidad, a todo esto su nueva pareja no quiso ayudar con los gastos que conllevarían que inicie su carrera universitaria, él no quería que su hija estudie por lo que nuevamente se separó.

Termina la sesión mencionando que éste hombre si aportaba en lo económico pero que a pesar de su abandono ha podido sobrellevar los gastos que implican mantener una casa y a una hija porque gracias a Dios tiene departamentos de alquiler.

En una segunda sesión la paciente que se planificó aproximadamente un mes después, ya que por lo general las consultas se registran junto a las consultas con su oncólogo para facilitarles el tema movilización y los gastos que este conlleva, así fue que se presentó con un mejor aspecto físico, sorprendiendo, ya que no necesitaba más el bastón.

La paciente menciona que luego de la consulta llego a su casa y volvió a su cama como ya lo venía haciendo desde hace algún tiempo atrás, con la diferencia que esta vez se quedó pensando en los señalamientos realizados durante la sesión en especial con lo relacionado a su soledad llegando a la conclusión que ella se encuentra sola porque así lo quiere.

Al siguiente día la hermana pasó a saludar como todos los días, esta vez hubo un cambio ya que le abrió la puerta invitándola a desayunar, y fue así como pudo contarle sobre cómo va su enfermedad y lo hablado en consulta. Luego que su hermana tuvo que irse, valiéndose del bastón empezó a cocinar después de mucho tiempo y cuando llegó su hija le pidió que le enseñe a manejar YouTube para poder ver videos de ejercicios, fue así como inició su cambio y sintió que las piernas iban tomando fuerza. Estos ejercicios los realiza con su hermana.

## CASO #2

Paciente masculino de 56 años con diagnóstico cáncer de pulmón se presenta a la consulta derivado por su oncóloga tratante. Informa que no accede a hacerse la quimioterapia luego de informarle por primera vez su enfermedad. Llega a la consulta acompañado de su esposa y sus dos hijas, las cuales tampoco están de acuerdo con la opción del tratamiento de quimioterapia.

En un primer momento se realiza las respectivas preguntas del protocolo inicial para indagar si la información brindada fue entendida correctamente. En el transcurso de la entrevista se obtuvo información acerca de la herencia genética, se conoció que su padre y su abuelo fueron poseedores de esta enfermedad. Relata que su abuelo no fue diagnosticado a tiempo ya que se encontraba en un estadio IV (la última etapa), se realizó las quimioterapias pero para su parecer eso aceleró su muerte y provocó más su sufrimiento debido a los efectos secundarios.

Su padre fue diagnosticado en un estadio inicial, rechazando la quimioterapia. Su tratamiento fue mudarse a la playa y coger el sol a las 12 del día durante un año, después de ese tiempo regresó al hospital para realizarse nuevos exámenes y la sorpresa fue que ya no tenía células cancerígenas por lo que él está decidido en seguir el mismo tratamiento que su padre con el apoyo de su familia.

Aparte, relata que ha tenido otras experiencias con amigos cercanos cuyos efectos de la quimioterapia han resultado bastante fuertes por lo que ha decidido no realizarse la quimioterapia y no hay nada que lo haga cambiar de opinión. La familia apoya su decisión porque no quieren verlo sufrir y han decidido ir a vivir un año a la playa para probar. Se explica que en cada caso es diferente y que no todo lo que le hizo bien a alguien va a funcionar en uno ya que cada persona es un cuerpo y reacciona de manera diferente.

Se procede a explicar y a llevar a la sala de quimioterapia para que pueda observar que no es tan malo como sus compañeros le han conversado, luego se pasa con su oncóloga a preguntar cuál sería la dosis de quimioterapia en caso de aceptar. Tanto los familiares como el paciente desconocían que la quimioterapia es cada 21 días con una duración de pocas horas, sino que tenían la creencia que pasaría hospitalizado por varios días cada semana.



Se trabajó acerca de los cambios que puede llegar a suceder en su entorno y en reconocer cuáles son sus necesidades y cuáles son las necesidades de su familia

Luego de aproximadamente cuarenta y cinco minutos de solucionar sus dudas y preguntas el paciente no logra acceder al tratamiento y se retira del consultorio con un ticket de consulta libre para cuando quiera regresar.

