

Universidad de Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

Memoria de Práctica Dirigida para optar por el Grado de Licenciatura en Psicología

Atención psico-oncológica mediante técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del distrés en pacientes con cáncer de próstata que son atendidos en el Departamento de Hemato-Oncología del Área de Psico-Oncología del Hospital México en San José, Costa Rica

Sustentante: Francisco Arturo Brenes Castillo

No. Carné B31110

Correo: frbrenes17@gmail.com

Teléfono: 88592153

Comité Asesor:

Director: Dr. Manuel Solano Beauregard

Lectora: Dra. Gloriana Rodríguez Aráuz

Lector: Dr. Rodbin Campos Lobo

Asesora Técnica: Dra. María Luisa Rebolledo García

TRIBUNAL EXAMINADOR



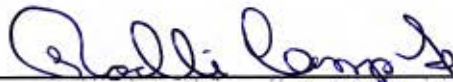
---

M.Sc. Bradly Marín Picado  
Presidente del Tribunal Examinador



---

M.Sc. Manuel Solano Beauregard  
Director



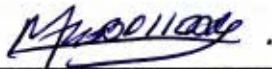
---

Dr. Rodbin Campos Lobo  
Lector



---

Dra. Gloriana Rodríguez Arauz  
Lectora



---

Dra María Luisa Rebolledo García  
Profesora Invitada



---

Bach. Francisco Arturo Brenes Castillo  
Sustentante

## Resumen Ejecutivo

Costa Rica tiene un sistema de salud público que interviene en diversas enfermedades; entre ellas el cáncer, segunda causa de muerte en los costarricenses. De los diferentes tipos de esta enfermedad, el cáncer de próstata tiene la mayor incidencia y muerte en los hombres. Por lo tanto, muchos hombres sobrellevan consecuencias a largo plazo de los tratamientos oncológicos. Antes del 2019, no existía ningún programa psicológico en el sistema de salud costarricense que interviniera en pacientes con cáncer de próstata. Desde una perspectiva biopsicosocial, las enfermedades crónicas se intervienen desde un foco multidisciplinar. Consecuentemente, 166 pacientes que recibieron radioterapia en el 2018 fueron citados desde febrero del 2019 para que asistieran a una sesión de dos horas de terapia grupal, en un hospital público de tercer nivel. A los pacientes se les brindó psicoeducación sobre su condición médica y sobre el distrés emocional, apoyo entre pares, y estrategias de manejo del distrés.

Los resultados fueron evaluados mediante el Termómetro del Distrés y del discurso de los pacientes. Hubo una leve disminución entre los promedios de la evaluación anterior y posterior a la intervención, medidos a través del Termómetro del Distrés. Los participantes describieron que: aprendieron aspectos sobre su enfermedad oncológica; pudieron discutir abiertamente temas que son socialmente tabús como la sexualidad y la masculinidad; escucharon discursos motivacionales de sus parejas; y se les brindaron técnicas útiles para el manejo del distrés, como la relajación muscular progresiva.

Los participantes comunicaron la necesidad de recibir un espacio de atención grupal antes de los tratamientos y de estar dispuestos a participar subsecuentemente. El programa es pionero en el desarrollo de intervenciones psicológicas enfocadas en el paciente con cáncer de próstata, dentro del sistema de salud público costarricense. Los participantes reportaron experimentar

consecuencias emocionales antes, durante y después de los tratamientos. Por lo tanto, las intervenciones psicológicas deben abordar estas etapas.

Además, se describen otras labores realizadas por el sustentante dentro del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología): talleres de duelo, talleres de psicoprofilaxis preoperatoria de mama para mujeres, sesiones de familia, atenciones en crisis, consulta y de hospitalización y sesiones médicas clínicas. También, se menciona un proceso de rotación observacional con el Servicio de Urología, y asistencia a dos congresos.

Palabras claves: Cáncer, cáncer de próstata, terapia de grupo, psicología oncológica, distrés emocional

## Abstract

Costa Rica has a public healthcare system which treats diverse diseases, such as cancer, which is the second leading cause of death for Costa Ricans. From the different types of cancers, prostate cancer has the highest incidence and death rate among Costa Rican men. Therefore, many men withstand life-long consequences from oncological treatments. Before 2019, there was no psychological program that addressed prostate cancer patients in Costa Rica's healthcare. From a biopsychosocial perspective, chronic diseases are intervened from a multidisciplinary focus. Consequently, 166 patients who received radiotherapy in 2018 were cited from February 2019 in groups of fifteen to join a session of group therapy at a third level public hospital. Patients were provided with psychoeducation about their medical condition and emotional distress, peer support, and distress management techniques.

Results were assessed with the Distress Thermometer and through patients' opinions. There was a slight decrease between the pre and post-intervention measurements from the Distress Thermometer. Participants described that they: learned aspects about their condition and were able to openly discuss topics like sexuality and masculinity that are social taboos, and they heard motivational speeches from peers, they were also given useful distress management techniques like progressive muscular relaxation.

Participants communicated the need to have a space of group therapy before treatment, and to be willing to participate subsequently. The program pioneered the development of prostate cancer related psychological interventions at the Costa Rican national healthcare system. Patients reported experiencing emotional consequences before, during and after treatment; psychological interventions should aim to address these stages.

Furthermore, other activities are described that took place within the Service of Palliative and Psychosocial Medicine (Psycho-Oncology): bereavement group therapy, breast cancer psychoprophylaxis to women, family sessions, crisis interventions, psychological interventions in hospitalized patients and in external attention, and clinical medical sessions. Also, an observational rotation with the Service of Urology is described, along with the attendance to two conferences.

Key words: Cancer, prostate cancer, group therapy, psychological oncology, emotional distress

## Dedicatoria

A mis padres, Francisco José Brenes Meza y Virginia Maritza Castillo Esquivel, por haberse esmerado en darme las mejores oportunidades de vida y por siempre ser una fuente de apoyo incondicional. Espero poder compartir más experiencias gratificantes con ustedes.

## Agradecimientos

A mi mamá, por ser un modelo de humildad y alegría al irradiar cariño en todos los espacios de su vida (familia, amistades y trabajo). A mi papá, por enseñarme la importancia de la perseverancia y el interés por los demás. A mi hermana María Paula, por demostrarme que la felicidad se encuentra en las pequeñas cosas.

A mi familia materna, Noemy, Arturo, Xinia, Nelson, Andrea, Ana, César, Jesús, Víctor, Artu, Alana, Jéssica, Ángela y Álvaro, por enseñarme la importancia de la unión y el amor.

A mi familia paterna, Francisco, Lourdes, Tatty, Benjamín, David y Aarón, por ser una gran fuente de apoyo a pesar de la distancia. Aunque mi abuela ya no esté con nosotros, sus aprendizajes seguirán permeando nuestras vidas.

A Tuto, mi amigo del alma, por siempre estar ahí de manera incondicional. A David, por convertirse en poco tiempo en uno de los mejores regalos de la universidad. A Daniella, Anelena, Gaby, Antonieta, Judith, Alejandra, Andrea, Valeria, Fiorella, María, Génesis, Nacho, Alonso, Orlo, Greivin, Andrea, Kevin y los demás, por haber compartido muchos momentos y risas. A Ana Laura, Valeria y José, por ser mis amigos desde primer año. A Megui, por acompañarme en este proceso.

A todos los profesores que me formaron durante la carrera. Especialmente, quiero reconocer al profesor Mariano Rosabal, por haber permitido que formara parte de su proyecto de investigación, donde compartimos múltiples experiencias y aprendizajes que guardaré el resto de mi vida.

A la Dra. Rebolledo por permitirme formar parte del equipo de Psico-Oncología y por los múltiples aprendizajes. Al Dr. Campos por su constante guía y acompañamiento en el transcurso de la práctica.

Al profesor Manuel Solano y la profesora Gloriana Rodríguez por su constante supervisión durante la elaboración del anteproyecto y en la práctica dirigida. También, agradezco a la profesora Amaryllis Quirós por ser mi guía en múltiples ocasiones.

A las anteriores estudiantes (Mabel, Daniela, Sofia y Stephanie) por sentar el antecedente de la práctica dirigida.

Agradezco a todos los pacientes y sus familiares que conocí durante el periodo de la práctica dirigida, por las veces en que me compartieron aspectos íntimos de su vida, y por permitirme acompañarlos en los momentos más difíciles. Siempre les tendré un profundo respeto y admiración.



## Tabla de Contenidos

<b>1. Introducción</b> .....	1
<b>2. Marco de referencia</b> .....	7
<b>2.1 Antecedentes internacionales</b> .....	7
2.1.1 El distrés y el cáncer .....	7
2.1.2 Evaluación del distrés en pacientes con cáncer de próstata .....	8
2.1.3 Investigaciones sobre pacientes con cáncer de próstata .....	9
2.1.4 Intervenciones sobre pacientes con cáncer de próstata .....	12
2.1.5 Protocolos de intervención sobre el manejo del distrés en pacientes con cáncer .....	14
<b>2.2 Antecedentes nacionales</b> .....	16
2.2.1 Prácticas dirigidas previas en el Departamento de Hemato-Oncología .....	16
2.2.2 Aproximaciones psicosociales al cáncer en Costa Rica .....	18
<b>3. Marco teórico-conceptual</b> .....	21
<b>3.1 Psicología de la salud</b> .....	21
<b>3.2 Medicina conductual</b> .....	22
<b>3.3 Enfermedades crónicas</b> .....	22
<b>3.4 Aspectos psicosociales de la hospitalización</b> .....	24
<b>3.5 Cáncer</b> .....	24
3.5.1 Definición del cáncer .....	24
3.5.2 Causas del cáncer .....	25
3.5.3 Cáncer y genética .....	26
3.5.4 Consecuencias del cáncer .....	27
3.5.5 Anatomía y función de la próstata .....	28
3.5.6 Cáncer de próstata .....	29
3.5.7 Tratamientos médicos contra el cáncer de próstata .....	31
<b>3.6 Masculinidad, sexualidad y cáncer de próstata</b> .....	33
<b>3.7 Gerontología y cáncer de próstata</b> .....	35
<b>3.8 Autocuidado y calidad de vida del paciente con cáncer</b> .....	36
<b>3.9 Teorías del estrés</b> .....	37
<b>3.10 Autoeficacia</b> .....	40
<b>3.11 Distrés</b> .....	41
<b>3.12 Psicología Oncología</b> .....	42
<b>3.13 Psicología cognitivo conductual</b> .....	46
3.13.1 Componentes de la relación terapéutica .....	46
3.13.2 Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva .....	47
3.13.3 Reestructuración cognitiva .....	48

3.13.4	Habilidades sociales .....	49
3.13.5	Abordaje del dolor .....	50
3.13.6	Manejo del estrés y la ansiedad .....	51
3.14	Psicoeducación.....	52
3.15	Terapia grupal y apoyo entre pares .....	53
3.16	Intervención en crisis.....	54
3.17	Terapia de duelo.....	55
3.18	Psicoterapia sexual en el paciente con cáncer.....	56
3.19	Terapia psicológica adyuvante.....	57
4.	Contexto institucional.....	58
5.	Factibilidad y viabilidad de la práctica dirigida .....	61
6.	Estrategia de intervención.....	62
6.1	Problema de intervención.....	62
6.2	Objetivos generales y específicos .....	63
6.3	Objetivos externos.....	65
6.4	Participantes.....	66
6.5	Técnicas de intervención .....	67
6.6	Plan de trabajo .....	68
6.7	Métodos de evaluación.....	69
6.8	Sistematización de los resultados.....	70
6.9	Procedimiento basado en el plan de trabajo.....	71
6.10	Consideraciones éticas .....	73
6.11	Cronograma de práctica dirigida .....	73
7.	Resultados.....	76
7.1	Total de pacientes atendidos .....	76
7.2	Atención psico-oncológica a pacientes con cáncer de próstata .....	77
7.2.1	Atención grupal.....	84
7.2.2	Atención individual.....	103
7.3	Apoyo al Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología) .....	110
7.3.1	Taller de Duelo .....	110
7.3.2	Asistencia a consulta externa y de pacientes hospitalizados con profesionales de psico-oncología .....	119
7.3.3	Intervención en crisis con profesionales de psico-oncología.....	132
7.3.4	Talleres psicoprofilaxis preoperatoria de pacientes con cáncer de mama.....	134
7.3.5	Sesiones de familia .....	140
7.3.6	Sesiones médicas clínicas .....	144
7.4	Servicio de Urología.....	147

7.5 Otras actividades realizadas .....	151
7.5.1 Apoyo a la ONG ‘Asociación Proyecto Daniel’ .....	151
7.5.2 Asistencia al Simposio para Pacientes con Cáncer de Mama .....	152
7.5.3 Asistencia al XXII Curso de abordajes de la atención integral de salud del adolescente 2019.....	153
8. Discusión.....	155
8.1 Abordaje psico-oncológico al paciente con cáncer de próstata.....	155
8.2 Abordaje psico-oncológico del paciente hemato-oncológico .....	164
8.2.1 Atención psico-oncológica en la hospitalización y atención en crisis.....	165
8.2.2 Atención psico-oncológica en consulta externa .....	167
8.2.3 Atención psico-oncológica en modalidad grupal.....	169
8.2.4 Atención psico-oncológica a la familia .....	170
8.2.5 Intervención psico-oncológica en el proceso del duelo.....	171
8.2.6 Sesiones médicas clínicas .....	173
8.3 Inserción del profesional en psicología en el paciente urológico.....	173
9. Conclusiones .....	175
10. Limitaciones.....	182
11. Recomendaciones .....	184
12. Referencias.....	189
12.1 Referencias bibliográficas .....	189
12.2 Referencias electrónicas .....	202
12.3 Leyes.....	205
13. Anexos.....	206
Anexo 1: Instrumento de Termómetro del Distrés .....	206
Anexo 2: Instrumento de Calidad de Vida al paciente con cáncer de próstata.....	207
Anexo 3: Carta de aprobación de la realización de la práctica dirigida del Departamento de Hemato-Oncología .....	209
Anexo 4: Consentimiento Informado a pacientes con cáncer de próstata .....	210
Anexo 5: Carta solicitud de aprobación del Servicio de Radioterapia para el acceso de las bitácoras de pacientes .....	213
Anexo 6: Aprobación del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial sobre el espacio del taller a pacientes con cáncer de próstata .....	214
Anexo 7: Panfleto del taller a pacientes con cáncer de próstata.....	216
Anexo 8: Presentación del taller a pacientes con cáncer de próstata .....	217
Anexo 9: Planeamiento de espacio grupal de cinco sesiones para el manejo del distrés en pacientes con cáncer de próstata .....	222
Anexo 10: Protocolo de atención psico-oncológico individual con técnicas cognitivo-conductuales a pacientes con cáncer de próstata .....	224

<b>Anexo 11: Presentación de la tercera sesión del taller de duelo .....</b>	<b>230</b>
<b>Anexo 12: Carta de solicitud y aprobación de rotación observacional con el Servicio de Urología .....</b>	<b>235</b>
<b>Anexo 13: Cronograma del Segundo simposio para pacientes con cáncer de mama .....</b>	<b>237</b>
<b>Anexo 14: Curso de abordajes de la atención integral de salud del adolescente 2019.....</b>	<b>238</b>
<b>Anexo 15: Derechos de los pacientes .....</b>	<b>240</b>
<b>Anexo 16: Glosario de términos.....</b>	<b>242</b>
<b>Anexo 17: Carta de solicitud de referencia de pacientes por parte del Servicio de Urología y Servicio de Radioterapia al espacio grupal.....</b>	<b>244</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1: Tasa de incidencia 2012 y mortalidad 2013 de cáncer de próstata según provincia en Costa Rica.....</b>	<b>2</b>
<b>Figura 2: Anatomía y localización de la próstata.....</b>	<b>28</b>
<b>Figura 3: Organigrama del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México.....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 4: Diagrama de flujo sobre la realización de la práctica dirigida .....</b>	<b>72</b>
<b>Figura 5: Cronograma de Práctica Dirigida .....</b>	<b>74</b>
<b>Figura 6: Total de pacientes atendidos por mes.....</b>	<b>76</b>
<b>Figura 7: Total de pacientes atendidos con cáncer de próstata por mes de práctica dirigida .....</b>	<b>77</b>
<b>Figura 8: Profesiones según INEC (2015) de pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018 .....</b>	<b>79</b>
<b>Figura 9: Prevalencia de comorbilidades en pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018 .....</b>	<b>80</b>
<b>Figura 10: Nivel de riesgo en pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018 .....</b>	<b>81</b>
<b>Figura 11: Promedio de categorías de problemas del Termómetro del Distrés .....</b>	<b>99</b>
<b>Figura 12: Nivel de educación más alta completada en los participantes del taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>100</b>
<b>Figura 13: Tratamientos oncológicos recibidos en participantes del taller .....</b>	<b>101</b>
<b>Figura 14: Prevalencia de variables psicosociales y médicas relacionadas con la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>102</b>
<b>Figura 15: Total de Asistencia a Sesiones Clínicas Médicas .....</b>	<b>145</b>
<b>Figura 16: Primera parte del instrumento del termómetro del distrés.....</b>	<b>206</b>
<b>Figura 17: Segunda parte del instrumento del termómetro del distrés .....</b>	<b>207</b>
<b>Figura 18: Carta aprobación por parte del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial .....</b>	<b>209</b>
<b>Figura 19: Solicitud de aprobación del Servicio de Radioterapia para el acceso de las bitácoras de pacientes.....</b>	<b>213</b>
<b>Figura 20: Primera página de aprobación del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial sobre el espacio del taller a pacientes con cáncer de próstata.....</b>	<b>214</b>
<b>Figura 21: Segunda página de aprobación del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial sobre el espacio del taller a pacientes con cáncer de próstata.....</b>	<b>215</b>
<b>Figura 22: Primera página del panfleto para el espacio grupal de pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>216</b>

<b>Figura 23: Segunda página del panfleto para el espacio grupal de pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>216</b>
<b>Figura 24: Diapositiva #4 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>217</b>
<b>Figura 25: Diapositiva #7 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>217</b>
<b>Figura 26: Diapositiva #8 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>218</b>
<b>Figura 27: Diapositiva #11 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>218</b>
<b>Figura 28: Diapositiva #13 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>219</b>
<b>Figura 29: Diapositiva #15 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>219</b>
<b>Figura 30: Diapositiva #16 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>220</b>
<b>Figura 31: Diapositiva #17 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>220</b>
<b>Figura 32: Diapositiva #20 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>221</b>
<b>Figura 33: Diapositiva #21 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>221</b>
<b>Figura 34: Diapositiva #3 de tercera sesión del taller de duelo.....</b>	<b>230</b>
<b>Figura 35: Diapositiva #6 de tercera sesión del taller de duelo.....</b>	<b>231</b>
<b>Figura 36: Diapositiva #8 de tercera sesión del taller de duelo.....</b>	<b>231</b>
<b>Figura 37: Diapositiva #11 de tercera sesión del taller de duelo.....</b>	<b>232</b>
<b>Figura 38: Diapositiva #13 de tercera sesión del taller de duelo.....</b>	<b>232</b>
<b>Figura 39: Diapositiva #14 de tercera sesión del taller de duelo.....</b>	<b>233</b>
<b>Figura 40: Diapositiva #15 de tercera sesión del taller de duelo.....</b>	<b>233</b>
<b>Figura 41: Diapositiva #18 de tercera sesión del taller de duelo.....</b>	<b>234</b>
<b>Figura 42: Diapositiva #22 de tercera sesión del taller de duelo.....</b>	<b>234</b>
<b>Figura 43: Carta de solicitud de rotación observacional con el Servicio de Urología .....</b>	<b>235</b>
<b>Figura 44: Carta de aprobación de rotación observacional con el Servicio de Urología .....</b>	<b>236</b>
<b>Figura 45: Programa del Segundo Simposio para pacientes con cáncer de mama.....</b>	<b>237</b>
<b>Figura 46: Primera página de solicitud de referencia de pacientes para el espacio grupal .....</b>	<b>244</b>
<b>Figura 47: Segunda página de solicitud de referencia de pacientes para el espacio grupal.....</b>	<b>245</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1: Objetivos Generales y Específicos.....</b>	<b>63</b>
<b>Tabla 2: Procedimiento basado en el plan de trabajo .....</b>	<b>71</b>
<b>Tabla 3: Cronograma de actividades realizadas en el mes de enero .....</b>	<b>75</b>
<b>Tabla 4: Cronograma de actividades realizadas de febrero a junio en la práctica dirigida .....</b>	<b>75</b>
<b>Tabla 5: Planeamiento de talleres grupales a pacientes con cáncer de próstata.....</b>	<b>84</b>
<b>Tabla 6: Resumen de las intervenciones del proceso grupal y resultados cualitativos .....</b>	<b>97</b>
<b>Tabla 7: Valoración cualitativa pre y post intervención de la intervención individual.....</b>	<b>108</b>
<b>Tabla 8: Sesiones, objetivos y actividades realizadas en las sesiones del taller de duelo.....</b>	<b>111</b>
<b>Tabla 9: Cronograma de la tercera sesión del taller de duelo y resultados.....</b>	<b>112</b>
<b>Tabla 10: Valoración cualitativa pre y post intervención de la tercera sesión del taller de duelo ..</b>	<b>118</b>
<b>Tabla 11: Total de pacientes atendidos en consulta externa según su diagnóstico hemato- Oncológico .....</b>	<b>120</b>
<b>Tabla 12: Total de pacientes hospitalizados atendidos según su diagnóstico hemato- Oncológico .....</b>	<b>128</b>
<b>Tabla 13: Valoración cualitativa pre y post intervención de los talleres de psico-profilaxis a pacientes con cáncer de mama.....</b>	<b>139</b>
<b>Tabla 14: Planeamiento de primera sesión de talleres a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>222</b>
<b>Tabla 15: Planeamiento de segunda sesión de talleres a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>222</b>
<b>Tabla 16: Planeamiento de tercera sesión de talleres a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>223</b>
<b>Tabla 17: Planeamiento de cuarta sesión de talleres a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>223</b>
<b>Tabla 18: Planeamiento de quinta sesión de talleres a pacientes con cáncer de próstata .....</b>	<b>224</b>
<b>Tabla 19: Cronograma de día 1 (8 de mayo) del curso de atención integral al adolescente .....</b>	<b>238</b>
<b>Tabla 20: Cronograma de día 2 (9 de mayo) del curso de atención integral al adolescente .....</b>	<b>239</b>
<b>Tabla 21: Cronograma de día 3 (10 de mayo) del curso de atención integral al adolescente .....</b>	<b>240</b>

## **1. Introducción**

El presente documento describe una práctica dirigida que se realizó a tiempo completo por seis meses (enero 2019 a junio 2019) en el Departamento de Hemato-Oncología en el Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico Oncología) del Hospital México de Costa Rica, donde asisten pacientes con cáncer de próstata y con otros tipos de cáncer. El trabajo se enfocó en la atención a pacientes con cáncer de próstata; aunque también se abordaron pacientes con otros diagnósticos de cáncer.

Primeramente, el cáncer se puede definir como un grupo de enfermedades en las que el mecanismo de crecimiento de las células se ve alterado, produciendo un crecimiento rápido y desenfrenado, que se puede propagar a varias partes del cuerpo (Brannon, Feist y Updegraff, 2013). Por lo tanto, el cáncer es una de las enfermedades que más afecta la salud pública, al tener uno de los mayores índices de mortalidad y prevalencia en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018a).

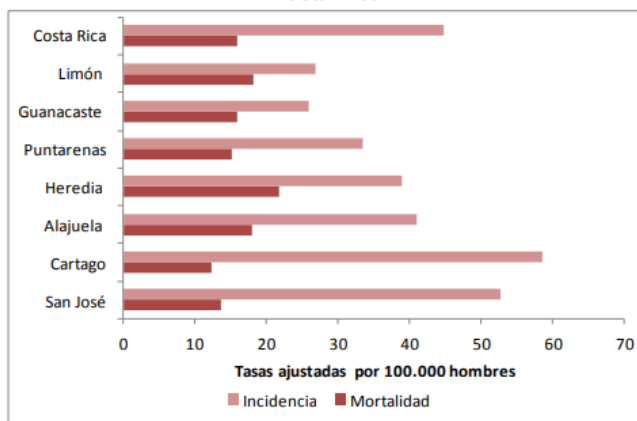
La Organización Mundial de la Salud (2018a) menciona que un tercio de los factores asociados a la incidencia del cáncer son conductuales y dietéticos, relacionados con el consumo de alcohol y tabaco, baja actividad física, y una dieta no saludable. Investigaciones recientes han encontrado que aproximadamente un 66% de los factores etiológicos del cáncer se debe al azar (producto de mutaciones aleatorias) (Tomasetti, Li y Vogelstein, 2017).

Por otra parte, estudios de prevalencia del cáncer en Costa Rica han encontrado que, desde 1980 a 2013, el cáncer fue la segunda causa de muerte de los costarricenses, con un 24.12% (Ministerio de Salud, 2013). En promedio, el cáncer de próstata corresponde al segundo tipo de incidencia de cáncer en hombres con 44,92 por 100,000 hombres (cáncer de piel posee la



mayor incidencia con 49,48 por 100,000 hombres). Sin embargo, el cáncer de próstata es el tipo de cáncer con mayor mortalidad reportada en hombres (15,95 por 100,00 hombres) (Ministerio de Salud, 2014). En el siguiente gráfico se especifica la tasa ajustada por 100,000 hombres de incidencia y de mortalidad del cáncer de próstata, según las provincias de Costa Rica.

**Incidencia 2012 y mortalidad 2013 de cáncer de próstata según provincia.  
Costa Rica**



\*Cifras preliminares

*Figura 1:* Tasa de incidencia 2012 y mortalidad 2013 de cáncer de próstata según provincia en Costa Rica. Fuente: INEC-Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud (Ministerio de Salud, 2014).

Datos recientes indican que hasta un 70% de las personas diagnosticadas con cáncer de próstata son adultos mayores (Roth y Greenstein, 2015). Sobre la etiología de este tipo de cáncer, hasta un 95% se ha explicado por mutaciones aleatorias, por lo que la prevención a través de la detección temprana es un factor crucial para el tratamiento oportuno (Tomasetti *et al.*, 2017).

A partir de lo anterior, se puede inferir que hay una cantidad importante de hombres en Costa Rica que son tratados contra el cáncer de próstata y que además tienen que lidiar con las secuelas post tratamientos oncológicos. Estas secuelas pueden conllevar consecuencias emocionales, físicas, conductuales, y sociales; dentro de las cuáles se encuentra el estrés

oncológico (Chambers *et al.*, 2017). En estudios sobre atención hospitalaria, se ha encontrado que hasta 85% de los pacientes oncológicos atendidos contaron con un grado alto de distrés (Fernández, Martín, Sánchez y Bejar, 2016) y hasta 38% en pacientes con cáncer de próstata (Balderson y Towell, 2003). De aquí surge la relevancia de tener una mejor comprensión y manejo del constructo distrés para la atención psico-oncológica a pacientes con cáncer.

El *National Comprehensive Cancer Network* (2017) define al distrés oncológico como una experiencia de malestar mental, físico, social o espiritual, que dificulta la forma en que la persona se adapta al cáncer. El distrés es una reacción esperable de padecer cáncer, sin embargo, puede manifestarse de forma negativa leve (a través de emociones de tristeza, desesperanza y miedo) o de forma negativa grave (afectando el autocuidado, las relaciones sociales, el manejo emocional, el ámbito espiritual, entre otros aspectos). El estudio de Oba *et al.* (2017) encontró que los pacientes que han sido diagnosticados con cáncer de próstata poseen mayor riesgo de presentar distrés al mes y a los seis meses del diagnóstico oncológico. Además, Guo *et al.* (2018) describe que los pacientes con cáncer de próstata tienen mayor riesgo de cometer un acto de suicidio.

Desde la psicología, el área de la Psicología de la Salud se ha propuesto implementar la perspectiva biopsicosocial para comprender y actuar sobre las necesidades psicosociales de las personas que padecen algún tipo de enfermedad, prestando especial atención a las personas con enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer. La Psicología de la Salud busca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad física y mental, y el mejoramiento de los sistemas de salud (*American Psychological Association*, 2017). A su vez, la salud se define como un estado de bienestar mental, social y físico, y no solo la ausencia de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2018b). Por lo tanto, se puede vivir con una enfermedad y a la vez, contar con salud.

La salud también ha sido conceptualizada desde el estilo de vida saludable, el acceso a la educación, las buenas condiciones laborales, el acceso al deporte y la recreación, y la oportunidad de tener descanso (Garate, 2010).

Tomando en cuenta la información previa, la estrategia de intervención de la práctica dirigida se implementó desde un modelo cognitivo-conductual, debido a que se apega a un marco científico de puesta a prueba de la eficacia de sus intervenciones (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) y posee una revisión sistemática en el abordaje psico-oncológico del cáncer de próstata (Oraá *et al.*, 2013). La psicología cognitivo-conductual busca que la persona identifique sus propios pensamientos, creencias y conductas, modificando aquellas que le pueden provocar malestar. Adicionalmente, esta terapia se realiza de forma estructurada, con objetivos terapéuticos definidos, y con evaluación de las intervenciones realizadas (Matuszczak-Świgoń & Walendowsk, 2017).

El sustentante realizó una inserción profesionalizante desde el rol de la psico-oncología en el Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología). Dentro de esta labor, se especificó en el trabajo para pacientes con cáncer de próstata; en un marco de trabajo multidisciplinario (psicología, trabajo social, medicina, enfermería, entre otros), bajo modalidad grupal e individual y en pacientes de consulta externa y de hospitalización. La logística de la intervención grupal se definió en el proceso de la práctica porque anteriormente no existía un espacio grupal para pacientes con cáncer de próstata y esta era una necesidad dentro del hospital, según fue comunicado por parte de los profesionales del área de Psico-Oncología (M. Rebolledo y R. Campos, comunicación personal, 28 de junio del 2018).

Una vez definida la logística del proceso, la intervención grupal consistió en una sesión de dos horas que se llevó a cabo los martes de febrero a junio del 2019 en el aula de Radioterapia

del Hospital México. A cada sesión se citaron 15 pacientes que recibieron radioterapia en el 2018. En total, asistieron 166 participantes. La intervención fue basada en la psicoeducación sobre el proceso médico (localización y función de la próstata, efectos de los tratamientos de radioterapia, cirugía y tratamiento hormonal) y aspectos psicológicos (enfocado en la masculinidad, sexualidad y distrés), el apoyo entre pares, y la puesta en práctica de estrategias de manejo del distrés (autocuidado, ejercicio Kegel, ejercicio de respiración diafragmática y de relajación muscular progresiva).

De los 166 pacientes que asistieron a la sesión grupal, 26 fueron referidos a consulta individual en psicología oncológica para que recibieran un seguimiento psicosocial según la necesidad emocional del paciente ante su proceso oncológico. A su vez, para la intervención individual se desarrolló un protocolo de atención individual (basado en el protocolo de atención psico-oncológico previamente elaborado por los profesionales del Área de Psico-Oncología) enfocado en técnicas cognitivo-conductuales y en el manejo del distrés oncológico.

Por otra parte, el sustentante apoyó al equipo profesional del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial en el 'Taller de Duelo' (taller de siete sesiones dirigido a los familiares de los pacientes oncológicos que han fallecido). Además, se acompañó a los profesionales de psicología oncológica en la atención a pacientes hospitalizados y de consulta externa con otros diagnósticos de cáncer (mama, melanoma, cérvix, linfomas, gástrico, mieloma múltiple, entre otros), a sesiones en modalidad grupal de psicoprofilaxis preoperatoria para pacientes de mama, en sesiones de familia (se reunían a personas cercanas del paciente oncológico y se esclarecían dudas médicas y psicológicas sobre el proceso) y en sesiones clínicas de distintos tipos de cáncer (neurocirugía oncológica, cáncer de mama, cáncer gastrointestinal, oncología, urología). Adicionalmente, el sustentante realizó una rotación de observación en el Servicio de Urología, en

donde se acompañó a los médicos de urología en consulta externa, en reuniones y en la visita de pacientes hospitalizados, con el propósito de ampliar el conocimiento práctico sobre el proceso médico de los pacientes con cáncer de próstata.

Las intervenciones grupales e individuales realizadas fueron desarrolladas a partir de la revisión de literatura basada en evidencia (a través de técnicas cognitivo-conductuales), el criterio de expertos en el tema y la supervisión constante del equipo asesor; de la mano con las experiencias práctico-clínicas dentro del período de práctica profesionalizante, que permitieron acoplar las técnicas cognitivo-conductuales a cada paciente o grupo en particular. Según la *American Psychological Association* (2012; 2018) la relevancia de desarrollar un protocolo de atención psicológico radica en que se siguen recomendaciones sistemáticas de la práctica profesional en determinadas situaciones basándose en la evidencia de la eficacia de los tratamientos a implementar, los riesgos de los tratamientos, las preferencias de tratamientos por parte de los pacientes, las características poblacionales (por ejemplo, edad y género) y contextuales (paciente de consulta externa o en hospitalización, zona geográfica de procedencia).

Se pretende que, a través de esta práctica dirigida: 1- se incentiven proyectos de intervenciones psico-oncológicas dentro del contexto hospitalario enfocados en los distintos tipos de cáncer. 2- Se redefina la importancia del abordaje psico-oncológico a pacientes con cáncer de próstata tomando en cuenta sus particularidades y especificidades, considerando que, es el tipo de cáncer más prevalente en hombres y que no existen trabajos previos a nivel nacional sobre la inserción de la psicología oncológica en este tipo de cáncer.

## **2. Marco de referencia**

En este apartado, se describen aproximaciones internacionales psicosociales al abordaje del distrés en pacientes con cáncer de próstata. A nivel nacional se explican acciones realizadas sobre el cáncer desde la Universidad de Costa Rica y otras instituciones.

### **2.1 Antecedentes internacionales**

En el siguiente apartado se muestran estudios sobre el abordaje psicológico del distrés en pacientes con cualquier tipo de cáncer y con cáncer de próstata.

#### **2.1.1 El distrés y el cáncer**

Primeramente, Mishra *et al.* (2010) realizaron un estudio observacional sobre pacientes con cáncer avanzado en un centro regional de cáncer de la India. Se encontró que los pacientes oncológicos presentan ansiedad generalizada sobre el tratamiento, preocupaciones del sufrimiento futuro (bienestar propio y de su familia), incertidumbre económica y el diagnóstico lo mantienen en secreto personal. En las conclusiones del estudio, se recalca la importancia de tomar en cuenta las necesidades psicosociales de los pacientes a la hora de realizar las estrategias de tratamiento oncológico, al igual que las necesidades espirituales.

En Martínez *et al.* (2017) se estimó que el 26% de la muestra total de pacientes oncológicos hospitalarios presenta distrés. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Síntomas Breve-18, un Listado de Problemas del *NCCN* y una encuesta sobre el uso de servicios hospitalarios. Generalmente, se presenta el distrés en los pacientes por problemas físicos, como la fatiga, el dolor, sequedad o picor de la piel, y problemas de sueño. No obstante, 21% de los casos con distrés utilizan los servicios psicosociales del hospital y 79% no lo utilizan por tener desconocimiento sobre su existencia, o por considerar que no lo necesitan.

Fernández *et al.* (2016) realizaron un análisis de una intervención de la Asociación Española Contra el Cáncer donde buscaron obtener características del paciente oncológico y de sus familiares a través del autoinforme, el Termómetro del Distrés y la entrevista clínica. Se encontró que, a raíz de la enfermedad oncológica, los pacientes y sus familiares podían experimentar problemas de adaptación y un alto sufrimiento. Además, las personas tuvieron un cambio en sus comportamientos, actitudes, emociones y decisiones. Por otro lado, se definió que la atención psicológica era solicitada mayoritariamente cuando el paciente cambiaba de condición médica. Por último, con la medición del Termómetro del Distrés, se reportó que el 85% de los pacientes presentaba un nivel de distrés alto.

De los anteriores artículos se recalca la relevancia de las variables psicosociales dentro de la comprensión del desarrollo de distrés, producto de la enfermedad del cáncer.

### **2.1.2 Evaluación del distrés en pacientes con cáncer de próstata**

Balderson y Towell (2003) definieron la prevalencia del distrés en 94 pacientes con cáncer de próstata a través del *Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)* y el *Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate Instrument (FACT – P)*. Se encontró una prevalencia del 38% de distrés en los participantes del estudio a través del *HADS*. Lo anterior ratifica la importancia de realizar evaluaciones sobre el distrés en pacientes con cáncer de próstata para que estos sean debidamente referidos a servicios psicosociales. Además, se describe que se debe tener en consideración a los pacientes con impedimentos en el funcionamiento físico y en aquellos con problemáticas dentro de su red de apoyo.

En Chambers, Zajdlewicz, Youlden, Holland & Dunn (2014) se realizó una validación del Termómetro del Distrés (*DT: Distress Thermometer*) en 740 pacientes con cáncer de próstata. Se encontró una sensibilidad mayor a 85%, por lo que se concluyó que este instrumento es válido

como forma de screening o evaluación inicial para evaluar el distrés específico al cáncer, rasgos de depresión y ansiedad. Sin embargo, se encontró que el instrumento pierde sensibilidad en estos pacientes después de los 12 meses, por lo que su aplicación tiene mayor validez en los pacientes que han sido recientemente diagnosticados.

Orom, Nelson, Underwood, Homish y Kapoor (2015) buscaron factores asociados al distrés emocional en 1425 pacientes con cáncer de próstata que recientemente recibieron su diagnóstico oncológico. Los autores encontraron una asociación entre variables psicosociales (específicamente la baja auto-eficacia para la toma de decisiones, baja confianza en el control del cáncer, y amenaza a la identidad de la masculinidad) y de la personalidad (bajo optimismo y baja resiliencia) con un incremento en el distrés emocional. Se recomienda utilizar los resultados del estudio en el diseño de intervenciones psicosociales.

Los estudios anteriores le brindan utilidad al Termómetro del Distrés como instrumento de evaluación para el malestar emocional de los pacientes con cáncer de próstata. Además, este instrumento puede ser utilizado como herramienta a la hora de diseñar y aplicar intervenciones psicológicas para los pacientes con cáncer de próstata.

### **2.1.3 Investigaciones sobre pacientes con cáncer de próstata**

Ptacek, Pierce y Ptacek (2002) realizaron un estudio en 57 sobrevivientes de cáncer de próstata para investigar si las relaciones entre las estrategias de afrontamiento, el distrés psicológico y la satisfacción marital, dependían del contexto de apoyo. Por un lado, se identificó la prevalencia de estrategias de solución de problemas y de búsqueda de apoyo; por otro lado, se definieron estrategias basadas en la autculpa, evitación y la ilusión. Se encontró que las estrategias de solución de problemas y de búsqueda de apoyo correlacionaban positivamente con un mejor estado marital, y con mayor percepción de apoyo.



Ritvo *et al.* (2005) validaron una escala de calidad de vida para pacientes con cáncer de próstata (llamada *PORPUS*) con 140 hombres que recibieron tratamiento de prostatectomía radical, terapia hormonal, y quimioterapia. Como resultados se concluye que la escala posee validación de constructo y confiabilidad para los pacientes con cáncer de próstata.

Thaxton, Emshoff y Guessous (2005) realizaron una revisión de literatura sobre los grupos de apoyo dirigidos a pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata. Se encontró que los grupos abiertos, psicoeducativos, con muchos participantes, estructurados, con oradores expertos, y con organización eficiente, resultaron más beneficiosos para los pacientes con cáncer de próstata.

Ream *et al.* (2008) realizaron una encuesta en Inglaterra sobre las necesidades de apoyo de 741 hombres que viven con diferentes estadios de cáncer de próstata en seis centros de salud del sistema de salud público inglés (*NHS Trust*). Esto debido a que los investigadores concuerdan en que los tratamientos oncológicos para este tipo de cáncer producen efectos secundarios que generan necesidades de apoyo prolongadas. Como resultados, se encontró que los participantes tenían una gran necesidad de apoyo insatisfecha en las áreas de: distrés psicológico, problemáticas relacionadas con la sexualidad, y manejo de los síntomas urinarios. Además, los participantes que tuvieron el más alto nivel de distrés psicológico tenían la mayor cantidad de necesidades no suplidas. De igual forma, los hombres jóvenes con prostatectomía radical tenían la mayor cantidad de problemas sexuales.

Adicionalmente, los pacientes con inseguridad de su estado de remisión tenían la menor calidad de vida. Sobre la lista de problemas se encontró que: 30% de los hombres presentaban síntomas de depresión o ansiedad moderados o extremos; 30% de los hombres tenían una afectada funcionalidad (definido como retornar a sus actividades cotidianas); 26% de los

participantes tenían dolor; y 22% de los participantes tenían problemas de movilidad. Se concluye describiendo que la mayoría de los pacientes con cáncer de próstata poseen necesidades de atención psicológica insatisfechas; a pesar de que 57% de los encuestados habían terminado los tratamientos oncológicos un año antes del estudio (Ream *et al.*, 2008).

Parahoo *et al.* (2013) desarrollaron una revisión sistemática de la eficacia de las intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer de próstata, dirigidas a mejorar: la calidad de vida, la autoeficacia, el conocimiento médico, a reducir los niveles de estrés, la incertidumbre y la depresión. Se encontró poca evidencia para las intervenciones psicosociales en los dominios anteriormente mencionados, debido a que se encontraron beneficios a corto plazo con un tamaño del efecto reducido. Se cree que los estudios muestran problemas metodológicos (limitaciones propias de los estudios, se utiliza una muestra pequeña y heterogénea, y no hay seguimiento de los pacientes intervenidos) que entorpecen la evaluación de su eficacia.

Oraá *et al.* (2013) describen aspectos psicosociales de los pacientes con cáncer de próstata. Primeramente, se dice que una de las mayores dificultades es en relación con los problemas sexuales, asociados a la incontinencia urinaria, la disfunción eréctil y a su masculinidad. Ante los anteriores problemas, surge la importancia del apoyo social, particularmente por parte de las parejas de los pacientes. A su vez, las intervenciones psicosociales que se han reportado en literatura dirigidas a estos pacientes son: terapia de grupo, cognitivo-conductuales (individuales o grupales), psicoeducativas, y de *counseling*. Se destaca el *Cognitive Behavioral Stress Management* como el método de intervención con mayor evidencia para los pacientes con cáncer de próstata, concluyendo que contribuye a mejorar su bienestar emocional.

Chambers *et al.* (2017) realizaron una revisión sistemática de las intervenciones psicosociales para sobrevivientes de cáncer de próstata y sus parejas. Se describe que los sobrevivientes de este tipo de cáncer reportan problemas en sus funciones sexuales, “problemas psicológicos”, necesidades por parte del sistema de salud, y exigencias de falta de información. Se revisaron intervenciones psicoeducativas, cognitivo conductuales, de relajación, consejería de apoyo, apoyo entre pares, basadas en la comunicación, y de apoyo en decisiones de tratamiento. Se encontraron mejorías en la calidad de vida, funcionamiento sexual, distrés, fatiga, principalmente para los pacientes con cáncer de próstata, pero no así para sus parejas. Por último, se describe que los estudios cuentan con limitaciones metodológicas y no brindan seguimientos.

#### **2.1.4 Intervenciones sobre pacientes con cáncer de próstata**

Penedo *et al.* (2006) determinaron si una intervención psicosocial de *Cognitive-Behavioral Stress Management* (CBSM) de 10 sesiones mejoró la medición de búsqueda de beneficio (*Benefit finding*) y calidad de vida (QoL) en 191 hombres que concluyeron el tratamiento contra el cáncer de próstata localizado. Por otro lado, hubo un grupo control en donde los pacientes recibieron solamente un seminario educativo. Se encontró que los pacientes en el grupo de intervención tuvieron mejores puntuaciones en sus mediciones de búsqueda de beneficio y de calidad de vida, y esto se relacionó con el desarrollo de habilidades en el manejo del estrés.

Penedo *et al.* (2007) evaluaron la eficacia de un programa de 10 semanas de intervención de grupo basado en *Cognitive-Behavioral Stress Management* (CBSM) en un grupo de 71 hombres hispanoamericanos monolingües, midiendo su efecto con el instrumento de calidad de vida (*Quality of Life*). Se encontró que hubo una mejora en los hombres en las aristas de

bienestar físico y emocional, funcionamiento sexual, y bienestar total. Se reconoce la importancia de adaptar las intervenciones al contexto cultural de los pacientes oncológicos.

Penedo, Antoni y Schneiderman (2008b) realizaron una guía de intervención grupal desde el modelo cognitivo conductual para pacientes con cáncer de próstata, utilizando el *Cognitive Behavioral Stress Management*. Esta guía definió 10 sesiones semanales, donde se buscaba mejorar la calidad de vida de los pacientes, a través de la identificación y reconocimiento de variables estresores, el manejo de la ansiedad (a través de la relajación), la reestructuración cognitiva, el aumento de la expresión emocional y las habilidades de afrontamiento, el aumento de la disponibilidad y utilización de la red de apoyo, el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva, la reducción de las conductas de riesgo de salud y la mejora de la adherencia al tratamiento. En Penedo, Antoni y Schneiderman (2008a) se muestran los materiales para realizar la anterior intervención grupal.

Boonzaier *et al.* (2009) desarrollaron un planeamiento de una intervención psicosocial para hombres que reciben radioterapia por cáncer de próstata, que sería aplicada por parte de enfermeras. El manual es parte de un proyecto mayor interdisciplinario y se creó a través de revisión de literatura y criterio de expertos. El programa desarrollado consistió en 4 sesiones de grupo de 1 hora cada una, que consistían en: revisión de anatomía, efectos secundarios del tratamiento, impactos emocionales/físicos/estilo de vida del cáncer de próstata, sexualidad, comunicación y supervivencia.

Watson *et al.* (2018) construyeron e implementaron una intervención psico-educativa dirigida a 83 sobrevivientes con cáncer de próstata que fue facilitada por enfermeras en el sistema de salud del Reino Unido. Los hombres reclutados reportaron anteriormente tener problemas con funcionamiento sexual, intestinal, urinario y hormonal. Se realizó una evaluación

de línea base y de seguimiento (9 meses después de la intervención) en las áreas de: calidad de vida para pacientes con cáncer de próstata, autoeficacia, necesidades no suplidas, y morbilidades psicológicas. Como resultados, los participantes reportaron que la intervención sirvió para cubrir una necesidad de seguimiento post tratamientos; además, la intervención ayudó a que tuvieran un mayor automanejo, y a que experimentaran una mayor sensación de bienestar. Sin embargo, se observó una pequeña mejoría en las necesidades no suplidas y en la autoeficacia. La mayoría de los hombres (70%) reportó que el tiempo óptimo para la intervención hubiese sido en el diagnóstico o antes de concluir los tratamientos.

### **2.1.5 Protocolos de intervención sobre el manejo del distrés en pacientes con cáncer**

El *National Comprehensive Cancer Network* (2017) elaboró una guía sobre el manejo del distrés para pacientes oncológicos. En ella, se define una conceptualización del distrés, se muestran las herramientas de medición del distrés para que la persona se autoevalúe, se explican los tipos de tratamientos existentes para el distrés, y se invita a que la persona reflexione sobre la importancia de recibir ayuda. La guía es un abordaje comprensivo, accesible y fácil de utilizar para los pacientes oncológicos o sus familiares.

Howell *et al.* (2015) elaboraron un protocolo de intervención psicológico detallado, enfocado en el *screening*, evaluación y manejo del distrés, ansiedad y depresión de pacientes oncológicos, definiendo particularidades según el nivel bajo, medio o alto de las variables. En el protocolo se describe que un nivel bajo de distrés corresponde a una puntuación del Termómetro del Distrés entre 1 a 3, un nivel medio de distrés es una puntuación entre 4 a 6 y un nivel alto es indicador de una puntuación entre 7 a 10.

En un nivel bajo de distrés, se refiere a la persona a cuidados preventivos y de apoyo grupal, se le brinda seguimiento y se vuelve a evaluar su nivel de distrés. En un nivel medio de

distrés, la persona recibe intervenciones psicosociales de baja intensidad (activación conductual, psicoeducación, solución de problemas, estrategias cognitivo-conductuales), que se puede combinar con farmacoterapia (según necesidades evaluadas por un profesional en medicina/psiquiatría), y también puede ser referido a un especialista de atención psicosocial. Así mismo, en un nivel alto de distrés, la persona es referida a un especialista con el propósito de tener un proceso de evaluación diagnóstica, intervenciones de alta intensidad (terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, psicoterapia individual), farmacoterapia (es importante revisar la adherencia al tratamiento), tratamiento con un profesional de psiquiatría, y una evaluación de los efectos del proceso después de 8 semanas (Howell *et al.*, 2015).

Adicionalmente, para cada nivel de distrés, se les brinda a los pacientes psicoeducación y estrategias de manejo teniendo en cuenta: la normalización de la experiencia del distrés, los beneficios de grupos de apoyo y de servicios psicosociales, la disponibilidad de apoyo práctico (farmacoterapia, ayudas económicas, asistencia en transportes), estrategias de manejo del estrés (habilidades de afrontamiento, ejercicios de relajación), autocuidado (higiene de sueño, tratamiento del dolor y la fatiga) y el uso de estrategias no farmacológicas (ejercicios de relajación, mindfulness, alimentación saludable) (Howell *et al.*, 2015).

Holland *et al.* (2010) definen diversos protocolos de actuación para el manejo del distrés en pacientes oncológicos, al describir distintos niveles de evidencia de las intervenciones. Se evalúa el distrés a través del Termómetro del Distrés, donde se define que puntuaciones menores a 4 (de 10) en el termómetro, no requieren de un arduo proceso de intervención, pero las personas con una puntuación de distrés de 4 o mayor, requieren un abordaje integral (psicología, psiquiatría, trabajo social, espiritual). Sobre psicología y psiquiatría, se describe la importancia de realizar acciones profesionales basándose en una evaluación de las variables: demencia,

delirio, trastorno del ánimo, trastorno adaptativo, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, y trastorno de la personalidad.

De la revisión bibliográfica internacional, se puede concluir que todos los pacientes con cáncer pueden llegar a sufrir distrés, pero con diferentes amplitudes de afectación. Por lo tanto, se han creado instrumentos de evaluación del distrés rápidos, confiables y válidos como el Termómetro del Distrés. Este instrumento también ha sido validado en pacientes con cáncer de próstata. Sobre el cáncer de próstata, las intervenciones reportadas se enfocaron en el abordaje grupal, como a través del *Cognitive-Behavioral Stress Management*, donde se ha demostrado una mayor evidencia de su eficacia. Por su parte, las intervenciones individuales se han enfocado en la psicoeducación sobre el proceso médico, terapia sexual y terapia cognitivo conductual.

## **2.2 Antecedentes nacionales**

Los antecedentes nacionales se dividen en dos categorías: 1- Prácticas dirigidas previas de estudiantes de la Universidad de Costa Rica, en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México 2- Revisiones y aproximaciones psicosociales realizadas en Costa Rica. Lo cual revela la realización de un programa articulado, constante y regular de trabajo.

### **2.2.1 Prácticas dirigidas previas en el Departamento de Hemato-Oncología**

Salazar (2015) realizó una intervención cognitivo-conductual emocional al paciente con cáncer del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México (Psico-Oncología) de Costa Rica. En el proyecto se trabajó con pacientes en su momento de diagnóstico, de tratamiento, recidiva, enfermedad avanzada y de seguimiento. También se trabajó en un programa de psicoprofilaxis preoperatorio de mama y en talleres de duelo. Como resultado, se encontró una disminución significativa en las emociones, pensamientos negativos, y en las conductas de no adherencia al tratamiento post intervenciones.

En Zeledón (2016) se realizó una práctica dirigida en el Hospital México de Costa Rica con pacientes con cáncer del Departamento de Hemato-Oncología y sus cuidadores primarios. Se les brindó a los cuidadores psicoeducación, enfocando en las habilidades de autocuidado. Como resultado, se encontró un mejoramiento cualitativo de la apreciación de los cuidadores ante la enfermedad del cáncer y sus factores asociados, además hubo una disminución en los valores de las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg en siete pacientes evaluados.

Valerio (2017) realizó una intervención psico-oncológica basada en la reducción del estrés de los pacientes oncológicos en el Departamento del Hospital México, evaluado a través del Termómetro del Estrés. Los resultados indicaron un mejoramiento en la narrativa cognitiva (reconocimiento de distorsiones cognitivas, mayor comprensión de la enfermedad, reducción de pensamientos disfuncionales y aumento de pensamientos funcionales) emocional (reconocimiento de las emociones, aumento de las emociones positivas, disminución de las emociones negativas) y conductual (ampliación de la red social, mejoramiento de la comunicación, fortalecimiento de las prácticas de autocuidado de los pacientes). En el análisis cuantitativo se encontró que 42% de los 71 pacientes redujeron su estrés, 48% lo mantuvieron y 7% lo aumentaron.

Por último, Díaz (2018) realizó una práctica dirigida en el Hospital México con pacientes sobrevivientes de cáncer de mama que asistieron al Departamento de Hemato-Oncología. Esta intervención se abordó en modalidad de talleres grupales con participantes del grupo Tour Rosa y a través de técnicas cognitivo-conductuales. Se describe que en el aspecto cognitivo las pacientes lograron entender mejor su proceso médico, identificaron distorsiones cognitivas y las reemplazaron por pensamientos más adaptativos. En el área emocional se describe que hubo una mayor sensación de bienestar; en el aspecto conductual se fortaleció el autocuidado y la red de



apoyo. Seguidamente, se describen otros trabajos realizados con pacientes con cáncer en Costa Rica.

### **2.2.2 Aproximaciones psicosociales al cáncer en Costa Rica**

Primeramente, González, Mora y Patiño (2003) desarrollaron una práctica dirigida del manejo del estrés en pacientes oncológicos que recibieron quimioterapia en el Hospital Calderón Guardia, para optar por el grado de licenciatura en enfermería con énfasis en salud mental y psiquiatría. Se utilizaron técnicas de relajación, juegos de roles, respiración profunda, charlas, musicoterapia y aromaterapia. Previo a la intervención, se describe que los participantes tuvieron pensamientos intrusivos, fuga de ideas, sensación de falta de control y ansiedad, además de síntomas somáticos como dolor abdominal, taquicardia, sudoraciones, problemas respiratorios y vasculares. Después de la intervención se identificaron pensamientos positivos, mayor sentido de esperanza, mejor interacción familiar, una disminución en la activación fisiológica, mayor habilidad en la toma de decisiones, y expresión de emociones asociadas al proceso oncológico. Las autoras concluyen que los participantes lograron obtener una mejora en su autoestima, autoconcepto, autoimagen, y en sus relaciones interpersonales.

Rebolledo (2008) describe en la página de la asociación ASOCANPRO (Asociación de Apoyo al Paciente con Cáncer de Próstata) que en el cáncer de próstata la psico-oncología debe: mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen cáncer de próstata y quienes lo rodean, fomentar la comunicación asertiva y facilitar el disfrute no genital de la sexualidad. A su vez, la asociación se enfoca en la promoción de la salud, la detección temprana y prevención del cáncer de próstata (ASOCANPRO, 2008).

Seguidamente, Espinoza, Blanco y Ramírez (2011) elaboraron un manual de autoayuda para manejo del estrés en familias que tienen un miembro con un diagnóstico oncológico. En este

manual se describe la relevancia de la intervención interdisciplinaria con el propósito de abordar la calidad de vida.

El Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red – CCSS (2012) es un documento descriptivo del plan de acción a nivel de salud público en los pacientes Hemato-oncológicos del Hospital de Niños. En el documento, se describe que el rol de los profesionales en trabajo social y psicología es mediar entre la comunidad, la familia, y el equipo médico del paciente. Se destaca como eje transversal del trabajo de estos profesionales, el Código de la Niñez y la Adolescencia, el enfoque de género y el enfoque de riesgo. Además, se describe el abordaje desde la intervención en crisis, el fortalecimiento de sus redes de apoyo (a nivel familiar, comunitario e institucional) y a través del enfoque socioeducativo. Por lo tanto, se dice que la atención psicosocial en estos pacientes debe ser “oportuna, eficaz y eficiente... a fin de contribuir con el mejoramiento de su calidad de vida” (Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red – CCSS, 2012, p. 10-11).

Adicionalmente, en el anterior documento, se describe un protocolo de atención psicosocial que consta de 10 pasos: 1- Contacto inicial con la familia previo al diagnóstico 2- acompañamiento a la familia cuando el médico da el diagnóstico 3- Sensibilización con padres y con el niño 4- Revisión de antecedentes 5- Fortalecimiento de redes de apoyo 6- Seguimiento durante el tratamiento, atención en situaciones de riesgo 7- Coordinación con entes adicionales de apoyo cuando lo amerite 8- Acompañamiento durante recaída, cirugías y tratamiento paliativo 9- Si el paciente fallece, se hace una ‘visita de cierre a la familia’, de no ser así, se les invita a los talleres de duelo 10- Coordinación de servicios con la Asociación de Lucha Contra el Cáncer Infantil (Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red – CCSS, 2012).

En el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017 (2012) se definen vías de prevención y tratamiento del cáncer en Costa Rica. Primeramente, se describe que más de un tercio de los pacientes oncológicos manifiestan tener ansiedades y depresiones clínicas. Además, se destaca la relevancia del dolor físico, psicológico o emocional que puede surgir en el paso de la enfermedad crónica, y la forma en que éste puede debilitar a la persona. Seguidamente, se describe que la enfermedad oncológica causa angustia debido a las preocupaciones relacionadas con la muerte, la afectación en el bienestar familiar, los retrasos en el tratamiento, y la toma de decisiones sobre las vías de tratamiento por parte del paciente oncológico.

APRECAP (2019) es la ‘Asociación Pro Prevención y Lucha contra el Cáncer de Próstata’, una ONG que tiene como misión brindar información, realizar actividades enfocadas en la prevención del cáncer de próstata, y mejorar la calidad de vida de los pacientes que ya padecen de esta enfermedad. Además, se menciona que esta asociación tiene como objetivo disminuir los índices de mortalidad en Costa Rica producto del cáncer de próstata. La página web del sitio provee información sobre el cáncer y el cáncer de próstata dirigida al público general.

A partir de la revisión de antecedentes nacionales, se concluye que a nivel país existen escasas investigaciones o proyectos dirigidos hacia el abordaje psicosocial de los pacientes con cáncer, destacando el rol del Área de Psico-Oncología, del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México. La presente práctica dirigida, inscrita en una línea de trabajo previamente establecida de estudiantes de Licenciatura de Psicología de la Universidad de Costa Rica, se desarrolló debido a una necesidad y faltante de proyectos alrededor del tema del cáncer de próstata.

### **3. Marco teórico-conceptual**

En este apartado se describen diversos conceptos (psicología de la salud, medicina conductual, enfermedades crónicas, aspectos psicológicos de la hospitalización, cáncer, cáncer de próstata, género, masculinidad, sexualidad, teoría del estrés, autoeficacia, distrés, psicología oncológica, psicología cognitivo conductual y sus técnicas, entre otros) para permitir una comprensión teórica de las intervenciones realizadas.

#### **3.1 Psicología de la salud**

La psicología de la salud es una disciplina que busca aplicar las teorías y modelos psicológicos a la promoción y mantenimiento de la salud, buscando desarrollar conductas adaptativas en el individuo y en las relaciones interpersonales, tanto en la presencia o ausencia de la enfermedad o de alguna discapacidad. Esto se implementa a través de la labor con el personal sanitario, la persona tomada en contexto, y las políticas públicas en materia de salud. A su vez, la psicología de la salud se sustenta del modelo biopsicosocial (Stephens, 2008).

El modelo biopsicosocial, propuesto por Engel (citado en Stephens, 2008) promueve una visión integradora de la salud, donde se le da importancia a las variables psicosociales y contextuales, ya que toda conducta de salud es social. Esta perspectiva de la salud dista del modelo biomédico, donde la salud ha sido erróneamente conceptualizada únicamente desde su aspecto biológico. En consecuencia, los psicólogos de la salud tienen un rol activo en la sociedad, al tener incidencia en las políticas públicas de las naciones, al desarrollar y aplicar nuevas intervenciones que promuevan las conductas de salud, y al trabajar con equipos inter y multidisciplinarios (Stephens, 2008). Dentro de la psicología de la salud, se pueden utilizar aproximaciones conductuales a través de la medicina conductual.

### **3.2 Medicina conductual**

La medicina conductual es una disciplina que integra aspectos del conocimiento biomédico, psicosocial y conductual para la comprensión y tratamiento de la salud y la enfermedad. A través de la medicina conductual se puede intervenir en prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación individual y a nivel comunitario. Así mismo, se trabaja con niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Se pueden realizar tres tipos de intervención: cambios en el estilo de vida (incremento de la actividad física, utilización adecuada de medicaciones, fortalecimiento del autocuidado de las personas), entrenamiento (manejo del estrés, ejercicios de relajación, manejo del dolor, entre otros) y apoyo social (educación de grupo, apoyo al cuidador, entre otros) (*Society of Behavioral Science*, 2018). Por lo tanto, la psicología de la salud y la medicina conductual son de gran relevancia en el tratamiento y abordaje integral de las personas con enfermedades crónicas (Hesse y Suls, 2011).

### **3.3 Enfermedades crónicas**

La primera reacción de las personas ante el diagnóstico de una enfermedad crónica es de *shock* e incredulidad, reacción que puede durar días o semanas. De igual forma, las personas pueden apearse a afrontamientos basados en las emociones: evitación, angustia, rechazo. Sin embargo, cuando los síntomas de la enfermedad empiezan a empeorar, las personas empiezan a desarrollar su ajuste ante esta nueva etapa de vida. Por lo tanto, las enfermedades crónicas requieren que los pacientes y sus familiares realicen ajustes permanentes en las áreas conductuales, sociales y emocionales (Sarafino y Smith, 2010).

La enfermedad crónica de mayor relevancia para esta práctica dirigida es el cáncer. No obstante, antes de definir el cáncer, se describirán dos enfermedades crónicas que pueden estar de forma comórbida y que son de gran relevancia para la población costarricense: la diabetes

mellitus y la hipertensión esencial primaria (Ministerio de Salud, 2014). Además, se describirán las particularidades de padecer una enfermedad crónica en un contexto hospitalario.

Primeramente, la diabetes mellitus se caracteriza por la hiperglicemia, ya que se reduce la cantidad de la hormona reguladora de la glucosa en sangre (producida en el páncreas), llamada insulina. La diabetes insulino dependiente se desarrolla en la niñez o la adolescencia, debido a que las células del páncreas son destruidas por procesos autoinmunes. En este tipo de diabetes, la principal causa es la heredabilidad de genes asociados. A su vez, la diabetes no-insulino dependiente es el tipo más prevalente ya que generalmente sucede en personas mayores de 40 años y con sobrepeso. En este caso, el páncreas produce alguna cantidad de insulina, pero el cuerpo parece “resistir” la acción controladora de la glucosa de la insulina. Así mismo, las causas principales de la diabetes tipo 2 son: dietas altas en grasa y azúcar, estrés, y sobreproducción de proteínas que dañan el metabolismo de azúcares y carbohidratos (Sarafino y Smith, 2010).

En segunda instancia, la hipertensión esencial primaria se define como uno de los factores de riesgo modificables principales para enfermedad cardiovascular, ya que puede conllevar daño renal y derrames. La medición cuantitativa de la hipertensión esencial primaria es a través de la presión sanguínea alta (140/90). En consiguiente, los factores de riesgo para la presión sanguínea alta son: obesidad, resistencia a la insulina, alto consumo de alcohol, alto consumo de sal, envejecimiento, estilo de vida sedentario, estrés, bajo consumo de potasio y bajo consumo de calcio. A la fecha, no se han encontrado factores genéticos identificables para esta enfermedad. Por lo tanto, se entiende que esta enfermedad se desarrolla a partir de componentes hereditarios, conductuales y ambientales (Carretero y Oparil, 2000).

Agregado a lo anterior, se describirán las particularidades de padecer una enfermedad crónica dentro del contexto hospitalario.

### **3.4 Aspectos psicosociales de la hospitalización**

Padecer una enfermedad crónica conlleva un cambio en el estilo de vida de las personas, inscritos dentro de un sistema de salud público o privado. A la hora de estar hospitalizados, las personas tienen una disrupción en su rutina diaria, son físicamente dependientes de otros (en algunos casos llegan a desarrollar una alta dependencia), experimentan procedimientos médicos con secuelas desagradables, con recuperaciones prolongadas y dolorosas. Además, tienen pensamientos de preocupación sobre su condición de salud, sobre los tratamientos y sobre el futuro (Sarafino y Smith, 2010).

El tratamiento que reciben los usuarios puede llegar a despersonalizarlos. Los pacientes pueden ser categorizados por el equipo de salud como “buenos” (ya que cooperan, son comunicativos, y siguen indicaciones) o “malos” (no colaboran con las indicaciones por parte del equipo de salud). Los pacientes “malos” pueden llegar a tener emociones de enojo y desesperanza, a prolongar su hospitalización debido a que desarrollan poca adherencia a las indicaciones médicas (Sarafino y Smith, 2010).

Seguidamente, se describen las particularidades de la enfermedad crónica sobre la cual se enfoca la presente práctica dirigida: el cáncer.

### **3.5 Cáncer**

Primeramente, se definirá el concepto del cáncer.

#### **3.5.1 Definición del cáncer**

Por razones no completamente claras para la ciencia, las células pueden desarrollar una displasia no regulada, que ha sido llamada como neoplasia (nueva hiperplasia) o cáncer. Por lo

tanto, al cáncer se le conoce como una enfermedad celular que se produce por la acumulación gradual de mutaciones genéticas, que produce una proliferación celular que no puede ser controlada y que forma un neoplasma maligno (Tomasetti *et al.* 2017; Sarafino y Smith, 2010).

### **3.5.2 Causas del cáncer**

Entre los modelos explicativos del cáncer, Tomasetti *et al.* (2017) realizaron un estudio sobre la incidencia del cáncer con tres variables: mutaciones aleatorias, ambientales y hereditarias. Se contó con una muestra aproximada de 4.8 billones de personas ubicadas en 69 países, lo que representa un tercio de la población mundial. A manera general, se encontró que el peso de la etiología del cáncer recae hasta en un 66% por la replicación de células de mutaciones aleatorias, un 11% por variables hereditarias, y un 23% por factores ambientales.

Las variables ambientales se subdividen en variables psicosociales (factores asociados con la causa e incidencia del estrés), del medio ambiente (por ejemplo, radiación solar) y conductuales (asociados primordialmente a estilos de vida) (Foulkes, citado en Sarafino y Smith, 2010). Sin embargo, como las variables ambientales son de índole diversa, su incidencia cambia según el tipo de cáncer: mayor a 60% en los cánceres de pulmón, esófago y piel; 15% o menos en los cánceres de próstata, cerebro y mama (Tomasetti *et al.*, 2017).

Así mismo, el cáncer engloba variedad de tipificaciones según la localización tumoral. De manera general, el cáncer se divide en cinco tipos: 1- carcinomas, con prevalencia de hasta 85% a nivel mundial y que afecta las células de la piel y la capa de los órganos del cuerpo (por ejemplo, el tracto digestivo, respiratorio y sistemas reproductivos); 2- melanomas, que son tumores en las células de la piel, productoras de melanina; 3- linfomas, del sistema linfático; 4- sarcomas, del músculo, hueso o de los tejidos conectivos; 5- leucemias, el cáncer de órganos que forman sangre, como en la médula ósea (Sarafino y Smith, 2010).



### 3.5.3 Cáncer y genética

De las mutaciones previamente mencionadas, estudios han encontrado que genes específicos llamados oncogenes, son capaces de producir transformación celular tumoral a través de causas retrovirales (20% de los cánceres en seres humanos) o de causas variadas no relacionadas con virus (80% de los cánceres humanos) (Cooper, 2000).

Los oncogenes de origen retroviral provienen de proto-oncogenes con cargas virales. Los proto-oncogenes son genes regulatorios de la célula, que codifican proteínas que forman parte de los mecanismos de transducción para controlar la proliferación normal de las células. Al desarrollar mutaciones virales, los proto-oncogenes inducen a mutaciones en los oncogenes. A su vez, estos oncogenes virales conllevan a la proliferación celular anormal y al desarrollo tumoral (Cooper, 2000).

Por otro lado, cuando los oncogenes se han desarrollado desde una causa no viral, puede originarse a través de las mutaciones puntuales (*point mutations*) de los proto-oncogenes. Esto debido a que muchas células regularmente poseen anormalidades en su estructura cromosómica, incluyendo translocaciones, duplicaciones y deleciones. Sin embargo, el resultado de la translocación cromosómica de células con anormalidades puede conllevar a la generación de oncogenes. A su vez, las translocaciones de proto-oncogenes frecuentemente resulta en una reorganización del código genético, llevando a una formación de productos genéticos anormales (Cooper, 2000).

Otro mecanismo por el cual se activan los oncogenes en los tumores humanos es a través de la amplificación genética, que resulta en una expresión genética elevada. La amplificación genética ocurre de forma rutinaria en las células del cuerpo humano. No obstante, en las células tumorales esta amplificación ocurre mil veces más que en las células no-tumorales. Además, la

amplificación de los oncogenes puede jugar un rol en la progresión de muchos tumores de crecimiento rápido y de mayor malignidad (Cooper, 2000).

#### **3.5.4 Consecuencias del cáncer**

Conforme el cáncer crece, afecta los sistemas asociados a la localización de la neoplasia, lo que puede producir dolor al presionar los tejidos y los nervios, y al bloquear el drenaje de los fluidos corporales. También por motivos de la continuidad de las células cancerosas, puede afectar el funcionamiento normal y desarrollo de los tejidos no cancerosos. Conforme la neoplasia crece, se produce la angiogénesis, en donde el tumor crea sus propios insumos de sangre en su búsqueda de nutrientes. Además, el cáncer puede ser transportado por vía sanguínea o por vía linfática a otras partes del cuerpo. A esto se le conoce como metástasis, que es la migración de las células cancerígenas a otra localidad (Sarafino y Smith, 2010).

Por lo tanto, el cáncer puede causar la muerte de forma directa e indirecta con el paso del tiempo. De forma directa, el cáncer puede migrar a un órgano vital como el cerebro, hígado o pulmones, compitiendo con éste por los nutrientes, y llevando al fallo del órgano. Ultimadamente, el anterior proceso proporciona la muerte a la persona. Indirectamente, la persona con cáncer puede tener más probabilidad de padecer infecciones debido a que su sistema inmunitario se encuentra debilitado, producto del tumor. Además, esto le puede ocasionar debilidad, mal estado general, falta de apetito y pérdida de peso, llevando a un estado de deterioro general; lo cual le puede proporcionar la muerte (Sarafino y Smith, 2010).

A continuación, se exponen particularidades de la próstata y del cáncer de próstata, debido a que la presente práctica dirigida se desarrolló sobre este tipo específico de cáncer.

### 3.5.5 Anatomía y función de la próstata

En primer la próstata es una glándula (es decir, un grupo de tejidos que liberan sustancias químicas al cuerpo) propia del sexo masculino. Se encuentra localizada en la pelvis, detrás del pubis, delante del recto y debajo de la vejiga urinaria. La próstata rodea y envuelve parte de la uretra (encargada de transportar la orina) y sus dimensiones son 4cm de largo por 3cm de ancho (popularmente se le dice que tiene forma de nuez). A su vez, se compone de 30% de tejido fibromuscular y 70% de tejido glandular encargado de la generación del líquido prostático (Eguino *et al.*, 2004). En la Figura 2 se ejemplifica la anatomía y localización de la próstata.



*Figura 2:* Anatomía y localización de la próstata. Retirado de: Instituto Nacional del Cáncer (s.f.c.).

En términos de su funcionalidad, la próstata se involucra en los procesos del aparato reproductor al contener los conductos deferentes (tubos que envuelven a los testículos, van a la uretra prostática, y están encargados de transportar los espermatozoides) y vesículas seminales (tienen forma de saco, se encuentran por encima de la próstata y atrás de la vejiga). Las dos anteriores estructuras vacían el líquido seminal y espermatozoides en la uretra prostática,

formando así el conducto eyaculador por donde, junto al líquido prostático, se excreta el semen. Estos líquidos permiten crear un ambiente de nutrientes adecuado para la supervivencia de los espermatozoides (Eguino *et al.*, 2004).

De igual forma, la próstata se desarrolla en el estado fetal por la influencia de hormonas reproductoras (testosterona), creciendo en la pubertad y manteniendo su tamaño normal en la adultez. No obstante, existen factores hormonales y de crecimiento que pueden hacer que la próstata crezca de tamaño, ya sea de forma benigna o maligna. Los padecimientos benignos más comunes en la próstata son la hipertrofia prostática benigna (crecimiento de la glándula que causa micción intermitente), la prostatitis aguda o crónica (procesos inflamatorios o infecciosos que afectan la glándula); la forma maligna es el cáncer de próstata (Eguino *et al.*, 2004).

### **3.5.6 Cáncer de próstata**

El cáncer de próstata ocurre cuando se produce una neoplasia maligna en los tejidos prostáticos. Los factores de riesgo al cáncer de próstata se han definido como: herencia (antecedentes familiares de primer grado), edad (aumenta el riesgo a medida que se envejece, particularmente de los 65 años en adelante), hormonas (andrógenos o testosterona), y dieta (alto consumo de grasas) (Eguino *et al.*, 2004). También, se ha reportado una incidencia de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 cuando el cáncer es de tipo más agresivo y la persona tiene poca sobrevida (Castro y Eeles, 2012). No obstante, investigaciones recientes han determinado que hasta 95% de las causas del cáncer de próstata se debe a mutaciones genéticas aleatorias (Tomasetti *et al.*, 2017).

Entre los síntomas del cáncer de próstata se encuentra: urgencia de orinar, pérdida de control involuntario de orinar, aumento de la frecuencia de orinar, micción involuntaria nocturna (nicturia), micción con dolor (disuria), inicio de la orina retardado (tenesmo), disminución de la

fuerza del chorro de la orina, retención urinaria, goteo constante después de orinar, sensación de que la vejiga no se vació aún después de orinar, orina o semen con sangre, disminución del volumen de semen, disfunción eréctil (Eguino *et al.*, 2004).

Para detectar el cáncer de próstata, se utiliza generalmente el tacto rectal (se buscan anomalías anatómicas en la próstata como aumento del tamaño glandular, presencia de nódulos o masas), o la medición del antígeno prostático específico (PSA). El PSA es una proteína que se forma en la próstata y que se encuentra en grandes cantidades en el semen, pero puede llegar a encontrarse en cantidades pequeñas en la sangre. Los valores normales de PSA en sangre son de 0.0 y 4.0 ng/ml (nanogramos por mililitro). Se estima que un resultado de PSA superior a 4.0 ng/ml debe valorarse con otros estudios por posibilidad de presencia de cáncer (Eguino *et al.*, 2004).

Estudios recientes han encontrado que las concentraciones de PSA pueden aumentar en los hombres debido a una prostatitis, infección de las vías urinarias, por procedimientos a nivel prostático (cirugías o toma de biopsias) y por hiperplasia prostática; su valor también puede reducirse por fármacos (por ejemplo, finasterida y dutasterida que se utilizan para tratar el agrandamiento benigno de la próstata) (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.b). Si se encuentra alguna anomalía en el valor de esta proteína, se debe de someter al paciente a otros estudios como tacto rectal, ecografía transrectal, o a una biopsia de la próstata (Eguino *et al.*, 2004).

La biopsia prostática se analiza según la escala de Gleason, la cual es una valoración del aspecto y distribución de las células cancerígenas de la próstata en un microscopio. De esta forma, se clasifica el cáncer en 1- la zona local y en 2- los márgenes aladaños, en 5 etapas ambos, de menor a mayor agresividad. Las escalas son de 1 a 5, 1 siendo tumores menos agresivos, 5 tumores con mayor agresividad. Se suman los resultados de ambos patrones y se

obtiene el resultado de Gleason, que oscila entre 6 el mínimo (tumor menos agresivo, 3+3) a 10 (el tumor más agresivo 5+5). Un Gleason grado 6 corresponde a los tumores de bajo riesgo. Gleason grado 7 es un tumor de riesgo intermedio. Gleason grado 8 a 10 es un tumor de alto riesgo (Eguino *et al.*, 2004).

Además de la escala de Gleason, el estadiaje del cáncer prostático se realiza utilizando la clasificación TNM, la cual identifica el estadio del avance del tumor. La letra T describe la cantidad del tejido prostático afectado (tamaño) (T0 no hay tumor, T1 tumor clínicamente no evidente, T2 tumor palpable o visible, T3 tumor que se extiende a la cápsula prostática y que invade vesículas seminales, T4 tumor que invade estructuras vecinas), la N describe si el cáncer se ha propagado a tejidos linfáticos, la M describe la presencia o ausencia de metástasis (M0 no hay y M1 en presencia de metástasis) (Eguino *et al.*, 2004).

### **3.5.7 Tratamientos médicos contra el cáncer de próstata**

Para decidir sobre el tratamiento al cáncer de próstata, se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos: clasificación TNM, escala Gleason, niveles de PSA, edad y esperanza de vida (estadísticamente hablando y de forma independiente al tener cáncer), enfermedades asociadas que presenta el paciente y que pueden poner a la persona en riesgo ante el tratamiento. Además, se toma en cuenta las preferencias personales del paciente sobre su tratamiento (Eguino *et al.*, 2004).

A su vez, los tratamientos se dividen en dos categorías: tratamientos locales y tratamientos sistémicos. De forma local, el paciente puede someterse a cirugía (prostatectomía radical), radioterapia (externa o braquiterapia), y crioterapia. La prostatectomía radical consiste en la extirpación quirúrgica de toda la glándula prostática y de las vesículas seminales, por lo que el paciente puede tener como consecuencia incontinencia urinaria y disfunción eréctil. A su vez,

en la radioterapia se utiliza la radiación ionizante para destruir las células tumorales. Puede ser externa (teleterapia), o insertando un implante en la próstata (braquiterapia). La radiación posee efectos secundarios como el cansancio, reacciones en la piel, problemas en la vejiga y al orinar, inflamación o sangrado del recto, y al aparato reproductor. Por otro lado, la crioterapia es el congelamiento de la próstata mediante gases que son insertados por un tubo. (Eguino *et al.*, 2004).

Por otro lado, dentro de los tratamientos sistémicos, la hormonoterapia se utiliza para suprimir los andrógenos (hormonas sexuales masculinas), ya sea mediante un fármaco (agonistas de la hormona luteinizante que reducen producción de andrógenos, especialmente de la testosterona, por ejemplo, a través de los medicamentos degarelix/firmagón o goserelina/zoladex) o mediante la cirugía testicular (orquiectomía). Los efectos secundarios pueden ser: impotencia sexual, disminución del deseo sexual, aumento de peso, desarrollo leve de mamas, debilidad muscular, anemia, osteoporosis y sensaciones repentinas de calor (Eguino *et al.*, 2004).

Por su parte, otro tratamiento sistémico es la quimioterapia (docetaxel, cabazitaxel, mitoxantrona y estramustina), que puede llegar a disminuir o detener la progresión del cáncer, y se puede indicar a pacientes en manejo paliativo que han dejado de responder al tratamiento hormonal. Otra opción de tratamiento es no hacer nada, que se le conoce como observación y vigilancia, debido a que se ha encontrado que pacientes con un cáncer de baja agresividad y localizados anatómicamente sobreviven más de 10 años sin ningún tipo de tratamiento (American Cancer Society, 2019; Eguino *et al.*, 2004).

Adicionalmente, se debe tener un constante seguimiento del avance y progreso del cáncer de próstata, aunque el paciente sea dado en remisión. Esto debido a que puede haber una recidiva

del cáncer, por lo que el chequeo constante es fundamental para que el paciente pueda recibir otro nuevo esquema de tratamiento curativo. Sin embargo, los pacientes que entran en remisión prolongada se benefician de una reincorporación a su vida cotidiana y de la realización de prácticas de autocuidado (Eguino *et al.*, 2004).

En el Servicio de Urología del Hospital México de Costa Rica, se suele realizar prostatectomía radical como primer tratamiento en pacientes con cánceres de próstata de bajo riesgo. Si el cáncer tiene una primera recidiva, se suele administrar radioterapia (teleterapia) y tratamiento hormonal. Si se encuentra posterior evidencia de recidiva, se llega a implementar orquiectomía o quimioterapia como últimos esquemas de tratamiento. En pacientes adultos mayores o con cánceres de alto riesgo (en donde la cirugía puede dar mayor riesgo a la salud del paciente) se puede realizar radioterapia y tratamiento hormonal como tratamiento adyuvante (no son sometidos a cirugía). Además, no se utiliza la crioterapia o braquiterapia en el sistema de salud costarricense, debido a que no se cuenta con el equipo médico correspondiente (R. Valverde, A. Arley, y L. Aguilar, comunicación personal, 17 de marzo del 2019).

Debido al carácter invasivo de los tratamientos brindados en este tipo de cáncer, específicamente sobre el área genital, una de las consecuencias más comunes es la afectación de la sexualidad de los pacientes (Leask, Jamnicky y Nam, 2008).

### **3.6 Masculinidad, sexualidad y cáncer de próstata**

Si bien las enfermedades poseen una base biológica indiscutible, las variables psicosociales influyen sobre ellas y hasta las pueden exacerbar. Debido a la construcción social de la masculinidad, la sexualidad del hombre ha sido limitada al uso de su pene, por lo que muchos hombres valoran que, al presentar un deterioro en la erección de su pene, se acabó su sexualidad. Sin embargo, el placer sexual está asociado a conexiones sensoriales cerebrales, no



es algo exclusivo de las conexiones sensoriales asociadas al pene. Por lo tanto, no hay razón anatómica que limite a que los pacientes con cáncer de próstata tengan una experiencia sexual placentera (Leask *et al.*, 2008). En pacientes con cáncer de próstata, se define que la sexualidad se puede ver afectada al presentar síntomas de disfunción eréctil, incontinencia urinaria, pérdida de la eyaculación, o pérdida del placer asociado a la próstata (Andrew, 2016).

Puede ser muy difícil que hombres solteros que pasaron por una prostatectomía radical (u otro tipo de tratamiento) encuentren una pareja sexual que esté dispuesta a vivenciar en conjunto esta nueva perspectiva de su sexualidad (Leask *et al.*, 2008). Otras complicaciones a las que se encuentran los pacientes con cáncer de próstata después de la prostatectomía radical es tener pensamientos de inadaptación, ansiedad sobre su funcionalidad sexual, depresión, expectativas poco realistas sobre su mejoría sexual en el futuro, reacciones físicas y emocionales negativas por parte de su pareja, y la calidad de la relación no-sexual con su pareja puede verse deteriorada (Matthew *et al.*, 2005).

Por su parte, Leask *et al.*, (2008) describen particularidades sobre la sexualidad de los hombres que tienen relaciones con otros hombres y han tenido tratamientos contra el cáncer de próstata. Primeramente, puede ser una experiencia frustrante el no poder realizar penetración debido a la disfunción eréctil, o también puede ser frustrante el no poder recibir placer de la próstata a través del coito anal. Por lo tanto, el cáncer de próstata puede irrumpir significativamente en la experiencia sexual y afectiva de estos hombres. Así mismo, para las personas transexuales puede ser un adicional malestar emocional el autoidentificarse como mujer y tener que soportar el proceso de sobrellevar un cáncer de próstata, que es un cáncer de sexo masculino (Leask *et al.*, 2008).

Se describe que la autoidentidad de los hombres de la comunidad LGTBIQ puede verse alterada producto del cáncer de próstata, por lo que es recurrente que se presenten síntomas de depresión, baja autoestima, trastornos alimenticios y abuso de drogas. Se recomienda que los profesionales en salud validen las emociones encontrados de sus pacientes LGTBIQ, además de facilitar la comprensión sobre el proceso médico (Leask *et al.*, 2008).

Los profesionales en salud deben tener una visión crítica de su propia práctica clínica en materia de género y sexualidad, para así evitar o reducir los prejuicios que afecten las decisiones clínicas sobre el paciente (Sen, George, Östlin, 2005). Otra particularidad a la que se afrontan los pacientes con cáncer de próstata es su edad, debido a que se ha estimado que un 70% de las personas diagnosticadas con este tipo de cáncer son adultos mayores (Roth y Greenstein, 2015).

### **3.7 Gerontología y cáncer de próstata**

Los pacientes adultos mayores poseen retos físicos y psicológicos en el afrontamiento del cáncer, ya que este grupo poblacional ha llegado a ser excluido dentro de la sociedad, llegando a padecer, como consecuencia: depresión, ansiedad, desmoralización, problemas existenciales, soledad, aislamiento, entre otras problemáticas asociadas a la calidad de vida. Adicionalmente, estos pacientes enfrentan problemáticas en esta etapa de vida como lo son la pensión y el distanciamiento de las relaciones interpersonales. Por otro lado, las personas adultas mayores con cáncer de próstata experimentan una afectación de su calidad de vida por parte de las complicaciones urinarias, sexuales o digestivas producto de las secuelas de los tratamientos administrados (Baider, Weiss, Holland, 2015).

Esto conlleva a que aproximadamente un tercio de los hombres adultos mayores con cáncer de próstata experimentan distrés psicológico, ansiedad o depresión en algún momento de su proceso médico, así como incertidumbre del pronóstico futuro (Baider *et al.* 2015). Inclusive,

se ha identificado que las personas mayores de 75 años que fueron diagnosticadas con cáncer de próstata tienen mayor riesgo de cometer un acto de suicidio (Guo *et al.*, 2018). De igual forma, usualmente este malestar psicológico no es identificado por parte del equipo de salud encargado (Roth y Greenstein, 2015). En consecuencia, el personal de salud posee dificultades en el reconocimiento de las variables psicosociales asociadas al cáncer, dentro de ellas el autocuidado y la calidad de vida.

### **3.8 Autocuidado y calidad de vida del paciente con cáncer**

Bustamante, Sánchez y Dubón (2015) describen que el autocuidado se compone de las actividades que realiza una persona de forma individual para mejorar su salud, tales como la actividad física, el chequeo médico, la alimentación saludable, y la eliminación de hábitos no saludables (como el consumo de alcohol y tabaco). Similarmente, el autocuidado se puede realizar si las personas cuentan con un sistema de salud que funcione como una entidad que brinde apoyo social. Además, se describe que el autocuidado de las personas con cáncer se compone de las conductas que realiza una persona en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad. Por último, se menciona que el autocuidado se direcciona a mejorar la calidad de vida de las personas.

La calidad de vida es una experiencia personal y subjetiva, que depende en gran medida de la percepción del estado de salud de la persona. También, influye la interacción entre la individualidad del paciente (y su estrés reactivo ante la enfermedad), su interacción con su red de apoyo (familiares y amistades cercanas), su interacción con su comunidad (sentido de pertenencia), su espiritualidad, su alimentación, y su funcionalidad. (Sánchez, Sierra y Martín, 2015).

Por su parte, realizar ejercicio físico permite liberación de la hormona de placer llamada endorfina (que contrarresta los niveles de adrenalina en el cuerpo y produce una sensación de bienestar). Además, se ha reportado una mayor irrigación al pene en los pacientes con cáncer de próstata que realizan actividad física (ayudando en el manejo de las secuelas post tratamiento). A su vez, el ejercicio Kegel (que consiste en el fortalecimiento del músculo pélvico a través de la tensión y relajación del músculo) permite abordar la incontinencia urinaria (Leask *et al.*, 2008).