El paciente regresa a consulta luego de quince días para informar que se someterá al proceso de quimioterapia debido a que no puede cambiar la vida de toda su familia por su enfermedad. Actualmente se encuentra asistiendo a consultas psicológicas donde se trabaja en sus necesidades y acompañamiento para adherencia al tratamiento.

## CASO #3

### CUIDADOR PRINCIPAL

Al departamento de Psicología llega un hombre de 46 años presentando un alto grado de ansiedad debido a la preocupación por su madre que fue diagnosticada con cáncer de útero hace poco tiempo por lo cual recientemente ha iniciado su tratamiento de quimioterapia.

Mientras lo relataba dio a notar que tenía un lenguaje muy rápido y en ocasiones mezclaba ideas que eran poco entendibles, se le recomendó sentarse y que inicie nuevamente pero esta vez más despacio y que vaya narrando el acontecimiento paso a paso.

Su madre tiene 80 años y este tumor fue descubierto por el sangrado que ésta presentaba, menciona que está en el segundo estadio y que lleva 3 quimioterapias en las cuales no hubo efectos secundarios a más de un mareo leve pero que en estos últimos días se ha dado cuenta que no está durmiendo y que casi no prueba comida. Debido a su preocupación decide visitar al oncólogo para informarle de lo que estaba sucediendo pero la respuesta fue que la falta de apetito es algo normal durante el tratamiento pero que el insomnio no, por lo que se le pregunto que si siente dolor y por eso no duerme a lo que ella respondió moviendo la cabeza expresando que no, fue así como el doctor genero consulta con psicología.

Luego de esto ingresa la madre en una silla de ruedas junto a su hijo, el hijo comenzó a hablar nuevamente a decir que tuvo que conseguirle esa silla porque no podía caminar debido a su dolor de piernas y como él seguía hablando y la paciente seguía en silencio a lo que se procedió a pedirle que salga para poder estar a solas con su madre.

A primera vista se observa a la paciente un poco decaída y triste a lo que se le pregunta que es lo que verdaderamente sucede, fue así como quebró en llanto y comienza a relatar que se siente dependiente de su hijo y de su nuera. La paciente enviudo hace algunos años y vivió sola hasta que le diagnosticaron cáncer por lo cual su hijo se la llevo a vivir con él, en su tiempo libre ella bordaba y vendía para

obtener un dinero extra pero que actualmente le da vergüenza pedir que se le compre los instrumentos necesarios para volverlo a hacer.

Relata que su hijo ha sido muy bueno pero que debe encargarse de su familia, ya que cuando le toca realizarse la quimioterapia pide permiso en su trabajo para poder acompañarla pero que no quiere ser una carga a lo que se le da el primer señalamiento diciendo que si es un buen hijo ella tuvo que ser una buena madre y por eso está junto a ella en estos momentos.

Luego, se comienza a indagar acerca de su insomnio y su única respuesta es: se me quita el sueño a lo que se hace la pregunta ¿está segura? O existe algo más que la moleste a lo que agacha la cabeza afirmando que sí y relatando que últimamente no está controlando sus esfínteres y que una noche se orino en la cama a lo que su hijo expuso que había que comprarle pañales y que en la noche ya llevo con un paquete.

La paciente aparte de la incomodidad sentía mucha vergüenza a lo que pidió disculpas por lo sucedido y decidió utilizarlos ese mismo día, pero al siguiente día se dio cuenta que los pañales no sirvieron porque había mojado nuevamente la cama y tomo la decisión de no dormir para poder controlar sus esfínteres y que no vuelva a suceder.

Se le explicó que debe conversarlo con su hijo para poder obtener una solución ya que el no dormir no era una buena idea, así que se generó la opción de un protector impermeable para su cama a lo que asentó la cabeza añadiendo que si su hijo podía comprarle ella lo utilizaría para probar si funciona.

Otro punto importante era el tema de la alimentación, a lo que respondió de manera inmediata que su nuera no le ponía sal a las comidas y que los jugos los hace simples, añade que ya lo había hablado pero que siempre se le olvidaba pidiéndole disculpas, por lo tanto le pidió que le haga acuerdo antes de servir y muchas de las veces la paciente se entretiene viendo las noticias que ya solo escucha a comer dándose cuenta que ya es muy tarde para avisarle.

Con todo ya claro, se le pidió al hijo que entre y que pueda enterarse cuál es el verdadero motivo por el que su madre está presentando estos síntomas.