A continuación, se realiza una descripción de las teorías subyacentes al constructo del estrés, debido a su impacto en la salud de las personas con y sin enfermedades crónicas.

### **3.9 Teorías del estrés**

El estrés fue definido por Selye en 1965 como las respuestas corporales ante una demanda de cambio. Posteriormente, este mismo autor introdujo el término eustrés para referirse al estrés positivo, o el estrés que permite que el individuo se adapte ante las demandas de cambio. Por lo tanto, el eustrés es una respuesta de estrés a corto plazo. Por otro lado, el distrés se define como el estrés crónico o a largo plazo, ya que la persona afrontó de forma desadaptativa las demandas de cambio (Li, Cao y Li, 2016). Ante un afrontamiento desadaptativo, Selye propuso el Síndrome de Adaptación General.

El instituto de Psicología Ambiental (2019) describe el Síndrome de Adaptación General de Selye como el conjunto de síntomas de estrés y adaptación que experimentan las personas con alguna enfermedad o lesión. Dentro de esta teoría, existen tres fases principales: de alarma, resistencia y agotamiento. En la fase de alarma, el cuerpo percibe una situación estresante, por lo que desarrolla mecanismos fisiológicos de estrés para poder enfrentar la consecuencia de la situación. A su vez, esta respuesta se influye por variables ambientales que modulan el estímulo aversivo, variables de afrontamiento y de personalidad de la persona (por ejemplo, una persona

con historial ansioso), la amenaza del estímulo, y el sentido de control sobre la situación estresante.

Posteriormente, en la fase de resistencia la persona se empieza a adaptar al estímulo estresante. Por lo tanto, la persona utiliza procesos cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos que reparan el estrés generado en el cuerpo. En este proceso de adaptación hay un coste de afrontamiento, ya que la persona puede quedar con diversas secuelas, como una menor tolerancia a la frustración, desarrollo de trastornos físicos (como resultado del aumento de cortisol en el cuerpo), entre otros. Por último, el agotamiento surge como una consecuencia a largo plazo de un proceso de inadaptación. Es decir, la persona no pudo acoplarse al evento estresante, por lo que va a desarrollar una serie de trastornos psicológicos o fisiológicos, producto de su inadaptación ante el estímulo estresor (Psicología ambiental, 2019).

Desde la neurofisiología, el estrés es una respuesta a un estímulo desencadenante, con el propósito de que el cuerpo realice cambios para poder sobrevivir ante este nuevo estímulo. Se ven alterados los sistemas metabólicos, del sistema nervioso central, autonómico, neuroendocrino, y del sistema inmune. La variación se media por el sistema alostático, que se compone del sistema Hipotalámico-Pituitario-Adrenal o HPA, y el sistema ANS o autonómico. El sistema HPA se desencadena cuando en los sistemas sensoriales cerebrales hay una percepción de un estímulo estresor, que activa sistemas neurales y endocrinos a través de mecanismos límbicos. El sistema límbico se asocia con funciones emocionales y de la memoria, por lo que se involucra con la evaluación del estímulo estresor (Nagy, 2015).

Similarmente, la experiencia del estrés se procesa a través de la interacción entre la corteza prefrontal, el hipocampo y la amígdala. Además, se tiene información desde el tronco del encéfalo, para regular mecanismos homeostáticos como la glucosa y oxígeno en sangre, o el

volumen y balance de electrolitos. A su vez, el hipotálamo libera neuropéptidos (hormona liberadora de corticotropina y vasopresina-arginina). Estos péptidos se trasladan a la glándula pituitaria, en donde se estimula la secreción de la hormona adrenocorticotropina (ACTH). Esta hormona entra al torrente sanguíneo para llegar a la corteza adrenal, donde se producen glucocorticoides como el cortisol (Nagy, 2015).

Se estima que casi todas las células del cuerpo tienen una alta afinidad al cortisol, por lo que esta hormona puede pasar por la barrera hematoencefálica y entrar al sistema nervioso central. A su vez, las áreas cerebrales implicadas en la respuesta del estrés (hipocampo, hipotálamo, amígdala y corteza frontal) poseen muchos receptores de cortisol, por lo que son fácilmente estimuladas ante la presencia de este. El anterior proceso se le conoce como un sistema de retroalimentación negativo, ya que a través de esta sensibilidad a la hormona es que se incrementa su respuesta (Nagy, 2015).

Cuando se desencadena el proceso neurofisiológico del estrés, este se puede producir debido a aspectos psicológicos asociados a la realización de alguna tarea (cognitiva y conductual) y puede conllevar a estados emocionales (distrés, miedo, ansiedad, tristeza) (Nagy, 2015). En Moscoso (2009), se menciona que ante un evento estresor, puede haber una respuesta conductual (basado en el estilo de vida: dieta, ejercicio físico, consumo de drogas) que se encuentra mediada por respuestas individuales (personalidad, cultura, educación, género, estrato socioeconómico).

Teniendo en cuenta los tipos de afrontamiento propuestos por Selye y las variables neurofisiológicas, Lazarus y Folkman (citados en Folkman y Greer, 2000) propusieron en 1986 el modelo transaccional del estrés. Este modelo describe que, ante un evento, las personas con sus características personales (autoestima y autoeficacia) pueden tener una valoración del evento,

como amenazante o como un reto a sobrellevar. Además, influye el apoyo social percibido sobre la percepción del estrés y la autoeficacia. A su vez, el estrés conlleva en la aparición de sintomatología física en el individuo si se mantiene de forma crónica (distrés) (Folkman y Greer, 2000).

Ahondado en los tipos de afrontamientos, se define que hay dos tipos: afrontamiento basado en las emociones (evento amenazante) o basado en los problemas (evento retador). En el segundo tipo, el evento resultante es procesado por la persona como proveedor de una resolución favorable, que lleva a una emoción positiva. Por otro lado, en el primer tipo de afrontamiento, el evento estresante brinda una resolución no favorable, o sin resolución alguna, que conlleva al distrés. Sin embargo, el afrontamiento basado en emociones puede cambiarse si la persona entra en un estado de ajuste. Lo anterior tiene como consecuencia volver al inicio del modelo, donde el evento se ve como un reto. Es decir, el distrés también puede facilitar que el afrontamiento cambie de tipo emocional a uno basado en problemas, y esto, a su vez, mejoraría la adaptación ante el evento estresor (Lazarus y Folkman, citado en Folkman y Greer, 2000). Seguidamente, se brinda mayor explicación sobre la autoeficacia.

### **3.10 Autoeficacia**

Ante problemáticas, las personas seleccionan prioridades y exigencias del contexto para desarrollar un afrontamiento que cumpla con sus metas y valores, a la misma vez que satisfacen presiones sociales, necesidades físicas y psicológicas propias. Las personas con alta autoeficacia perciben estímulos estresores como retos o como oportunidades para resignificar su vida. En contraste, las personas con baja autoeficacia perciben los estímulos estresores como una amenaza y desestiman la autogestión de resolución de la problemática (Bandura, 2009). Si las personas no creen que pueden solventar sus problemáticas, las personas entran en estado de distrés y el

afrontamiento se vuelve desadaptativo (Bandura, 1989). Es decir, la baja autoeficacia puede conllevar a que la persona desarrolle un estado de distrés.

### **3.11 Distrés**

El término de distrés se entiende como una experiencia emocional no agradable de tipo psicológico (cognitivo, conductual o emocional), social o espiritual, que tiene afectaciones en el afrontamiento al cáncer, en los síntomas físicos y en el tratamiento. El distrés es parte de un espectro, que puede abarcar en un principio desde emociones esperables de desesperanza, tristeza y miedo, a posteriormente problemas mayores que pueden afectar la funcionalidad de las personas. Esto debido a que, en esta parte del espectro, la persona llega a enfocar su cotidianeidad en relación con el cáncer y no puede retornar a su vida funcional anterior a la enfermedad. Estas dificultades se pueden expresar en una pérdida del autocuidado, aislamiento social y empeoramiento del manejo emocional. Entre las consecuencias asociadas al distrés, se puede disminuir la calidad de vida, empeorar la salud, afectar las decisiones del tratamiento, entre otros. No obstante, el distrés es una reacción esperable de padecer cáncer; las personas con cáncer padecen distrés en algún momento de su proceso de enfermedad (*National Comprehensive Cancer Network, 2017*).

Según el lineamiento del *National Comprehensive Cancer Network* (2017), las consecuencias del distrés son: 1- tristeza, miedo, desesperanza 2- enojo, sentirse sin control propio 3- cuestionarse su fe, su propósito y el significado de la vida 4- alejarse de muchas personas 5- tener constantes preocupaciones sobre la enfermedad 6- tener preocupaciones sobre su rol social (como madre, padre, entre otros) 7- bajo apetito, sueño o concentración 8- presentar depresión, ansiedad o pánico 9- tener constantes pensamientos sobre la enfermedad y la muerte.



El *National Comprehensive Cancer Network* (2017) describe factores que aumentan la probabilidad de padecer distrés: síntomas no controlados, otra enfermedad además del cáncer, daño cognitivo, acceso limitado a la salud, problemas de comunicación, problemas económicos, problemas espirituales, y conflictos familiares. Además, otros factores son: no tener una red de apoyo, tener niños pequeños, sufrir de violencia física o sexual, tener un diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias (alcohol u otras drogas), y tener un diagnóstico de trastorno mental (como ansiedad o depresión).

Orom *et al.* (2015) menciona que factores asociados al distrés emocional en pacientes con cáncer de próstata son: baja autoeficacia para la solución de problemas, baja confianza en el control del cáncer, amenaza a la identidad masculina y factores emocionales (baja resiliencia y bajo optimismo). Como fue mencionado anteriormente, un estudio meta-analítico que utilizó 1,281,393 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, reportó un aumento de la incidencia del suicidio cuando los pacientes eran mayores a 75 años y eran tratados con terapia anti-hormonal ( $p < 0.001$ ). También se describió un incremento de 2.01 del riesgo de suicidio en hombres con diagnóstico de cáncer de próstata, especialmente durante los primeros 6 meses ( $p < 0.001$ ) (Guo *et al.*, 2018).

Debido a las consecuencias y factores de riesgos asociados al distrés en pacientes con cáncer, es por ello importante que el sistema de salud cuente con profesionales especializados. A esta especialización se le conoce como psico-oncología.

### **3.12 Psicología Oncología**

Alvarado y Ochoa (2011) describen que la Psico-Oncología tuvo sus orígenes en los años cincuenta en el área de Psiquiatría de *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* de Nueva York, Estados Unidos, con los profesionales Sutherland, Mastrovito y Jimmie Holland. La psico-

oncología se basa en la inter y multidisciplinariedad debido a que estos profesionales deben tener conocimientos en la aplicación de las distintas disciplinas (enfermería oncológica, cirujano oncológico, radiólogo oncológico, médico internista, trabajador social, farmacéuta, entre otros) que abordan al paciente con cáncer. Este conocimiento es utilizado para mediar entre el equipo profesional en salud oncológica y el paciente, en diversas materias de suma importancia para el proceso médico (adherencia al tratamiento, comunicación con otros profesionales, derechos de los pacientes, entre otros). Con el propósito de ofrecer un abordaje integral en todos los aspectos psicosociales en que se envuelve la persona que padece cáncer, en las fases de evaluación, tratamiento, seguimiento y en manejo paliativo.

Robert, Álvarez y Valdivieso (2013) describen que el profesional de psico-oncología interviene en la prevención del burnout y el autocuidado, fomenta estrategias de afrontamiento para una mejor adaptación a la enfermedad, y facilita grupos de apoyo. Además, se menciona que el paciente oncológico requiere de: un abordaje sobre su ansiedad, validación y normalización de emociones, escucha activa, reconocimiento y reforzamiento de estrategias de afrontamiento previamente y/o actualmente utilizadas, y un trabajo sobre la red de apoyo (familia), desarrollo de un espacio de contención.

Medina y Alvarado (2011) mencionan que la psico-oncología aborda el manejo del estrés emocional asociado al cáncer y tiene como objetivos: 1- Evaluar e intervenir en aspectos psiquiátricos, psicológicos, culturales, sociales, económicos, espirituales, y sexuales de los pacientes oncológicos en los distintos estadios del cáncer: diagnóstico, tratamiento, remisión, recaída, terminal, agonía, y muerte. 2- Abordar las variables conductuales, psicológicas y sociales del cáncer y su morbilidad y mortalidad. 3- Incentivar las investigaciones en el tema para desarrollar prácticas clínicas de calidad ética y profesional.

En Rebolledo y Alvarado (2006) se agrega que el profesional en psicología oncológica desarrolla intervenciones que fomenten el manejo del estrés en los pacientes oncológicos. Esto debido a que el paciente puede quedar aturdido por la carga social y psicológica del cáncer, los procesos médicos, el manejo por parte del personal de salud y las secuelas de los tratamientos, entre otros aspectos. Por lo tanto, se busca que el paciente pueda desarrollar un afrontamiento activo al proceso de ajuste después del diagnóstico oncológico.

Para lograr el afrontamiento activo, el paciente debe: recibir orientación sobre su proceso médico, contar con información suficiente (que esta sea comprensible según su particularidad educativa y cognitiva) sobre su enfermedad, los tratamientos y sus secuelas, recibir una evaluación de sus recursos psicológicos (para determinar si requiere de acompañamiento en algún aspecto), se le deben de respetar sus condiciones culturales y socioeconómicas, y tiene que contar con apoyo espiritual. De igual forma, el abordaje multidisciplinario al paciente oncológico debe tomar en cuenta que, dentro de su contexto, su sistema familiar puede incidir en el afrontamiento, ya que cada miembro del sistema puede poseer comportamientos y actitudes variados que fortalecen o debilitan el manejo del paciente en su proceso de enfermedad (Rebolledo y Alvarado, 2006).

Die Trill (2013) añade que el profesional en psico-oncología debe realizar intervenciones eficaces dirigidas a los pacientes hemato-oncológicos. Estas intervenciones deben basarse en aliviar el sufrimiento del paciente y asegurar su calidad de vida. Para lograr este objetivo, el psico-oncólogo debe conocer sobre técnicas psicoterapéuticas, así como poder adaptarlas al contexto del paciente. Además, el psico-oncólogo debe estar enterado sobre el proceso médico del paciente y estar en constante comunicación con el personal sanitario oncológico.

A su vez, el psico-oncólogo tiene una labor docente dentro del contexto hospitalario, que radica en formar al personal de salud en los aspectos psicológicos de los pacientes; por ejemplo, que aprendan a identificar si algún paciente posee una afectación en su salud mental y en cómo comunicar las malas noticias. Por último, el profesional en psicología oncológica posee una tarea de investigación que consiste en realizar estudios que beneficien al paciente oncológico (por ejemplo, en el manejo del estrés o en la calidad de vida) (Die Trill, 2013).

En Die Trill (2003) se menciona que tanto el profesional en psico-oncología como el resto del personal de salud de oncología, deben tomar en cuenta las particularidades culturales de cada paciente oncológico. Esto debido a que los aspectos culturales median en el afrontamiento de la persona al cáncer en los siguientes aspectos: el rol de la familia en el apoyo brindado al paciente, las causas del cáncer, los rituales de duelo, las actitudes ante la muerte, las actitudes ante el dolor, y la recepción de información médica.

A través de un estudio sistemático, se ha mostrado que la psico-oncología realiza intervenciones con evidencia en el manejo del estrés psicológico de pacientes con cáncer de próstata recién diagnosticados. El estrés en estos pacientes usualmente resultaba producto de la incontinencia urinaria, disfunción eréctil, poca confianza en sí mismos, y problemas de pareja. Se encontró que las intervenciones fomentaron un mejor afrontamiento de la enfermedad en problemas específicos al cáncer de próstata, una reducción de los síntomas depresivos y la baja autoconfianza, una mejor comunicación con las parejas, y un mayor bienestar psicológico y físico de las parejas de los pacientes (Fritzsche, Diederich y Schultze-Seemann, 2008).

En consecuencia, los profesionales en psico-oncología tienen cabida en el manejo del estrés de los pacientes oncológicos, y también en los pacientes con cáncer de próstata.

Seguidamente, se describe el enfoque cognitivo conductual, ya que este cuenta con evidencia científica para el abordaje de pacientes con cáncer (Howell *et al.*, 2015; Oraá *et al.*, 2013).

### **3.13 Psicología cognitivo conductual**

El objetivo principal de la psicología cognitivo conductual (PCG) es generar cambios conductuales, cognitivos o emocionales en las personas, modificando o eliminando conductas desadaptativas, enseñando conductas adaptativas al entorno. Entendiendo que estas conductas desadaptativas han surgido a través de procesos de aprendizaje en el contexto e historia de la persona. Otro principio importante por considerar es que la conducta se entiende como tal desde sus subcomponentes (conductuales, cognitivos, fisiológicos, y emocionales) que deben ser sujetos a la medición o evaluación (de forma directa o de forma indirecta) (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

La PCG se conceptualiza como la aplicación del modelo científico a la psicología clínica, ya que se basa en los principios de la experimentación y validación empírica de sus técnicas y procedimientos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Adicionalmente, la terapia cognitivo conductual, se ha implementado en pacientes oncológicos adultos mayores, realizando un énfasis en la identificación y debate de distorsiones cognitivas (Baider, Weiss, Holland, 2015). Seguidamente, se especifican técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales implementadas en la práctica dirigida.

#### **3.13.1 Componentes de la relación terapéutica**

Bados y García (2011) describen que una relación terapéutica se basa en la reciprocidad de emociones de respeto, agrado y comprensión. Para lograr esto, se debe entablar un sentimiento de trabajo en conjunto, basado en el vínculo emocional positivo y en el acuerdo mutuo sobre los objetivos de la intervención y la realización de tareas terapéuticas. Además, una

relación terapéutica se basa en las necesidades expresadas por el paciente, no es una relación altruista (es una relación profesional), y posee reglas formales de funcionamiento adscritas a un marco regulatorio institucional y de ética profesional. De igual forma, el terapeuta debe estar abierto a comprender a la persona dentro de su contexto, tanto sobre sus relaciones interpersonales, como sus particularidades culturales, educativas y socioeconómicas.

Adicionalmente, Bados y García (2011) describen que un componente fundamental en el proceso terapéutico es la escucha activa. Esta se define como la recepción cabal del terapeuta hacia los mensajes comunicativos (verbal y no verbal) del consultante. Los autores describen que la escucha activa es un componente esencial de la empatía. Esta se define en primer lugar, como la comprensión que tiene el terapeuta sobre el marco de referencia del consultante, así como sus emociones, percepciones y comportamientos. En segundo lugar, la empatía implica la comunicación de la comprensión sobre las emociones y significados latentes o manifiestos del consultante. Para lograr la comprensión del terapeuta sobre su consultante, se debe emplear la escucha activa, el reflejo, la síntesis o recapitulaciones, las preguntas clarificadoras, y se debe tomar en cuenta los aspectos que son prioritarios para el paciente.

### **3.13.2 Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva**

La relajación como técnica sirve para obtener una reducción gradual de la activación corporal a través de un equilibrio del sistema nervioso autónomo, que incide en los sistemas automáticos y hormonales. La influencia que ejerce la relajación sobre el sistema nervioso autónomo modula el sistema simpático y parasimpático. Por un lado, el sistema simpático es el encargado de modular sistemas de alerta y defensa (ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, circulación de la sangre, tensión tejidos musculoesqueléticos, etc.). Por otro lado, el sistema

parasimpático regula funciones de ahorro y reposo (ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, presión arterial, niveles de cortisol, entre otros) (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

El entrenamiento en respiración diafragmática ayuda a la regulación metabólica del cuerpo y fomenta un estado de reposo. Por otro lado, la relajación muscular progresiva permite disminuir los niveles de activación fisiológicos a través de la reducción de la tensión acumulada en los músculos. Para lograr esto, se tensan y relajan grupos musculares (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). De igual forma, estas estrategias clínicas ayuda al paciente a afrontar el dolor provocado por el cáncer (Valerio, 2016), para el manejo del estrés y la ansiedad (Penedo, Antoni, Schneiderman, 2008b) y para mejorar su calidad de vida en pacientes gerontológicos con cáncer de próstata y mama (Shahriari, Dehghan, Pahlavanzadeh y Hazini, 2017).

### **3.13.3 Reestructuración cognitiva**

Esta técnica permite que las personas modifiquen sus valoraciones ante eventos estresantes, que surgen producto de las distorsiones cognitivas (Penedo, Antoni, Schneiderman, 2008b). Las distorsiones cognitivas son pensamientos desadaptativos que influyen en el procesamiento de las situaciones y en la posterior conducta. Además, estas distorsiones pueden exacerbar el aspecto negativo de un acontecimiento, exagerar las consecuencias aversivas de una situación, o culpabilizar a los demás si no se resuelven los propios problemas. A su vez, los pensamientos desadaptativos conllevan a emociones de tristeza y odio que desencadenan en estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el aislamiento, conductas de evitación, escape, o consumo de sustancias psicoactivas (Carrasco y Espinar, 2009).

Por lo tanto, con esta técnica se busca que el paciente llegue a cuestionarse sobre los pensamientos globales e inmodificables dentro de su repertorio cognitivo que le generan malestar, y ante esto, proveer cogniciones adaptativas que lo distancien del malestar psicológico

(Carrasco y Espinar, 2009). Una de las formas más comunes para realizar la reestructuración cognitiva, es enfocada en el debate socrático, donde el terapeuta facilita que la persona se cuestione a sí misma, con el propósito que el paciente tenga conocimiento de sus distorsiones cognitivas y emplee métodos cognitivos de debate ante los pensamientos automáticos y centrales (Bados y García, 2010).

#### **3.13.4 Habilidades sociales**

Las habilidades sociales se basan en el fundamento teórico de los derechos humanos, bajo los cuáles se entiende que todas las personas son iguales entre sí por mandatos internacionales. Por lo tanto, a la hora de entablar un proceso de comunicación, los seres humanos deben actuar con respeto. Es importante recalcar que la comunicación posee un componente no-verbal (movimientos corporales, expresiones faciales, entre otros) y verbal (tono de la voz, orden de las palabras, etc.) A su vez, la comunicación se divide en asertiva y no asertiva. La comunicación no asertiva puede implicar una posición agresiva (defensa propia derechos por encima de los derechos de los demás) o una posición pasiva (no velar por sus propios derechos). Además, hay componentes de agresión directa (ofensas verbales, insultos, amenazas, humillación, hostilidad) o agresión indirecta (sarcasmo, rencor, murmuraciones). Por otra parte, la conducta asertiva implica la expresión de las propias emociones y pensamientos sin irrespetar los derechos de los demás (Caballo, 2007).

De igual forma, es relevante mencionar la Teoría del Aprendizaje Social. En esta teoría se describe cómo los comportamientos actuales de las personas han sido moldeados por eventos pasados en donde hubo procesos de reforzamiento positivo, castigo positivo, aprendizaje vicario, aprendizaje observacional, entre otros. En consecuencia, todo comportamiento de comunicación ha sido instaurado en la persona debido a aprendizajes previos. De aquí que sea relevante el



quehacer profesional de la psicología para modificar patrones de comportamientos no adaptativos y aumentar la probabilidad de patrones de comportamiento adaptativos (Caballo e Irurtia, 2009).

Por lo tanto, el entrenamiento en habilidades sociales fortalece los procesos de comunicación, al desarrollar habilidades de comunicación asertiva (Caballo e Irurtia, 2009), permitiendo así una mejor comunicación con los profesionales de salud, su red de apoyo y la adherencia al tratamiento (Penedo, Antoni, Schneiderman, 2008b). En Holas *et al.* (2016) se resalta que el entrenamiento en habilidades sociales es necesario para las intervenciones psicológicas hacia personas que cuentan con problemas de relaciones interpersonales.

### **3.13.5 Abordaje del dolor**

El dolor es una experiencia de malestar sensorial y emocional, que se asocia con el daño o irritación de algún tejido del cuerpo (causa orgánica) o sin daño de tejidos aparente (llamado dolor psicogénico). Además, el dolor es una experiencia subjetiva que se ha moldeado a través de las experiencias previas individuales (orgánicas y psicogénicas); por lo tanto, dos personas pueden tener distinto grado de dolor ante un mismo daño de tejidos. Por otra parte, el dolor puede ser agudo o crónico (Sarafino y Smith, 2010). Desde un enfoque paliativo, se ha utilizado el término dolor total para hacer referencia al agregado de dolor desde el ámbito físico, social, psicológico y espiritual que puede llegar a experimentar el paciente de manejo paliativo, aumentando su sufrimiento significativamente (López y Rivera, 2018).

Se han llegado a implementar estrategias para aliviar el dolor experimentado por los pacientes, producto de los procesos médicos y los síntomas de las enfermedades. Dentro de los métodos cognitivos, se encuentra la distracción. En la distracción se le pide a la persona que se enfoque en otro estímulo ambiental que no induce al dolor (por ejemplo, ver televisión al mismo

momento en que se tiene dolor), teniendo en cuenta que, si la persona se enfoca en demasía sobre la percepción del dolor, esta suele acrecentarse (Sarafino y Smith, 2010).

Además, la persona puede utilizar imaginiería mental para pensar sobre algo que no le induce dolor, por ejemplo, imaginar que está en la playa o en un lugar agradable. Por último, la persona puede ser entrenada en la redefinición de su dolor, al sustituir pensamientos de amenaza y angustia, por pensamientos constructivos y realistas sobre su dolor (afirmaciones de afrontamiento: el dolor es temporal, lo voy a poder superar; afirmaciones de reinterpretación: no es tan malo, no es lo peor que podría pasar) (Sarafino y Smith, 2010). En la revisión sistemática de Newell, Sanson-Fisher, y Savolainen (2002) se describe que la imaginiería guiada y el entrenamiento en relajación proveen beneficios para abordar los efectos físicos de los pacientes.

### **3.13.6 Manejo del estrés y la ansiedad**

En Sarafino y Smith (2010) se describe que los profesionales en psicología, desde la perspectiva cognitivo-conductual, se han encargado de entrenar a los pacientes en técnicas de manejo del estrés y la ansiedad, tanto previo a los procedimientos médicos, como durante su hospitalización. Se ha visto que el entrenamiento en control cognitivo (aprender a reconocer señales de su propia ansiedad y formas de cómo afrontarlas cuando ocurren) y en control informativo (aprender sobre los procedimientos y las sensaciones que pueden esperar a través de material impreso y discusiones con los terapeutas) ayuda a los pacientes antes de un procedimiento no invasivo como la colocación de un catéter (Kendall *et al.*, 1979) o una endoscopia (Johnson & Leventhal, 1974).

Los anteriores entrenamientos (en control cognitivo e informativo) también se han mostrado eficaces en la preparación psicológica antes de las cirugías, y en conjunto con un entrenamiento conductual. El entrenamiento conductual se enfoca en la realización de

actividades de autocuidado durante o después del procedimiento, como a través de ejercicios de respiración (Marteau & Weinman, 2004; Thompson, 1981).

A su vez, el protocolo de *Cognitive-Behavioral Stress Management (CBSM)* según Penedo, Antoni y Schneiderman (2008a; 2008b) definen guías de intervención psicológicas a pacientes con cáncer de próstata en modalidad grupal a través de 10 sesiones. En el protocolo, se entrena a los pacientes en: 1- percepción de respuesta del estrés y sensaciones físicas asociadas 2- psicoeducación 3- relajación muscular progresiva 4- respiración diafragmática 5- abordaje de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas 6- psicoterapia sexual 7- comunicación asertiva 8- entrenamiento autogénico e imaginación 9- meditación de mindfulness 10- manejo del enojo, 11- fortalecimiento de la red de apoyo. Se ha encontrado que la aplicación del protocolo mejora en los pacientes su calidad de vida (Penedo *et al.*, 2006), bienestar emocional (Oraá *et al.*, 2013) funcionamiento sexual, estrés y fatiga (Chambers *et al.*, 2017).

### **3.14 Psicoeducación**

La psicoeducación es una herramienta ampliamente utilizada para que las personas desarrollen estrategias adaptativas a través de la adquisición de información asociada a su problemática (Bulacio, Vieyra, Álvarez, Benatuil, 2004). Rebolledo y Alvarado (2006) describen que la psicoeducación aplicada a pacientes con cáncer ayuda a que logren una mayor percepción de control sobre su enfermedad, al reconocer recursos externos e internos que pueden implementar, para desarrollar un afrontamiento adaptativo ante el desajuste del proceso oncológico. Específicamente, la psicoeducación en los pacientes con cáncer de próstata permite que tengan un mejor entendimiento de su enfermedad, una mejor adherencia al tratamiento, menos ansiedad y mayor sensación de control (Penedo, Antoni, Schneiderman, 2008b).

### **3.15 Terapia grupal y apoyo entre pares**

Cunningham (1995) describe que la terapia psicológica de grupo mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer, recomendado que sea un tratamiento adyuvante en el abordaje del paciente oncológico. Las terapias de grupo con mayor eficacia son: psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento conductual en habilidades de afrontamiento. Sobre el abordaje grupal de pacientes con cáncer de próstata, se describe que a los hombres no les gusta verse emocionalmente vulnerables ante otros debido a su socialización masculina, ya que deben asumir un rol de poder, control y fuerza. Por lo tanto, se ha visto que los pacientes con cáncer de próstata asisten más a los grupos de apoyo que brindan información y que no se centren en la expresión emocional (Weber, Roberts, McDougall, 2000).

A pesar de que los tratamientos oncológicos contra el cáncer de próstata pueden desarrollar secuelas en las áreas descritas anteriormente (por ejemplo, en la sexualidad y en la incontinencia urinaria), los pacientes no buscan ayuda. Se ha visto que los hombres con cáncer de próstata pueden llegar a tener una red de apoyo reducida, especialmente si son adultos mayores que ya se han retirado de su vida laboral. En consecuencia, los grupos de apoyo pueden permitir que estos pacientes tengan intercambio interpersonal con otras personas que han pasado por procesos de tratamiento oncológicos similares. A partir de la interacción con iguales mediada por un profesional, los participantes pueden llegar a adquirir información sobre sus emociones, a entender mejor su enfermedad y a desarrollar estrategias de afrontamiento (Weber, Roberts, McDougall, 2000).

Enfocando específicamente sobre el aspecto del apoyo entre pares brindado por el espacio grupal, se ha encontrado a través de una revisión sistemática que éste ayuda a los pacientes con cáncer de próstata a sentirse identificados con otros iguales, a brindarse recomendaciones y

apoyo emocional entre sí (Chambers *et al.*, 2017). En una revisión sistemática se encontró que no hubo diferencia en la modalidad de aplicación de terapia de grupo o individual en pacientes con cáncer para mejorar su salud basada en la calidad de vida (*Quality of Health*), por lo que una intervención grupal brinda beneficios en los pacientes (Duncan *et al.*, 2016). Así mismo, en la revisión sistemática de Newell *et al* (2002) se describe que la terapia de grupo, psicoeducación y terapia cognitivo conductual provee el mayor beneficio en el abordaje psicológico del paciente oncológico.

### **3.16 Intervención en crisis**

La teoría de crisis explica que las personas llegan a sufrir una crisis cuando su balance psicológico se ve disrumpido. La crisis es un estado temporal de desorganización en donde la persona no es capaz de afrontar una situación desencadenante, ya que posee confusión y baja capacidad de resolución de problemas. La desorganización descrita puede ser cognitiva, conductual o emocional, y afecta la funcionalidad de la persona y su retorno a la vida cotidiana. Además, una crisis se desencadena porque hay un evento traumático que conlleva consecuencias sustanciales a la vida de la persona. De aquí que las personas puedan tener resultados negativos (baja autoestima, pérdida de control) o positivos (resiliencia, *insights*, aprendizaje de nuevas habilidades) (Dattilio y Freeman, 2007).

No obstante, puede haber personas que entren en períodos de crisis prolongados, inclusive padeciendo de trastornos mentales consecuentes como el estrés post traumático. Por lo tanto, la intervención en crisis busca la resolución psicológica de una persona ante una crisis, tratando, en la mayor medida, que la persona vuelva a su estadio funcional anterior. Para atender al paciente en crisis, se debe: abordar la inmediatez (asegurar que la persona en crisis esté a salvo), tomar control (hasta que la persona en crisis pueda estar segura por sí sola) y se debe de

evaluar la situación (entender las razones detrás de la crisis, qué pasó, cómo pasó; evaluar variables que pueden afectar el manejo de la situación). Similarmente, la terapia cognitivo conductual para la persona en estado de crisis se basa en: 1- el desarrollo de una relación terapéutica 2- evaluación de la severidad de la situación 3- reforzamiento de las habilidades/fortalezas de la persona 4- desarrollo de un plan de acción basado en la solución de problemas 5- puesta en prueba nuevas ideas y comportamientos que faciliten el proceso de afrontamiento ante la crisis (Dattilio y Freeman, 2007).

### **3.17 Terapia de duelo**

En *Canadian Cancer Society* (2019) se menciona que el duelo es el estado de sufrir la muerte de un ser querido, y se caracteriza por dolor y luto. Es una reacción esperable ya que la persona en luto afronta la pérdida de las interacciones con la persona fallecida. A su vez, el luto es la expresión de los rituales asociados al dolor. El proceso del duelo puede variar de persona en persona y se debe a: 1- tipo de muerte (esperable o inesperada) 2- relación con la persona fallecida 3- bagaje cultural, espiritual y psicológico 4- experiencias previas ante el duelo 5- red de apoyo.

En el duelo, puede haber emociones de desesperanza, miedo, ansiedad, enojo, culpa, confusión, tristeza, aislamiento, soledad, incertidumbre y *shock*. El duelo anticipado puede deberse ante un deterioro funcional y físico del paciente con cáncer, y puede llegar a extenderse aún después de su recuperación. Sin embargo, el duelo anticipado también puede facilitar el proceso de pérdida, permite el fortalecimiento de la cercanía emocional, y la realización de tareas inconclusas para el paciente oncológico en estado terminal (*Canadian Cancer Society*, 2019). A su vez, Underwood (2004) describe que el duelo complicado se caracteriza por la negación, represión o evitación de la pérdida; o lo contrario, el aferrarse a la pérdida de la persona,

limitando incluso, su propia funcionalidad. El duelo complicado puede darse cuando hay una muerte inesperada, el vínculo con la persona fallecida es muy cercano, y se ha tenido más de una pérdida.

Además, Underwood (2004) describe que en la terapia de duelo grupal, se debe: 1- proveer a los participantes de seguridad, apoyo y escucha activa 2- educar sobre el proceso de duelo 3- normalizar y validar las reacciones de los participantes ante el duelo, entendiendo el impacto que éste ha tenido a su cotidianidad 4- anticipar y preparar a los miembros para los futuros retos después de concluido el taller y 5- facilitar la solución de problemas ante el proceso de duelo.

En Steiner (2006) se evaluaron los reportes de participantes de talleres de duelo, y se encontró que los participantes percibían más apoyo cuando: tenían oportunidades de expresión, se les escuchaba atentamente, podían compartir sus experiencias con otras personas que estaban pasando por el mismo proceso y que les iban a entender (apoyo informal), recibían apoyo formal (profesionales de la salud), educación y validación. Además, se reportó que las personas se beneficiaban cuando los participantes se mantenían en contacto aún después de concluido el taller.

### **3.18 Psicoterapia sexual en el paciente con cáncer**

Hoole, Kanatas y Mitchell (2015) describen que los pacientes oncológicos han tenido que afrontar las secuelas de los tratamientos por períodos prolongados de su vida. Una de estas secuelas ha sido en la vida sexual. Desde la antigüedad, la sexualidad ha sido catalogada como un tabú social, inclusive, pasando a ser concebido como algo meramente biológico. Sin embargo, aunque no se puede negar el componente biológico, la integración de la psicología y la medicina, han permitido el abordaje biopsicosocial de las personas con problemáticas sexuales.

En la psicoterapia sexual desde el enfoque cognitivo-conductual se abordan problemáticas sexuales específicas de personas en una relación de pareja, o solteras, a través de intervenciones psicosociales, conductuales, la psicoeducación y la realización de tareas para la casa. Además, se ha encontrado eficacia de las intervenciones farmacológicas. Por su parte, el terapeuta psicosexual que aborda pacientes con cáncer debe preguntar por el historial de experiencias sexuales, para entender si el motivo de consulta es producto del proceso oncológico (problema secundario), o del pasado (problema primario) (Hoole *et al.*, 2015).

### **3.19 Terapia psicológica adyuvante**

Esta terapia desarrollada por Greer & Moorey (1997) se compone de técnicas cognitivo-conductuales y pretende abordar las reacciones emocionales ante el diagnóstico y posteriores estadios de la enfermedad oncológica. Dentro de las secuelas psicológicas relevantes, se mencionan: la pérdida de control, la constante amenaza a la propia vida, y la amenaza a la autoimagen. Se parte de la terapia cognitiva de Beck, en donde el paciente se enfrenta a sus distorsiones cognitivas y pensamientos disfuncionales. Además, el paciente se enfrenta al significado social (connotación negativa) sobre el cáncer, la percepción, y el estilo de afrontamiento (las estrategias para reducir el malestar experimentado) (Greer & Moorey, 1997).

La terapia psicológica adyuvante dura seis sesiones de una hora cada una, y se basa en: inducir al paciente en un espíritu de lucha (determinación de no dejar de luchar, querer retomar su funcionalidad, deseo de participar y aprender del propio proceso oncológico), el fortalecimiento de la expresión de las emociones (ventilar las emociones), estrategias conductuales (retorno a las actividades cotidianas y realización de actividades placenteras; por ejemplo, activar su red de apoyo), y estrategias cognitivas (registro de pensamientos) (Greer & Moorey, 1997).



#### 4. Contexto institucional

La práctica dirigida se realizó en el Hospital México, institución hospitalaria inaugurada el 19 de marzo de 1969 por donaciones mexicanas, inscrita a la Caja Costarricense de Seguro Social. Este hospital pertenece al nivel terciario de intervención en salud, que corresponde a servicios de mayor complejidad y especialización, servicios de índole curativa, preventiva y de rehabilitación. Además, cuenta con alrededor de 600 camas (Caja Costarricense de Seguro Social, 2018a). Este nivel de atención tiene aproximadamente un 42% de los egresos de pacientes de hospitales (Santacruz *et al.*, 2004). Se describe con las siguientes citas aspectos relevantes a la presente práctica sobre la misión y visión de la institución:

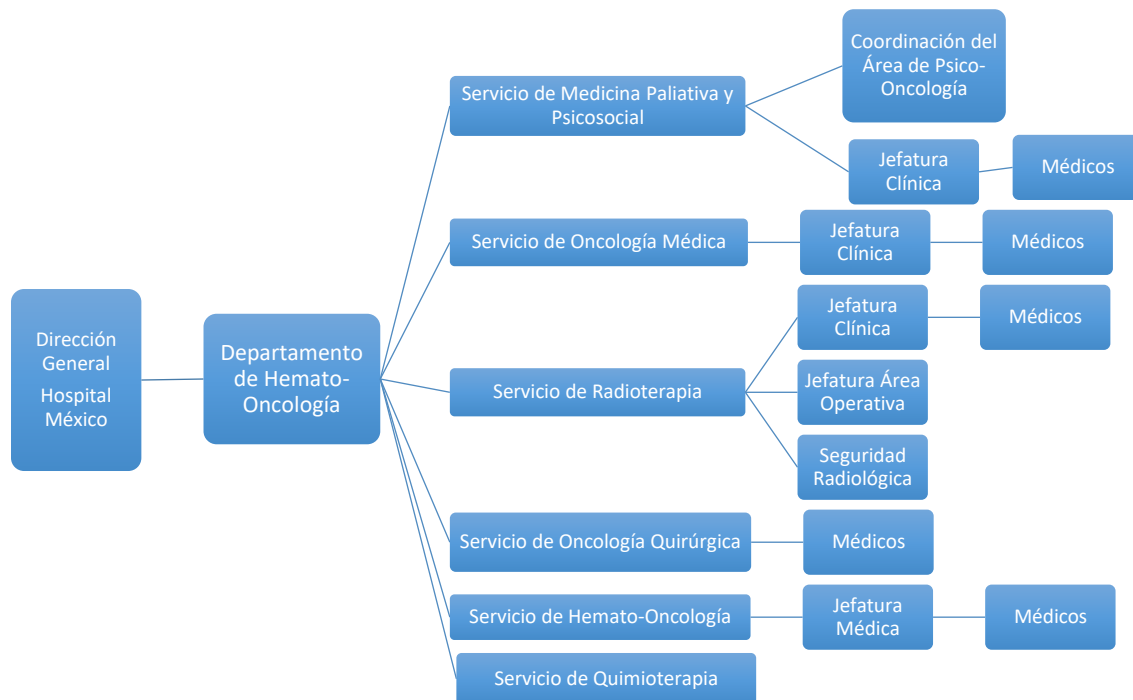
Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad... mediante: 1. El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la CCSS: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad, Equidad y Subsidiaridad. 2. El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2018b).

Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2018b).

De la misión y visión de la CCSS, se reconoce la importancia de realizar las intervenciones en el contexto del sistema de salud pública, desde la ética, alta calidad profesional, y el respeto a los derechos humanos. El hospital cuenta con un sistema de atención de hospitalización de pacientes, y atención de consulta externa, donde existen atenciones

ambulatorias a los pacientes según cada área de padecimientos. El horario de atención de consulta externa es de lunes a viernes de 7:00am a 4:00pm. Dentro de las especialidades brindadas en consulta externa se encuentra consulta en psico-oncología (Valerio, 2017).

La presente práctica dirigida se realiza en el Departamento de Hemato-Oncología, el Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial, y el área de Psico-Oncología. En Valerio (2017) se menciona que este Departamento se empezó a implementar en el 2009-2010, debido al accidente de mal praxis en el servicio de radioterapia del Hospital San Juan de Dios en 1996. De esta forma, se aseguró que el sistema de salud costarricense brindara una atención especializada a los pacientes con cáncer (Organismo Internacional de Energía Atómica, 1999). A continuación, se demuestra el organigrama del Departamento:



*Figura 3:* Organigrama del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México. Fuente: Elaboración propia a partir de M. Rebolledo y R. Campos, comunicación personal, 28 de junio del 2018.

De la Figura 3 destaca la labor multidisciplinaria que ocurre dentro del Departamento de Hemato-Oncología, donde el jefe del Departamento es el Dr. Marco Williams. Como parte del trabajo multidisciplinario, se realizan sesiones clínico-médicas sobre los pacientes de distintos diagnósticos de cáncer, entre ellos cáncer de mama, próstata, gastrointestinal, neurocirugía, oncología, neumología (Valerio, 2017). Agregado a lo anterior, el Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico Oncología) es parte del hospital de día, servicio en el que laboran cuatro médicos generales, entre ellos el jefe del servicio, el Dr. Ricardo Fernández, y tres enfermeros (Valerio, 2017). Sobre el área de Psico-oncología, hay cuatro psico-oncólogos laborando (entre ellos el Dr. Campos, lector de la práctica dirigida), y donde la coordinadora es la Dra. Rebolledo (supervisora técnica de la práctica dirigida) (Valerio, 2017). El objetivo del área de Psico-oncología es:

Dar soporte psicosocial a los usuarios en todos los estadios de la enfermedad y tratamiento buscando una mejor calidad de vida; de modo que por medio de la atención especializada desde un enfoque integral bio-psico-socio-espiritual, se refuerce la adherencia al tratamiento y el afrontamiento al proceso (Valerio, 2017, p. 27).

Por lo tanto, la inserción profesional integra el aspecto biológico, psicológico, social y espiritual, para asegurar la calidad de vida de las personas que padecen cáncer.

## **5. Factibilidad y viabilidad de la práctica dirigida**

Se realizó la práctica dirigida por seis meses (enero a junio 2019) a tiempo completo en el Hospital México, Departamento de Hemato-Oncología, Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología) en San José, Costa Rica. Esta práctica se llevó a cabo en un contexto donde previamente se realizaron otras prácticas dirigidas de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica, que han sido de gran relevancia y pertinencia para las demandas del Departamento de Hemato-Oncología y sus pacientes. En estas prácticas se han abordado temas como la atención psico-oncológica a pacientes hemato-oncológicos (Salazar, 2015), a cuidadores de pacientes hemato-oncológico (Zeledón, 2016), la atención psico-oncológica enfocada en el distrés emocional (Valerio, 2017), y la atención psico-oncológica en modalidad grupal dirigida a pacientes sobrevivientes de cáncer de mama (Díaz, 2018). Por lo tanto, esta previa inserción facilitó la apertura para que el sustentante se insertara en el Hospital México, bajo la supervisión de la Dra. Rebolledo (coordinadora de Psico-Oncología).

Para la realización de los procesos de intervención psicológicos, se contó con los mismos espacios y recursos de los demás psico-oncólogos que trabajan en el Departamento de Hemato-Oncología, Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico Oncología). Los pacientes atendidos fueron dirigidos a través de la Dra. Rebolledo y el Dr. Campos (psico-oncólogos) y a través de las bitácoras del Servicio de Radioterapia (para los pacientes con cáncer de próstata que recibieron la atención psico-oncológica grupal). Los espacios utilizados fueron suministrados dentro de la misma infraestructura del hospital y según fueron las necesidades de las personas que se atendieron (consulta externa, en algún consultorio; atención a pacientes hospitalizados, en la cama del paciente). Los materiales didácticos, como folletos informativos, fueron suministrados por parte del sustentante.

## 6. Estrategia de intervención

### 6.1 Problema de intervención

La presente práctica dirigida retomó la problemática sobre el distrés oncológico que ha sido impulsada por trabajos previos universitarios en el Departamento de Hemato-Oncología, Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico Oncología), pero enfocado en pacientes masculinos con cáncer de próstata, y de forma individual y grupal. La idea de la práctica surgió producto de las recomendaciones del trabajo de Salazar (2015), donde se indica la posibilidad de realizar un espacio grupal para pacientes con cáncer de próstata. Esto debido a que existen nulas intervenciones, por parte del ámbito académico-clínico de la psicología, dirigidas a pacientes con cáncer de próstata en Costa Rica.

Como se ha expuesto en los apartados anteriores, el cáncer conlleva consigo un proceso de distrés, por lo que es importante que el personal sanitario brinde herramientas para facilitar su manejo. Esta propuesta de intervención fue recibida con anuencia en el hospital, debido a que no han existido trabajos profesionales psicológicos dirigidos a esta población. En el área de Psico-Oncología existía anteriormente la idea de realizar un espacio grupal para pacientes con cáncer de próstata (M. Rebolledo, R. Campos, comunicación personal, 24 mayo 2018).

La importancia de protocolizar las intervenciones psicológicas radica en que se puedan estandarizar, evaluar, y modificar cuando estas lo ameriten. Lo anterior en función de que todos los pacientes oncológicos reciban la misma calidad de intervención psicológica, bajo las mismas rigurosidades profesionales y éticas (*American Psychological Association*, 2017; 2018; Holland *et al.*, 2010) En resumen, dado a las condiciones anteriores, se establece un problema de trabajo, el cual se expresa desde la pregunta:

¿Cuál es el efecto de las técnicas cognitivo-conductuales en modalidad grupal e individual, en pacientes con cáncer de próstata que asisten al Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México?

La realización del planteamiento problema llegaría a responder a las necesidades psicosociales de la población, y a las demandas del Departamento de Hemato-Oncología (M. Rebolledo y R. Campos, comunicación personal, 28 de junio del 2018). Seguidamente, se definen los objetivos de la práctica dirigida.

## 6.2 Objetivos generales y específicos

Tabla 1: *Objetivos Generales y Específicos*

Objetivos Generales	Objetivos Específicos
1 Indagar sobre la atención psico-oncológica con técnicas cognitivo-conductuales a pacientes con cáncer de próstata	1.1 Revisar literatura nacional e internacional en bases de datos académicas sobre el abordaje psico-oncológico del cáncer de próstata 1.2 Sistematizar atención psico-oncológica con técnicas cognitivo-conductuales para el abordaje del cáncer de próstata
2 Elaborar protocolo de atención individual y grupal con técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del distrés en pacientes con cáncer de próstata en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México de Costa Rica	2.1 Seleccionar a pacientes con cáncer de próstata que atienden al área de Psico-Oncología, en consulta externa y en hospitalización 2.2 Determinar las condiciones contextuales (familiares, sociales, culturales, económicas, personales) en las que se encuentran los pacientes con cáncer de próstata 2.3 Elaborar material psicoeducativo de atención individual y grupal a pacientes con cáncer de próstata 2.4 Desarrollar protocolo de atención individual y grupal a pacientes con cáncer de próstata para el manejo del distrés basado en literatura, criterio de expertos y experiencias práctico-

	clínicas
3 Brindar atención psico-oncológica individual con técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del distrés en pacientes con cáncer de próstata del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital de México de Costa Rica	<p>3.1 Implementar intervención cognitivo conductual individual a través de protocolo a pacientes con cáncer de próstata</p> <p>3.2 Modificar protocolo de atención individual basado en experiencias práctico-clínicas</p>
4 Facilitar apoyo grupal a los pacientes con cáncer de próstata mediante psicoeducación y apoyo entre pares en el Hospital México de Costa Rica	<p>4.1 Implementar intervención grupal en psicoeducación y apoyo entre pares a través de protocolo en pacientes con cáncer de próstata</p> <p>4.2 Modificar protocolo de atención grupal basado en experiencias práctico-clínicas</p>
5 Evaluar protocolo de atención individual y grupal con técnicas cognitivo conductuales para el manejo del distrés en pacientes con cáncer de próstata en el Hospital México de Costa Rica	<p>5.1 Identificar valoración pre-intervención del distrés a través del Termómetro del Distrés en pacientes con cáncer de próstata que reciban atención individual</p> <p>5.2 Determinar valoración post-intervención de distrés a través del Termómetro del Distrés en pacientes con cáncer de próstata que reciben atención individual</p> <p>5.3 Comparar valoraciones pre y post intervención de distrés a través del Termómetro del Distrés en pacientes con cáncer de próstata que reciben atención individual</p> <p>5.4 Sistematizar vivencias sobre atención individual y grupal a través de implementación de protocolo en pacientes con cáncer de próstata</p>

---

Fuente: Elaboración propia, 2018

Además de los anteriores objetivos desarrollados previo al inicio de la práctica, se exponen los objetivos externos.

### **6.3 Objetivos externos**

1. Posicionar el quehacer de la psico-oncología en la atención del paciente oncológico en el Hospital México de Costa Rica
2. Incentivar la protocolización y estandarización de la atención psico-oncológica basada en técnicas cognitivo-conductuales según las distintas categorías de cáncer en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital de México de Costa Rica
3. Favorecer la creación de un espacio grupal permanente a pacientes con cáncer de próstata del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México de Costa Rica
4. Apoyar al equipo del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial del Hospital México en los Talleres de Duelo
  - 4.1 Gestionar la lista de asistencia y gafetes de los participantes en los Talleres de Duelo del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial del Hospital México
  - 4.2 Apoyar en la logística de las sesiones de los Talleres de Duelo del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial del Hospital México
  - 4.3 Desarrollar la tercera sesión del Taller de Duelo del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial del Hospital México
5. Asistir a la consulta externa y de hospitalización de los profesionales de psicología oncológica del Departamento de Hemato-Oncología, Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología) del Hospital México



6. Acudir a sesiones de los talleres de psicoprofilaxis preoperatoria a pacientes con cáncer de mama del Departamento de Hemato-Oncología, Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología) del Hospital México
7. Acudir a sesiones médicas clínicas del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México
8. Realizar una rotación observacional con el Servicio de Urología en consulta externa, en reuniones y en visita de pacientes hospitalizados
9. Apoyar administrativamente con el sistema Expediente Digital Único de Salud (EDUS) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) a la Organización No Gubernamental 'Asociación Proyecto Daniel'
10. Asistir al Segundo Simposio para Pacientes con Cáncer de Mama de la Asociación Costarricense de Oncólogos Médicos
11. Asistir al XXII Curso de abordajes de la atención integral de salud del adolescente 2019

En el siguiente apartado se describen los participantes de la práctica dirigida.

#### **6.4 Participantes**

Como criterio de inclusión se definió: personas con diagnóstico de cáncer de próstata que asistieron al Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México de Costa Rica y que han sido referidos al Servicio de Medicina Paliativa o al Servicio de Radioterapia. Además, deben de ser mayores a 40 años y ser procedentes de cualquier parte del país. Así mismo, pacientes en etapa de diagnóstico, tratamiento, remisión o recidiva del cáncer. El criterio de exclusión principal fue que no presentasen deterioro cognitivo aparente según el CIE-10, que imposibilite

su participación en los talleres a pacientes con cáncer de próstata. Se define la edad de 40 años o mayores, ya que se ha encontrado que desde esta edad se incrementan las probabilidades de padecer algún tipo de cáncer en hombres (Nicholas, 2000). Por lo tanto, se ha reportado que hasta un 70% de las personas diagnosticadas con cáncer de próstata son adultos mayores (Roth y Greenstein, 2015).

Los pacientes para las sesiones grupales fueron citados a través de las bitácoras del Servicio de Radioterapia, donde se encontraba una lista de personas que recibieron radioterapia contra el cáncer de próstata en el 2018 (así como de otros tipos de cáncer). De los participantes de las sesiones grupales, se citaron a pacientes para atención individual. Por otro lado, los pacientes de las demás labores fueron definidos en el momento según las particularidades de cada dinámica, dentro del Departamento de Hemato-Oncología, Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial, y dentro del Servicio de Urología.

A manera general, los beneficiarios directos de la presente práctica dirigida fueron los pacientes con cáncer de próstata atendidos en consulta externa o hospitalizados; además de los pacientes con otros tipos de cáncer que fueron atendidos en las otras labores realizadas. Los beneficiarios indirectos de la práctica fueron los familiares y/o amistades cercanas de los pacientes atendidos en el proceso. A continuación, se explican las técnicas utilizadas para pacientes de consulta externa o en hospitalización.

## **6.5 Técnicas de intervención**

Las siguientes técnicas implementadas fueron previamente definidas en el marco teórico-conceptual:

- 1- Psicoeducación sobre las emociones y el proceso médico

- 2- Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva
- 3- Entrenamiento en habilidades sociales, enfocada en la comunicación asertiva
- 4- Reestructuración cognitiva enfocada en el debate socrático
- 5- Fomento de habilidades de autocuidado, como la realización de ejercicio físico y el fortalecimiento de la red de apoyo y recursos personales
- 6- Fortalecimiento de la comunicación con el equipo médico

Para la implementación de estas técnicas, se desarrolló un plan de trabajo.

## **6.6 Plan de trabajo**

La presente práctica consistió en cuatro fases generales:

- 1- Elaboración del anteproyecto de práctica: de abril 2018 a octubre 2018 se realizó un primer documento teórico, donde se indagó sobre la temática del abordaje psico-oncológico en pacientes con cáncer de próstata. Además, se realizó la planificación para el proyecto de la atención grupal e individual.
- 2- Inducción al Hospital México: En diciembre 2018 se asistió al Departamento de Hemato-Oncología, Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología), para conocer la dinámica laboral del hospital. Esto se logró a través de observaciones no participantes en consulta externa por parte del grupo de profesionales del área de Psico-oncología.
- 3- Realización de práctica dirigida: La presente práctica dirigida se realizó desde inicios de enero del 2019 a finales de junio 2019, por un tiempo de seis meses. En el mes de enero, se realizaron las gestiones administrativas y logísticas para el taller a pacientes con cáncer de próstata. De febrero a junio se realizaron distintas actividades profesionalizantes como: los talleres a pacientes con cáncer de próstata, atención

individual a pacientes con cáncer de próstata, asistencia a sesiones médicas clínicas, asistencia a consulta externa y de hospitalización con profesionales de psicología oncológica, asistencia observacional al Servicio de Urología, asistencia al Congreso para Pacientes con Cáncer de Mama. Todo lo hecho a través de la práctica se registró en bitácoras semanales. La indagación bibliográfica se realizó semanalmente.

- 4- Elaboración de informe final: A partir de febrero del 2019, se empezaron a sistematizar los datos de los participantes a las sesiones grupales para pacientes con cáncer de próstata. También se empezó a sistematizar las demás actividades realizadas. Posteriormente, se realizó el documento final de la práctica dirigida de abril del 2019 a junio del 2019; bajo la supervisión del equipo asesor.

### **6.7 Métodos de evaluación**

Se realizó la evaluación de las labores realizadas por parte de instrumentos de *screening* y por parte de la valoración de los pacientes a los procesos grupales e individuales:

- 1- En el espacio grupal los participantes completaron el Termómetro del Distrés, en donde, por un lado, se les pide llenar su grado de malestar emocional en una escala de 0 a 10, y posteriormente llenan un listado de problemas, marcando una respuesta de sí o no para cada problema. Agregado a lo anterior, los participantes indicaron su grado de malestar emocional antes y después del espacio grupal. Además, los participantes llenaron un instrumento sobre calidad de vida enfocado a pacientes con cáncer de próstata, desarrollado para motivos de la presente práctica dirigida. Por último, los participantes escribían cosas agradables y no agradables sobre el espacio grupal, y se les abría el espacio para comentar sobre sus perspectivas del taller.

- 2- En el espacio individual los participantes de igual forma completaron el Termómetro del Distrés y este se evaluó después de la intervención.

Este termómetro es una escala subjetiva de 1 ítem donde la persona describe su malestar seleccionando una opción, entre las posibles de 0 (nada de distrés) a 10 (máximo distrés). En la segunda parte del instrumento, existe una breve lista de la presencia o ausencia de variables asociadas al distrés experimentados en la última semana, con respuesta dicotómicas (sí o no). El termómetro del distrés es un instrumento que ha sido adaptado al español (área bajo la curva de 0.631, sensibilidad del 93%, especificidad del 76%, valor predictivo positivo del 82% y valor predictivo negativo del 90%) (Almanza-Muñoz, Juárez y Pérez, 2008) (Anexo 1).

Ritvo *et al.* (2005) describen la validación de una escala de calidad de vida para 141 pacientes con cáncer de próstata (escala llamada *PORPUS*) que recibieron tratamiento de prostatectomía radical, terapia hormonal y quimioterapia. Como resultados se concluye que la escala posee validez de constructo y confiabilidad para los pacientes con cáncer de próstata, ya que posee un valor de confiabilidad de *test* y *retest* alto (0.79-0.81). La validación fue hecha en población anglosajona y la escala no ha salido validada para el español. Para motivos de la presente práctica, se sintetizaron las categorías en variables dicotómicas, para facilitar la comprensión y respuesta de los participantes. Este documento se encuentra en el Anexo 2.

## **6.8 Sistematización de los resultados**

Para la sistematización de la información recopilada a través de la práctica, se realizó, por un lado, un análisis descriptivo de la narración de los pacientes que asistieron a los talleres para pacientes con cáncer, y por otro lado, un análisis no paramétrico de las respuestas a los instrumentos del Termómetro del Distrés y de Calidad de Vida para pacientes con cáncer de próstata. Además, se realizó un análisis de los datos poblacionales de los participantes.

## 6.9 Procedimiento basado en el plan de trabajo

Tabla 2: *Procedimiento basado en el plan de trabajo*

<i>Fase</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Materiales</i>
<i>1: Elaboración del anteproyecto</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Construir el anteproyecto de investigación</li> <li>-Solicitar la aprobación del anteproyecto por parte del Comité de Trabajos Finales de Graduación</li> <li>-Obtener la aprobación del Departamento de Hemato-Oncología para la realización de la práctica dirigida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Supervisión con el equipo asesor</li> <li>-Revisar la literatura del tema para tener un estado de la cuestión, y así definir el tipo de abordaje que se implementará</li> <li>-Obtener la aprobación del curso de Investigación 8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bibliografía</li> <li>Cartas administrativas</li> </ul>
<i>2: Inducción al Hospital México y elaboración de protocolo de atención a pacientes con cáncer de próstata</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibir una inducción al Departamento de Hemato-Oncología</li> <li>Comprender la dinámica de trabajo del hospital y la logística administrativa</li> <li>Adquirir conocimientos del trabajo psicológico hospitalario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Participar en talleres de mama del servicio de Psico-Oncología</li> <li>-Asistir a las sesiones del equipo médico</li> <li>-Revisar los protocolos de atención y expedientes del hospital</li> <li>-Realizar observaciones no participantes de la intervención psico-oncológica en consulta externa y de hospitalización</li> <li>-Supervisar con el equipo asesor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bitácora</li> <li>Bibliografía</li> <li>Expedientes</li> <li>Protocolos</li> </ul>
<i>3: Realización de práctica dirigida</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar un protocolo de atención psico-oncológico individual y grupal basado en técnicas cognitivo-conductuales dirigido a pacientes con cáncer de próstata</li> <li>-Medir el grado de distrés de los pacientes con cáncer de próstata</li> <li>-Aplicar el protocolo de intervención psico-oncológico individual y grupal basado en técnicas cognitivo-conductuales a pacientes con cáncer de próstata</li> <li>-Determinar la efectividad del protocolo de atención a pacientes con cáncer de próstata</li> <li>-Desarrollar procesos grupales dirigidos a pacientes con cáncer de próstata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar los protocolos y literatura sobre el abordaje del paciente con cáncer y cáncer de próstata</li> <li>-Identificar particularidades del abordaje psicológico en pacientes con cáncer de próstata</li> <li>-Supervisar el protocolo con equipo asesor</li> <li>-Evaluar el distrés inicial de los pacientes con cáncer de próstata con el Termómetro del Distrés</li> <li>-Evaluar calidad de vida de los pacientes con escala</li> <li>-Establecer la línea base de distrés</li> <li>-Psicoeducación sobre el cáncer de próstata y el tratamiento</li> <li>-Apoyo entre pares</li> <li>-Fortalecimiento del autocuidado</li> <li>-Técnicas de manejo del distrés</li> <li>-Técnicas de respiración y relajación muscular progresiva</li> <li>-Validación de emociones</li> <li>-Evaluar el nivel de distrés del paciente con cáncer de próstata con el Termómetro del Distrés después de la aplicación del protocolo de atención</li> <li>-Comparar el nivel de distrés final con la línea base en pacientes con cáncer de próstata que se les aplicó el protocolo de atención</li> <li>-Especificar logística de realización de proceso grupal</li> <li>-Indagar bibliografía sobre procesos grupales en cáncer de próstata</li> <li>-Desarrollar planeamiento de proceso grupal dirigido a pacientes con cáncer de próstata</li> <li>-Implementar proceso grupal dirigido a pacientes con cáncer de próstata</li> <li>-Evaluar de forma cualitativa proceso grupal dirigido a pacientes con cáncer de próstata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bitácora</li> <li>Protocolos</li> <li>Bibliografía</li> <li>Bitácora</li> <li>Termómetro del distrés</li> <li>Escala calidad de vida</li> <li>Bitácora</li> <li>Protocolo de atención a pacientes con cáncer de próstata</li> <li>Material didáctico</li> <li>Bitácora</li> <li>Termómetro del Distrés</li> <li>Bibliografía</li> <li>Bitácora</li> <li>Protocolos de atención</li> </ul>
<i>4: Elaboración de informe final</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaborar informe final de la presente práctica dirigida</li> <li>-Enviar el informe final a revisión para obtener la aprobación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Búsqueda de literatura</li> <li>-Sistematización de datos</li> <li>-Comparación de datos antes y después de intervención</li> <li>-Contraste de datos obtenidos en práctica con datos de literatura</li> <li>-Elaborar informe final</li> <li>-Supervisar informe final con equipo asesor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bibliografía</li> <li>Bitácoras</li> <li>Protocolos de atención</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia, 2018

Seguidamente, se muestra un diagrama de flujo sobre la realización de la práctica dirigida

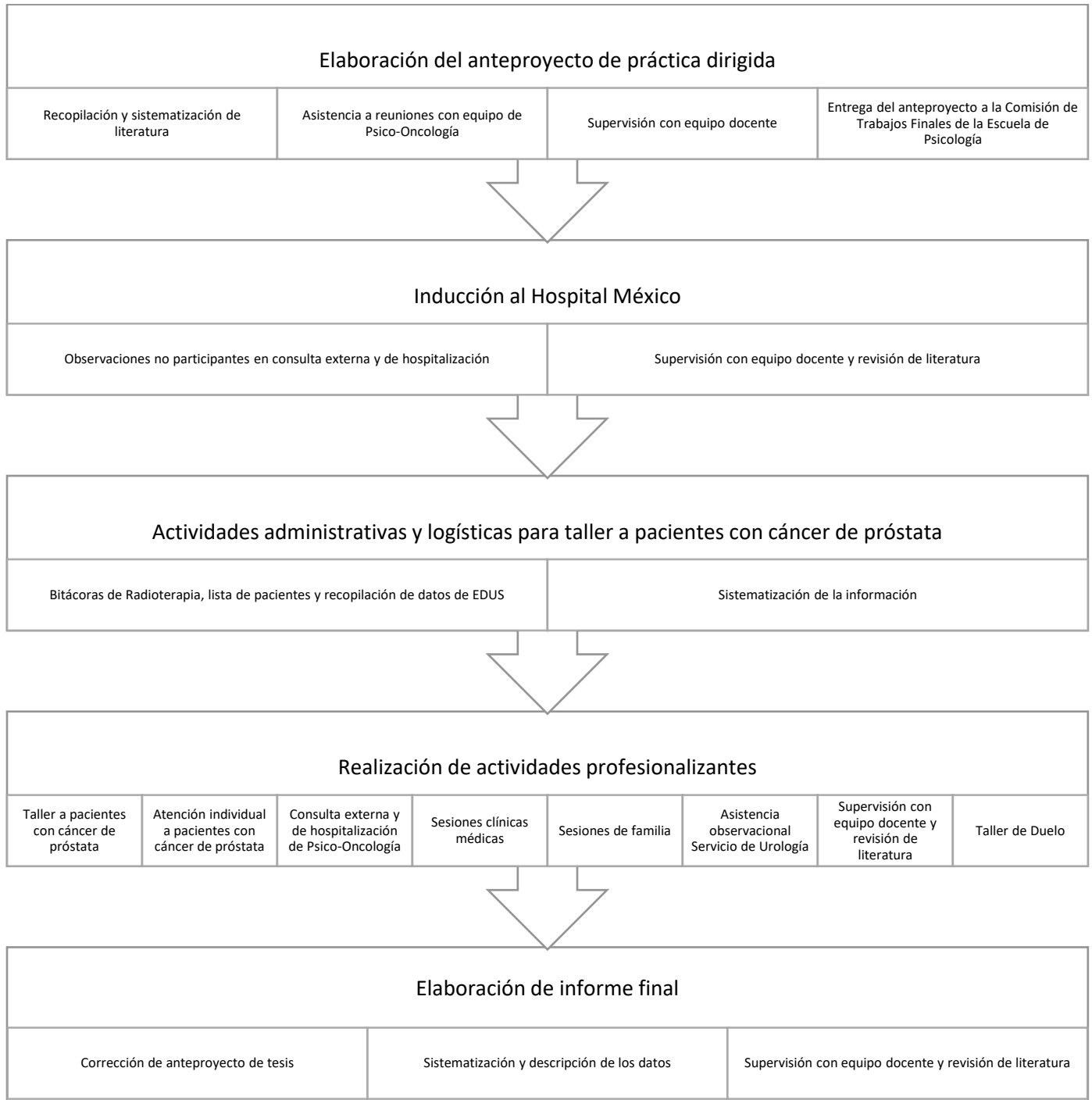


Figura 4: Diagrama de flujo sobre la realización de la práctica dirigida. Fuente: Elaboración propia, 2019

## **6.10 Consideraciones éticas**

Se contó con la autorización por parte del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México y Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (PsicoOncología) (Anexo 3). Además, se les facilitó a los pacientes de atención grupal un consentimiento informado en donde se describe que: 1- la atención es voluntaria y confidencial, 2- pueden dejar de participar en cualquier punto de la intervención, 3- se describen las técnicas a implementar (Anexo 4). Se realizó una bitácora de asistencia donde se describieron las horas laboradas, así como las actividades realizadas, la cual fue firmada por el Dr. Campos y la Dra. Rebolledo (psico-oncólogos). En el hospital se contó con la supervisión diaria de la Dra. Rebolledo y el Dr. Campos. Además, se realizaron supervisiones cada 15 días con el Dr. Solano y con la Dra. Rodríguez (docentes Universidad de Costa Rica).

## **6.11 Cronograma de práctica dirigida**

A continuación, se describe el cronograma de actividades realizadas por mes, durante todo el período de la práctica dirigida. Posteriormente, se muestra el cronograma de cada semana por el mes de enero. Por último, se presenta el cronograma de cada semana, entre los meses de febrero a junio. Es importante acotar que el 10 de marzo se empezó con la rotación observacional en el Servicio de Urología; anteriormente (del 4 febrero al 4 de marzo), se asistió a consulta externa con la Dra. Houed (psicóloga del Área de Psico-Oncología).



		Cronograma de Práctica Dirigida																											
		diciembre 2018				enero 2019				febrero 2019				marzo 2019				abril 2019				mayo 2019				junio 2019			
Semana		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividad																													
Inducción																													
Inicio Práctica Dirigida																													
Base de datos/logística grupo																													
Elaboración de protocolos																													
Intervención ca próstata grupal																													
Intervención ca próstata individual																													
Taller de Duelo																													
Consulta externa/interna																													
Talleres de psicoproflaxis mama																													
Observación Servicio Urología																													
Supervisiones docentes																													
Búsqueda Bibliográfica																													
Sistematización de información																													
Análisis e interpretación de datos																													
Redacción y revisión																													
Elaboración de documento final																													

Figura 5: Cronograma de Práctica Dirigida Fuente: Elaboración propia, 2019

Tabla 3: Cronograma de actividades realizadas en el mes de enero

<i>Hora</i>	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	
7am		Base de datos d		Sesión clínica urología	Base de datos
8am		Sesión clínica de oncología		Base de datos de pacientes con cáncer de próstata	Sesión clínica de neurocirugía oncológica
9am			Elaboración de materiales y sistematización de datos	Consulta externa con el Dr. Campos	Atención a pacientes hospitalizados con el Dr. Campos
10am	Base de datos de pacientes con cáncer de próstata	Atención a pacientes hospitalizados con el Dr. Campos			Base de datos de pacientes con cáncer de próstata
11am			Supervisiones en la Universidad de Costa Rica	Base de datos de pacientes con cáncer de próstata	de pacientes con cáncer de próstata
12md					
1pm					
2pm		Base de datos de pacientes con cáncer de próstata			
3pm					
4pm					

Fuente: Elaboración propia, 2019

Tabla 4: Cronograma de actividades realizadas de febrero a junio en la práctica dirigida

<i>Hora</i>	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	
7am	Reunión Servicio Urología	Sesión clínica de cáncer de mama & gastrointestinal		Sesión médica de urología	Sesión médica general	
8am	Observación consulta externa	Sesión médica oncología	Elaboración de materiales y sistematización de datos	Consulta externa con el Dr. Campos	Sesión médica de neurocirugía	
9am	Servicio Urología	Taller a pacientes con cáncer de próstata				Consulta externa con la Dra. Rebolledo
10am		Psico-profilaxis a pacientes con cáncer de mama				
11am						
12md						
1pm	Consulta externa con la Dra. Rebolledo	Llamada telefónica taller cáncer de próstata & Interconsultas	Supervisiones en la Universidad de Costa Rica	Consulta externa con la Dra. Hincapié	Sesiones de familia & Interconsultas & Gestiones administrativas	
2pm						
3pm						
4pm						

Fuente: Elaboración propia, 2019

## 7. Resultados

Seguidamente, se describirán los resultados en función a las actividades realizadas.

### 7.1 Total de pacientes atendidos

En el transcurso de la práctica dirigida, se realizaron diversas labores en varios espacios, como en la atención psico-oncológica de pacientes en consulta externa, a pacientes hospitalizados, atenciones de crisis, talleres grupales (talleres a pacientes con cáncer de próstata, talleres de duelo, talleres de psicoprofilaxis de mama para mujeres) y sesiones de familia. En estas actividades, se atendieron a un total de 625 pacientes, 283 hombres y 342 mujeres. Los pacientes atendidos estuvieron en distintas etapas de su proceso (diagnóstico, tratamiento, remisión, recidiva, manejo paliativo). En la Figura 6, se puede visualizar la distribución de las personas atendidas por mes del período de la práctica dirigida.

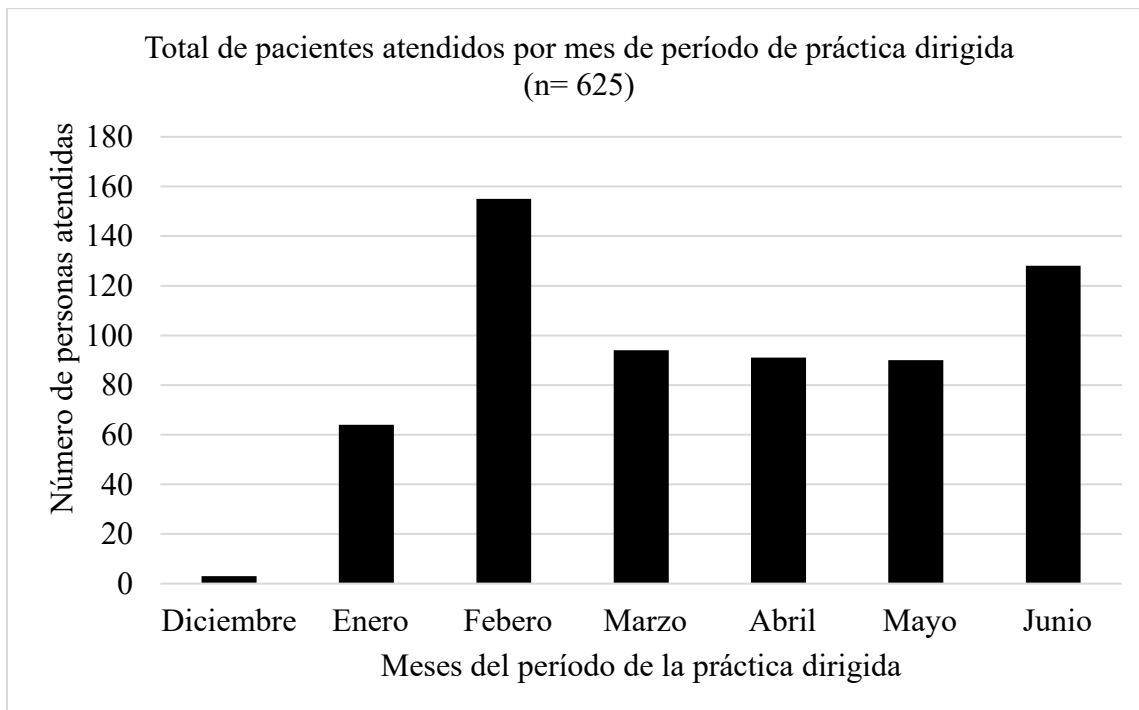
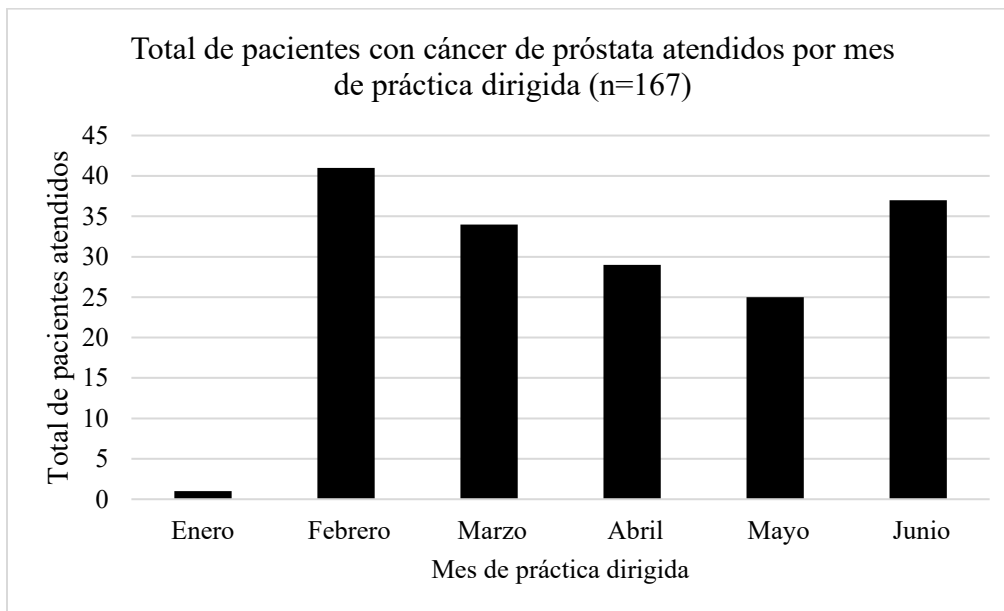


Figura 6: Total de pacientes atendidos por mes. Elaboración propia, 2019

En el mes de enero se atendieron menos pacientes, ya que la labor del sustentante se enfocó principalmente en la realización de los talleres a pacientes con cáncer de próstata; los cuáles iniciaron en febrero. Además, en el mes de febrero se registraron más pacientes, ya que se tomó en cuenta a las personas atendidas durante el taller de duelo. La sistematización correspondiente de los pacientes atendidos por cada mes del período de la práctica dirigida se describirá en los siguientes apartados.

## 7.2 Atención psico-oncológica a pacientes con cáncer de próstata

En total, se atendieron 167 pacientes con cáncer de próstata con un promedio de edad de 67.8 ( $DE= 7.20$ ). En la Figura 7, se muestra la cantidad de pacientes atendidos con cáncer de próstata por cada mes de la práctica dirigida.

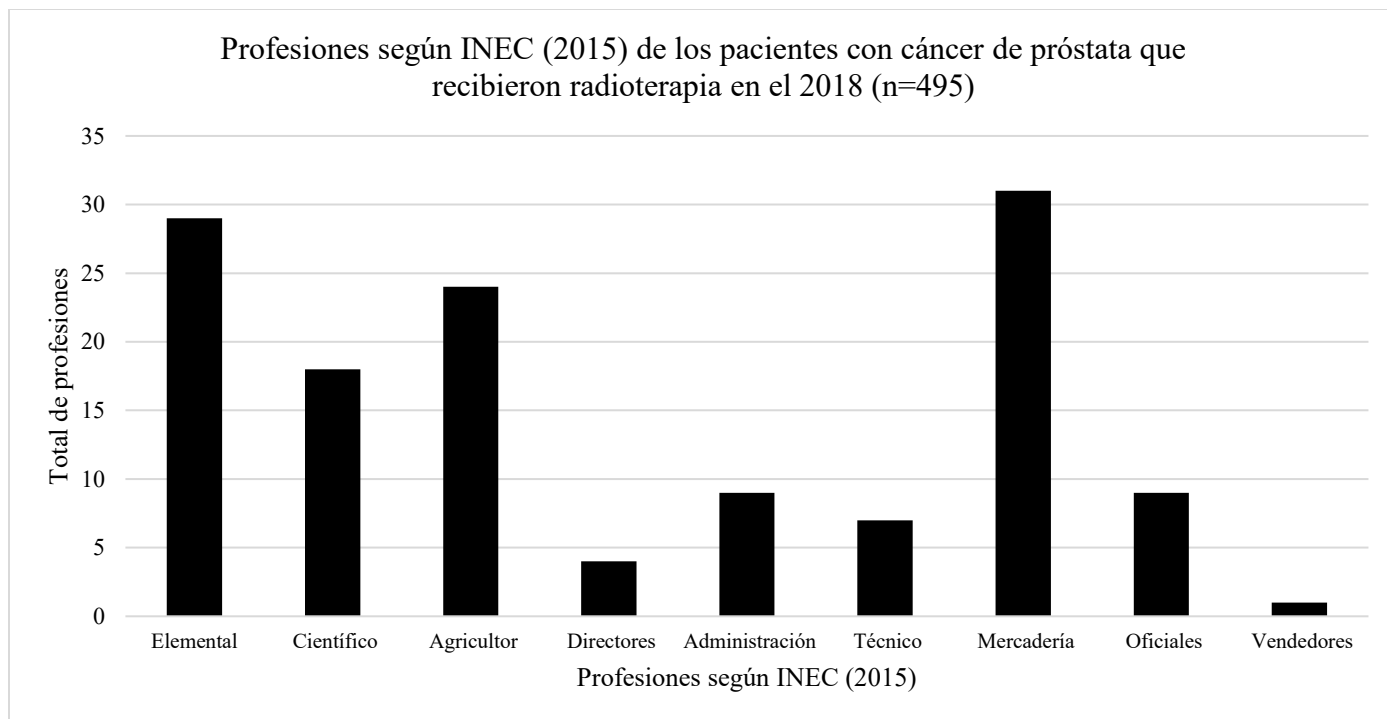


*Figura 7:* Total de pacientes atendidos con cáncer de próstata por mes de práctica dirigida.

Elaboración propia, 2019

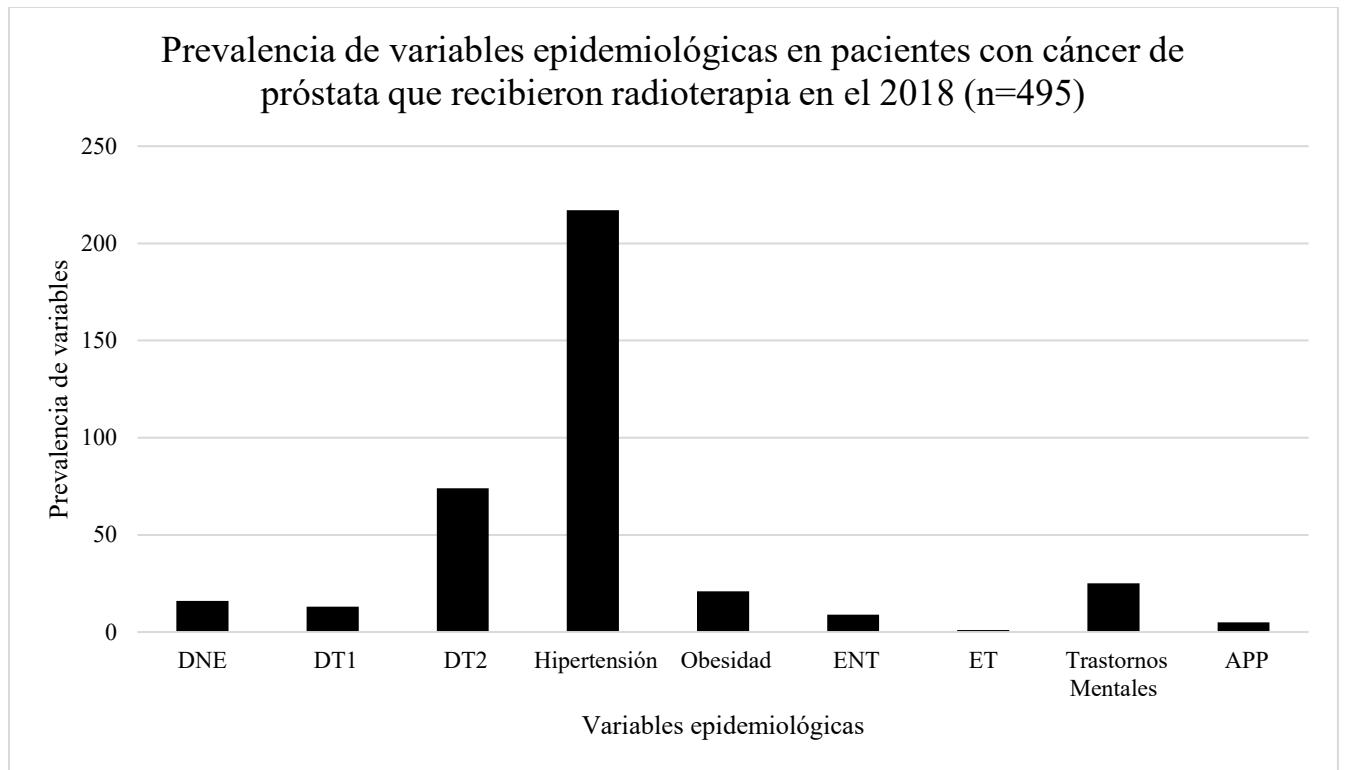
Durante el mes de enero se realizaron las gestiones logísticas para el desarrollo de talleres grupales (aprobación jefaturas, espacio físico y reclutamiento de participantes). Bajo la guía del Dr. Campos (psico-oncólogo), se acudió al Servicio de Radioterapia para obtener acceso a las bitácoras de pacientes, que se realizan cotidianamente de forma escrita. Este servicio lleva un registro de todos los pacientes que han recibido radioterapia en años anteriores. Dentro de los pacientes con diversos tipos de diagnósticos, se encontraron pacientes con cáncer de próstata. Por consiguiente, se realizó una carta de solicitud de dicha información, y se obtuvo aprobación de la jefatura del servicio (se encuentra en el Anexo 5).

A partir de esta información, se creó una base de datos digital con el nombre y número de expediente de los pacientes con cáncer de próstata. Posteriormente, se utilizó el número de cédula registrado en las bitácoras de cada paciente para obtener sus datos sociodemográficos y número telefónico a través del Expediente Digital Único de Salud (EDUS). En resumen, se creó una base de datos de 495 pacientes con cáncer de próstata, que recibieron tratamiento de radioterapia en el 2018, con un promedio de edad de 68.1 ( $DE= 6.90$ ). De los 495 pacientes, 382 (77%) son del área Central, 37 (7%) del Pacífico Central, 22 (4%) del área Huetar Atlántica, 22 (4%) de la zona Chorotega, 22 (4%) del área Huetar Norte, y 10 (2%) de la zona Brunca. Por lo tanto, la mayoría de pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Servicio de Radioterapia en el 2018 fueron del área socioeconómica Central. Seguidamente, en la Figura 8 se muestran datos sobre el área laboral de estos pacientes, que fueron agrupados en categorías del INEC (2015).



*Figura 8:* Profesiones según INEC (2015) de pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018. Elaboración propia, 2019 a partir de INEC (2015).

En el anterior gráfico se puede observar que las profesiones de mayor prevalencia en los pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018 fueron trabajos de tipo: elementales, científicos e intelectuales, agricultores, y mercaderes. En el INEC (2019) se describe que las profesiones de tipo elemental se componen de labores de minería, pesca, agricultura, manufactura, construcción, reparto de publicidad, y labores domésticas. Es importante anotar que no había registros de profesión en muchos expedientes digitales consultados. Por lo tanto, se contó con un pequeño porcentaje de información en comparación con el tamaño de la muestra. Además, se anotaron las comorbilidades de los pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018.



1

*Figura 9:* Prevalencia de comorbilidades en pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018. Elaboración propia, 2019

En la Figura 9 destaca la hipertensión esencial primaria como principal comorbilidad en los pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018. Además, la segunda enfermedad no transmisible de mayor prevalencia es la diabetes no insulino dependiente, o tipo 2. Por su parte, se registraron los datos de la clasificación de riesgos del cáncer (alto, intermedio y bajo) en los pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018 y se presentan en la Figura 10.