A las siguientes semanas la paciente pide que la lleven donde la psicóloga para comentarle los cambios que han existido y como su familia ha colaborado, en el

tema de la comida la solución fue poner notas en la licuadora que dicen: no olvidar poner azúcar y otra en la cocina con: no olvidar poner sal.

El familiar del paciente también llega calmado porque su madre ya come y duerme (el protector impermeable si funcionó). Muchas de las veces hay que bajar la ansiedad del paciente para poder centrarse en las necesidades del paciente ya que si éste resuelve sus problemas le otorga tranquilidad a su cuidador principal.

## CONCLUSIONES:

A lo largo de estos meses realizando las prácticas pre profesionales en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” se ha relacionado la teoría con la experiencia obtenida llegando a las siguientes conclusiones:

- Ante la presencia de un diagnóstico desfavorable y poseedor de malas noticias como lo es esta enfermedad llamada cáncer, es indispensable la presencia del psicólogo trabajando primero en la contención emocional de los pacientes y familiares para posteriormente ayudarlos a afrontar sus temores acerca de la muerte y la incertidumbre de lo que sucederá más adelante.
- Se evidenció como la presencia de un psicólogo clínico dentro del área de oncología es imprescindible debido a la carga emocional y síntomas presentes durante la enfermedad ya que en la actualidad el cáncer aún sigue considerada mortal.
- Las charlas de psico educación para los familiares que se encuentran en la sala de espera respecto a esta enfermedad, despejaron dudas y en algunos casos llegaron a ser beneficiosas y a salvar vidas. Existen casos donde estas personas no conocían que el cáncer puede existir a partir de una predisposición genética y a partir de lo explicado y entendido algunas deciden hacerse las pruebas correspondientes donde han resultado positivo e inician afortunadamente el tratamiento en un estadio inicial.
- El padecer esta enfermedad catastrófica puede ocasionar rompimiento de lazos familiares, sociales, laborales produciendo un quiebre en su homeostasis. Es importante la presencia del departamento de psicología ya que este desequilibrio puede afectar su vida física y psíquica al presentar una posible depresión bajan los glóbulos blancos impidiendo que se continúe el tratamiento.

## RECOMENDACIONES:

Luego de la experiencia obtenida en las prácticas pre profesionales durante aproximadamente nueve meses en la Institución Hospitalaria se procederá a realizar recomendaciones que servirán para los futuros practicantes que realicen sus pasantías en áreas de especialidades.

- Es indispensable que antes de entrar al área asignada se realice una capacitación teórica de lo que involucra la enfermedad, en el caso de oncología conocer acerca de los tipos de cáncer, los tratamientos, las posibles causas, los estadíos para poder tener una lectura de acuerdo a lo que expresan los doctores y así en cualquier momento solucionar las dudas existentes de algún paciente o familiar en consulta.
- Se recomienda seguir ayudando a los familiares de los pacientes oncológicos en especial a su cuidador principal ya que en algunas ocasiones lleva todo el peso de la responsabilidad olvidándose de él y entregándose por completo a la enfermedad de su familiar.
- Seguir realizando grupos operativos en el tiempo que pasan los familiares en el hospital para que puedan lograr expresar lo que les aqueja y sentir que no son los únicos que atraviesan esa lucha constante.
- Tomar en cuenta las necesidades del paciente en primer lugar ya que son diferentes a los de sus familiares, en caso de existir posible conspiración del silencio hacerles entender que el paciente está en todo su derecho de saber su diagnóstico para que pueda dejar en orden sus asuntos pendientes.
- A los futuros practicantes que asistan a una Institución Hospitalaria se recomienda pasar por su propio proceso de análisis ya que los casos clínicos pueden de alguna u otra forma involucrarlos de manera personal imposibilitando un posible trabajo con ese paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- ACS. (2015). *American Cancer Society*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es.html>
- ACS. (2015). tipos comunes de tratamiento para el cáncer.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P., & Bayés, R. (2004). *Intervencion emocional en cuidados paliativos*. Barcelona: Ariel.
- Canceronline. (s.f.). *Causas del Cancer*. Obtenido de [http://www.canceronline.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=66&Itemid=66](http://www.canceronline.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=66)
- Centro de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas. (s.f.). *¿Qué es la psicoterapia focal?*
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis.
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicologico en pacientes*. Sintesis.
- Cubillo, L. (2014). Guayaquil.
- Danhke. (2006). *Metodología de la Investigación*. En R. Hernandez , C. Fernandez, & P. Baptista.
- Freud, S. (1923). *La tópica que divide el aparato psíquico en Yo, Ello y Super-yo*.
- Garbarino, H. (2012). *Las diferentes concepciones psicoanalíticas de la angustia*. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*.
- Hernandez , R., Fernández , C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández , C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Iztapalapa: McGraw-Hill.
- Lacan, J. (s.f.). *la tercera. la tercera*, (pág. 1974). Roma.
- NCI. (2015). Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol>
- NCI. (2015). *Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol>
- OMS. (2015). *Cáncer*.
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Peretz, H. (2000). *Los métodos en sociología: la observación*. Abya-Yala.
- Pichón, Riviere. (2006). *Estudio del Psicoanálisis y Psicología*. Obtenido de <http://psicopsi.com/P-Riviere-grupo-operativo>
- Portillo, R. (2006). *la significación del síntoma*. En *Del Sintoma en Freud al Sinthone en Lacan* (pág. 99). Guayaquil.
- Sabino, C. (1992). *El proceso de la investigacion*. Caracas.
- SEOM. (2015). *Sociedad Española de Oncología Médica*. Obtenido de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=1#content>
- Sotelo, I. (2005). *Tiempos de Urgencia*. Argentina : JCE.