<sup>1</sup> DNE: Diabetes no especificada; DT1: Diabetes tipo 1; DT2: Diabetes Tipo 2; ENT: Enfermedades no transmisibles; ET: Enfermedades Transmisibles; APP: Atención Psicológica Previa

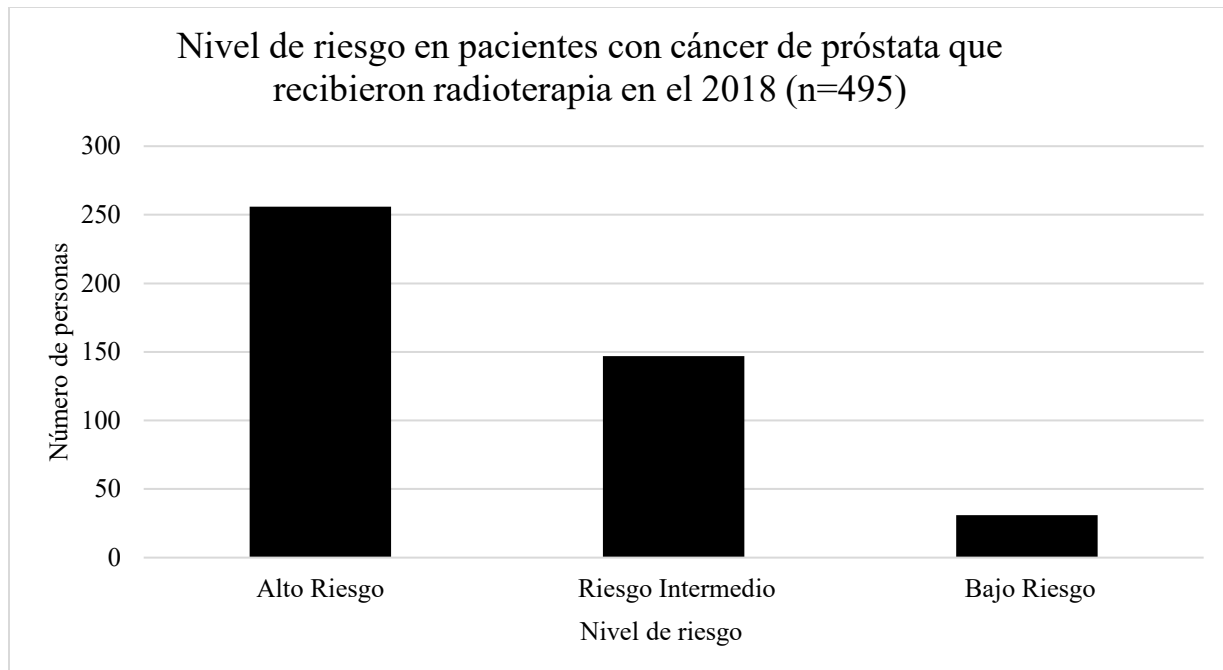


Figura 10: Nivel de riesgo en pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018. Elaboración propia, 2019 a partir de *American Society of Clinical Oncology* (2018)

En la Figura 10 se puede observar que la mayoría de pacientes fueron diagnosticados con un cáncer de próstata de alto riesgo, según la clasificación del *American Society of Clinical Oncology* (2018).

En segunda instancia, se obtuvo la autorización de la jefatura del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial y coordinación de Psico-Oncología para insertar el taller en el sistema digital de la Caja Costarricense de Seguro Social (EDUS o Expediente digital único de salud) (Anexo 6). En la carta de aprobación, se definió que el espacio de atención sería los martes de 10:00am a 12:00md y que se citarían a 15 participantes por sesión. Además, se estableció que los pacientes asistirían al taller una única vez, por lo que cada semana se recibirían a 15 participantes nuevos. En relación con el espacio físico de los talleres, éstos se realizaron durante el mes de febrero en el auditorio de Citología del Hospital México. Durante el mes de abril, se realizó un



cambio en la logística de los talleres, ya que se habilitó un espacio dentro del Servicio de Radioterapia. Por lo tanto, de abril a junio del 2019, los talleres pasaron a realizarse los martes de 9:00am a 11:00am en el aula multiuso de Radioterapia.

En el transcurso de la práctica dirigida, se realizaron llamadas telefónicas los martes de 1:00 pm en adelante para citar a los pacientes a participar en el taller. Una vez que se contactaba vía telefónica al paciente (o a sus familiares), se les explicaba de forma breve sobre el proyecto y su propósito (charla de psicología oncológica a los pacientes que han recibido algún tratamiento contra el cáncer de próstata) y de los pasos a seguir para asistir: 1- la fecha del taller al que eran citados 2- el lugar al que tenían que acudir (la Sección 13 de consulta externa del Hospital México) 3- que al llegar a la Sección 13 el día del taller, deben sacar una boleta en la entrada de la sección para inscribirse con la secretaria. Si los pacientes aceptaban asistir al taller, se inscribían en una lista, y esta lista se le entregaba a una secretaria de la Sección 13, quién los insertaba en el sistema de EDUS.

Por otro lado, si los pacientes expresaban no poder asistir al espacio grupal, se les agradecía por el tiempo dado en la llamada, y se les pedía una breve explicación para no asistir. Dentro de las razones para no asistir al taller, los pacientes expresaron: 1- ser de una zona lejana a la capital (Alajuela, Puntarenas, Guanacaste, Limón, Cartago) por lo que el Hospital México les queda muy distante. 2- la hora de inicio del taller era muy temprana para su traslado (por ejemplo, unos pacientes mencionaban que ni utilizando el primer bus llegaban a tiempo) 3- dificultades económicas para trasladarse (por ejemplo, que no tienen dinero para los pasajes de buses, o que ocupan utilizar un taxi de la parada de bus al hospital y les sale muy caro) 4- se encuentran con un problema de salud (gripe, deterioro general de funcionalidad) 5- no tienen acompañante para trasladarse.

Ante las problemáticas, se les recordaba que el sistema de salud les puede proveer de alimentos en el comedor del hospital, insumos para el transporte (ambulancia y/o pasajes de buses). Además, se les mencionaba que en el taller se pueden integrar personas con necesidades particulares, ya que los facilitadores adecúan el espacio según las características de cada grupo.

Por otro lado, con motivos de fortalecer el conocimiento teórico-práctico del sustentante del proceso médico de los pacientes con cáncer de próstata, el lunes 21 de enero se realizó una observación dentro del Servicio de Radioterapia. En esta visita, se aprendió sobre:

- 1- En el proceso de TAC simulación, los pacientes se someten a un escaneo del cuerpo para desarrollar un mapa digitalizado de la persona. Estas imágenes permiten realizar un plan de tratamiento con radioterapia adecuado a la persona (*John Hopkins Medicine*, 2019).
- 2- La administración del tratamiento con radioterapia se realiza 24/7 en el Hospital México ya que abarca la atención de todo el país
- 3- En pacientes con cáncer de próstata, la vejiga debe estar expandida (es decir, llena de orina) a la hora de recibir la radioterapia, como parte del contraste y diferenciación de la próstata de los demás órganos; el tener que aguantar ganas de orinar genera malestar físico y emocional en los pacientes
- 4- Los cuidados post tratamiento con radioterapia de los pacientes con cáncer de próstata (cambios en la alimentación, utilización de cremas, no exposición a los rayos del sol)
- 5- Las secuelas del tratamiento con radioterapia para pacientes con cáncer de próstata (incontinencia urinaria, disfunción eréctil, cansancio, problemas intestinales, entre otros), que dependen en gran medida de la reacción particular de cada cuerpo biológico individual ante el tratamiento, y de la cantidad de sesiones indicadas.

En el siguiente apartado, se describirá la atención grupal a pacientes con cáncer de próstata.

### 7.2.1 Atención grupal

Una vez definida la logística para la atención grupal, se desarrolló un planeamiento del espacio grupal, el cual se presenta a continuación en la Tabla 5.

Tabla 5: Planeamiento de talleres grupales a pacientes con cáncer de próstata

<i>Tiempo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Materiales</i>
10min	Introducción: Se les pide a los participantes que se introduzcan.	Fomentar la cohesión grupal Introducir el taller	Recurso Humano
30min	Consentimiento informado, Termómetro del Distrés y Listado de calidad de vida	Evaluar a los pacientes pre taller Obtener la autorización de los pacientes para realizar el taller	Termómetro del Distrés Calidad de Vida Consentimiento informado
40min	Se brinda psicoeducación sobre el cáncer de próstata, el tratamiento y sus secuelas, distrés, sexualidad Se abre la discusión grupal	Brindar psicoeducación sobre el cáncer de próstata y sus secuelas Psicoeducar sobre el distrés y su manejo Brindar psicoeducación sobre el cáncer de próstata y la sexualidad	Presentación digital Panfletos psicoeducativos Nueces
10min	Estrategia de Relajación: respiración diafragmática y relajación muscular progresiva con el protocolo de Khazan (2013)	Brindar estrategia de relajación para el manejo del distrés	Guía de relajación
20min	Evaluación del termómetro del distrés post-taller y reporte cualitativo (frases hicieron sentir bien y mal)	Evaluar a los pacientes post taller	Termómetro del distrés
10min	Actividad de Cierre: Se les pide que compartan sus experiencias del taller	Cerrar el proceso de taller	Recurso Humano

Elaboración propia, 2019

Para desarrollar el anterior planeamiento, se utilizaron las guías de *National Comprehensive Cancer Network* (2017), *Howell et al.*, (2015), *Holland et al.*, (2010), y *Penedo et al.*, (2008b). Además, se desarrolló un panfleto con un resumen de los contenidos vistos durante el espacio, que se entregaba al final del taller (Anexo 7).

Así mismo, se desarrolló una presentación para el taller (Anexo 8), en donde se expone sobre el cáncer, la próstata, el cáncer en la próstata, mitos relacionados con el cáncer de próstata (autocuidado, ejercicio físico, masculinidad, sexualidad), el distrés emocional, y la relajación. También, se elaboró un documento de recopilación de información para los participantes del taller. En la primera parte, se encuentra el consentimiento informado (Anexo 4), donde se brinda una descripción del taller, riesgos y beneficios, y se expone la confidencialidad y voluntariedad del proceso grupal. Posteriormente, se encuentra el instrumento del termómetro del distrés, que se compone de dos páginas; en la primera página está la escala de malestar subjetiva del termómetro, y en la segunda página está el listado de problemas (Anexo 1).

Después, se entregó a los pacientes una escala de calidad de vida desarrollada a partir de la escala de *Ritvo et al.* (2005), donde se especifican problemáticas de los pacientes con cáncer de próstata (por ejemplo, disfunción sexual, red de apoyo, incontinencia urinaria, problemas intestinales, entre otros) (Anexo 2). Seguidamente, se les pide marcar de nuevo el termómetro de malestar emocional, que se colocó como una evaluación post taller. Por último, a los pacientes se les pide brindar su evaluación cualitativa del proceso del taller, por lo que se les solicitó que escriban los mensajes que escucharon que los hicieron sentir mal, y los mensajes que escucharon que los hicieron sentir bien.

Por otro lado, se desarrolló una propuesta de un proceso de taller de 5 sesiones, con el propósito de fomentar el manejo del distrés en pacientes sobrevivientes de cáncer de próstata

(Anexo 9). El planeamiento se desarrolló utilizando los lineamientos de *National Comprehensive Cancer Network* (2017), Howell *et al.* (2015), Holland *et al.* (2010), y Penedo *et al.* (2008b). Estos talleres se podrían implementar por algún profesional de la salud en otra etapa del proyecto, cuando se haya consolidado el espacio grupal a pacientes con cáncer de próstata dentro del sistema de salud público costarricense.

De los 300 pacientes llamados para asistir al espacio grupal, 166 participaron en total. Se realizaron 20 sesiones. A su vez, de los 166 pacientes que asistieron al espacio grupal, 26 pacientes fueron referidos a atención individual y el sustentante abordó a 13 pacientes. La referencia a atención individual se realizó cuando se cumplían una o dos de las siguientes condiciones: 1- había un valor del termómetro del estrés de 4/10 o mayor (*National Comprehensive Cancer Network*, 2017) 2- la valoración clínica de los facilitadores del espacio grupal (el Dr. Campos, psico-oncólogo del Hospital México, y el sustentante). En la valoración clínica, se buscaban indicadores según los síntomas del estrés emocional (*National Comprehensive Cancer Network*, 2017).

Por último, es importante mencionar que, una vez concluido el tiempo de práctica dirigida del sustentante, el Dr. Campos (psico-oncólogo) realizó trámites para permitir que el espacio grupal a pacientes con cáncer de próstata se mantuviera dentro del Hospital México. Para tal motivo, se realizó una carta de solicitud de referencia de pacientes por parte del Servicio de Urología y Radioterapia al espacio grupal (Anexo 17). Además, se realizó una reunión con el Dr. Campos (psico-oncólogo) y con el equipo del Servicio de Radioterapia el lunes 24 de junio donde se expuso en 10 minutos los resultados del espacio grupal. Esto con motivos de coordinar con los médicos tratantes la referencia de pacientes con cáncer de próstata al espacio grupal previo a recibir su tratamiento.

Seguidamente, se desarrollarán los resultados cualitativos y cuantitativos del proceso grupal a pacientes con cáncer de próstata en el transcurso de la práctica dirigida (febrero a junio del 2019).

#### **7.2.1.1 Evaluación cualitativa**

Los pacientes que asistieron al espacio grupal se encontraban en etapa de remisión de la enfermedad, o se encontraban recibiendo el tratamiento anti-hormonal (goserelina o zoladex), que se suele administrar posterior a la radioterapia, en el cual reciben una inyección cada cierto tiempo (por ejemplo, puede ser una inyección por mes por 3 meses) dependiendo de cada caso en específico. Por consiguiente, los pacientes que se citaron al espacio grupal no se encontraban asistiendo regularmente a un proceso de tratamiento, ya habían recibido radioterapia, algunos recibían tratamiento anti-hormonal, y todos se encontraban en exámenes de control (teniendo un examen de sangre con medición de su antígeno prostático).

Otro aspecto relevante es que varios de los participantes se trasladaban de zonas alejadas y desde horas muy tempranas (por ejemplo, bus de 4am) para asistir al espacio grupal. Seguidamente, se describirán las cogniciones, conductas y emociones de los participantes al inicio del taller. Posteriormente, se describirán cómo estas tres variables fueron abordadas a través de la intervención realizada por parte del sustentante, dentro del espacio grupal.

Antes de la intervención, los participantes del taller mencionaban en el aspecto **cognitivo**, tener desconocimiento sobre la definición del cáncer, la localización y función de la próstata, y desconocimiento sobre las razones médicas detrás de las secuelas de los tratamientos. Adicionalmente, expresaron dudas sobre los diferentes esquemas de tratamientos que recibieron sus compañeros (por ejemplo, algunos de los pacientes no les realizaron prostatectomía radical) debido a que se comparaban entre sí. Además, reconocieron tener pensamientos recurrentes

desadaptativos sobre el cáncer, debido a preocupaciones sobre una posible recidiva de enfermedad. De igual forma, algunos señores expresaron tener rumiaciones sobre su proceso de enfermedad, enfocados en los tratamientos y sus secuelas. Similarmente, describieron estar muy agradecidos sobre su proceso de tratamiento médico en el sistema de salud público costarricense, sin embargo, también expresaron su inconformidad con la rehabilitación dada en el actual proceso de sobrevivencia, ya que describieron que no tienen un proceso de recuperación integral post tratamientos. Por lo tanto, predominaba un estilo cognitivo desadaptativo caracterizado por ansiedad, preocupación sobre el futuro, rumiación y desconocimiento sobre el pasado. Seguidamente, se brindan citas de los pacientes:

*“Uno quisiera que el médico le pregunte, ¿cómo está con su erección, en la sexualidad?, si se quiere poner una prótesis, si quiere tener medicamentos, pero eso no pasa en la caja”*

*“El hospital se debería preocupar más por nosotros... debería haber una charla previo y después de la cirugía”*

Como secuelas más comunes de los tratamientos, los participantes mencionaron bochornos, incontinencia urinaria, disfunción eréctil, fatiga y cambios en su alimentación.

*“La doña mía tiene 33 años, es jodido ya que no puedo mantener erecciones... el médico me dijo que me podría poner una prótesis”*

*“Como dijo el pollito, no siento nada (en el pene)”*

*“En la noche me tengo que levantar porque me orino a cada hora ¿esto se podrá corregir?”*

En el tema de la sexualidad, los participantes describían confusión y frustración debido a su pérdida de funcionalidad eréctil y bajo deseo sexual. Inclusive, se mencionó un desinterés sexual ante el sexo opuesto, y rechazo por parte de sus parejas sexuales. Otros pacientes mencionaron pensamientos de minimización sobre realizar el acto sexual, y que la sexualidad no es para el adulto mayor. Los pacientes expresaron:

*“Por el machismo se cree que, si no se tiene relación sexual, ahí terminó la vida”*

*“Lo mata a uno que le digan que el pene no va a funcionar igual”*

*“Mi esposa no entiende que ya no se me para por los tratamientos; ella me dice que si es que ando con otras doñas”*

*“Tengo deseo sexual pero no tengo erección... ya no sirvo”*

*“A los adultos mayores ya no nos debe de importar tanto la sexualidad... ya tuvimos nuestros momentos de goce”*

Con respecto a la masculinidad, los pacientes identificaron que sus amistades y familiares se han burlado de ellos, y que ellos mismos se sienten menos hombres. Además, expresaron las formas machistas mediante las cuales se llegó a construir su masculinidad. A continuación, se brindan algunos ejemplos:

*“De niño me decían que para ser hombre había que oler a mujer, a tabaco y a guaro”*

*“A mí me han dicho que ‘ya a usted no se le para’ ‘ya no es hombre’”*

*“Fui alcohólico desde los 9 años, mi papá me ponía a tomar tragos para ser hombre”*

*“Uno se hace el maje, pero todo lo que pasamos con el cáncer sí afecta un poco”*



*“Mis amigos me han dicho: ‘ya no se le para, playito’”*

Sobre el autocuidado, los participantes reconocieron creer que ya no se tiene calidad de vida después de los tratamientos, e identificaron utilizar a sus creencias espirituales y al apoyo de su familia como recursos para salir adelante. Igualmente, se expresó incertidumbres sobre la realización del ejercicio físico. En relación con el distrés emocional, los participantes reconocieron haber experimentado momentos de malestar emocional, que fueron acompañados de pensamientos desadaptativos. Además, expresaron la relación entre la sexualidad y masculinidad con el malestar emocional. Los pacientes mencionaron:

*“Quedamos mutilados, física, emocional y familiarmente”*

*“Yo le pido a Dios que no siga impotente... esto es lo peor”*

Sobre sus **conductas**, los participantes describieron dificultades con su adherencia a las citas y controles médicos. Por ejemplo, se encontraron dos pacientes que dejaron de asistir al tratamiento de radioterapia. Además, varios pacientes manifestaron estar en búsqueda de soluciones para mejorar su incontinencia urinaria y disfunción eréctil. En relación con la sexualidad, los participantes describieron estar realizando comportamientos de evitación ante el acto sexual. Otros pacientes se encontraban sin pareja y no les interesaba retomar una vida sexual activa. Sobre la masculinidad, los pacientes mencionaron haber reducido sus relaciones interpersonales con amistades y haber fortalecido sus relaciones familiares.

En relación con el distrés emocional, los pacientes identificaron que no buscan ayuda cuando se sienten emocionalmente afectados. A manera general, los pacientes realizaban patrones de comportamientos de aislamiento y anhedonia. Algunos ejemplos de lo mencionado por los participantes:

*“Antes y después de la cirugía... no estoy haciendo nada, no me estoy levantando a hacer nada... entonces ¿para qué?... ¿cuál es la motivación de uno?”*

En términos de sus **emociones**, los participantes identificaron incertidumbre sobre su proceso médico pasado y actual. Sobre las secuelas de los tratamientos, se mencionó que los participantes se sintieron impotentes ante no poder regresar a su estado funcional anterior. Unos participantes reconocieron sentirse tristes ante su disfunción eréctil e incontinencia urinaria, en función de los tratamientos y de su adultez mayor. Por ejemplo:

*“Hay que aceptarse que uno ya está viejo... ya no se puede hacer nada”*

*“Estoy en una situación tan dolorosa que a veces me pregunto: ¿Valdrá la pena operarse para bajar la calidad de vida?... igual uno se va a morir”*

Además, sobre la sexualidad, los participantes reconocieron sentirse tristes y frustrados con la pérdida de su función sexual. En términos de masculinidad, los participantes mencionaron sentir enojo ante los comentarios negativos de los demás, e identificaron sentirse con incertidumbre, miedo y tristeza ante su pérdida de masculinidad. Por ejemplo, un participante mencionó lo siguiente:

*“Yo ahora tengo repulsión del sexo opuesto... no siento nada, siento rechazo... ¿Será más bonito vivir así porque uno no se mortifica por una mujer?”*

Sobre el autocuidado, los participantes reconocieron sentirse ansiosos, tristes y estresados de retomar su funcionalidad. Por último, sobre el distrés emocional, los participantes reconocieron haber experimentado síntomas del distrés emocional (desesperanza, tristeza, enojo, ansiedad, problemas de sueño, entre otros) principalmente después del diagnóstico oncológico y durante los tratamientos. No obstante, algunos pacientes reportaron que estos síntomas del distrés

emocional todavía se han mantenido en el tiempo, y han vuelto a resurgir ante las secuelas de los tratamientos. A continuación, se citan ejemplos de lo mencionado anteriormente:

*“El tema emocional no se aborda en el paciente con cáncer de próstata en la Caja”*

*“Cuando me dijeron que tenía cáncer, fue como que me metieran un balazo... pasé una semana deprimido”*

*“Uno se siente muy mal después de todo este proceso”*

*“Esa inyección es una castración química... nos castran como animalitos”*

Como **intervención**, se realizó:

- 1- Psicoeducación sobre la definición del cáncer y sus causas
- 2- Psicoeducación sobre la próstata, su anatomía y función, la hiperplasia en la próstata, y la biopsia en la próstata
- 3- Psicoeducación sobre los tratamientos contra el cáncer de próstata (prostatectomía radical, radioterapia, terapia anti-hormonal),
- 4- Psicoeducación sobre el autocuidado
- 5- Recomendaciones conductuales sobre el autocuidado (realizar tiempo para sí mismo, realizar actividades agradables, realizar ejercicio físico, realizar ejercicio Kegel, buscar apoyo)
- 6- Fortalecimiento de la adherencia al tratamiento (seguir las indicaciones médicas y consultar abiertamente con el médico)
- 7- Psicoeducación sobre la masculinidad
- 8- Psicoeducación sobre la sexualidad

- 9- Psicoeducación sobre la comunicación asertiva y empleo de técnica de comunicación asertiva (técnica del sándwich)
- 10- Psicoeducación sobre el estrés emocional y su manejo (poniendo en práctica lo visto a través del taller)
- 11- Reestructuración cognitiva, enfocado en el debate socrático
- 12- Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva
- 13- Validación y expresión emocional
- 14- Escucha activa

Posterior a la intervención grupal, los participantes expresaron en el área **cognitiva**, mayor comprensión sobre la definición del cáncer, así como lograr identificar la localización de la próstata y tener conocimiento sobre su función. De igual forma, los participantes pudieron establecer un enlace entre la función y localización de la próstata, y las secuelas de los tratamientos (disfunción eréctil, bochornos, incontinencia urinaria, fatiga, cambios en la alimentación). Por otro lado, los participantes expresaron entender que cada caso de cáncer de próstata es distinto, por lo que no se pueden comparar. Los pacientes expresaron estar agradecidos con el espacio grupal, ya que anteriormente un profesional de la salud no les había explicado con detalle la definición del cáncer, la anatomía y función de la próstata. Además, reconocieron la importancia de desarrollar un espacio grupal antes de los tratamientos. Por otro lado, los participantes reconocieron la afectación de la adultez mayor dentro de la sexualidad masculina, como parte del proceso de envejecimiento. Por lo tanto, los pacientes desarrollaron cogniciones adaptativas y tuvieron un mayor conocimiento sobre su proceso de enfermedad, lo que les permite tener una mayor percepción de control y un afrontamiento activo. Los pacientes mencionaron:

*“Debería haber una unidad de terapia post tratamiento para el cáncer de próstata, y que lo obliguen a ir 5 veces o más a terapia... ningún médico ni nadie de Radioterapia le dicen a uno que haga el ejercicio Kegel... deberían cambiar ciertas cosas, y dar una guía de rehabilitación”*

*“Hubiera sido beneficioso tener esta charla antes de empezar la radioterapia”*

*“He sentido cansancio en las piernas... qué bueno darme cuenta en esta charla que puede ser parte de la terapia hormonal”*

En el tema de la sexualidad, los participantes expresaron tener una comprensión más amplia de la sexualidad, ya que también se basa en aspectos como el afecto y la autoexploración y es una parte de la integralidad del ser humano. De igual forma, se entendieron pautas de comunicación asertiva y derechos humanos. Además, se comprendió la relación de la comunicación asertiva con la exploración de actos eróticos no genitales, consigo mismos y con sus parejas. Seguidamente se muestra un ejemplo de una cita de un participante del taller:

*“El pene es el postre, es lo último del sexo... antes hay que darse amor, afecto, bailar, pasarla bien... la penetración no es lo único del sexo”*

Sobre la masculinidad, los participantes describieron haber desarrollado conciencia sobre la socialización de género y el reconocimiento de su propia construcción de masculinidades estereotipadas. Además, se discutió la relación entre la masculinidad y las conductas de salud, como el no realizarse el tacto rectal, debido a creencias machistas. A propósito, los pacientes mencionaron:

*“Con el machismo jugamos de machos alfas todos... después nos pasa algo de esto y se nos viene abajo”*

*“Estoy feliz de estar con otros compañeros que pasaron por lo mismo”*

*“Esta reunión me hizo sentir que no estoy solo con mi problema”*

*“Hay funcionarios en el hospital que están para ayudarme con mis dudas, molestias y otros”*

Sobre el autocuidado, los pacientes expresaron entender que la calidad de vida se basa en realizar pequeñas cosas agradables a través del día. Además, se reforzaron los recursos de afrontamiento a través de la red de apoyo y la espiritualidad. Los participantes reconocieron que el distrés emocional es un proceso esperable producto de un diagnóstico de cáncer, sus tratamientos y secuelas. Además, se entendió la relación entre las cogniciones, emociones y conductas, y la afectación del distrés emocional. Ejemplificando, los participantes expresaron:

*“Mi familia ha sido mi apoyo más fuerte en todo esto... y mis ganas de seguir adelante”*

*“Con la ayuda de Dios yo he podido tomar fuerzas”*

Sobre el área **conductual**, los participantes describieron estar anuentes a seguir las indicaciones y citas médicas, y se les dio a conocer estrategias para la comunicación con el equipo médico. En consecuencia, los pacientes se comprometieron a realizar actividades de autocuidado y fortalecer su red de apoyo. Por ejemplo, un participante expresó lo siguiente:

*“Tengo que decirle las cosas a mi médico sin miedo... la próxima vez que tenga cita, le voy a comentar de este dolor que tengo en la espalda”*

En relación con la sexualidad, los participantes expresaron estar anuentes a experimentar su sexualidad de forma no genital y a emplear estrategias de comunicación asertiva. Sobre la

masculinidad, los pacientes expresaron estar anuentes a tener un mayor manejo de límites con las personas que les cuestionan su masculinidad. Un señor mencionó:

*“La gente se alegra de verlo a uno hecho leña... pero hay que aprender a darle un límite a estas personas”*

En el tema del autocuidado, los pacientes expresaron querer sacar pequeños momentos del día para hacer algo que les agrade, además se mostraron anuentes a realizar ejercicio físico y el ejercicio Kegel. Por otro lado, los participantes reportaron estar anuentes a seguir las indicaciones médicas y a pasar tiempo con sus seres queridos. Sobre el distrés emocional, los pacientes identificaron la necesidad de buscar ayuda si se llegase a experimentar un malestar emocional que ocupase atención profesional. También, identificaron la necesidad de tener una persona con quién comunicar sus pensamientos y emociones. De igual forma, los pacientes reconocieron los beneficios de la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática, y se mostraron anuentes a realizar esta actividad. Por ejemplo, dos pacientes comentaron:

*“Yo no sabía lo del ejercicio Kegel, voy a tratar de hacerlo a ver si me funciona”*

*“Esa relajación con los músculos fue muy buena... voy a hacerla en mi casa con mi esposa”*

En el área **emocional**, los participantes recibieron mensajes de apoyo y motivación por parte de los demás participantes. Además, se normalizaron las reacciones emocionales de los pacientes ante las secuelas de los tratamientos. Similarmente, mencionaron sentir que tuvieron un espacio de expresión emocional, respeto mutuo y empatía. Otro elemento importante fue la escucha activa por parte de los participantes y los facilitadores. Los participantes expresaron:

“En este lugar creo que puedo evacuar mis dudas y emociones, y me siento apoyado por los demás”

“Esto ha sido sumamente jodido... pero las palabras de los compañeros y de los expositores me hacen querer seguir hacia adelante”

Seguidamente, se muestra un resumen de las intervenciones realizadas en el proceso grupal y sus resultados cualitativos.

Tabla 6: Resumen de las intervenciones del proceso grupal y resultados cualitativos

	Psicoeducación	Factores psicológicos asociados al autocuidado	Factores cognitivo-conductuales			Relajación muscular progresiva
			Cognitivo	Conductual	Emocional	
Previa a la intervención	-Desconocimiento sobre definición del cáncer, anatomía y función de la próstata -Desconocimiento sobre razones médicas detrás de secuelas de tratamientos	-No realización de ejercicio físico -Sexualidad limitada a genitalidad	-Sin conocimiento sobre el cáncer y la próstata -Comparación con otros sobre esquemas de tratamientos y secuelas	-No realización de conductas de autocuidado ni de manejo del estrés -Sin búsqueda de ayuda ante malestar emocional -Baja adherencia a las indicaciones y citas médicas	-Tristeza, incertidumbre y enojo sobre disfunción eréctil e incontinencia urinaria	-Sin conocimiento sobre técnicas de manejo del estrés emocional -Sin conocimiento sobre estados de reposo y activación en el cuerpo
Posterior a la intervención	-Comprensión de la definición del cáncer, anatomía y función de la próstata -Comprensión de las razones médicas detrás de las secuelas de los tratamientos	-Realización de actividades placenteras -Manejo de límites y comunicación asertiva -Ejercicio físico y ejercicio Kegel -Exploración de sexualidad -Fortalecimiento de la adherencia a los tratamientos -Apoyo entre pares	-Conocimiento sobre el cáncer y la próstata -Conocimiento sobre el autocuidado, sexualidad y masculinidad -Reconocimiento de derechos humanos como parte de la comunicación asertiva	-Realización de actividades de autocuidado (comunicación asertiva, ejercicio físico y ejercicio de Kegel) -Fortalecimiento de red de apoyo -Fortalecimiento de adherencia a las indicaciones y citas médicas -Relajación muscular progresiva	-Validación y expresión emocional -Normalización de emociones de malestar ante secuelas de tratamientos	-Reconocimiento de la relajación como técnica de manejo del estrés emocional -Comprensión de la importancia del estado de reposo en la vida cotidiana

Elaboración propia, 2019



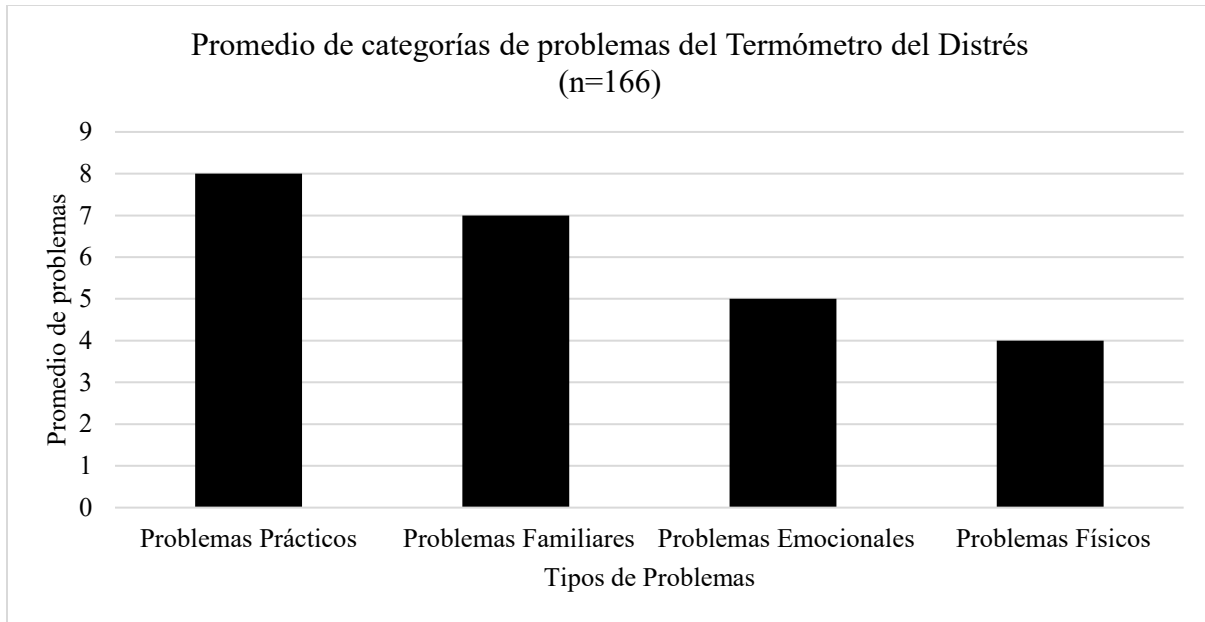
En el siguiente apartado se reportarán los datos cuantitativos de los talleres a pacientes con cáncer de próstata.

### **7.2.1.2 Evaluación cuantitativa**

Del total de la muestra (N=157), el promedio de edad fue de 67.8 ( $DE= 7.20$ ). Primeramente, se realizó una prueba no paramétrica de Wilcoxon de muestras dependientes para determinar el efecto de las técnicas cognitivo-conductuales, antes y después en los pacientes con cáncer de próstata del taller grupal, a través del nivel de malestar emocional (evaluado a través del Termómetro del Distrés), utilizando el software R Studio. La prueba mostró que hay una diferencia significativa entre el pre (Mdn= 0) y el post (Mdn= 0),  $Z= -3.34$ ,  $p= 0.0008$ ,  $r= 0.27$ . Además, se recalca que el tamaño del efecto indica un efecto moderado.

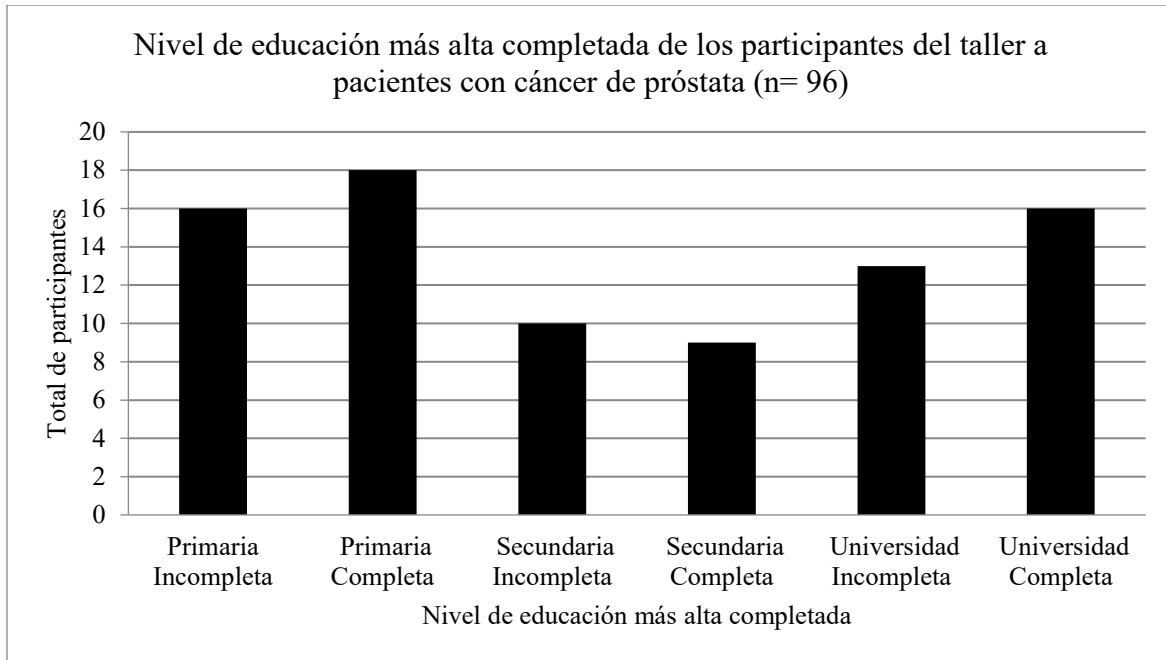
Por otra parte, se realizó una prueba de normalidad de Shapiro-Wilk que reportó una significancia de 0.00 lo que cumple con el criterio que no es una muestra normalmente distribuida. Por último, hubo una diferencia de promedios entre la valoración pre ( $M=1.67$ ,  $DE=2.43$ ) y post ( $M=1.18$ ,  $DE=2.22$ ) de 29%.

A su vez, la Figura 11 muestra los promedios para cada categoría de problemas del Termómetro del Distrés.



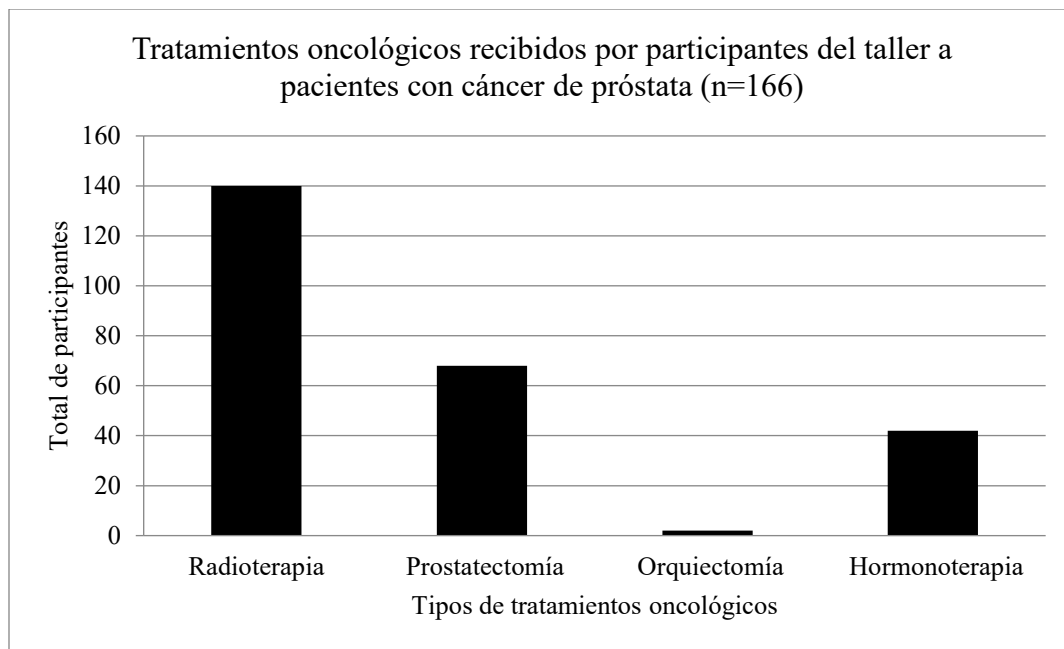
*Figura 11:* Promedio de categorías de problemas del Termómetro del Distrés. Elaboración propia, 2019

Dentro del instrumento, ejemplos de problemas prácticos son problemas económicos y problemas en la casa; ejemplos de problemas familiares serían problemas en la relación con los hijos o con su pareja; ejemplos de problemas emocionales serían síntomas de depresión, ansiedad, preocupación, problemas espirituales. Ejemplos de problemas físicos sería dificultades en la movilidad, dolor, problemas en la alimentación, y problemas sexuales. De la Figura 11 se puede observar que la mayoría de participantes del taller poseen problemas físicos, seguido de problemas emocionales. También, se realizó una valoración del nivel educativo más alto completado (Figura 12) y de los tratamientos oncológicos recibidos (Figura 13).



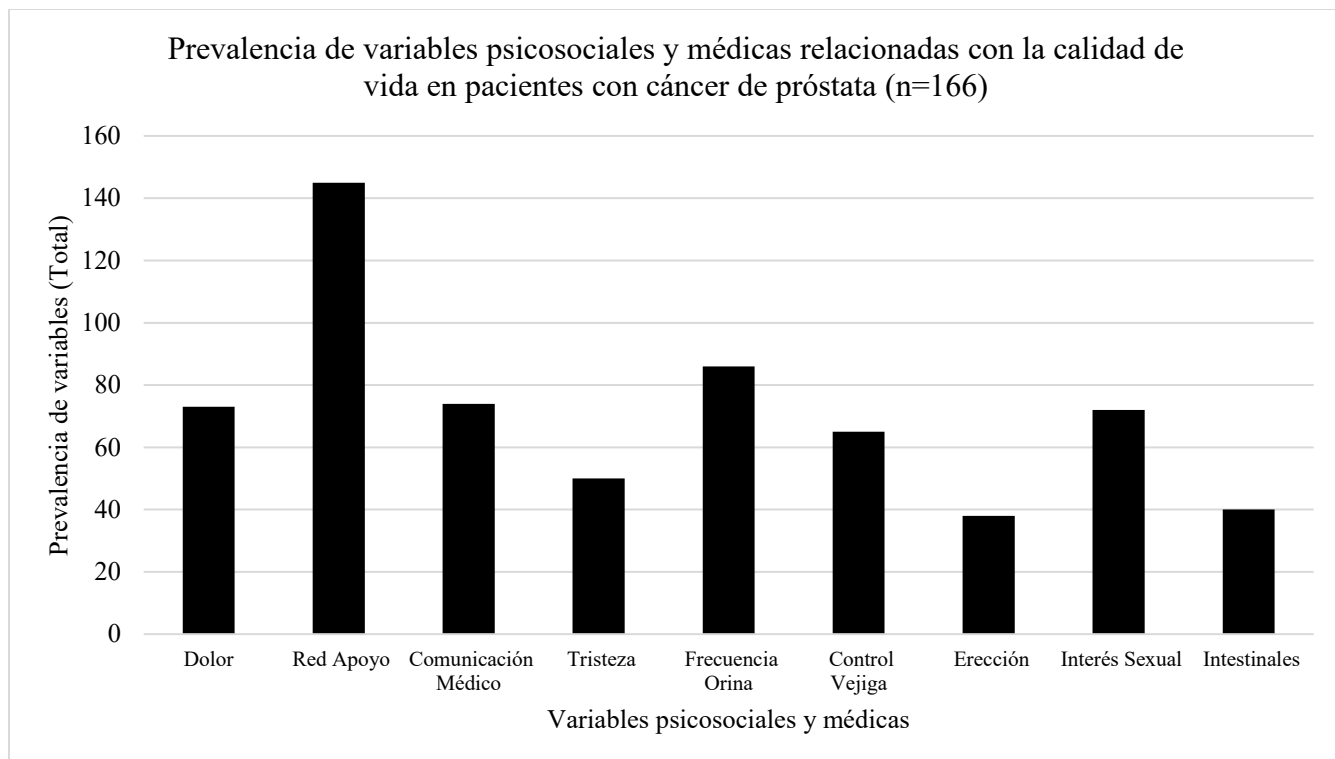
*Figura 12:* Nivel de educación más alta completada en los participantes del taller a pacientes con cáncer de próstata. Elaboración propia, 2019

De la Figura 12 se puede observar que la mayoría de participantes contaron con universidad completa, y la minoría con primaria y secundaria incompleta. Se debe anotar que la variable de educación se agregó al material de evaluación en la mitad del período de ejecución del taller, por lo que hay una menor cantidad de muestra con este dato comparado con el total de participantes.



*Figura 13:* Tratamientos oncológicos recibidos en participantes del taller. Elaboración propia, 2019

Por su parte, de la Figura 13 se observa que el mayor tratamiento oncológico que reportaron los participantes fue la radioterapia, seguido de la prostatectomía radical, seguido de la terapia anti-hormonal. Dos participantes reportaron haber recibido orquiectomía. Por otro lado, también se realizó una valoración de la prevalencia de variables psicosociales y médicas en los pacientes del grupo.



*Figura 14:* Prevalencia de variables psicosociales y médicas relacionadas con la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata. Elaboración propia, 2019

En la Figura 14 se puede observar que los participantes cuentan con valores altos de energía y red de apoyo. Además, los problemas asociados con la frecuencia de la orina y la disfunción eréctil son los más comunes. A pesar de que se reportó una alta incidencia de problemas de erección, varios participantes mencionaron tener interés sexual. De igual forma, se puede observar que más de la mitad de los pacientes reportaron tener dificultades sobre su comunicación con el médico tratante. Menos pacientes reportan problemas intestinales y emocionales (preocupación y tristeza). Como dato adicional, se les preguntó a los participantes si quisieran volver en un futuro a un espacio grupal con más sesiones; de 166 pacientes consultados, 111 respondieron que sí, lo que corresponde a un 67%. Seguidamente, se describirán los resultados de la intervención individual a pacientes con cáncer de próstata.

### **7.2.2 Atención individual**

Como se describió en apartados previos, varios participantes del espacio grupal fueron referidos a consulta externa para recibir una intervención psico-oncológica individual. En total, se refirieron participantes del taller a consulta externa, y el sustentante atendió a 13 pacientes. De estos pacientes, 6 fueron dados de alta y 7 fueron referidos a atención psicológica en su centro de atracción. Anterior a la realización de los talleres, se atendió dos veces (en enero y febrero) a un señor con cáncer de próstata en consulta externa del Dr. Campos (psico-oncólogo). La intervención individual se realizó los jueves de 8am a 12md en el espacio llamado: consultorio de 'Buen Trato'. Además, se escribía la nota digital al mismo momento del desarrollo de la sesión. Posteriormente, esta nota la supervisaba el Dr. Campos (psico-oncólogo).

Previo a las intervenciones individuales, se elaboró un protocolo de atención psico-oncológico con técnicas cognitivo-conductuales, en donde se retomaron aspectos del protocolo ya existente del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Anexo 10). Seguidamente, se describirán los resultados de las intervenciones individuales desde lo cualitativo y cuantitativo.

#### **7.2.2.1 Evaluación cualitativa**

Mediante la intervención individual, se llegó a tener una mayor cercanía con la realidad psicosocial de los pacientes con cáncer de próstata. Por ejemplo, el paciente con cáncer de próstata visto en consulta externa durante enero permitió que el sustentante tuviera una primera aproximación a la realidad psicosocial de estos pacientes. El paciente tenía 72 años y reportaba presentar problemas emocionales debido a su incontinencia urinaria después de la cirugía y radioterapia. El paciente mencionaba que cuando se veía los pañales llenos de orines, se ponía a llorar. Además, el paciente se encontraba viviendo solo en su casa con un hijo, debido a la separación de su esposa.

Similarmente, el paciente de 70 años con cáncer de próstata hospitalizado tenía evidencia de recidiva de su enfermedad, por lo que estaba en valoración para recibir otro esquema de tratamiento (orquiectomía). Ante esta condición médica, el paciente se encontraba con reacciones emocionales de ansiedad y depresión, ante su hospitalización. El paciente también mencionaba que toda su vida había tenido problemas emocionales. De igual forma, él siempre se encontraba acompañado por su esposa, con quién no se quería separar en ningún momento de su hospitalización (entraba en llanto si su esposa se iba).

A través de las experiencias clínicas adquiridas de los anteriores casos y de los participantes del espacio grupal atendidos en consulta externa, se describirá la evaluación cognitiva, conductual y emocional, antes y después de la intervención realizada. Primeramente, antes de la intervención, en el área **cognitiva**, los pacientes mencionaban:

- 1- Tener pensamientos de recurrencia del cáncer *“me duele la espalda, a veces pienso que es porque el cáncer me regresó”*.
- 2- Preocupaciones sobre los resultados de las citas de control *“se puede estar más tranquilo hasta que no sepa uno el resultado del examen”*.
- 3- Pensamientos catastróficos sobre el curso de sus vidas *“toda la vida pensé que al pensionarme iba a poder vivir mejor... pero ahora estoy con esto el resto de mi vida”*  
*“siento que algo malo me va a pasar... en momentos empiezo a respirar mucho y me desmayo”*.
- 4- Preocupaciones en torno a su sexualidad debido a pérdida de función sexual *“estoy mutilado... no puedo hacer nada”* *“un doctor me recetó viagra (sildenafil) pero no me funcionó... me dijeron que hay una prótesis de pene, pero cuesta como dos millones de colones”*.

- 5- Preocupaciones contextuales, debido a encontrarse en situaciones de riesgo social *“aquí es muy peligroso... a veces no puedo salir por las balaceras”*.
- 6- Preocupaciones por temas económicos, debido a problemáticas de ingresos *“estoy muy preocupado porque el ganado no se vendió a buen precio en la subasta... no sé cómo vamos a hacer”*.

En el área **conductual**, los pacientes mencionaban:

- 1- Indicios de anhedonia, estar aburridos en su casa por falta de actividades *“estoy en mi casa con la misma rutina todos los días... no tengo nada que hacer”* y reconocieron utilizar distractores *“me siento bien cuando ando en carro... se me olvida mi malestar”*.
- 2- Algunos pacientes reconocieron realizar diversas actividades de ocio *“estoy haciendo un libro sobre mis experiencias con el cáncer... me metí a un curso de repostería y también estoy en un grupo de la iglesia”*.
- 3- Contar con el apoyo de ciertos familiares *“mi hija siempre me viene a visitar con mis nietos... ellos son mi mayor fuente de apoyo”* *“mi esposa siempre ha estado ahí para mí en todo... ella es tan buena”*.
- 4- Dificultades con su red de apoyo y aislamiento *“no le intereso a mi hijo, tuvimos un problema económico y desde ahí no le importo... no me ha ayudado en nada”*. Además, se reconocieron dificultades en el sueño *“estoy durmiendo unas cuatro horas... me paso despertando en las noches”*.

Por último, en el área **emocional**, los pacientes reconocieron:



- 1- Experimentar malestar sobre las secuelas de los tratamientos contra el cáncer de próstata, específicamente sobre su funcionamiento sexual *“agüeva ver que no le salga nada a uno del pene” “yo estoy joven... tengo 56 años... uno necesita la parte afectiva y sexual”*.
- 2- Indicios de ansiedad ante las secuelas de los tratamientos, específicamente en relación con la sexualidad *“cada vez que voy a tratar de hacer algo (sexual) con mi esposa me pongo ansioso”*.
- 3- Malestar emocional ante la incontinencia urinaria *“ahora tengo que andar en pañales todo el día... a nadie le gustaría estar así”*.
- 4- Indicios de cancerofobia *“cada vez que veo que dice tumor maligno en el expediente, me da un susto” “estoy muy asustado con el dolor testicular que me dio”*.
- 5- Emociones de soledad y desesperanza *“estoy en mi casa solo todo el día... no le hablo a nadie... hay que entender que mis hijos están ocupados con sus cosas”*.

Como intervención, se realizó psicoeducación sobre los procesos médicos, psicoeducación sobre las emociones, psicoeducación sobre la sexualidad y psicoeducación sobre la comunicación asertiva. Por otro lado, se implementó terapia psicológica adyuvante, junto a las recomendaciones conductuales y cognitivas. De la mano con lo anterior, se intervino con el debate socrático para facilitar la reflexión de los pacientes sobre sus pensamientos disfuncionales. Además, se fomentó la escucha activa, la validación y expresión emocional. De igual forma, se fortaleció la adherencia a los tratamientos, el autocuidado, y el reconocimiento de la red de apoyo. Por último, se entrenó a los participantes en relajación muscular progresiva, en el manejo de límites y comunicación asertiva.

Después de la intervención, en el área **cognitiva**:

- 1- Llegaron a cuestionar sus pensamientos desadaptativos “(debate socrático sobre preocupación de resultados de exámenes de control) *yo entiendo lo que me quiere decir... tal vez estoy adelantándome a algo que no ha pasado y que no va a pasar*”.
- 2- Identificaron pensamientos de resiliencia y de espíritu de lucha ante su proceso de enfermedad “*hay que mantenerse positivo... me tocó y aquí sigo*” y de influencia positiva a través de su espiritualidad “*Sin Dios no sé qué hubiera hecho, no estaría aquí parado... paso hablando mucho con Dios y le agradezco por todo lo que tengo*”.
- 3- Reconocieron la importancia de la exploración sexual no genital “*uno toda la vida solamente ha utilizado el pene... tengo que tratar de hacer otras cosas con mi esposa*”.
- 4- Identificaron la relación entre los pensamientos, emociones y conductas “*si me levanto todos los días pensando cosas negativas, voy a pasar todo el día ahuevado y no voy a querer hacer nada*”.

En el área **conductual**:

- 1- Se identificaron actividades de autocuidado y distractores para ponerlas en práctica dentro de su cotidianeidad “*debería regresar al grupo de la iglesia... eso me hará bien*”.
- 2- Fortalecimiento de su red de apoyo “*le voy a preguntar a mis hijos si podemos hacer algo el fin de semana*”. Además, en el área social, se refirió a un señor a trabajo social, debido a que se encontraron indicadores de abandono al adulto mayor.
- 3- Reconocimiento de importancia de recibir atención psicosocial “*me gustaría poder seguir en control de psicología*”, por lo tanto, cuatro señores aceptaron ser referidos a atención psicológica en su área de atracción.

A su vez, en el ámbito **emocional**:

- 1- Identificación de las diversas emociones que están experimentando “*es bueno poder comentarle esto que siento a alguien... poder sacarlo de uno*”, debido a que se reconoció la importancia de poder expresar sus emociones.
- 2- Adquisición de herramienta de manejo del estrés, a través de la relajación muscular progresiva “*voy a hacer esto en las noches para que me ayude a dormir*”.

Por último, en la Tabla 7 se muestra un resumen de la evaluación cualitativa de las intervenciones individuales a pacientes con cáncer de próstata.

Tabla 7: Valoración cualitativa pre y post intervención de la intervención individual

<i>Áreas</i>	<i>Antes de la intervención</i>	<i>Técnicas implementadas</i>	<i>Después de la intervención</i>
<i>Cogniciones</i>	-Pensamientos de recurrencia del cáncer -Preocupaciones sobre citas de control -Pensamientos catastróficos -Preocupaciones sobre sexualidad y su contexto	-Psicoeducación -Debate socrático -Adherencia a los tratamientos -Terapia psicológica adyuvante	-Cuestionamiento sobre pensamientos -Reconocimiento de la espiritualidad y resiliencia -Exploración de la sexualidad no genital -Identificación de relación entre pensamientos y emociones y conductas
<i>Conductas</i>	-Sin realización de actividades de agrado personal -Red de apoyo limitada -Dificultades sueño	-Psicoeducación -Manejo de límites -Comunicación asertiva -Terapia psicológica adyuvante	-Emplear más actividades de autocuidado y de distractores -Fortalecimiento de red de apoyo cercana -Recepción de recibir atención psicológica
<i>Emociones</i>	-Malestar sobre funcionamiento sexual e incontinencia urinaria -Ansiedad sobre la intimidad de pareja -Miedo ante el cáncer y síntomas de dolor -Soledad	-Escucha activa -Validación emocional -Psicoeducación emociones -Relajación muscular progresiva	-Identificación de emociones -Expresión emocional -Manejo del estrés

Elaboración propia, 2019

### **7.2.2.2 Evaluación cuantitativa**

El promedio de edad de los participantes de las intervenciones individuales, posteriores a los talleres grupales, fue de 69.7 (DE= 8.60). Se utilizó el Termómetro del Distrés para medir la eficacia de la intervención individual, al realizar una medición después de la intervención (el dato de la medición anterior a la intervención individual se utilizó a través de la última valoración del paciente en el espacio grupal). El promedio de respuestas del termómetro del distrés de los participantes en la última valoración del taller grupal fue de 2.54 (DE=2.90). Así mismo, el promedio de respuestas del termómetro del distrés en la última valoración de la intervención individual fue de 1.31 (DE= 1.77). Esto significó un porcentaje de cambio de 48%. Por lo tanto, se puede decir que el promedio de distrés emocional tiende a disminuir después de la intervención individual.

### **7.3 Apoyo al Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología)**

En el siguiente apartado se describirán las diversas actividades realizadas en el Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología).

#### **7.3.1 Taller de Duelo**

Desde el año 2010 se realiza en el Hospital México, un taller de siete sesiones para los familiares de los pacientes hemato-oncológicos que han fallecido en los últimos seis meses. El taller se realiza dos veces al año y es impartido por el equipo profesional del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial. Los profesionales en psicología oncológica imparten las primeras cinco sesiones, posteriormente la sexta sesión es facilitada por un invitado (que habla sobre el tema de espiritualidad), y la última sesión es brindada por los profesionales de medicina paliativa.

Los objetivos del taller fueron fomentar un espacio de escucha activa, facilitar soporte y validación emocional, fortalecer las redes de apoyo, psicoeducación sobre el duelo, y ayudar a las personas en la elaboración de su proceso de duelo. En promedio, asistieron 52 personas (38 mujeres y 14 hombres) los jueves de 9am a 12md (nietos, hijos, esposos, primos, del paciente fallecido) desde el 21 de febrero y terminó el 4 de abril. Al inicio de cada sesión se registraba a los participantes en una bitácora de asistencia, y se les entregaba un gafete con su nombre. Al final de cada sesión se les daba un papel de evaluación a los participantes. Seguidamente, en la Tabla 8 se describen las sesiones impartidas, sus objetivos y las actividades realizadas por parte del sustentante.

Tabla 8: Sesiones, objetivos y actividades realizadas en las sesiones del taller de duelo

<i>Número y fecha sesión</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Actividades realizadas por parte del sustentante</i>
<i>#1: 21 febrero 2019</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuadre terapéutico</li> <li>• Reglas de comunicación</li> <li>• Definición de duelo</li> <li>• Factores, tipos de duelo</li> <li>• Reacciones físicas y emocionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acomodar el aula de la sesión</li> <li>• Inscripción de los participantes</li> <li>• Realización de gafetes con nombres de los participantes</li> <li>• Facilitación de kleenex a los participantes</li> <li>• Gestión del refrigerio</li> <li>• Gestión de la evaluación</li> <li>• Recoger el aula</li> </ul>
<i>#2: 28 febrero 2019</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catarsis</li> <li>• Expresión de pérdida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acomodar el aula de la sesión</li> <li>• Inscripción de los participantes</li> <li>• Facilitación de gafetes con nombres de los participantes</li> <li>• Facilitación de kleenex a los participantes</li> <li>• Gestión del refrigerio</li> <li>• Gestión de la evaluación</li> <li>• Recoger el aula</li> </ul>
<i>#3: 7 marzo 2019</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer personalidad</li> <li>• Resiliencia</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Habilidades Sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acomodar el aula de la sesión</li> <li>• Inscripción de los participantes</li> <li>• Facilitación de gafetes con nombres de los participantes</li> <li>• Impartir el taller</li> <li>• Gestión de la evaluación</li> <li>• Recoger el aula</li> </ul>
<i>#4: 14 marzo 2019</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivaciones para vivir</li> <li>• Ritos- Manejo de fechas significativas (cumpleaños, navidades)</li> <li>• Duelo en Adolescentes y Niños</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acomodar el aula de la sesión</li> <li>• Inscripción de los participantes</li> <li>• Facilitación de gafetes con nombres de los participantes</li> <li>• Gestión de la evaluación</li> <li>• Gestión del refrigerio</li> <li>• Recoger el aula</li> </ul>
<i>#5: 21 marzo 2019</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culpa - Enojo - Perdón</li> <li>• Soledad - Esperanza</li> <li>• Redes de Apoyo</li> <li>• Concepto de muerte en culturas diferentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acomodar el aula de la sesión</li> <li>• Inscripción de los participantes</li> <li>• Facilitación de gafetes con nombres de los participantes</li> <li>• Gestión de la evaluación</li> <li>• Gestión del refrigerio</li> <li>• Recoger el aula</li> </ul>

#6: 28 marzo 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espiritualidad</li> <li>• Proyecto de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acomodar el aula de la sesión</li> <li>• Recibir al invitado</li> <li>• Inscripción de los participantes</li> <li>• Facilitación de gafetes con nombres de los participantes</li> <li>• Gestión de la evaluación</li> <li>• Gestión del refrigerio</li> <li>• Recoger el aula</li> </ul>
#7: 4 abril 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición de aprendizajes de los participantes</li> <li>• Agradecimiento del equipo del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial</li> <li>• Participación de psicóloga invitada</li> <li>• Almuerzo compartido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acomodar el aula de la sesión</li> <li>• Inscripción de los participantes</li> <li>• Facilitación de gafetes con nombres de los participantes</li> <li>• Gestión del almuerzo</li> <li>• Recoger el salón comunal</li> </ul>

Elaboración propia, 2019

Como se describió en la Tabla 8, el sustentante desarrolló e impartió la sesión #3 del taller de duelo. Seguidamente, en la Tabla 9 se presenta el cronograma de la sesión con los resultados encontrados; la presentación se encuentra en el Anexo 11.

Tabla 9: Cronograma de la tercera sesión del taller de duelo y resultados

<i>Tiempo (minutos)</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Materiales</i>	<i>Resultados</i>
15 minutos	Registro de participantes	-Anotar a los participantes en la bitácora de asistencia -Entregar gafetes con nombres de los participantes	Bitácora de asistencia Gafetes	Asistieron 49 participantes a la sesión
40 minutos	Continuar con actividad de catarsis de la sesión pasada	-Retomar expresión del duelo por parte de los participantes del proceso	Recurso humano	Los participantes expresaron sus emociones ante el grupo, recibiendo escucha y validación
20 minutos	Fortalecimiento interno	-Explicar el torbellino del duelo -Exponer	Recurso humano Presentación	Entendimiento del proceso de duelo Reconocimiento

		relación entre cognición, emoción y conducta -Psicoeducar sobre emociones -Psicoeducar sobre afrontamiento		de importancia de pensamientos en proceso del duelo Reconocimiento de importancia de expresión de emociones Reconocimiento que el duelo es un proceso individual y personal
20 minutos	Autoestima	-Psicoeducar sobre fortalecimiento de la autoestima -Facilitar reflexión sobre autoestima propio -Facilitar video sobre el Patito Feo -Discutir video del Patito Feo con recomendaciones de fortalecimiento de la autoestima	Recurso humano Presentación	Entendimiento sobre el rol de la autoestima en el proceso del duelo Reconocimiento de pensamientos propios Aplicación de pautas de fortalecimiento de la autoestima a video del Patito Feo y a propios pensamientos
15 minutos	Refrigerio	-Brindar refrigerio a los participantes	Refrigerio facilitado por el comedor del hospital	Unión de grupo
30 minutos	Resiliencia	-Psicoeducar sobre fortalecimiento de la resiliencia -Facilitar escritura sobre factores que les han permitido ser resilientes -Compartir experiencias con el grupo	Presentación Cartón con figura de árbol, tarjetas con figura de hoja, hilo y chinchas	Reconocimiento de la resiliencia como factor que influye en el afrontamiento del proceso de duelo Fortalecimiento de estrategias de autocuidado (meditación, compartir con otros, toma de decisiones) Identificación de factores propios de la resiliencia: "Dios, mi familia, el recuerdo de mi"



30 minutos	Habilidades sociales	-Psicoeducar sobre derechos humanos -Psicoeducar sobre comunicación asertiva -Entrenar en habilidades para decir que no	Presentación Recurso humano	ser querido, el poder seguir adelante” entre otros. Reconocimiento de las bases teóricas de la asertividad y los derechos humanos y su aplicación en el proceso de duelo Aplicación de las habilidades para decir que no en el proceso de duelo Participantes adultos calificaron que decir que no es difícil, participante de 12 años realizó ejercicio de decir que no de forma directa.
10 minutos	Cierre de la sesión	Facilitar la evaluación del proceso	la Hojas con evaluaciones de la sesión	23 calificaciones de “excelente” 5 calificaciones de “bueno”

Elaboración propia, 2019

Antes del taller, las personas reportaron en el área **cognitiva**:

1. Preocupaciones constantes sobre no poder contar con sus seres queridos en el futuro  
*“ya no sé qué voy a hacer, toda mi vida he estado con él”.*
2. Rumiación sobre eventos del pasado *“si hubiéramos llamado a la ambulancia una hora antes” “si hubiera ido al médico una semana antes, hubiéramos podido hacer algo” “papi dejó de ser mi papá antes de morir”.*
3. Pensamiento de túnel *“siento que estoy en un lugar sin salida... mi vida no es la misma”.*

4. Evitar el proceso de duelo *“fue mi esposo de toda la vida... pero trato de no pensar en lo que acaba de pasar”*.
5. Culpa ante el pasado *“me tomé ese día libre porque ya no podía más, yo tenía que descansar... y ese mismo día se murió él, sin mí”*.

Seguidamente, en el área **conductual** los pacientes describieron que han:

1. Tendido a aislarse *“no quiero ver a nadie, no quiero hacer nada... la gente habla mucho, y yo no les quiero contar nada”*.
2. Disminuido sus actividades de ocio *“paso en mi casa todo el día, no he vuelto a hacer las cosas que me gustan porque no puedo”*.
3. Haber realizado ritos de duelo *“me gusta ir todos los días a su cuarto y oler su ropa, ver las cosas cómo quedaron en el último día”*.
4. Presentado dificultades de sueño *“apenas me acuesto en las noches empiezo a pensar en mi ser querido”*.

Por último, en el área **emocional** los participantes describieron:

1. Tristeza *“siento que he perdido el sentido de mi vida... todo lo veo negro”*.
2. Ansiedad *“apenas escucho algún sonido en la casa creo que es mi hijo que me está llamando o que está haciendo algo... después me acuerdo de que ya falleció”*.
3. Angustia sobre el pasado *“fue tan repentino... de una semana a otra, no tuvimos tiempo de nada”*.
4. Dolor ante el proceso *“estoy devastado sin mi esposa”*.
5. Miedo *“he tenido que tomar una fuerza tan grande para poder salir de la casa y venir a este hospital... con solo verlo siento algo”*.

6. Confusión *“mi mamá no ha llorado nada, siento que eso es malo, no sé qué hacer”*  
*“mis hijos me han dicho que les haga comida como la abuela... pero ya mi mamá falleció, y la comida no me queda igual”*.
7. Esperanza *“yo sé que hablar de esto con otras personas me va a ayudar”*, resiliencia  
*“he tratado de seguir adelante... pero es muy difícil, hay días en que no puedo hacer nada”*.

En el proceso del taller, el equipo de psicología oncológica intervino con: psicoeducación sobre el duelo, validación y expresión emocional, escucha activa, entrenamiento en comunicación asertiva, manejo de límites, y normalización del duelo. De igual forma, el espacio de escucha activa y apoyo emocional que se construyó entre los mismos participantes del grupo, permitió fortalecer las intervenciones terapéuticas de los facilitadores. Al final de la sesión, los participantes realizaron un grupo de *whatsapp* con sus números telefónicos, permitiendo que se elaborara una red de apoyo informal entre sí.

Después del taller, en el área **cognitiva** los participantes describieron:

1. Tener mayor comprensión sobre su proceso de duelo *“cada quién lleva su duelo a su ritmo”* *“puedo tener días en que me sienta bien y me sienta mal”*.
2. Normalización del duelo *“me ha agradado mucho ver que el duelo es diferente en otras culturas”* *“nada podrá explicar lo que pasó”*.
3. Mayor percepción de apoyo *“todos estamos pasando por esto tan difícil”* *“antes yo creía que estaba sola en esto... con el taller me di cuenta de que había otros que comprendían mi dolor”*.
4. Desculpabilización *“no me tengo que sentir culpable por no haber estado ahí en la muerte de papi... son cosas que pasan... no tenemos control sobre eso”*.

5. Capacidad de resiliencia y espiritualidad *“voy a seguir hacia adelante por mi hijo... él hubiera querido eso” “Dios ha sido y será siempre mi fuente de apoyo más importante... sin Él no podría seguir”*.

Además, en el área **conductual**, se describe:

1. Realización de actividades de autocuidado *“estoy volviendo a hacer las cosas que hacía antes, como ir a caminar, ir al cine, salir con amigas a tomar café... sólo cuando me siento bien” “he aprendido mucho sobre las formas en que me tengo que cuidar a mí misma... la vida continúa”*.
2. Comunicación asertiva y manejo de límites *“es difícil... pero hay que poner límites, hay que saber decir que no... no le puedo pasar contando esto a todo mundo” “los demás tienen que respetar lo que estoy pasando, si no quiero hablar no lo hago”*.

Sobre el área **emocional**, se describe:

1. Mayor expresión y reconocimiento de emociones *“finalmente he podido llorar la muerte de mi esposo... ha sido muy duro” “perdí a mi abuelo, me siento muy triste” “no hay nada de malo en que lloremos, es natural” “antes pensaba que era malo hablar de mi tristeza... ahora he entendido que es al contrario” “me he sentido mejor después de venir a los talleres... me ha servido desahogarme”*.

Seguidamente, se muestra un resumen de la intervención realizada en el proceso.

Tabla 10: Valoración cualitativa pre y post intervención de la tercera sesión del taller de duelo

<i>Áreas</i>	<i>Antes de la intervención</i>	<i>Técnicas implementadas</i>	<i>Después de la intervención</i>
<i>Cogniciones</i>	-Culpa -Rumiación -Preocupaciones futuro -Pensamiento de túnel	-Psicoeducación sobre el duelo -Expresión emocional	-Normalización del duelo -Mayor percepción de apoyo -Descuplabilización -Reconocimiento espiritualidad y resiliencia
<i>Conductas</i>	-Aislamiento -Dificultades sueño -Disminución actividades autocuidado -Ritos de duelo	-Psicoeducación comunicación asertiva -Manejo de límites -Ensayo conductual habilidades sociales	-Mayor actividades de autocuidado -Habilidades para decir que no
<i>Emociones</i>	-Tristeza -Ansiedad -Angustia -Miedo	-Escucha activa -Validación emocional -Psicoeducación emociones	-Expresión y reconocimiento emocional

Elaboración propia, 2019

Por último, en la **evaluación de todo el proceso** de la última sesión, los participantes destacaron diversos temas, entre ellos: la definición del duelo, el fomento de la expresión emocional, la escucha que les brindaron los profesionales facilitadores del taller y los demás participantes del grupo, la comunicación asertiva, las habilidades para decir que no, el duelo en otras culturas, y la resiliencia.

La participación del sustentante en los talleres de duelo permitió una mayor sensibilización y comprensión en los temas de: apoyo entre pares y la cohesión grupal, la psicoeducación (sobre el proceso del duelo, las emociones, habilidades sociales, resiliencia, espiritualidad, autoestima), la expresión y validación de emociones, y la puesta en práctica de los aprendizajes por parte de los participantes. Los aprendizajes por parte del sustentante se obtuvieron a través de la observación y asistencia en los talleres, así como a través de la recopilación y sistematización de información para impartir el tercer taller.

### **7.3.2 Asistencia a consulta externa y de pacientes hospitalizados con profesionales de psico-oncología**

Parte fundamental del proceso de la presente práctica dirigida, fue el acompañamiento brindado con el equipo de psicología oncológica en la atención de pacientes hemato-oncológicos en consulta externa y en pacientes hospitalizados. Esta actividad permitió que el sustentante tuviera un acercamiento a la realidad psicosocial de los pacientes hemato-oncológicos, una comprensión más completa de los conocimientos médico-técnicos de diversos tipos de enfermedades hemato-oncológicas, y una mayor aproximación a la atención psico-oncológica dentro del contexto hospitalario y en consulta externa.

Como se mencionó anteriormente, los pacientes se encontraron en diferentes momentos de su proceso de enfermedad (diagnóstico, tratamiento, remisión, recidiva, paliativo). En total, se atendieron a 255 pacientes de consulta externa y en hospitalización. A continuación, se describirán especificidades de la atención psico-oncológica a pacientes hemato-oncológicos en consulta externa y de hospitalización, según el estado del proceso de enfermedad, así como los aprendizajes adquiridos por parte del sustentante. Se debe tomar en cuenta que los diagnósticos reportados en el presente trabajo son aquellos descritos por los médicos tratantes.

#### **7.3.2.1 Consulta externa**

En consulta externa se atendieron a 202 pacientes, 62 hombres y 141 mujeres. La edad promedio de los pacientes atendidos fue de 54.2 ( $DE= 14.5$ ). Además, en consulta externa se atendieron a 57 familiares. En la siguiente tabla, se desglosa el total de pacientes atendidos en consulta externa, según su diagnóstico de enfermedad hemato-oncológica.

Tabla 11: Total de pacientes atendidos en consulta externa según su diagnóstico hemato-oncológico (N= 202).

<i><sup>2</sup>Tipo de enfermedad hemato-oncológica</i>	<i>Total</i>
Glándula pineal	1
Tiroides	1
Schwannoma	1
Neurofibromatosis	1
Médula ósea	1
Meningioma	5
Glioblastoma	1
Linfoma	9
Amígdala	1
Mieloma múltiple	6
Leucemia	4
Melanoma	8
Sarcoma	8
Páncreas	4
Mama	82
Útero	1
Vulva	1
Endometrio	3
Cérvix	2
Ovario	3
Pulmón	8
Laringe	4
Orofaringe	1
Lengua	1
Pene	1
Testículo	5
Próstata	14
Hígado	1
Colon	6
Recto	6
Gástrico	7

Elaboración propia, 2019

<sup>2</sup> Datos según se indicaban en la información médica del paciente

Seguidamente, se definirán particularidades de la atención psico-oncológica según el estado de enfermedad hemato-oncológica.

Las personas **recién diagnosticadas** con algún tipo de cáncer hemato-oncológico, recibieron la noticia con un estado de *shock* e incredulidad. Era común que los pacientes expresaran que todavía no creían que esto les estaba pasando a ellos *“sentí como que toda la vida se me vino encima... lo primero que pensé fue en mis hijos”*. Además, muchas personas describían haber entendido poco de su médico tratante, ya que se sentían aturdidos a la hora de recibir la noticia. Inclusive, algunas personas expresaron emociones de culpa *“seguro fue algo malo que hice... yo no sé por qué me pasó esto a mí... siempre fui una persona saludable”*. De igual forma, los pacientes describían la reacción emocional de sus familiares *“mis hijas están muy afectadas... piensan que me voy a morir... pero yo tengo que ser fuertes para ellas”*.

En esta etapa, las personas se exponen ante sus recursos internos (factores personales de afrontamiento, por ejemplo, tolerancia a la frustración, manejo de límites, resiliencia) y externos (factores ambientales que influyen en el afrontamiento de la persona). Sobre los recursos internos, hay personas que afrontan el diagnóstico minimizando la situación o rechazándola *“esto no es nada... es como otra enfermedad, tengo que venir a tratarme y ya”*, personas que han desarrollado resiliencia debido a problemáticas anteriores *“mi papá me tiraba afuera de la casa a dormir de niña... tuve que volverme muy fuerte”*.

Otras personas presentaron pensamientos catastróficos sobre el cáncer *“desde que me dijeron que tengo cáncer caí en una depresión muy fuerte... tengo tanta incertidumbre... pienso en la muerte... le tengo miedo”*, debido al referente social del cáncer *“tengo una amiga que tuvo una prima con cáncer y le fue tan mal... ya se murió... ¿será que también me voy a morir?”* y a predicciones anticipadas sobre su vida cotidiana *“tenía tantos proyectos con mi hijo... ya no sé*



*qué va a pasar... no podré hacer nada*". Adicionalmente, había personas con una comprensión limitada de su condición médica de salud *"yo no sé nada... creo que tengo una pelota adentro"*.

Por otro lado, en referencia a los recursos externos, se encontraron personas que vivían alejados del hospital y del valle central, lo cual generaba pensamientos anticipados de preocupación *"toda mi familia vive tan lejos... no sé si decirles... ¿cómo voy a hacer para aguantar sola todo lo que viene?"*. Además, había personas con una red de apoyo limitada *"solamente somos mi hijo pequeño y yo... esto va a ser muy duro para él... estamos solos"* y problemáticas en la dinámica familiar *"mi esposa es la que me va a cuidar, yo la quiero mucho pero solo pasamos peleando por cualquier cosa... siempre está alterada"* y de género *"en mi casa esperan que yo haga todas las cosas de la casa... ¿cómo van a hacer ahora que estoy enferma?"*. De igual forma, se encontraron personas con problemáticas económicas *"yo tengo muchas deudas... pago el colegio privado de mi hija... ahora no sé cómo voy a hacer"* *"yo ayudo en la casa vendiendo comida en la calle... me da mucho pesar pensar en mis hijos"*.

En los **tratamientos**, las personas se enfrentaron ante la incertidumbre *"estoy tan asustada... la cirugía, la quimio, la radio... me han dicho cosas muy malas de esos tres"*, se enfrentaron ante pensamientos anticipados sobre las secuelas del tratamiento *"no quiero que se me caiga el pelo... todo menos eso... no sé qué voy a hacer cuando no lo tenga"*, o experimentaron las secuelas de los *tratamientos* *"recibí la radio en el cuello... vieras cómo me quemó todo... ahorita ando con una tos seca, no puedo ni hablar bien... yo trabajo en un hotel con personas... no sé si voy a poder seguir"* *"la quimio a mí me revolcó, me hizo vomitar mil veces, y tener náuseas... sentía que no podía ni quería más"*.

Además, las personas llegan a reorganizar su vida cotidiana para poder recibir los tratamientos *"es muy difícil... ahora tengo que estar viniendo al hospital casi todos los días para"*

*recibir la quimio... y después con la radio es peor... ya estoy cansada*". Por otro lado, hay personas que no tuvieron secuelas significativas en sus tratamientos *"yo no sentí nada con la quimio ni la radio... fue como venir a ponerme una inyección contra la gripe"*.

También se observaron dificultades en la adherencia a los tratamientos *"tengo fuerte dolor después de la cirugía... me enviaron esta morfina para el dolor, pero a mí esto me da miedo... dicen que es una droga... entonces me inyecto una vez al día y no tres"* debido a desconocimiento y mitos sobre los mismos *"me dijeron que esta pastilla es quimio... yo siento que ya no la tengo que tomar porque estoy bien"* (la pastilla referida era anastrasol, un tratamiento anti-hormonal contra el cáncer de mama que se les envía a las pacientes de 5 a 10 años).

De igual forma, se observaron personas que contaron con cercanía de su red de apoyo *"mi esposo ha sido tan bueno conmigo... sin él no podría estar pasando por las sesiones de radio"*, o que tuvieron dificultades con su red de apoyo *"antes mi vecina era como mi mejor amiga, pero ahora se ha vuelto tan pesada conmigo... imagínese que entró a mi cuarto sin pedirme permiso, me vio acostada en la cama llorando y me dijo que me veía bien fea sin el pelo... me sentí destrozada"*.

En la **remisión de la enfermedad**, se inicia una reincorporación de la funcionalidad del paciente, por lo que paulatinamente la persona va teniendo citas de control con mayor distancia entre sí *"ya me dejan las citas a seis meses... cada vez que regreso me acuerdo de todo lo que pasó... no aguanto oler la comida que dan aquí"*. Dentro del ajuste a la vida cotidiana, el paciente puede reaccionar con ansiedad ante el regreso al ámbito laboral *"me da mucho temor pensar que voy a tener que estar con chiquitos en un aula de nuevo... yo ya no estoy para eso... ocupo una reubicación"*, generalmente por presentar una pérdida en su funcionalidad *"después*

*del tumor en el cerebro yo ya no soy el mismo... mi empresa anterior me tiene incapacitado, pero yo sé que cuando termine la incapacidad me van a despedir... ¿para qué van a ocupar un inútil que se le olvida todo?”.*

La pérdida en la funcionalidad podía llegar a afectar su rol dentro de la dinámica familiar *“ahora me quedo solo en la casa haciendo nada... me frustro pensar que ya no soy el mismo de antes”*. También, se observó una incidencia en la comorbilidad de trastornos mentales (depresión, ansiedad, ataques de pánico) *“desde que salí del cáncer me da un miedo salir afuera... cuando me monto en un bus siento que algo malo me va a pasar... una vez se me fue el aire en pleno San José centro... pensé que me iba a morir”*, y pensamientos de preocupación sobre el regreso de la enfermedad (indicios de cancerofobia) *“tengo un fuerte dolor en la espalda y me da miedo pensar que es el cáncer de nuevo... quiero que me vuelvan a hacer una resonancia magnética”*.

Por otro lado, en el proceso de remisión de la enfermedad, los pacientes pueden desarrollar y poner en práctica comportamientos adaptativos, llegando inclusive, a un replanteamiento de sus proyectos de vida *“yo antes trabajaba en un banco todo el día... después de tener cáncer en un testículo, renuncié del banco y me hice profesor de universidad... ha sido mi sueño toda la vida, los chiquillos me dan mucha energía y alegría... tuve que pasar por esta enfermedad para hacer el cambio”*. Por lo tanto, esta resignificación de sus vidas les puede permitir tener una mayor capacidad en el manejo de límites *“ahora, si una vecina me quiere venir a molestar, yo le digo que estoy ocupada y no puedo... antes me daba cosa decirles que no”* y en el cuestionamiento de sus relaciones interpersonales *“yo ya pasé por esto tan difícil, y ahora imagínese, tener que ir a casa a aguantar a mi esposo que me grita y me trata mal... yo ya no quiero estar con él”*.

Se destaca también, que los pacientes pueden llegar a tomar más en cuenta los pequeños momentos que viven en su día a día *“antes uno pasaba por el trajín de la vida como si tuviera todo el tiempo del mundo... ni le importaba nada... ahora no, ahora cada café que puedo tomar con mis amigas, cada día que saludo a mis hijos, lo veo como una gran bendición... no somos eternos, y el tener cáncer me ha hecho ver esto”*, así como su autocuidado *“tengo que chinearne, ya no me importa ir todo el día al salón de belleza o a un paseo con mis amigas de la iglesia... pasé por todo esto para tener ganas de seguir adelante y estar feliz”*.

En la **recidiva**, se destaca mucha incertidumbre sobre la progresión de la enfermedad *“yo quiero que sean transparentes conmigo y que no me oculten información... ¿qué significa esta metástasis?”*, así como desconfianza ante los tratamientos médicos *“no sé si podré aguantar una vez más la quimio... si la primera vez fue horrible... no me imagino una segunda vez... ¿para qué pasar por tanto dolor de nuevo?”*, *“yo sentía un dolor tan fuerte en la mama... yo sabía que era el cáncer, y nadie me creía... yo me conozco y yo sé cuándo algo está mal”*.

En esta etapa también se percibe un sentido de lucha (resiliencia) en las personas *“trato de vivir el día a día... me encontraron una nueva lesión, pero todavía se puede hacer algo... ahora más que nada quiero tener más tiempo para disfrutar de las cosas, de mi familia”* *“cuando salga de esto, voy a meterme a la universidad a estudiar contaduría y a trabajar en un call center para darle dinero a mi mamá”*. Esta resiliencia desarrollada, se relaciona con un mayor conocimiento de los procesos de tratamiento *“ya pasé una vez por ahí... esta segunda vez voy de nuevo con todo y sé que es para curarme”*.

En el **manejo paliativo**, las personas expresaron incredulidad ante su pronóstico *“me dijeron que ya no hay nada que hacer... ¿qué va a pasar?... ¿se me podrá poner más quimio?”*, enojo con los profesionales de salud *“esto fue porque me operaron muy tarde... pasé en lista de*

*espera por mucho tiempo”, impotencia “yo sé que ya no se puede hacer nada... tengo un pesar tan grande... quisiera poder despertarme y pensar que todo esto fue un sueño”, fortalecimiento de su espiritualidad “lo único que me mantiene con vida es Dios... Él es grande y sabe por qué está pasando todo esto”.*

Además, se observó en los pacientes indicadores de tristeza *“siento como que algo me falta... pero no sé qué es... me dan ganas de llorar de vez en cuando”,* miedo ante el futuro *“a veces me pongo a pensar sobre el momento en que vaya a pasar”,* experiencias de dolor físico *“me duele toda mi espalda... tomo morfina pero no me ha ayudado mucho”* y psicológico *“me arrepiento de muchas cosas en mi vida... no tengo apoyo... mi esposo nunca me ha dado un abrazo” “me pongo a llorar sola en mi casa”,* y conspiración del silencio *“no queremos hablar nada de esto con mi mamá... ella se va a poner muy mal si se da cuenta”.*

Dentro de esta etapa, había pacientes que se encontraban elaborando su duelo anticipado *“yo ya dejé todo arreglado... ya hice mi testamento... ya repartí todo... no tengo pendientes con nadie”* o personas con indicadores de evitación *“todavía no he hablado de la muerte con mi familia... no me siento preparada... tengo mucho miedo”.* De igual forma, había personas con indicadores de aceptación ante el manejo paliativo *“trataré de vivir lo más que pueda estos días que me quedan... yo sé que no somos eternos, y ya este es mi llamado... este proceso me ha enseñado mucho sobre la vida”.* Otro aspecto fundamental en esta etapa de enfermedad es la dinámica familiar, la cual se aborda dentro del Servicio de Medicina Paliativa a través de las sesiones de familias (se describirán estas intervenciones en el apartado 7.3.5).

Por último, como **aprendizajes** de la atención de consulta externa, se destaca el conocimiento adquirido sobre una variedad de enfermedades hemato-oncológicas y sus tratamientos. De igual forma, se desarrollaron habilidades profesionales necesarias de un proceso

de acompañamiento psico-oncológico, como lo son: la entrevista clínica (información psicosocial y contextual de la persona, seguido de la percepción de la persona sobre su proceso médico), la escucha activa, la contención y validación emocional, la implementación de los componentes (cognitivos y conductuales) de la terapia psicológica adyuvante.

Además, se adquirieron aprendizajes en el debate socrático, las técnicas de relajación muscular progresiva y respiración diafragmática, la psicoeducación como herramienta para fortalecer la adherencia a los tratamientos médicos y empoderar a la persona dentro de su proceso de salud, las habilidades sociales (específicamente implementando la comunicación asertiva), el manejo de límites, y el mejoramiento de la comunicación con los médicos tratantes.

Similarmente, se aprendió a utilizar el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) al consultar expedientes y escribir notas, bajo la supervisión del Dr. Campos y la Dra. Rebolledo (psico-oncólogos). Por último, se recalca que la atención psicológica se debe de acoplar al grupo etario del paciente (adulto mayor, adulto, adolescente), su nivel educativo, sus creencias personales (espirituales, sociales y culturales) y su comorbilidad con trastornos mentales (ansiedad, depresión, ataques de pánico) que pudieran dificultar el afrontamiento ante el proceso médico.

### **7.3.2.2 Pacientes hospitalizados**

Se atendieron a 53 pacientes hospitalizados, 21 hombres y 33 mujeres. La edad promedio de los pacientes atendidos fue de 44.3 ( $DE= 19.5$ ). Además, se atendieron a 19 familiares. En la siguiente tabla, se desglosa el total de pacientes atendidos en consulta externa, según su diagnóstico de enfermedad hemato-oncológica.