## ANEXOS

### ANEXO 1: PROTOCOLO DE ENTREVISTA INICIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Información y comprensión sobre la enfermedad

- En sus propias palabras, ¿podría decirme qué es lo que sabe acerca de su enfermedad?

- ¿Cuándo le diagnosticaron?

- ¿Qué tratamientos ha llevado a cabo?

Información médica e interacción con el equipo médico

¿Se siente con confianza con el tratamiento médico?

¿En qué grado ha comprendido la información que ha ofrecido el médico?

¿En qué grado está satisfecho con el contenido y cantidad de información?

¿Es dicha información insuficiente, demasiado técnica, superficial o vaga?

¿Si no es adecuada, en qué aspectos desearía que mejorase?

¿Sientes que los médicos y personal de enfermería son accesibles?

¿Atienden sus necesidades?

¿Resuelven sus dudas?

¿Cómo se relaciona con el personal médico y de enfermería?

- Cordial/satisfactorio

- Hostil

- Indiferente

¿A la hora de tomar decisiones acerca de su cuidado médico, usted prefiere?

- Que el médico decida

- Compartir la decisión con el médico

- Toma usted sus propias decisiones



## Estado emocional y preocupaciones

¿Cómo se siente en este momento?

- Tranquilo
- Esperanzado
- Con incertidumbre
- Nervioso
- Preocupado
- Triste: ¿llora algunas veces? ¿con qué frecuencia? ¿únicamente solo?

¿disfruta de las mismas cosas que antes? ¿ha perdido el gusto por las cosas que antes disfrutaba? ¿cuánto tiempo pasa usted en la cama?

- Confuso: ¿tiene dificultades de concentración? ¿dificultades para aprender o recordar cosas?

- Indiferente
- Inseguro: ¿cómo ve usted el futuro? ¿brillante? ¿negro?
- Con miedo
- Seguro
- Culpable: ¿es una carga para los demás?
- Indefenso
- Desesperanzado

¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

- Su salud futura
- La posibilidad de morir
- Preocupación por esterilidad, o por menopausia adelantada
- Dolores y molestias físicas

Dolor: ¿tiene usted dolor que no está controlado? ¿Dónde le duele? ¿Con qué ansiedad? ¿Con qué duración?

Astenia: ¿se fatiga fácilmente? ¿Se siente descansado después de dormir?

Dificultades respiratorias (disnea)

Náuseas y vómitos

Cambio de peso: ¿pérdida o aumento de peso?

Debilidad: ¿se siente débil?

Anorexia: ¿Cómo está su apetito? ¿Sabe bien la comida?

Estreñimiento o diarrea

Control de esfínteres

Problemas de sueño: ¿Qué tal duerme usted? ¿Tiene problemas para dormirse? ¿Se despierta temprano? ¿Se despierta frecuentemente?