Tabla 12: Total de pacientes hospitalizados atendidos según su diagnóstico hemato-oncológico (N= 53).

<sup>3</sup> Tipo de enfermedad hemato-oncológica	Total
Mama	6
Colon	2
Sarcoma	3
Cérvix	1
Columna	1
Cabeza	1
Nariz	2
Lasofaríngeo	1
Recto	2
Gástrico	3
Hígado	1
Próstata	1
Melanoma	3
Células germinales	2
Ovario	3
Médula ósea	1
Linfoma	8
Mieloma múltiple	3
Leucemia	11

Elaboración propia, 2019

Seguidamente, se definirán particularidades de la atención psico-oncológica según el estado del proceso de enfermedad hemato-oncológica. En el **diagnóstico**, los pacientes hospitalizados expresaron no tener conocimiento pleno sobre su diagnóstico, ni los tratamientos, ni la razón por la cual estaban hospitalizados *“esta semana tuve un dolor muy fuerte en el estómago... me dijeron que tenía un tumor... pero el viernes me van a operar y para eso me tienen aquí, me van a quitar el cáncer y ya el lunes voy a poder ir a mi casa con mi familia”* (señor con cáncer de estómago que le iban a realizar una laparoscopia exploratoria y no un

<sup>3</sup> Datos según se indicaban en la información médica del paciente

tratamiento curativo), *“llevo un mes sintiéndome cansada... me hice exámenes en el EBAIS y hace dos días me dijeron que tenía que venir de emergencias aquí al hospital porque tenía los exámenes muy alterados... no sé qué va a pasar... extraño a mi familia”* (señora con recién diagnóstico de leucemia mieloide aguda).

Algunos pacientes se mantenían hospitalizados al mismo tiempo que recibían sus **tratamientos**, debido a complicaciones asociadas a su estado de salud general. Por ejemplo, una paciente con mieloma múltiple recibió quimioterapia mientras estaba hospitalizada, ya que su respuesta ante el tratamiento se mantiene bajo observación. Por lo tanto, estas personas deben dejar de lado toda su vida cotidiana *“yo era una mujer independiente, nunca he estado tirada en una cama todo el día... eso es lo que más me duele”*, y algunas de ellas son provenientes de zonas rurales, por lo que dejaron el contacto con sus familias e hijos para ser hospitalizadas *“lo que más me preocupa es mi hijo... está solo con mi mamá allá... mi mamá me dijo ayer que me iba a quitar la custodia de él... ella me dijo que ya habló con el PANI... no sé qué hacer... estoy tan lejos y me siento tan inútil... no puedo hacer llamadas porque no tengo recarga en el celular”*.

En el proceso de tratamiento en hospitalización, se destaca la particularidad de los pacientes adolescentes, quienes deben dejar de lado su vida cotidiana. Por ejemplo, dejar de lado sus interacciones con pares y sus estudios en secundaria *“mis amigos del cole me envían mensajes... este año iba a terminar el cole”*. Sin embargo, los profesionales de psicología oncológica contactan a las instituciones educativas, para que ellos puedan seguir estudiando dentro del hospital. Además, hay adolescentes hospitalizados provenientes de zonas rurales, quienes no están acostumbrados a un entorno urbano, ni a estar encamados por un tiempo



prolongado *“yo soy de la zona de San Carlos, extraño estar en la finca con mi papá y jugar bola con mis primos... ahora estoy todo el día en este cuarto”* (adolescente de 14 años con leucemia).

Por otro lado, los pacientes que van a recibir trasplante de células madre hematopoyéticas se mantienen hospitalizados por tiempos prolongados ya que la quimioterapia que reciben les elimina su médula ósea, por lo que quedan con las defensas muy bajas y susceptibles a que contraigan una infección de un agente externo. Dentro de esta hospitalización, se encuentran en aislamiento, con visitas restringidas, y deben realizar diversos tipos de cuidados en su rutina (por ejemplo, realizar enjuagues bucales, no manipular objetos que se caen al suelo, limpiar el control de la televisión cada vez que lo van a utilizar, entre otros). Se observó pacientes que eran sumamente rigurosos y sistemáticos en el seguimiento de sus cuidados, y otros que no seguían los cuidados al pie de la letra (y tenían posteriores secuelas como dolor y resequedad en la boca). Para visitar a estos pacientes, se debía realizar un lavado extenso de manos y brazos, así como vestir con ropa de hospital esterilizada.

En la **recidiva**, los pacientes expresaron shock e incredulidad ante los nuevos indicios de recaída *“me empezó a dar una gripe... se volvió más y más fuerte... y los exámenes de sangre estaban alterados... entonces aquí vamos de nuevo”*, con reacciones emocionales encontradas en los familiares del paciente *“le dije a mi hijo que mamá se va a tener que quedar en un hospital para curarse... me preocupa que sus notas de la escuela han bajado desde que vine aquí”*, y con preocupaciones sobre si el nuevo proceso de recaída es curativo *“espero que pueda salir adelante de esto también... tengo tanto miedo de los resultados de los exámenes... no quiero pensar que tengo metástasis en todo lado”*.

En el **manejo paliativo**, los pacientes expresaban desconocimiento de los tratamientos paliativos, ya que algunos indicaban que los tratamientos paliativos los iban a curar *“yo espero*

*en Dios que esta nueva quimio me ayude a curarme*". En contraste, había personas que entendían el propósito de los tratamientos paliativos *"yo entiendo que esto es para prolongar mi vida y aprovechar lo más que pueda a mi familia"*. Además, los pacientes manifestaban emociones de impotencia *"yo no creí que esto me iba a pasar... ¿cuánto tiempo me quedará?"*, tristeza *"desde que me dieron la noticia, me pongo a llorar todas las noches"*, e incertidumbre dentro del proceso *"en mi hogar no tengo las condiciones adecuadas... ¿quién me va a cuidar?... yo creo que es mejor que me quede aquí en el hospital"*. Por otro lado, los pacientes en este estado podían encontrarse con complicaciones serias a su salud y ser incapaces de comunicarse. En ocasiones, los familiares del paciente también expresaban mucha angustia ante el proceso *"mi mamá va a tener que ir a la casa en este estado... no sé cómo vamos a hacer y quién la va a cuidar... yo renuncié a mi trabajo para estar con ella"* o no acompañaban al paciente y se mantenían ausentes.

Por último, como **aprendizajes** de la atención a pacientes hospitalizados, se obtuvo un mayor acercamiento con las realidades de estos pacientes, sus emociones de impotencia y sus preocupaciones sobre su hospitalización. Además, se llegó a comprender el impacto que tiene en las personas el estar confinados dentro de un mismo espacio, sobrellevando procesos de enfermedad, con reiteradas complicaciones en la salud. De igual forma, los pacientes se encontraban expuestos a observar los malestares de los demás, estar sujetos al control del personal de salud, recibir tratos distintos dependiendo del profesional que les atendía, y tener desconocimiento e incertidumbre sobre su proceso de salud y su hospitalización.

Adicionalmente, la hospitalización puede ser un evento desgastante para los familiares del paciente, ya que en algunos casos los pacientes están acompañados todo el día (por ejemplo, en los pacientes adolescentes), o los familiares visitan a los pacientes en turnos de visita cada día.

Ante las anteriores particularidades, el profesional en psicología oncológica puede facilitar un espacio de acompañamiento psicológico basado en la expresión y validación de emociones, la escucha activa, la psicoeducación, el mejoramiento de la comunicación con el equipo de salud, entre otras técnicas.

### **7.3.3 Intervención en crisis con profesionales de psico-oncología**

La intervención en crisis a pacientes hemato-oncológicos se realiza a través del contacto de un profesional en salud del Departamento de Hemato-Oncología hacia un psico-oncólogo (usualmente vía telefónica o vía *whatsapp*). Esta intervención consiste principalmente en brindar contención emocional y fomentar la toma de decisiones al paciente con dificultad en el afrontamiento al proceso médico. Puede realizarse en consulta externa, en piso (hospitalización), en las salas de quimioterapia, o en el Hospital de Día y puede suceder en distintos momentos del día dentro del horario de 7am a 4pm. Ante esta modalidad de atención, se acompañó a los profesionales en psico-oncología a ocho intervenciones en crisis, en donde se intervino a seis pacientes mujeres y un paciente hombre, cuatro con diagnóstico de cáncer de mama, uno con diagnóstico de cáncer en los senos paranasales, una con diagnóstico de cáncer de colon, una con diagnóstico de cáncer de estómago. También se acompañó a la familia de una paciente que acaba de fallecer. Además, la edad promedio de los pacientes fue de 50.3 ( $DE= 21.2$ ) años.

Ejemplificando, una intervención en crisis consistió en abordar a una paciente de 72 años con cáncer de mama avanzado, que no quería someterse a un proceso de tratamiento oncológico, ya que ella sostenía que no quería hacer nada porque su “*ser supremo*” la va a ayudar. Primeramente, se validó su espiritualidad y cercanía con su “*ser supremo*”, sin embargo, se implementó el debate socrático para fomentar la reflexión sobre si su “*ser supremo*” quisiera que no se someta a ningún procedimiento médico; más bien, guiando a que la señora visualice los

procesos de tratamiento médicos, como parte de las herramientas que le brinda su “*ser supremo*” para que pueda afrontar adecuadamente su proceso de enfermedad y tratamientos.

Adicionalmente, otra intervención en crisis consistió en abordar a una paciente de 30 años quien se encuentra en manejo paliativo de su cáncer de estómago, ya que se ha quedado sin posibilidades de tratamiento curativo. A pesar de su condición médica, la paciente no había podido hablar con su familia sobre el tema de la muerte. La intervención psico-oncológica brindada por la Dra. Rebolledo (psico-oncóloga) consistió en permitir que ella expresara sus voluntades anticipadas a su madre y su esposo, quiénes recibieron el mensaje con empatía y validación. Estas voluntades anticipadas, permitieron que la paciente hablase sobre los ritos que ella deseaba en su funeral y vela. Dos días después, la paciente falleció en su hogar. Por lo tanto, el poder hablar de la muerte permite que los pacientes en manejo paliativo (cuando la enfermedad ha avanzado y progresado) puedan realizar el cierre con sus familiares y personas cercanas antes de partir.

En otro momento, se intervino un paciente de 19 años vecino de Puntarenas, con un cáncer epidermoide en su tracto respiratorio quién estaba sobrellevando los efectos secundarios de la quimioterapia (se encontraba dentro de la sala de quimioterapia y estaba experimentando constantes síntomas de vómitos, náuseas, mareos y falta de apetito), falta de planes a futuro, se sentía solo, deprimido, no se estaba alimentando, y no se sentía apoyado por su familia. La intervención consistió en validación y expresión emocional, escucha activa, y fomento de habilidades de autocuidado a través de las recomendaciones de la terapia adyuvante y la adherencia a los tratamientos (primordialmente que lograrse entender la importancia de la alimentación a la hora del tratamiento con quimioterapia). Además, se realizó una intervención

con la madre del paciente para comunicarle la importancia de atender las necesidades del paciente: que su hijo se mantenga acompañado y que vigilen sus hábitos alimenticios.

Por último, otra de las intervenciones en crisis consistió en brindar acompañamiento a los familiares de una paciente que falleció en su hospitalización, debido al proceso de enfermedad avanzada. En este momento una psico-oncóloga se encargó de abordar al hijo de la paciente, ya que la señora que recién acaba de fallecer era paciente suya de consulta externa. Por otro lado, la Dra. Rebolledo (psico-oncóloga) y el sustentante brindaron contención emocional y escucha activa a tres familiares (dos hermanas y un hermano) de la paciente. Además, se acompañó a los familiares hasta la morgue del hospital, donde podían esperar mientras se organizaba a la familia para realizar sus rituales funerarios.

Como resultado de las intervenciones en crisis realizadas, se obtuvo un aprendizaje de los componentes de la atención en crisis, específicamente sobre: la escucha activa, la validación de emociones, la expresión de emociones, la toma de decisiones del paciente (sobre la enfermedad hemato-oncológica) en función de su calidad de vida, el involucramiento de la red de apoyo en la toma de decisiones, y el respeto de la red de apoyo sobre las necesidades personales del paciente.

#### **7.3.4 Talleres psicoprofilaxis preoperatoria de pacientes con cáncer de mama**

En el Hospital México de Costa Rica realizan un protocolo de atención en la Unidad de Patología Mamaria. Primeramente, los martes a las 7:00am se realiza una sesión médica donde se discuten las decisiones clínicas para las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. A estas sesiones asisten enfermeros, patólogos, cirujanos, oncólogos, radiólogos, radioterapeuta, trabajo social y psico-oncología. Las pacientes asisten a una cita preoperatoria con el cirujano oncólogo, donde se les explica su día de hospitalización y los procedimientos médicos que les van a realizar. Posterior a esta cita, las pacientes esperan ser llamadas por la Dra. Rebolledo (psico-

oncóloga), psicóloga designada de la Unidad de Patología Mamaria, para atender a un taller de psicoprofilaxis preoperatoria.

Además, previo a la cirugía la mayoría de las pacientes se les realiza una biopsia de ganglio centinela en la Sección 12 del Hospital México en Medicina Nuclear. Para tener mayor conocimiento sobre este procedimiento, se asistió el viernes 8 de febrero del 2019 a una capacitación con el Dr. Serrano, radioterapeuta en medicina nuclear de este hospital. En el procedimiento, las pacientes reciben una inyección (que se asemeja a las inyecciones de insulina) de un líquido radioactivo alrededor del pezón, el cual se lo deben frotar repetidas veces para que fluya alrededor de los ganglios que rodean la mama. Posteriormente, el primer ganglio “sospechoso” se tiñe de azul en las imágenes médicas y el radiólogo lo marca, para que le sirva como una guía al cirujano oncólogo. El ganglio teñido de azul no necesariamente significa metástasis (por ejemplo, puede estar inflamado por un proceso de infección), por lo que, en la cirugía, los cirujanos oncólogos remueven el ganglio teñido de azul, y lo refieren a una biopsia en patología. Generalmente, si se detecta metástasis en uno de los ganglios removidos, la paciente recibe como tratamiento adyuvante quimioterapia, radioterapia y disección axilar.

En el pasado, cuando no se contaba con este procedimiento, se tenían que remover muchos ganglios, por no haber un procedimiento de detección eficaz (teniendo como consecuencia el desarrollo de linfedemas, que afectan negativamente la movilidad y calidad de vida de la paciente). No obstante, una limitante actual es que el procedimiento únicamente se aplica en los tres hospitales centrales (Hospital México, Hospital San Juan de Dios y Hospital Calderón Guardia), ya que solamente existen tres médicos especializados en medicina nuclear. Por lo tanto, si por alguna razón uno de los médicos no puede laborar, se produce un atraso significativo en las listas de espera.

El taller de psicoprofilaxis preoperatoria de cáncer de mama consistía en tres partes: 1- presentación de las participantes (zona de procedencia, miembros en la familia, trabajo) e introducción de los objetivos de la sesión (aclarar procedimiento médico y brindar pautas sobre el área psicológica), 2- psicoeducación sobre el cáncer de mama y los procedimientos médicos, y 3- abordaje del área psicológico (cognitivo, conductual y emocional). En total, se abordaron 90 pacientes que asistieron al taller.

Al inicio del espacio grupal, se realizaba la presentación para fomentar la unión grupal, ya que se establecían vínculos en común entre las participantes. Además, se brindaba un espacio para que las participantes expresaran sus historias y conocimientos sobre su proceso médico, así como sus temores y dudas relacionadas. Esto con el propósito de facilitar la expresión y validación de emociones en un espacio grupal, donde había otras personas que acababan de tener el diagnóstico de cáncer de mama.

Posteriormente, en la psicoeducación sobre el proceso médico, se explicaba: el cáncer, el sistema linfático y su relación con el cáncer, el procedimiento de la biopsia del ganglio centinela, los tipos de cirugía (masectomía, cuadratectomía, tumorectomía), la quimioterapia, radioterapia, el tratamiento anti-hormonal (anastrozol y tamoxifeno), y el tratamiento de trastuzumab (herceptin; que se aplica con la presencia de la proteína HER-2). En esta parte las participantes externaban sus dudas, por lo que servía para aclarar y desmitificar los procedimientos médicos.

Antes del taller, las participantes expresaban en el aspecto **cognitivo**:

- 1- Preocupación sobre el futuro *“tenía proyectos, estaba trabajando en una empresa de alimentos... ahora ya no sé si podré seguir” “me preocupan tanto mis hijos... no sé qué va a ser de ellos”*.

- 2- Desconocimiento sobre los procesos médicos *“creo que en la biopsia del ganglio centinela me van a operar y sacar unas cosas” “espero estar dormida cuando me saquen los ganglios” “no sé nada de la cirugía” “otras personas me han dicho que en la quimio roja uno se siente muy mal... no he parado de pensar en eso”*.
- 3- Minimización *“solo voy a venir a ponerme los tratamientos y listo... es como una enfermedad más” “me llamaron y solamente vine aquí”*.
- 4- Maximización del proceso de enfermedad *“ya no sé qué hacer... mi mundo se vino abajo”*.
- 5- Conspiración del silencio *“no le había dicho nada a nadie... ni a mi esposo... tuve que pasar por el diagnóstico sola” “a mi mamá no se lo puedo decir... se pondría muy triste porque está muy viejita”*.

En el aspecto **conductual**, las pacientes reportaron:

- 1- Dificultades con su red de apoyo *“mi nieto me dijo que ojalá me muera del cáncer” “mis hijos no me dejan hacer nada, creen que soy una inútil”*.
- 2- Problemas de sueño *“no he podido dormir desde que me sentí la pelota en el pecho”*.
- 3- Aislamiento *“no quiero ver a nadie... paso en mi casa todo el día”*.
- 4- Problemas de comunicación en relación con el diagnóstico del cáncer *“la gente es muy metiche... me han llegado a preguntar qué es lo que tengo... si estoy bien... que parece que no tengo nada” “yo no quiero decirle esto a nadie” “mi esposo es muy necio y le ha dicho a todo mundo... no quería que esto pasara” “mis vecinas me han dicho que esto no es nada... ellas no entienden lo que significa para mí”*.

En el aspecto **emocional**, las pacientes describieron:



- 1- Miedo y ansiedad ante los procedimientos médicos, debido a mitos y creencias sociales sobre el cáncer y sus procedimientos *“tengo tanto miedo de todo... de la quimio, la radio, la cirugía” “tengo temor de los efectos secundarios... eso es lo que me da pavor” “uno lo primero que piensa cuando escucha cáncer es en muerte... mi mundo se vino abajo”*.
- 2- Dificultades en la expresión de emociones, debido a mitos sobre el llanto *“no he podido llorar... tengo que ser fuerte, sino mis hijas me van a ver mal y se van a poner mal ellas”*.
- 3- Shock y tristeza ante el diagnóstico como reacciones esperables *“todavía no puedo creer que estoy sentada aquí, no sé ni qué pensar” “no creí que esto me iba a pasar a mí... estoy tan mal que me dijeron que era un cáncer de alto grado... no sé qué va a pasar” “he llorado sin parar... sola en el baño de mi casa”*.

En el taller, se intervino con escucha activa, validación de emociones, fomento del autocuidado, fortalecimiento de la red de apoyo, debate socrático, psicoprofilaxis sobre los procedimientos médicos, psicoeducación sobre el manejo emocional, comunicación asertiva, manejo del estigma del cáncer, adherencia a citas y a tratamientos.

Una vez concluido el taller, las participantes describieron en el aspecto **cognitivo**:

- 1- Mayor toma de decisiones de su propio proceso médico *“esto es algo personal... no se lo tengo que decir a todos” “yo soy la capitana del barco... y seguimos para adelante”*
- 2- Mayor comprensión de los procedimientos médicos *“ya entendí qué me van a hacer en la biopsia de ganglio centinela... eso me tenía tan asustada” “que dicha que me dijeron lo que va a pasar en la cirugía, así puedo ir más preparada”*.

En el aspecto **conductual**:

- 1- Patrones de comunicación asertivos enfocados en el manejo de límites *“si me siento mal se lo diré a mis hijos y a mi esposo... y que solamente quiero que me escuchen, que no hagan nada más” “ahora voy a decirle a la gente metiche que no quiero hablar... no puedo dejar que me pasen molestando las personas chismosas”*.
- 2- Estrategias de autocuidado posteriores a la cirugía en temas de permitir que los demás las cuiden y en alimentación *“aunque me sienta mal después de la quimio, trataré de comer” “está bien que me deje chinear un poco... he cuidado a mis hijos toda la vida”*.

En el aspecto **emocional**, se apreciaba en las pacientes con:

- 1- Mayor reconocimiento de las reacciones de tristeza, miedo y ansiedad *“es normal que me sienta mal” “yo creí que no podía llorar con otros... ahora he entendido que es algo importante” “me siento más tranquila ahora que entiendo mejor lo que me van a hacer”*.

Seguidamente, se muestra un resumen de la intervención realizada en el proceso.

Tabla 13: Valoración cualitativa pre y post intervención de los talleres de psico-profilaxis a pacientes con cáncer de mama

<i>Áreas</i>	<i>Antes de la intervención</i>	<i>Técnicas implementadas</i>	<i>Después de la intervención</i>
<i>Cogniciones</i>	-Preocupación futuro -Mitos proceso médico - Minimización/maximización -Conspiración silencio	-Psicoeducación -Debate socrático	-Toma decisiones -Comprensión procesos médicos
<i>Conductas</i>	-Dificultad red de apoyo -Problemas comunicación -Problemas de sueño	-Entrenamiento en comunicación asertiva -Psicoeducación	-Habilidades para decir que no -Estrategias de autocuidado
<i>Emociones</i>	-Miedo y tristeza -Ansiedad y shock -Dificultad expresión	-Psicoeducación -Validación emocional -Escucha activa	-Reconocimiento y expresión emocional

Elaboración propia, 2019

Finalmente, como aprendizajes específicos de la asistencia a los talleres de psicoprofilaxis a cáncer de mama, se destaca: 1- conocimientos sobre los procesos médicos (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, biopsia ganglio centinela) al cáncer de mama en el país 2- comprensión de las dimensiones psicosociales de las pacientes con cáncer de mama (maternidad, dinámica familiar, nivel socioeconómico, nivel educativo, grupo etario, zona de procedencia) 3- aplicación de las técnicas psico-oncológicas y cognitivo conductuales, en pacientes antes de los procesos médicos (psicoeducación, mitos y creencias sobre el cáncer, validación y expresión emocional, debate socrático, terapia psicológica adyuvante, fomento del autocuidado, fortalecimiento de la red de apoyo, comunicación asertiva, refuerzo a la adherencia a los tratamientos y a citas).

### **7.3.5 Sesiones de familia**

Las sesiones de familia se realizan dentro del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial, cuando el equipo profesional considera oportuno. Los criterios para realizar una sesión de familia son: proceso de manejo paliativo del paciente hemato-oncológico, desconocimiento del paciente y/o la familia sobre el proceso de enfermedad hemato-oncológica, cambios en el pronóstico y/o proceso de la enfermedad, conflictos familiares que afectan el estado de salud del paciente, conspiración del silencio, entre otros. Estas sesiones se programan para los viernes en el horario de 8am a 1pm, a excepción de situaciones de urgencia donde se programan para otro día entre semana. La duración de las sesiones podía extenderse una o dos horas, dependiendo de las particularidades propias de cada equipo profesional y cada dinámica familiar. Es importante anotar que en la sesión de familia sólo asistían los familiares del paciente; por lo tanto, el paciente no asistía a la sesión.

Para realizar la sesión de familia, el profesional en psico-oncología obtenía la aprobación del paciente, quién definía cuáles miembros de su familia quería que asistieran a la sesión. Adicionalmente, el profesional en psico-oncología discutía con el paciente sus voluntades anticipadas, para que el mismo paciente definiera cuáles temas querían que se hablaran en la sesión, incluyendo temas del proceso de muerte, su cuidado paliativo, deseos personales, y de mensajes emotivos hacia sus familiares. Estas voluntades anticipadas y deseos del paciente se escribían en la nota del expediente digital (EDUS) y posteriormente se hablaban en la sesión con la familia.

Durante el tiempo de la práctica dirigida, se asistió a ocho sesiones de familia, donde participaron 44 familiares del paciente hemato-oncológico. De estos familiares, 30 eran mujeres, y 14 eran hombres. Por su parte, la edad promedio de los pacientes hemato-oncológicos sobre los cuáles se realizaba la sesión de familia fue de 54 ( $DE= 18$ ). Como diagnósticos de los pacientes hemato-oncológicos se encontró: dos personas con cáncer de páncreas, leucemia, mieloma múltiple, mama, y cáncer de colon. En todas las sesiones asistió un profesional de psico-oncología y de medicina paliativa. En una sesión asistió una hematóloga, y en otra sesión asistió un oncólogo y una trabajadora social.

En ocasiones, asistían a la sesión gran cantidad de familiares y amistades cercanas, debido a la particularidad de la familia extendida, y la amplia red de apoyo. En otras instancias, asistían dos personas por tratarse de una familia nuclear pequeña, o que la familia provenía de una región lejana al Hospital México (por ejemplo, Upala), lo que dificultaba el traslado. Además, había familias que se encontraban físicamente alejadas, y que no se solían comunicar entre sí. La mayoría de las familias atendidas poseían poca o difusa información sobre el estado actual del paciente hemato-oncológico. Por lo tanto, al inicio de cada sesión, el equipo

preguntaba a la familia sobre su conocimiento del proceso médico del paciente, y las dinámicas de afrontamiento ante la situación. Posteriormente, se realizaba la intervención.

Propiamente, en la sesión de familia se validaban las emociones de los participantes, se promovía la expresión de emociones, los médicos brindaban información completa sobre el proceso de enfermedad y estado actual de su ser querido. Además, se abordaban diverso tipo de preguntas y se brindaban recomendaciones según las necesidades de cada grupo familiar. El sustentante acompañaba a los profesionales del servicio y apoyaba según fuese indicado por el equipo interdisciplinario. Usualmente, sólo se realizaba una sesión con la familia, por lo tanto, la efectividad de la intervención consistía en unas preguntas finales que se le realizaban a la familia sobre los aprendizajes adquiridos (del proceso médico y en torno a las variables psicológicas de: apoyo emocional, respeto a las decisiones del paciente, autocuidado, prevención del síndrome del cuidador, designación de roles de cuidado, comunicación asertiva, resolución de conflictos).

En una sesión de familia, se realizó una intervención sobre la red de apoyo de una paciente con cáncer gástrico en estado avanzado, que aquejaba que su esposo no la dejaba tranquila en su proceso de cuidado paliativo. Médicamente, la paciente no tenía contraindicaciones para tener restricción de alimentos. No obstante, el esposo de la paciente se encontraba insistente en que ella debía de cuidar su alimentación por su salud. Además, el esposo le pasaba imponiendo reglas y límites en su vida cotidiana (por ejemplo, que ella no puede tener visitas de amigas), y no respetaba sus necesidades. Por lo tanto, en la sesión de familia el médico paliativo se encargó de abordar todas las dudas sobre la enfermedad oncológica de la señora. Como emergente de la sesión, surgió el tema de que la hija de la paciente (quién labora como médico) estaba siendo sobrecargada con responsabilidades del cuidado de su madre, y ya se sentía agotada de que nadie más le estaba ayudando.

En consecuencia, el rol de la profesional en psico-oncología y del sustentante consistió en concientizar a la familia sobre el síndrome del cuidador y su afectación en la salud, asegurar que la familia realice cambios sobre el rol de cuidado, y entablar diálogo socrático con el esposo de la paciente para que él pudiese tener el *insight* de que su supervisión constante le está costando calidad de vida a su esposa (por ejemplo, el señor no la dejaba comer chicharrones, ya que ella vomitaba después de comerlos, pero ella quería degustar el sabor de los chicharrones; al final de la sesión el señor describió que iba a dejarla comer este alimento). Aproximadamente dos meses después, la señora asistió a sesión individual en consulta externa, en donde reportó que en su familia hubo cambios positivos, y que ahora ella se siente mejor.

Otro ejemplo de una sesión de familia consistió en el caso de una paciente de 55 años con diagnóstico de cáncer de mama desde el 2009, con datos de recidiva y progresión de la enfermedad, por lo que la paciente entró en manejo paliativo. En la sesión asistieron: la sobrina (de 19 años), madre (de 85 años) y dos hermanas adultas de la paciente. A su vez, la intervención consistió en aclarar el estado médico de la paciente, incluyendo las razones por las cuáles la paciente no se está alimentando adecuadamente (debido a la progresión del cáncer).

En otra parte de la sesión, se abordó el tema emocional, a través del fomento de la expresión emocional sobre el proceso de deterioro de la paciente y las reacciones emocionales encontradas, así como desde la psicoeducación de las emociones y del autocuidado. La paciente describió en consulta externa (previo a la sesión de familia) que en su casa todos sus familiares se van a llorar a sus cuartos o al baño para que ella no los vea; y esto la hace sentirse mal. En la sesión de familia, la madre de la paciente reconoció que tiene que ser fuerte para que su hija no se deprima, por lo que siempre tiene que estar sonriendo.

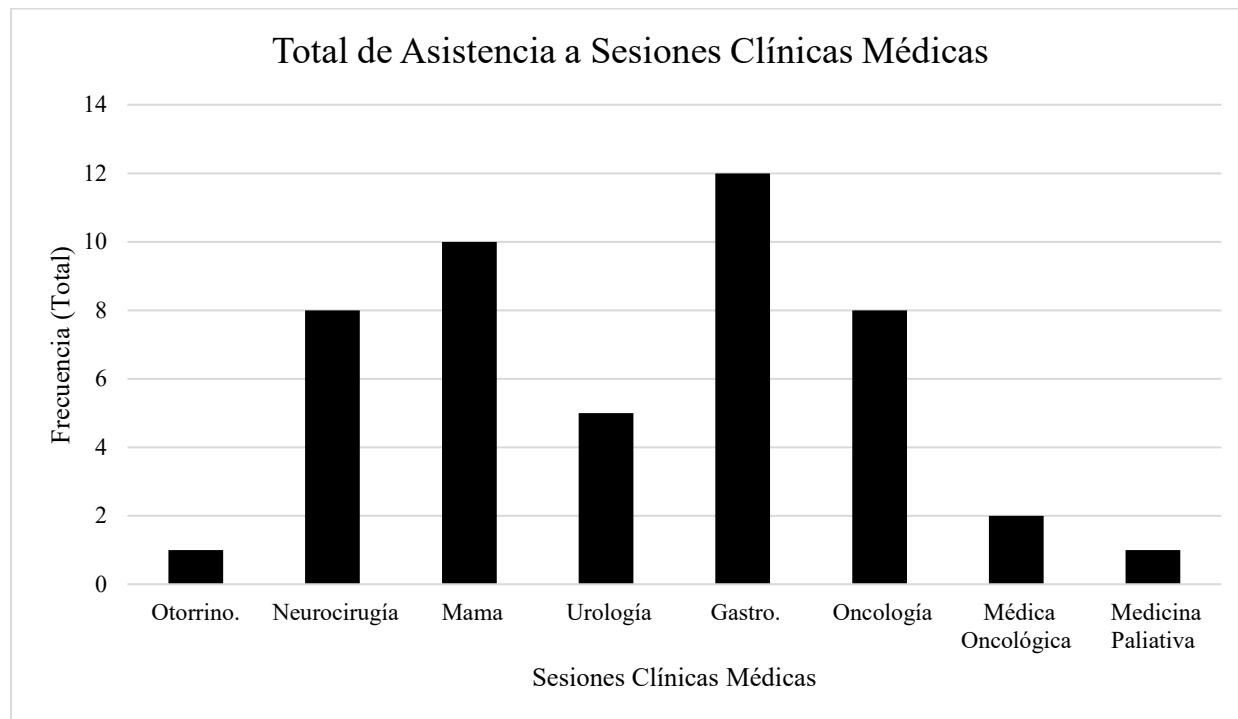
Dentro de la intervención, se recomendó evitar la conspiración del silencio, que las emociones son parte natural de nuestra condición como seres humanos, y que llorar es una reacción esperable dentro del difícil proceso que han tenido que sobrellevar. Contrariamente, evitar llorar con la paciente, puede llevar a que ella tenga malestar emocional; tener un espacio de sinceridad y expresión emocional es parte del proceso del duelo anticipado. Por último, se abordaron las voluntades anticipadas de la paciente, en donde comentó en consulta externa de psico-oncología: 1- sus deseos para sus ritos fúnebres, incluyendo, por ejemplo, el lugar para enterrar las cenizas, y 2- agradecimientos a cada una de las presentes en la sesión de familia.

Como aprendizajes generales de las sesiones de familia, se recalca la labor multidisciplinaria del Departamento de Hemato-Oncología, y la importancia del abordaje a la red de apoyo y contexto del paciente hemato-oncológico. Además, se aprendieron aspectos sobre el tema de autocuidado, síndrome del cuidador, abordaje psicosocial del paciente en cuidados paliativos, manejo de límites, y duelo anticipado.

### **7.3.6 Sesiones médicas clínicas**

A través del proceso de práctica dirigida, se asistieron a diversas sesiones médicas clínicas en torno al paciente hemato-oncológico. Las sesiones se llevaron a cabo entre 7am a 8:30am (cáncer de mama, próstata, gastrointestinal) o entre 8am a 9am (oncológica y de neurocirugía oncológica) y tenían como objetivo discutir, de forma multi e interdisciplinaria, casos de pacientes hemato-oncológicos. Se definían el curso de tratamiento basados en el historial clínico médico, la investigación científica, las opiniones científico-profesionales, y las variables psicosociales. A estas sesiones asisten profesionales de: medicina (de diversas especialidades: paliativos, oncólogos, radiólogos, urólogos, neurólogos, cirujanos), trabajo

social, enfermería y psicología; con el fin de garantizar que las decisiones clínicas beneficien la calidad de vida integral del paciente. En la Figura 15 se muestra el total de asistencia.



4

*Figura 15:* Total de Asistencia a Sesiones Clínicas Médicas. Elaboración propia, 2019

El rol del psicólogo oncológico en las sesiones médicas clínicas consiste en proveer las recomendaciones del abordaje integral del paciente a través de los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. Debido a que el Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial trabaja de forma interdisciplinaria, un gran porcentaje de los pacientes discutidos en las sesiones habían sido atendidos en consulta externa o en hospitalización, por parte de los profesionales en psico-oncología, por lo que se brindaba la retroalimentación pertinente al caso para asegurar su calidad de vida. Además, si el profesional en psico-oncología no conocía al paciente visto en sesión, y consideraba que requería atención psicológica, se solicitaba una referencia. De igual

<sup>4</sup> Otorrino. corresponde a Otorrionlaringología; Gastro. corresponde a Gastroenterología.



forma, en los abordajes de los pacientes de mama, ginecología, oncología, neurocirugía oncológica y tumores gastrointestinales, existen protocolos para referir a los pacientes a psicología oncológica, como parte del abordaje integral al paciente.

El rol del sustentante consistió principalmente en anotar datos de los pacientes que se presentaban, así como las decisiones clínicas tomadas por parte del equipo. Para ejemplificar, en un caso de un paciente de 62 años hospitalizado con cáncer gastrointestinal, éste describió en una interconsulta, que al día siguiente lo iban a operar y después le daban la salida. Sin embargo, en la sesión clínica médica de gastroenterología se describió que el paciente recibió una laparoscopia exploratoria para tener más información sobre su enfermedad oncológica, y que no ha recibido hasta el momento alguna quimioterapia neoadyuvante. Por lo tanto, en este caso en específico, fue fundamental la información adquirida en la sesión médico-clínica para asegurar así, un abordaje psico-oncológico acorde a la realidad médica del paciente.

En otra instancia, se discutió en la sesión de neurocirugía oncológica el caso de un adolescente con cáncer en la glándula pineal, quién se encontraba con dificultades de reinserción al sistema de educación secundaria, posterior a la cirugía para remover el tumor. Por lo tanto, se realizó una reunión con psiquiatría, psicología oncológica, medicina familiar y trabajo social, para coordinar una llamada al padre de familia del adolescente, externando el apoyo por parte del equipo interdisciplinario y definiendo estrategias de actuación, como llamando a la institución educativa, y realizando una carta solicitando el apoyo y adecuación correspondiente.

Como aprendizajes, se rescata la importancia del trabajo inter y multidisciplinario que fue evidenciado a través de las sesiones médicas, como eje fundamental para el abordaje integral del paciente hemato-oncológico. Desde un modelo biopsicosocial, la persona debe ser intervenida

desde perspectivas de diversas disciplinas de conocimiento, ya que los componentes ambientales, personales y contextuales inciden en la salud de las personas.

#### **7.4 Servicio de Urología**

En el proceso de atención grupal a pacientes con cáncer de próstata, se observó la necesidad de tener más información sobre el abordaje urológico y oncológico de los pacientes con este tipo de cáncer, debido a que los participantes del taller expresaban dudas de su proceso médico. Además, parte de la labor de la psicología oncológica, es el brindar psicoeducación a los pacientes sobre su proceso médico. Por lo tanto, el Dr. Campos (psico-oncólogo) identificó la posibilidad de que el sustentante realizase una rotación observacional con el Servicio de Urología del Hospital México de San José, Costa Rica.

Primeramente, se comentó presencialmente la propuesta con el jefe del Servicio de Urología, el Dr. Abelino Hernández, el cuál formalmente aceptó la propuesta bajo el concepto de fortalecer el trabajo interdisciplinario al paciente urológico (Anexo 12). La rotación observacional se empezó en la segunda semana de marzo y terminó en la última semana de junio. En esta rotación observacional se asistió al Servicio de Urología los lunes de 7:00am a 12:30md.

Generalmente, de 7:00am a 7:30am se acompañó al equipo del servicio a realizar visita de pacientes urológicos hospitalizados, de 7:30am a 8:00am se asistió a la reunión de inicio de semana del equipo de trabajo (en donde se discutían casos), de 8:00am a 12:30am se asistió a consulta externa en la Sección 10 con alguno de los médicos de urología (Dra. Aguilar, Dr. Valverde, Dr. Hernández, Dr. Arley). A pesar de que la intención principal del proceso de observación con el Servicio de Urología fue de obtener aprendizajes sobre el paciente con cáncer de próstata, también se acompañó a los médicos urólogos en la atención médica de pacientes con

diversas patologías urológicas. Por lo tanto, los médicos recibían pacientes de diversas edades (adolescentes, adultos y adultos mayores) y condiciones médicas (cancerosas y no cancerosas).

En la consulta externa, también se acompañó a los médicos en la realización de procedimientos médicos no invasivos, como la cistoscopia (se inserta un tubo con una cámara para poder observar el tracto urinario y la vejiga) o la colocación de una sonda Foley (aparato que se inserta en el tracto del pene para drenar la vía urinaria). Adicionalmente, dentro de la consulta externa se realizaron intervenciones de acompañamiento psicológico breve, debido a que estos pacientes manifestaron algún tipo de malestar emocional. Previo a la realización de dicha intervención psicológica breve, se solicitó permiso previo de los médicos urólogos.

Las intervenciones psicológicas breves se realizaron en: dos pacientes con trasplante de riñón, un paciente con cáncer de riñón, un paciente con problemas de erección, y un paciente con cáncer de próstata. La edad promedio de los pacientes intervenidos fue de 43.7 ( $DE= 8.89$ ), tres fueron mujeres y dos hombres. Las intervenciones realizadas consistieron en: psicoeducación sobre las emociones, validación y contención emocional, fortalecimiento de la red de apoyo, fortalecimiento de la comunicación con el médico tratante, psicoeducación sobre la ansiedad y su relación con el aumento de peso, psicoeducación de la sexualidad. Seguidamente, se describirán los aprendizajes del proceso de observación.

Primeramente, como aprendizajes en el tema del cáncer de próstata:

- 1- La biopsia no incrementa el riesgo de que se propague el cáncer de próstata; sí incrementa el riesgo a que haya una infección
- 2- Un cáncer de próstata de bajo riesgo se trata usualmente con prostatectomía radical

- 3- Un cáncer de bajo riesgo también se puede tratar con terapia hormonal adyuvante; en bajo riesgo se implementa por 6 meses, en riesgo alto o intermedio por 2 años.
- 4- Cuando el cáncer de próstata es de alto riesgo y/o el paciente es adulto mayor (que tienen tasas de recuperación post cirugía comprometidas) se puede brindar un esquema de tratamiento con adyuvancia de radioterapia y terapia hormonal
- 5- Si el cáncer se trató con cirugía y posteriormente hubo recidiva, se puede aplicar la radioterapia y terapia hormonal, posterior a esto se aplicaría orquiectomía y si hay castración resistencia (que el cáncer sigue presente a pesar de que se removieron los testículos) como último recurso, quimioterapia
- 6- El tratamiento hormonal para pacientes con cáncer de próstata que se aplica en el seguro social costarricense generalmente se llama zoladex
- 7- No existe una receta definida para tratar el cáncer de próstata, ya que cada caso posee particularidades que deben ser tomadas en consideración a la hora de aplicar los procedimientos médicos con mayor evidencia científica
- 8- Un valor de antígeno prostático de 0 a 2.5 ng/ml es el rango normal, porque se ha visto en investigaciones recientes que un valor de antígeno prostático entre 3 a 4 ng/ml incrementa el riesgo de padecer cáncer de próstata en un lapso de 10 años.
- 9- El tratamiento hormonal tiene efectos secundarios adicionales a la disfunción sexual, como lo es un déficit cognitivo, y alteraciones en los niveles de lípidos, de azúcar en sangre, e incrementa el riesgo cardiovascular
- 10- Un 80-85% mejora los síntomas secundarios del tratamiento hormonal, hasta un año después de haber terminado el tratamiento

11- Existen medicamentos que pueden ayudar en la disfunción eréctil del paciente que ha recibido tratamiento contra el cáncer de próstata, medicamentos que cada año son solicitados por el Servicio de Urología del Hospital México de Costa Rica; sin embargo, la Caja Costarricense de Seguro Social no ha efectuado la compra de estos medicamentos.

Por otro lado, se obtuvieron los siguientes aprendizajes sobre la atención urológica:

- 1- La cistoscopia es un procedimiento exploratorio en donde se le inserta un tubo con una cámara al paciente por su tracto urinario para observación
- 2- La RTU (resección transuretral) describe la operación de la próstata a través del caño de la orina, y generalmente se implementa en hiperplasia de la próstata benigna
- 3- Si el estudio de urocultivo resulta positivo, significa que hay una bacteria en el tracto urinario del paciente, lo que atrasa un procedimiento médico.
- 4- La insuficiencia renal se puede causar por diabetes (insulinodependiente y no insulinodependiente) y por hipertensión arterial
- 5- La persona con insuficiencia renal que ocupe trasplante de riñón puede recibirlo de un ser cercano con compatibilidad sanguínea, o de una lista de espera de donadores
- 6- Las paratiroides producen calcio y vitamina D, por lo que el hiperparatiroidismo (crecimiento benigno) produce sobreproducción de calcio y vitamina D, y en consecuencia, piedras en los riñones; además, produce sensación de cansancio
- 7- La disfunción eréctil se puede dar por morbilidades como la obesidad, altos niveles de colesterol y triglicéridos, e hipertensión
- 8- Una nefrostomía percutánea consiste en la colocación de un catéter para drenar la orina, cuando el riñón se encuentra con dificultades de flujo de la orina

A partir de las observaciones e intervenciones breves realizadas, y la literatura científica, se elaboró una propuesta de inserción del profesional en psicología en el abordaje del paciente urológico, la cual se describe en el apartado de recomendaciones.