Actividad: ¿tiene problemas de movilidad? ¿Cuánto tiempo pasa en cama? ¿Piensa o se mueve más lentamente que antes? ¿Dispone de actividades distractoras?

Boca seca

Otros: (Observar si se deben a la patología o estado depresivo)

¿Estos cambios se asocian a alguna variación en los tratamientos?

- ¿Siente problemas con respecto a los tratamientos o sus efectos colaterales? Especificar qué tratamiento. Especificar qué efectos colaterales

- ¿Siente problemas asociados a la hospitalización: incomodidad, pérdida de intimidad, cambios en las comidas, molestias para la familia, u otros?

- ¿Se siente incapacitado para valerse por sí mismo y mantener su autonomía (ir al servicio, vestirse, hacer las tareas domésticas, trabajar...)?

- ¿Le preocupa su aspecto físico (la imagen corporal)?

- Problemas sexuales: ¿Cómo está su interés en el sexo? ¿Grado de actividad sexual?

- La ayuda e interacción con amigos y familiares

- ¿Se siente ayudado ¿por sus familiares y amigos? ¿Cómo le gusta que le ayuden?

- ¿Le preocupa el ser una carga para la familia? (pensamientos de culpabilidad)
- ¿Cree que puede atender a su pareja, sus hijos, familia?
- ¿Cómo le afecta la situación a su trabajo, áreas académicas o vacacionales?
- Actividades recreativas que cree en riesgo

Atención de familiares

¿Cómo se sienten sus familiares?

El hecho de padecer esta enfermedad, ¿cómo está afectando a su familia en los siguientes aspectos?:

- Bienestar personal
- Relación familiar
- Relaciones con amigos
- Laboral, estudios
- Cuidado del hogar
- Economía
- Actividades de ocio

¿Habla con su familia o amigos íntimos sobre su enfermedad y su tratamiento?

¿Lo consulta con su marido?

¿Lo consulta con sus hijos?

¿Lo consulta con su madre o padre?

¿Lo consulta con sus hermanos?

¿Habla con frecuencia de ello?

¿Le proporcionan apoyo en esta situación? (le animan, le comprenden, apoyan las decisiones, son neutrales)

¿Cómo lo hacen?

¿Familiares suyos que hayan padecido cáncer?

Abuelos:          padres:          hermanos:          otros:

Aspectos médicos y psicológicos

¿Se considera a sí mismo una persona segura, capaz de afrontar situaciones difíciles?

¿Con qué frecuencia se siente usted nervioso, deprimido o preocupado?

¿Se considera usted una persona preocupada por cosas en generales? (Si dice sí, explorar síntomas de ansiedad)

¿Se siente triste o deprimido? (Si dice sí, explorar síntomas de depresión)

¿Ha consultado alguna vez a un médico psicólogo por problemas de salud mental? (depresión, ansiedad u otros)

En caso afirmativo, ¿qué tipo de trastorno?

¿Algún familiar suyo ha tenido o tiene algún problema de salud mental, o está recibiendo tratamiento por ello?

¿Algún hecho que le haya impactado durante los últimos años o en la actualidad?

¿Hay algún hecho que debe comentar?

¿Siente que puede hacer frente a estas dificultades? Usted ha manejado otras situaciones difíciles en su vida, ¿Cuáles son los puntos fuertes, los recursos a su disposición que utilizó en esos momentos? ¿Cuáles se pueden aplicar a la situación actual?

(Acabar la entrevista con un estado emocional positivo)

Observación:

Apariencia física:

- Descuidado
- Cuidado

Contacto visual

- Adecuado
- Inadecuado
- Aleatorio

- Fijo
- No responde a estímulos del terapeuta
- Nulo

Llanto:

- Incontrolable
- Controlado
- Contingente a estimulación externa

Lenguaje:

- Ritmo
- Rápido
- Lento
- Normal

## **ANEXOS 2: ENTREVISTA A LA PSICOLOGA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. ABEL GILBERT PONTÓN”**

### **¿Qué le motiva estar trabajando en el área de Oncología?**

Me motiva poder transmitir todo el conocimiento que he ido aprendiendo y ayudar a las personas, que ellos puedan continuar su tratamiento y ser parte del alivio emocional que tanto necesitan los pacientes y familiares.

### **¿Piensa usted que los pacientes oncológicos son personas frágiles?**

No, para nada. De hecho yo creo que existe la vulnerabilidad por el tratamiento porque de un momento a otro deben cambiar su estilo de vida, hay que hacer ciertas modificaciones sin embargo se potencia su nivel de resiliencia y dentro de la consulta se trabaja mucho con los recursos psicológicos y yo te diría que los pacientes salen más fuertes de lo que entraron.

### **¿Cuán importante es la presencia de un psicólogo dentro de esta área?**

Es muy importante porque ni un paciente por lo general bajo los casos que se han venido registrando aquí en el hospital está preparado para recibir una noticia como esta. Es una situación nueva, existe desconocimiento del protocolo, el proceso de los manejos emocionales, de los efectos secundarios del tratamiento y es una noticia que impacta.

### **¿Cuáles son los síntomas más frecuentes que se presentan?**

Los síntomas con más frecuencia tenemos la tristeza, ansiedad, en ciertos casos cuando ya se prolonga el tiempo por alguna resistencia o negación del paciente en buscar ayuda y ya cuando el paciente la solicita junto a la familia se debe trabajar con un equipo multidisciplinario y en algunas ocasiones se incluye al psiquiatra.

### **¿Según su experiencia quien busca primero ayuda psicológica?**

#### **¿Pacientes o familiares?**

Nosotros nos regimos por un protocolo. El paciente debe pasar su primera entrevista con el oncólogo y con el psicólogo en caso que sea psicólogo primero lo que hace es una antesala de intervención para identificar las necesidades del paciente hay que recordar que el paciente ya viene con un diagnóstico confirmado

en la que en su mayoría la otra casa de salud y el otro médico asistencial lo vio y tuvo que darle una primicia de lo que se encontró en la biopsia entonces se identifica y se bajan los niveles después va donde el oncólogo que es el encargado de confirmar el diagnóstico.

### **¿Cuáles son las necesidades del paciente?**

Existen algunas necesidades y es nuestro trabajo es identificar las que el paciente requiera, las principales son las necesidades informativas, las necesidades personales en cuanto la relación a la familia, su ámbito externo si es una persona que tenía un trabajo fijo, necesidades económicas, necesidades sociales e incluso las necesidades espirituales haciendo énfasis que aquí no se trabaja con las religiones sino con la parte espiritual. La religión es algo que escoge el paciente.

### **¿Cuáles son las necesidades del familiar?**

Las necesidades del familiar en algunos casos es la sobrecarga, la necesidad de trabajar en equipo por ejemplo puede ser cinco hijos y a veces uno es el que demanda más tiempo porque hay una mejor predisposición, también una de las necesidades es facilitarle el desahogo emocional recordar que ellos también sufren en este proceso por ser un ser querido y también pueden presentar necesidades informativas otorgando el soporte psicológico y parte profesional del médico informándoles de las dudas, de cómo va el proceso, el estadio, la historia clínica y que hacer en situaciones de crisis.

### **¿Cuál es el mayor problema que presenta el familiar?**

Podrían ser los estados anímicos. Una sería la sobrecarga emocional, el no recibir apoyo de los otros integrantes de la familia por cuestiones de trabajo les toca muchas veces renunciar. Otro importante sería no entender el estado anímico del paciente por eso menciono que más que fragilidad sería vulnerabilidad frente a una situación que produce cambios internos como el tratamiento de quimioterapia. Existe una especie de duelo que se lo conoce no solamente como la muerte sino como la pérdida de las situaciones que estaban acostumbradas a hacer, entonces se trabaja mucho con ellos realizando staff, planificación de terapia familiar y se ejecuta un plan estratégico para que cada integrante asuma un rol de responsabilidad dentro del proceso y evitar que se oculte información al paciente.

### **¿En el hospital se ha tratado conspiración al silencio? Y ¿Qué medidas se toman?**

Hay que tener en cuenta una cosa, la conspiración al silencio es penada ante la Constitución. Existe la conspiración pero existe en primera instancia de recibir el diagnóstico. Hay que tomar en cuenta que no están preparados para recibir una noticia y se dan muchas expectativas por parte del paciente y familiar. El paciente siempre está con la sospecha por el tipo de cómo se presentan los síntomas sin embargo se les explica de manera pausada, de manera cordial, amable lo que implica la conspiración al silencio más allá de una cuestión penada por una misión legal que es hacia el médico de salud, se les da a entender que no ayuda en los procesos de afrontamiento positivo y de lo que significa la adherencia al tratamiento. El paciente tiene que entender porque debe recibir ese tratamiento, entender que ciertos síntomas son parte de las indicaciones que tiene que seguir ya sea de quimioterapia, radioterapia, cirugía, son protocolos a seguir entonces eso ayuda al paciente a darle una especie de base de seguridad y como comprender cada fase de la enfermedad de una manera más natural.

### **¿Qué tipo de psicoterapia aplica mayormente?**

Aquí se utiliza la psicoterapia breve. Siempre está abierta la ayuda no podemos decir que vamos a cumplir con equis número de sesiones debido a que en esta enfermedad no está nada dicho. Hay que hacer acompañamiento pero no necesariamente todos los pacientes requieren intervenciones terapéuticas, lo que si se trabaja mucho es con las familias y con el paciente es la psico educación. No existe una terapia fija ya que cada paciente tiene necesidades diferentes pero dentro de la institución si se trabaja con la psicoterapia breve en caso que requiera el paciente por la situación de la enfermedad.



Guayaquil, enero 26 del 2017

## CERTIFICACIÓN

Esta Unidad de Docencia e Investigación **CERTIFICA** que en la revisión de los archivos consta la presentación de la solicitud realizada por la estudiante **GRISLEY BRIGETTE ESPINOZA GAVILANES**, con fecha enero 2016, con la finalidad de poder realizar el trabajo para obtención de Licenciada en Psicología Clínica con el tema de **"IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLOGICA EN PACIENTES ONCOLOGICOS** . por la cual hago conocer que la revisión fue realizada en la institución cumpliendo con los requisitos legales para la misma por la que certifico que la búsqueda estadística fue realizada en esta Unidad Asistencial.

Atentamente,



Dr. Francisco Obando Freire

**COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**



Calle 29ava. y Galápagos  
Teléfonos: 593 (04) 2597400  
[www.hagp.gob.ec](http://www.hagp.gob.ec)



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Espinoza Gavilanes Grisley Brigette**, con **C.C: # 0705373041** autora del trabajo de titulación: **Importancia de la intervención psicológica en pacientes oncológicos y sus familiares en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”** 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, 21 de febrero de 2017

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

Nombre: Espinoza Gavilanes Grisley Brigette

C.C: 0705373041



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Importancia de la intervención psicológica en pacientes oncológicos y sus familiares en el Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Espinoza Gavilanes, Grisley Brigette		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Guerrero de Medina, Nora Marcia		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
<b>CARRERA:</b>	Psicología Clínica		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en Psicología Clínica		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	21 de febrero de 2017	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	84
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud y Bienestar Humano		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	enfermedades catastróficas, ansiedad, depresión, angustia, reacción emocional, psicoterapia		

**RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):**

En el siguiente trabajo de titulación se dará a conocer la importancia de la intervención psicológica en pacientes oncológicos y sus familiares que reciben el diagnóstico de la enfermedad por primera vez y cuáles son las reacciones emocionales más frecuentes para poder trabajar en ellas. En el caso del área de oncología se realiza un trabajo multidisciplinario es decir se une el personal sanitario para otorgar mejores resultados. Los resultados muestran que tanto los pacientes como los familiares son vulnerables ante esta enfermedad ya que al presentarla modifican por completo su estilo de vida produciendo cambios significativos en el estado emocional y que si no es trabajado se podría interrumpir el avance obtenido hasta el momento. Los resultados muestran que tanto los pacientes como los familiares son vulnerables ante esta enfermedad ya que al presentarla modifican por completo su estilo de vida produciendo cambios significativos en el estado emocional. Entre los más frecuentes se destacan la ansiedad, angustia y depresión y que si no es trabajado a tiempo a través de la psicoterapia más efectiva para el paciente se podría interrumpir el avance obtenido hasta el momento.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
---------------------	-------------------------------------	----	--------------------------	----

<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0992539224	<b>E-mail:</b> mabel_brigette@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Gómez Aguayo, Rosa Irene	
	<b>Teléfono:</b> +593-4-2200511 (extensión 1419)	
	<b>E-mail:</b> rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>		
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		