## **7.5 Otras actividades realizadas**

### **7.5.1 Apoyo a la ONG ‘Asociación Proyecto Daniel’**

La Asociación Proyecto Daniel, es una organización no gubernamental costarricense enfocada en pacientes hemato-oncológicos adolescentes que se desarrolló desde el 12 de marzo del 2010 y ha inaugurado salas de hospital adecuadas a adolescentes en hospitales de tercer nivel, ha brindado soporte variado (prótesis, pelucas, gestión de actividades como fiestas de cumpleaños, silla de ruedas), y ha desarrollado una serie de eventos (como un campamento y fiesta de fin de año). En esta ocasión, el sustentante asistió al evento de fin de año para los adolescentes con cáncer el martes 18 de diciembre de 2019 en el Hotel Corobicí, asistió el martes 29 de febrero de 2019 a una reunión de padres de familia de los adolescentes con cáncer que iban a asistir al campamento del proyecto, y apoyó realizando una base de datos de los adolescentes los días 7, 11, 12 y 14 de febrero de 2019.

Las actividades descritas anteriormente permitieron que el sustentante se sensibilizara ante los adolescentes con cáncer, debido a que esta población se enfrenta a un reajuste en sus proyectos de vida, la ausencia del contexto educativo, el distanciamiento de sus pares (y redes de apoyo), la sobreprotección por parte de sus padres o cuidadores, entre otras características. A su vez, esta sensibilización adquirida permitió una mejor comprensión y abordaje de los pacientes hemato-oncológicos adolescentes, vistos en consulta externa y en hospitalización con los profesionales de psicología oncológica, del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial.

### **7.5.2 Asistencia al Simposio para Pacientes con Cáncer de Mama**

El Simposio se llevó a cabo el viernes 1 de febrero del 2019 en el Hotel Real Intercontinental en San José, Costa Rica. El sustentante asistió al simposio para acompañar a la Dra. Rebolledo (psico-oncóloga) en su ponencia sobre el estrés y el cáncer, y para obtener información de las charlas de los profesionales ponentes. El cronograma de las actividades se encuentra en el Anexo 13.

De esta actividad, se aprendió sobre la importancia del manejo interdisciplinario al paciente oncológico, específicamente a través del rol del fisioterapeuta, nutrición y psicología. El ejercicio físico permite mejorar la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, el ejercicio debe ser prescrito exclusivamente por parte de un profesional de prescripción del ejercicio, en pacientes oncológicos. A su vez, la alimentación saludable es parte fundamental para el proceso (tratamiento y remisión) de los pacientes oncológicos, ya que puede haber alimentos que produzcan efectos adversos, o alimentos que produzcan beneficios a corto y largo plazo en la salud. De igual forma, el abordaje de la psicología oncológica permite abordar el tema del estrés, ya que éste es una respuesta neurofisiológica ante situaciones adversas; el hecho de tener un diagnóstico de cáncer puede producir estrés, y se puede acumular con otras situaciones psicosociales y aumentar los niveles de estrés, produciendo consecuencias en la salud del paciente.

Por otro lado, es relevante destacar que se realizan investigaciones a nivel médico para mejorar la atención al paciente oncológico, o que se puede utilizar la consejería genética como forma para prevenir el desenlace del cáncer. Adicionalmente, los pacientes oncológicos pueden requerir de ayuda por parte de cuidadores, los cuáles pueden llegar a experimentar consecuencias de desgaste físico y emocional, producto del cuidado constante. Por último, el tema de la

sexualidad permea al paciente oncológico, ya que el proceso de enfermedad y las secuelas de los tratamientos afectan la funcionalidad sexual, causando, en muchos casos, malestar significativo en el paciente y en su pareja. No obstante, existen procedimientos médicos que se pueden realizar para abordar esta problemática.

### **7.5.3 Asistencia al XXII Curso de abordajes de la atención integral de salud del adolescente 2019**

El presente curso forma parte del proceso de capacitación de los profesionales de la Caja Costarricense de Seguro Social, que atienden la población adolescente. El curso se llevó a cabo del miércoles 8 de mayo al viernes 10 de mayo, de 7:30am a 4:00pm en las instalaciones de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE) localizada en San José, Tibás. El cronograma de las charlas del curso se encuentra en el Anexo 14.

El día miércoles, se aprendió sobre: 1- la situación actual sociodemográfica de los adolescentes en el país 2- la forma en que se debe realizar una entrevista psicológica a adolescentes dentro del sistema de salud público (por ejemplo, en la primera sesión el adolescente asiste con su cuidador principal para obtener ambas perspectivas; no se deben emitir juicios de valor; se debe de validar las reacciones emocionales del adolescente) 3- la influencia de las tecnologías de información en la adolescencia 4- los factores psicosociales de los adolescentes con trastorno del espectro autista y la evaluación del instrumento ADOS 5- El desarrollo de habilidades sociales en un espacio grupal de adolescentes con trastorno del espectro autista 6- los retos (prácticos, de infraestructura, médicos, profesionales) del sistema de salud costarricense ante el abordaje del cáncer en la adolescencia (por ejemplo, los factores que disminuyen la sobrevivencia de adolescentes con cáncer, como el riesgo de infecciones debido a



instalaciones sin las medidas sanitarias adecuadas o la no implementación de la inmunoterapia)  
7- los trastornos ginecológicos menores en la adolescencia.

A su vez, el jueves se aprendió sobre: 1- el virus de papiloma humano y la adolescencia (explicación médica del virus, incidencia, causas, medidas de prevención, tratamientos) 2- el abordaje grupal a adolescentes con enfermedades crónicas (a través del apoyo entre pares, la psicoeducación, y fomento de habilidades de afrontamiento) 3- el afrontamiento de la muerte por parte de los adolescentes 4- las experiencias de adolescentes sobrevivientes de abuso sexual en el Hospital Nacional Psiquiátrico (características generales de la muestra, aspectos psicosociales, vulnerabilidades).

Por último, el día viernes se aprendió sobre: 1- la sexualidad de los adolescentes con discapacidad (una población que generalmente tienen prohibida su sexualidad, por lo que el modelo biográfico profesional permite evaluar: la seguridad emocional y autoestima, las relaciones sociales, y el contacto e intimidad afectiva y/o sexual del adolescente con discapacidad) 2- el desarrollo de la identidad sexual en la adolescencia 3- seguimiento clínico-médico del adolescente (cambios físicos, hormonales en la adolescencia; escala *Tanner*) 4- taller de atención a familiares con hijos adolescentes (enfocado en el manejo de límites, psicoeducación sobre la adolescencia y comunicación asertiva) 5- prevención del consumo de alcohol en los menores de edad (ya que el alcohol afecta los procesos cerebrales, hepáticos y de retención de agua de los adolescentes) 6- protocolo de prevención de suicidio en adolescentes del Ministerio de Educación Pública (MEP) (el MEP se enfoca en brindar prevención y la CCSS en brindar atención; sistema de evaluación del riesgo PALI (Pensamiento de muerte, aislamiento, letalidad e intentos previos); detección de conductas de riesgo con sistema CASA (cambios, amenazas, sentimientos y acciones)).

## 8. Discusión

### 8.1 Abordaje psico-oncológico al paciente con cáncer de próstata

De los 495 pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018 en el Hospital México, una gran mayoría eran del área socioeconómica Central (77%), en contraste con zonas como la Huetar Atlántica (4%) o la Chorotega (4%). Como se observa en los datos del Ministerio de Salud (2014) existen provincias en Costa Rica, entre ellas Limón y Guanacaste (provincias que pertenecen al área Huetar Atlántica y Chorotega correspondientemente), donde la relación entre la tasa de incidencia y mortalidad por cada 100,000 hombres es muy cercana entre sí. Por lo tanto, los hombres de estas dos provincias se llegan a diagnosticar con el cáncer de próstata de forma muy tardía, y fallecen producto de la enfermedad. Los datos recopilados de los 495 pacientes de las bitácoras de radioterapia evidencian la baja incidencia de los pacientes de estas dos provincias a recibir tratamiento con radioterapia.

Por su parte, existió una comorbilidad entre los datos de comorbilidades de los pacientes con cáncer de próstata, con las enfermedades crónicas de diabetes mellitus no insulino dependiente y con la hipertensión esencial primaria. Como se menciona en Sarafino y Smith (2010), la diabetes mellitus (que sucede por reducción de la insulina que regula los niveles de glucosa en sangre) tipo 2 o insulino dependiente, se desarrolla por patrones de comportamientos: dietas altas en grasa y azúcar, estrés, y sobreproducción de proteínas.

Carretero y Oparil (2000) describen que la hipertensión esencial primaria se lleva a cabo por variables multicomponentes, entre ellas variables comportamentales como obesidad, alto consumo de alcohol, alto consumo de sal, estilo de vida sedentario, estrés, bajo consumo de potasio y bajo consumo de calcio; y variables biológicas como resistencia a la insulina y el envejecimiento. De esta forma, los 495 pacientes con cáncer de próstata muestran una

comorbilidad importante con las dos anteriores enfermedades crónicas mencionadas, que se producen en gran parte por patrones de conducta desadaptativos. A su vez, el *National Comprehensive Cancer Network* (2017) describe que el tener otra enfermedad además del cáncer, aumenta el distrés emocional de los pacientes.

De igual forma, la mayoría de los 495 pacientes que recibieron radioterapia en el 2018, se encontraban con un cáncer de próstata de estadio de alto riesgo (49%), lo cual coincide con lo descrito por los médicos del Servicio de Urología, que mencionan que la radioterapia se aplica cuando: el cáncer no es operable, la persona es adulta mayor y posee riesgos significativos de la cirugía, y posterior a la cirugía por un cáncer de alto riesgo o por evidencia de recidiva de la enfermedad (R. Valverde, A. Arley, y L. Aguilar, comunicación personal, 17 de marzo del 2019). Además, la mayoría de pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia en el 2018 eran adultos mayores, con un promedio de edad de 67.8 (DE= 6.90). El anterior dato coincide con lo reportado por Roth y Greenstein (2015), que mencionan que un 70% de las personas con diagnóstico de cáncer de próstata, son adultos mayores. Por lo tanto, los pacientes con este diagnóstico se enfrentan no solamente al cáncer, también se encuentran dentro de un proceso de ajuste sobre su etapa de adultez mayor, lo que conlleva reacciones esperables de malestar emocional (Baider *et al.*, 2015).

El proceso de enfermedad oncológico produce sintomatología de distrés en los pacientes con cáncer de próstata, hasta 38% en los pacientes con cáncer de próstata (Balderson y Towell, 2003). Se debe anotar la particularidad encontrada sobre la dificultad de que estos pacientes reconozcan y reporten su propio malestar emocional, ya que hubo un resultado leve de malestar emocional indicado a través del Termómetro del Distrés evaluación; pre ( $M = 1.67, DE = 2.43$ )

y post ( $M = 1.18, DE = 2.22$ ). Sin embargo, el malestar emocional predominó a través del discurso de los pacientes.

Durante los tratamientos, los pacientes expresaron tener mucha confusión e incertidumbre sobre su proceso médico, debido a constantes preocupaciones relacionadas con el posible empeoramiento futuro de su salud y las secuelas de los tratamientos. Una vez concluidos los tratamientos, los pacientes refirieron experimentar consecuencias, con afectación en su autocuidado, masculinidad y sexualidad. Por un lado, los pacientes adultos mayores expresaron aceptar las secuelas de los tratamientos y entender que han podido vivir su sexualidad en su pasado. Por otro lado, los pacientes entre 45 y 60 años experimentaron frustración por no poder vivir su vida sexual. En la literatura científica, se ha visto que los pacientes sobrevivientes del cáncer de próstata experimentan dificultades en su función sexual, exigencias de falta de información, necesidades por parte del sistema de salud, y dificultades psicológicas (Chambers *et al.*, 2017). Además, los pacientes reportan problemas sexuales, incontinencia urinaria, disfunción eréctil, y afectación a su masculinidad (Oraá *et al.*, 2013).

Adicionalmente, Ream *et al.* (2008) identifican diversos ejes de problemáticas psicosociales de los pacientes con cáncer de próstata. Se describe que estos pacientes poseen distrés psicológico, problemas con su sexualidad y manejo de síntomas urinarios. En especial, los participantes con mayores niveles de distrés tienen mayores necesidades psicosociales no suplidas. Además, los hombres con menor edad que tuvieron prostatectomía radical tienen la mayor cantidad de disfunción sexual. Por otro lado, los pacientes con pensamientos de preocupación sobre una eventual recidiva del cáncer poseen menor calidad de vida. Como fue mencionado, estas preocupaciones y malestares fueron vivenciados por los pacientes que asistieron al espacio grupal.

Los pacientes atendidos a través de las intervenciones se abordaron principalmente a través de la psicoeducación, terapia psicológica adyuvante, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, debate socrático, fortalecimiento de la adherencia a los tratamientos y fortalecimiento del autocuidado. Las anteriores técnicas permiten que la persona posea un mayor manejo del estrés emocional, y a su vez, que desarrolle un afrontamiento activo (Rebolledo y Alvarado, 2006). Estas variables se abordaron en la modalidad grupal a través de los lineamientos de Penedo *et al.* (2008b).

Los componentes de la terapia psicológica adyuvante son: fomentar el espíritu de lucha (promover el afrontamiento activo), la ventilación de emociones (catarsis), las estrategias conductuales (manejo de límites y solución de problemas) y las estrategias cognitivas (cuestionamiento de propios pensamientos ante el proceso) (Greer & Moorey, 1997). El aspecto del espíritu de lucha se desarrolló dentro del espacio grupal a través del apoyo entre pares. Los pacientes mencionaron recibir mensajes de aliento entre sí y tener un sentido de no estar solos en su proceso de recuperación posterior a los tratamientos oncológicos.

Las estrategias conductuales se abordaron definiendo actividades de autocuidado y comunicación asertiva; la estrategia de solución de problemas se utilizó en casos específicos dentro de la intervención individual. Así mismo, las estrategias cognitivas se abordaron a través del debate socrático y la psicoeducación. Por ejemplo, cuestionando ideas sobre la sexualidad y masculinidad relacionadas con las secuelas de los tratamientos contra el cáncer de próstata. El debate socrático, promueve que las personas se cuestionen sus creencias centrales que podrían resultar desadaptativas en determinadas situaciones, como el proceso de enfermedad (Carrasco y Espinar, 2009).

Adicionalmente, la relajación permite que la persona tenga estados de reposo y reduzca su malestar emocional (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012). Los pacientes reportaron beneficios de la relajación muscular progresiva, debido a necesidades de manejo del estrés en su rutina. Además, algunos pacientes mencionaron utilizar la estrategia de relajación para el manejo del estrés emocional asociado con las secuelas de los tratamientos contra el cáncer de próstata. Por ejemplo, ante los pensamientos recurrentes sobre la recidiva del cáncer.

Por su parte, el ejercicio Kegel, la adherencia a los tratamientos, y el ejercicio de relajación se reforzaron para fomentar el autocuidado en los pacientes (Leask *et al.* 2008). También se recomienda reforzar la alimentación saludable, la realización de actividad física, y actividades de agrado (Bustamante *et al.* 2015). Muchos pacientes de las intervenciones grupales e individuales se encontraban ante un contexto social que les limitaba la puesta en práctica de actividades de autocuidado, debido a situaciones de problemáticas económicas, violencia, y dificultades con la red de apoyo. Como mencionan Sánchez *et al.* (2015) la calidad de vida de una persona se permea de su contexto social, por lo que el abordaje interdisciplinario es fundamental para abordar a los pacientes con dificultades psicosociales.

A su vez, la psicoeducación propicia que las personas desarrollen mayor percepción de control sobre su proceso de enfermedad, y que tengan mejor comunicación con su médico tratante (Rebolledo y Alvarado, 2006). La psicoeducación también ha sido implementada en pacientes con cáncer de próstata en función de mejorar su calidad de vida (Watson *et al.*, 2018). Thaxton *et al.* (2005) encontraron que los grupos de apoyo para pacientes con cáncer de próstata eran de mayor beneficio cuando se enfocaban en la psicoeducación, eran impartidos por expertos en el tema y eran organizados. Desde la psicoeducación, se encontró desconocimiento y mitos por parte de los pacientes sobre su propio proceso de enfermedad.

Muchos pacientes reportaron desconocer la razón detrás de sus secuelas después de los tratamientos, así como desconocimiento sobre la anatomía y función de la próstata, así como desconocimiento sobre el cáncer. Por ejemplo, los pacientes no sabían por qué tenían disfunción eréctil, algunos creían poder reparar su disfunción, desconocían la razón detrás de su desinterés sexual, no sabían por qué tenían incontinencia urinaria o malestar en el recto. Este desconocimiento, a su vez, les genera a los pacientes un sentido de no tener control sobre su propia enfermedad, lo que es un factor de riesgo para el estrés, según Orom *et al.* (2015). Esta falta de información en pacientes con cáncer de próstata también es reportada como un factor común en el estudio de Chambers *et al.* (2017).

El propio conocimiento del proceso de enfermedad se relaciona con la adherencia a las citas y controles médicos (Penedo *et al.* 2008; Howell *et al.* 2015; Sarafino y Smith, 2010). En el proceso grupal, había pacientes con problemáticas de adherencia a los tratamientos. Ejemplificando, se identificó a un señor que no recibió el tratamiento con radioterapia, debido a inconformidades con su médico tratante. Dentro de los cuestionarios, más de la mitad de los participantes indicaron tener inconformidades de comunicación con su médico tratante. De igual forma, los pacientes reportaron no haber recibido información entendible de su proceso de enfermedad por parte de su médico tratante. Ante esto, Watson *et al.* (2018) recomiendan realizar intervenciones psicoeducativas en los pacientes con cáncer de próstata, en el diagnóstico y antes de concluir los tratamientos.

Retomando el constructo de autoeficacia de Bandura (1989; 2009), se puede relacionar el tener poca información sobre el proceso médico con el estrés. Esto debido a que, al tener poco sentido de control sobre el propio padecimiento, es menos probable que las personas realicen estrategias para controlar su malestar (por ejemplo, acudir a controles médicos o realizar

actividades de autocuidado). Lo anterior conllevaría a un afrontamiento desadaptativo y a un estado de distrés.

El mayor conocimiento sobre el proceso médico aumenta el sentido de autoeficacia porque la persona va a tener mayor percepción sobre las opciones que tiene. Por lo tanto, la psicoeducación sirve como estrategia para fomentar el afrontamiento activo ante el cáncer (Rebolledo y Alvarado, 2006). Además, la mayor percepción de control ante un estado de distrés permite que la persona realice un afrontamiento basado en la solución de problemas según Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, citado en Folkman y Greer, 2000).

De igual forma, la masculinidad y sexualidad son problemáticas permeadas por el entorno social del paciente (Matthew *et al.* 2005). Orom *et al.* (2015) encontraron que la amenaza a la identidad masculina es un factor de riesgo para el distrés en los pacientes con cáncer de próstata. Además, Oraá *et al.* (2013) describen que las problemáticas sexuales y de masculinidad asociadas a la disfunción eréctil e incontinencia urinaria, producen mucha dificultad en el afrontamiento de estos pacientes.

Leask *et al.* (2008) aporta que la masculinidad y sexualidad del hombre ha sido socialmente limitada a la utilización de su pene. Por lo tanto, los pacientes con cáncer de próstata experimentan severo malestar emocional al ver la funcionalidad de su pene afectada, ya que pierden parte de su función social. La mayoría de pacientes con cáncer de próstata que asistieron al espacio grupal expresaron malestar emocional ante su disfunción eréctil, ya que inclusive habían sido sujetos a burlas por parte de su grupo social o rechazo por parte de sus parejas.

Parte importante del abordaje en el área de la sexualidad y masculinidad después de los tratamientos contra el cáncer de próstata, es brindar psicoeducación y lineamientos de



exploración de la sexualidad, para que los pacientes diversifiquen sus prácticas sexuales (ya que no solamente el pene tiene conexiones sensoriales asociadas al placer masculino). Sin embargo, también es difícil que los pacientes sin pareja puedan conseguir una pareja sexual a futuro que quiera tener prácticas sexuales no genitales, debido a que los constructos sociales sobre la sexualidad rectifican que el hombre debe de utilizar su pene como fuente de placer para sí mismo y para su pareja (Leask *et al.* 2008). Además, la dificultad en la sexualidad puede permear en otras áreas del paciente, como por ejemplo en tener mayores pensamientos desadaptativos, síntomas de ansiedad y depresión, y preocupación sobre el futuro (Matthew *et al.* 2005).

Ptaceck *et al.* (2002) describen que las estrategias de afrontamiento activo (solución de problemas y búsqueda de apoyo) se desarrollaban en pacientes con cáncer de próstata cuando tenían satisfacción marital. Además, Oraá *et al.* (2013) describe la importancia del apoyo social en el afrontamiento de las secuelas de los tratamientos, especialmente por parte de las parejas de los pacientes. Por lo tanto, el tener una pareja estable que apoye al paciente durante el proceso de enfermedad, es un factor protector ante el distrés emocional. Por ejemplo, en la consulta psico-oncológica individual se abordaron casos donde parte significativa del malestar emocional experimentado, se daba debido a que los pacientes no contaban con apoyo por parte de sus parejas. Esto usualmente se asociaba a problemáticas de pareja anteriores que se agravaron con el proceso de afrontamiento a la enfermedad oncológica.

Por último, como ha sido mencionado, los pacientes con cáncer de próstata participantes del espacio grupal eran, en su mayoría, adultos mayores ( $M= 67.8$ ,  $DE= 7.20$ ). En el proceso de la práctica dirigida se observaron dificultades particulares sobre los pacientes adultos mayores con cáncer de próstata. Por ejemplo, estos pacientes reportaron aislamiento, dificultades interpersonales con su red de apoyo familiar, desesperanza, no tener proyectos de vida y no

realizar actividades de autocuidado. En la misma línea, Baider *et al.* (2015) describen que los pacientes adultos mayores con cáncer de próstata se encuentran ante dificultad de afrontamiento a las secuelas de los tratamientos por el agregado de estar en una condición de segregación social, debido a los prejuicios y desmoralización que existe en torno a los adultos mayores.

La literatura científica ha indicado que hasta un tercio de los adultos mayores con cáncer de próstata experimentan distrés emocional significativo. Sin embargo, se ha reportado que el malestar emocional experimentado por estos pacientes es desapercibido por parte de los profesionales de salud (Roth y Greenstein, 2015). Los pacientes con cáncer de próstata que asistieron a las intervenciones grupales e individuales reportaron no haber tenido un abordaje psicológico previamente. Consecuentemente, se puede decir que las necesidades psicológicas de los pacientes con cáncer de próstata no están siendo atendidas por parte de los profesionales de la salud del sistema de salud público costarricense.

Guo *et al.* (2018) en su revisión sistemática encontraron un incremento de 2.01 del riesgo de suicidio de los pacientes con cáncer de próstata a los seis meses del diagnóstico. También, se encontró mayor riesgo de suicidio en los pacientes mayores de 75 años y que recibieron terapia anti-hormonal. No obstante, no existen estudios epidemiológicos en el sistema de salud costarricense, por lo que no se cuentan con datos o investigaciones precisas, actualizadas e integradas de la incidencia de enfermedad y muerte en la población del país.

Por lo tanto, no se sabe empíricamente el riesgo de suicidio de pacientes con cáncer de próstata en Costa Rica. Sin embargo, debido al malestar emocional expresado por los pacientes con cáncer de próstata que asistieron al espacio grupal e individual, y la literatura internacional (Guo *et al.* 2018) se puede inferir que estas personas, se encuentran ante un riesgo considerable de cometer un acto de suicidio. En consecuencia, se deben realizar acciones dentro del sistema

de salud costarricense para estudiar e intervenir sobre las secuelas emocionales y físicas de los pacientes con cáncer de próstata, en los seis meses después del diagnóstico, y durante y después de los tratamientos.

## **8.2 Abordaje psico-oncológico del paciente hemato-oncológico**

El paciente hemato-oncológico que asiste al Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México se enfrenta a muchas citas médicas, esquemas de tratamiento, y horas dentro del hospital. Prevalece un aire de incertidumbre y desconocimiento, los profesionales de la salud le hablan en un idioma extraño al ser humano lego. En su hogar, al paciente se le espera comportarse de forma “socialmente adecuada”, no debe llorar ni enojarse, debe mantenerse funcional y neutral. Su red social lo trata de localizar vía telefónica, le envían mensajes, y le realizan publicaciones en las redes sociales. Vuelven a resurgir las heridas del pasado: la muerte de un ser querido, actos de abuso en su contra, momentos de sufrimiento que se creían haber olvidado y sanado. Surge la preocupación por su futuro, por su familia, por su trabajo, por su estado económico y por su propia vida. A la misma vez, la sociedad impone sobre el paciente la etiqueta de mortalidad.

Irremediamente, el diagnóstico de una enfermedad hemato-oncológica produce distrés emocional sobre todas las personas, ya sea sobre el propio paciente o sobre los familiares (*National Comprehensive Cancer Network, 2017*). Todas las personas involucradas en este proceso de enfermedad entran en una etapa de ajuste, de reelaboración sobre su cotidianidad (Rebolledo y Alvarado, 2006). Después del diagnóstico, la persona y su familia se enfrentan al desconocimiento sobre el propio bienestar. No saben si los tratamientos les irán a funcionar, no entienden la función de los tratamientos, y tienen que trasladarse desde sus hogares constantemente. Inclusive, terminan teniendo más interacciones con el personal de salud del

hospital, que con su red social. Debido a la diversidad de características del paciente hemato-oncológico, se discutirán los resultados de las intervenciones realizadas a la luz de la literatura científica en varios apartados.

### **8.2.1 Atención psico-oncológica en la hospitalización y atención en crisis**

A la hora de estar hospitalizados, las personas tienen una disrupción en su rutina diaria, son dependientes de otros (en algunos casos llegan a desarrollar una alta dependencia), experimentan procedimientos médicos con secuelas desagradables, con recuperaciones prolongadas y dolorosas. Además, tienen pensamientos de preocupación sobre su condición de salud, sobre los tratamientos y sobre el futuro (Sarafino y Smith, 2010). En el abordaje psico-oncológico a pacientes hospitalizados, se realizó énfasis en la escucha activa hacia el paciente. Estas personas se encuentran hospitalizadas en un espacio con otros pacientes, donde el tiempo dado para cada uno por parte de los profesionales de la salud es muy limitado, por lo que en ocasiones los pacientes no pueden aclarar sus dudas ya que no se les brinda un espacio de escucha. Es decir, los pacientes hospitalizados pueden llegar a ser despersonalizados, y ser etiquetados como “buenos” y “malos”, lo que también puede llegar a afectar su atención médica (Sarafino y Smith, 2010).

La escucha activa se basa en la recepción verbal y no verbal del mensaje comunicativo del paciente, y de esta forma se puede fortalecer la empatía con el paciente. Una de las formas en que se promovió la escucha y empatía fue a través de los reflejos de contenido y sentimiento, ya que de esta forma la persona se sentía comprendida dentro de su contexto hospitalario (Bados y García, 2011). De la mano con lo anterior, la psicoeducación en este espacio de hospitalización es una herramienta de empoderamiento, ya que, si los pacientes poseen mayor conocimiento de su proceso de enfermedad, pueden tomar decisiones más informadas, y pueden comunicarse de

forma más asertiva con su médico encargado; evocando, a su vez, en un afrontamiento activo ante la enfermedad, al sentirse ellos mismos en mayor control sobre su proceso (Rebolledo y Alvarado, 2006).

Por otro lado, la crisis se define como un estado de desorganización temporal, que incide en la toma de decisiones y el estado psicológico de la persona. Una crisis puede desencadenar afectaciones a nivel conductual, cognitivo y emocional, y puede llevar consecuencias negativas (baja autoestima, pérdida de control) o positivas (aprendizaje, reflexión, resiliencia) para la persona (Dattilio y Freeman, 2007). En las intervenciones en crisis realizadas durante el proceso de la práctica dirigida, se encontró con situaciones de personas que entraron en períodos breves de crisis producto de los efectos secundarios de los tratamientos, de la incertidumbre ante el diagnóstico, o por encontrarse en un estado de manejo paliativo. En consecuencia, el desencadenante de la crisis de estas personas, puede ser producto de un evento sobre el cual se sienten impotentes (como lo es el avance del proceso de enfermedad) y que conlleva secuelas emocionales, funcionales y físicas.

En el proceso de intervención, se buscó que la persona pudiera sobrellevar de forma temporal su estado de crisis actual, tomando en cuenta que, a diferencia de intervenciones en crisis en pacientes sin cáncer, no en todas las ocasiones la persona con una enfermedad hematológica puede regresar a su estado funcional anterior. Por lo tanto, el trabajo realizado se enfocó sobre la inmediatez, la evaluación de la situación de crisis y su desencadenante, y la toma de decisiones en función de la calidad de vida del paciente ante su proceso de enfermedad (Dattilio y Freeman, 2007).

### **8.2.2 Atención psico-oncológica en consulta externa**

Orom *et al.* (2015) describen que los pacientes oncológicos se enfrentan al distrés emocional como una reacción esperable ante el diagnóstico y el proceso médico. No obstante, la baja autoeficacia en la toma de decisiones, baja percepción de control, bajo optimismo y baja resiliencia, incrementan el distrés emocional experimentado por los pacientes. En la atención de consulta externa, se conocen múltiples cantidades de realidades de personas con distintos diagnósticos de enfermedad hemato-oncológica, y con infinidad de variables contextuales. Por lo tanto, inicialmente dentro de la consulta externa, se realiza una entrevista clínica sobre las particularidades psicosociales y médicas del paciente, para situar a la persona dentro de una perspectiva biopsicosocial (*American Psychological Association, 2017*).

Como secuelas del distrés emocional, el *National Comprehensive Cancer Network* (2017) menciona la prevalencia de: tristeza, miedo y desesperanza; enojo y pérdida de control; cuestionamiento de la fe y el propósito en la vida; aislamiento; preocupaciones constantes sobre la enfermedad y la muerte; preocupaciones sobre el funcionamiento social; síntomas de depresión, ansiedad o pánico; baja del apetito, problemas de sueño y concentración. Dentro de la gran mayoría de sesiones individuales con los pacientes, se reconocían algunos de los anteriores síntomas. Por lo tanto, había pacientes que describían haber tenido síntomas de distrés inmediatamente después del diagnóstico, ya que sentían que sus vidas habían caído en un abismo del cual ya no iban a poder salir.

Conforme avanzaba el proceso y recibían tratamientos, las personas afrontaban los efectos secundarios, algunas secuelas irreversibles y otras temporales. Por ejemplo, la quimioterapia al ser un tratamiento sistémico produce neurotoxicidad en todo el cuerpo, incluyendo el sistema nervioso central (Eguino *et al.*, 2004). Los pacientes con quimioterapia

mencionaban no solamente tener náuseas y pérdida de apetito, también reconocían experimentar secuelas emocionales significativas, que llegaban a afectar la interacción familiar.

Por otro lado, los pacientes se tenían que ajustar a las secuelas después de los tratamientos. Un paciente con tumor cerebral ya no podía realizar las mismas funciones que realizaba antes, por lo que ahora, su cáncer, ya tratado, le seguía complicando su funcionalidad. Para estos pacientes, se deben de realizar adecuaciones laborales y programas de rehabilitación de terapia ocupacional, los cuales no son muy comunes en el contexto de salud costarricense.

En Howell *et al.* (2015) se describe que los pacientes hemato-oncológicos deben ser evaluados y categorizados según su nivel de malestar emocional (o distrés) en tres categorías: distrés bajo, medio y alto. De esta forma, se asegura que los pacientes con secuelas emocionales significativas cuenten con todo el apoyo médico y psicosocial disponible al alcance de la institución. Por ejemplo, si el paciente con tumor cerebral y pérdida de funcionalidad reporta un nivel alto de distrés emocional, se seguiría el protocolo. Por lo tanto, éste recibiría terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, psicoterapia individual, farmacoterapia a través de psiquiatría, y seguimiento del efecto del proceso 8 semanas después de concluidos los tratamientos. De esta forma, el seguimiento al paciente se realiza dentro de un proceso articulado.

Lamentablemente, dentro del proceso de la práctica dirigida se observaron pacientes que asistieron a atención psico-oncológica en diferentes etapas de su proceso de enfermedad y no desde el inicio, ya que usualmente la referencia a psico-oncología es brindada por parte de la valoración subjetiva del médico tratante. Esta práctica no es recomendable según las guías de manejo del distrés emocional (Holland *et al.*, 2010; Howell *et al.*, 2015; *National Comprehensive Cancer Network*, 2017) ya que se deben de emplear mecanismos de *screening* sobre el distrés

emocional de los pacientes (por ejemplo, a través del Termómetro del Distrés Emocional), para asegurar su pronta y efectiva intervención psico-oncológica.

Ante esta realidad institucional, el equipo de atención psico-oncológico realiza sus mayores esfuerzos posibles para contener y acompañar a los pacientes dentro de su proceso y etapa de enfermedad. Un ejemplo de ello es la Clínica de Unidad de Patología Mamaria, donde por protocolo, todas las pacientes diagnosticadas son referidas a recibir atención de psicología oncológica individual y grupal. No obstante, existen variables institucionales que distancian al paciente de recibir una atención integral.

### **8.2.3 Atención psico-oncológica en modalidad grupal**

Desde un punto de vista práctico y logístico, la atención psico-oncológica grupal puede ser más eficiente que la atención individual. Esto debido a que, en un espacio de dos horas se pueden recibir hasta quince pacientes en atención grupal, cuando en atención individual se atenderían a menos personas. Tomando en cuenta las características de aglomeración de pacientes dentro del sistema de salud público costarricense y las listas de espera para atención individual, la atención grupal facilita la atención psico-oncológica al permitir que se atiendan más pacientes dentro de pocas horas.

Cunningham (1995) menciona a la terapia psicológica de grupo como facilitadora del mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con cáncer. Se indica que esta modalidad de atención debería ser un tratamiento adyuvante dentro del esquema de tratamientos para los pacientes oncológicos. Además, se describe que las intervenciones con mayor eficacia son las de psicoeducación, apoyo emocional, y entrenamiento conductual.



Las atenciones grupales dadas en el transcurso de la práctica dirigida, específicamente sobre el taller de duelo, el taller de psicoprofilaxis preoperatoria de mama, y el taller a pacientes con cáncer de próstata, se basaron en brindar los tres componentes anteriormente descritos por Cunningham (1995). Adicionalmente, Duncan *et al.* (2016) encontraron en una revisión sistemática que no hay diferencias en cuanto a la eficacia y calidad de la intervención psico-oncológica entre modalidades grupales e individuales. Por último, se ha descrito en otra revisión sistemática que la terapia de grupo y la psicoeducación poseen el mayor beneficio para el paciente hemato-oncológico (Newell *et al.*, 2002).

#### **8.2.4 Atención psico-oncológica a la familia**

Como mencionan Sarafino y Smith (2010) cualquier tipo de enfermedad crónica exige unas nuevas demandas del paciente y su contexto, donde la participación de la red de apoyo es fundamental. Por lo tanto, una enfermedad crónica tiene como consecuencia que se exijan cambios de comportamiento en la familia del paciente. Sin embargo, si estos cambios no son para ayudar al paciente a afrontar su proceso de enfermedad, puede resultar un deterioro en la calidad de vida de los pacientes (Sánchez, Sierra y Martín, 2015).

En el estudio de Mishra *et al.* (2010) se realizó una observación e identificación de los factores de malestar emocional en pacientes oncológicos en manejo paliativo, y se encontró que había una incidencia de ansiedad generalizada sobre el tratamiento, preocupaciones del sufrimiento futuro (bienestar propio y de su familia), e incertidumbre económica. A su vez, Fernández *et al.* (2016) encontraron que los familiares de pacientes hemato-oncológicos pueden enfrentar malestar emocional y problemas de adaptación en el proceso de enfermedad. En consecuencia, el contexto familiar es un aspecto fundamental de las necesidades psicosociales del paciente. En el Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial, se suele citar a la familia del

paciente hemato-oncológico en manejo paliativo para facilitar la comprensión sobre un estadio avanzado de la enfermedad, o para indagar sobre alguna problemática familiar que afecta emocionalmente al paciente. De esta forma, se interviene sobre el contexto social inmediato del paciente.

Las intervenciones realizadas poseen los mismos componentes terapéuticos de los demás: escucha activa, validación y expresión de emociones, recomendaciones conductuales y cognitivas según la terapia psicológica adyuvante, y psicoeducación (Greer y Moorey, 1997; Rebolledo y Alvarado, 2006; Bados y García, 2011). Sin embargo, la particularidad de las sesiones de familia es que se cuenta con el acompañamiento del médico paliativo encargado, y en ocasiones otros profesionales (en diversas especialidades de medicina y trabajadores sociales). Además, se refuerza el tema de la psicoeducación para la familia, ya que el médico explica junto al psico-oncólogo el proceso de enfermedad y el tema emocional.

Por lo tanto, el propósito de las anteriores intervenciones fue de fortalecer el afrontamiento del paciente y su familia, tomando en cuenta que, en los pacientes de manejo paliativo, el contexto social es crucial. Esto debido a que conforme el paciente ve afectada su funcionalidad, requiere de la asistencia de su contexto social inmediato (Rebolledo y Alvarado, 2006). De esta forma, se siguen los lineamientos de *National Comprehensive Cancer Network* (2017), que realizan énfasis en el trabajo con la familia del paciente.

### **8.2.5 Intervención psico-oncológica en el proceso del duelo**

La participación del sustentante dentro de los talleres de duelo permitió una aproximación a una realidad psicosocial de los familiares de pacientes hemato-oncológicos que han fallecido. El proyecto de larga data de los talleres de duelo del Hospital México comprende que la enfermedad hemato-oncológica no se limita al paciente, sino que influye arduamente a su

contexto social y familiar. El *Canadian Cancer Society* (2019) menciona que el proceso del duelo se desarrolla ante la pérdida de un ser querido, ya que anteriormente existía un vínculo social y emocional cercano, que fue abruptamente irrumpido por el fallecimiento del paciente. Por lo tanto, la persona dentro del duelo entra paulatinamente en un proceso de adaptación, donde llega a reelaborar los vínculos de su ser querido fallecido.

En el transcurso del taller, los participantes expresaron tener relaciones de cercanía emocional con el ser querido fallecido, ya que era su hijo, su padre, madre, o abuelo, o había sido su pareja por mucho tiempo. Inevitablemente, las personas entraron al taller de duelo experimentando desesperanza, miedo, ansiedad, enojo, culpa, confusión, tristeza, aislamiento, soledad, incertidumbre y *shock* (*Canadian Cancer Society*, 2019). Los participantes expresaron indicios de culpa por no poder estar presentes en el momento del fallecimiento y por no haber acudido a un centro médico con rapidez en el momento de agonía. Se manifestó miedo ante el futuro sin su ser querido y por tener que lidiar con el presente.

El planeamiento de los talleres de duelo se realiza con el propósito de fomentar la calidad de vida de los participantes en los ejes de: proveer una mayor comprensión ante su propio proceso de duelo, sentirse acompañados por apoyo formal (profesionales de salud) e informal (los propios participantes), contar con estrategias de solución de problemas, y tener un espacio de escucha, expresión y validación emocional. Esto con el propósito que los participantes cuenten con más herramientas para sobrellevar esta difícil etapa de sus vidas. A su vez, los objetivos de las sesiones del proceso del taller de duelo se complementan con lo mencionado por Underwood (2004), debido a que la autora hace énfasis en que el espacio grupal se debe caracterizar por proveer información, herramientas de solución de problemas, validación emocional y apoyo.

### **8.2.6 Sesiones médicas clínicas**

La práctica común de realizar sesiones médicas inter y multidisciplinarias, donde asisten variedad de profesionales en medicina (por ejemplo, urólogos, cirujanos, oncólogos, médicos paliativos, geriatras, neurocirujanos, radiólogos), enfermería, psicología, y trabajo social, fortalece el abordaje integral del paciente hemato-oncológico para que se le brinde una atención en función de su calidad de vida. Parte fundamental del abordaje psicosocial del paciente hemato-oncológico, consiste en la evaluación e intervención sobre el distrés emocional. El *National Comprehensive Cancer Network* (2017) recomienda que la evaluación emocional del paciente debe ser contextualizada, desde su realidad médica. Por lo tanto, es fundamental el enlace de puentes de comunicación entre los profesionales de la salud.

A propósito, Rebolledo y Alvarado (2006) mencionan que los componentes que facilitan un afrontamiento activo al proceso de la enfermedad, se encuentra la apropiación del paciente sobre su propia enfermedad médica, el respeto a su contexto, su familia y el apoyo espiritual. En consecuencia, las sesiones médicas clínicas permiten que la intervención emocional al paciente se realice de forma contextualizada. Ejemplo de ello es cuando durante la sesión se toman decisiones en función de la calidad de vida y bienestar emocional del paciente, tomando en cuenta las distintas aristas del paciente y no sólo su información médica.

### **8.3 Inserción del profesional en psicología en el paciente urológico**

Tener un diagnóstico de una enfermedad crónica produce una afectación en todos los ámbitos de la vida del paciente (biológico, psicológico, social, económico, cultural). Esto debido a que la persona debe realizar cambios significativos en su estilo de vida, o inclusive puede necesitar hospitalizaciones en un centro de salud (Sarafino y Smith, 2010). Tomando como base lo observado en el Servicio de Urología del Hospital México, un profesional de psicología podría

intervenir desde los ejes de acompañamiento psicosocial a la persona hospitalizada, fortalecer la comunicación entre los médicos y los pacientes, brindar psicoprofilaxis preoperatoria antes de los procedimientos médicos invasivos, y proveer entrenamientos psicológicos que fortalezcan el afrontamiento de los pacientes ante los procedimientos médicos no invasivos (por ejemplo, durante una cistoscopia) (Sarafino y Smith, 2010; Rebolledo y Alvarado, 2006; Newell *et al.*, 2002).

Antes de los procedimientos médicos invasivos, como antes de una cirugía, el profesional en psicología puede brindar psicoprofilaxis al paciente y a la familia, con el propósito que se aclaren dudas sobre el procedimiento médico a seguir (el propósito de la cirugía y su importancia, lo que va a suceder en el proceso de la cirugía, y en el proceso de recuperación), que se fortalezca la comunicación con el médico encargado (se aclaren dudas sobre el proceso médico del paciente), y que se le brinden al paciente y a la familia herramientas para el manejo emocional (ansiedad, tristeza, enojo). Es importante anotar que un adecuado manejo de los anteriores factores fortalece la preparación antes de la cirugía, y brinda un beneficio en el estado de recuperación (Rebolledo y Alvarado, 2006; Sarafino y Smith, 2010).

Sobre los procedimientos médicos no invasivos, como en el caso de la cistoscopia, Sarafino y Smith (2010) mencionan que se han implementado entrenamientos en control cognitivo (aprender a reconocer señales de su propia ansiedad y formas cómo afrontarlas cuando ocurren) y control informativo (aprender sobre los procedimientos y las sensaciones que pueden esperar a través de material impreso y discusiones con los terapeutas). Además, se han implementado estrategias cognitivas para el manejo del dolor, como a través de la técnica de distracción, imaginación, resignificación del dolor, o de relajación muscular progresiva (Sarafino y Smith, 2010).

## 9. Conclusiones

La experiencia de práctica dirigida permitió la identificación de necesidades de acompañamiento psico-oncológico en la población de pacientes con cáncer de próstata. Además, se facilitó el espacio y la logística para desarrollar un proyecto de atención psico-oncológico en modalidad grupal e individual dirigido a los sobrevivientes con cáncer de próstata que recibieron tratamiento con radioterapia en el 2018. Debido a la multiplicidad de estadios de la enfermedad oncológica, las fases de tratamiento, y las variables psicosociales implicadas, se encuentra una necesidad de desarrollar más proyectos de atención integral enfocados en pacientes con cáncer de próstata en el sistema de salud público costarricense. Considerando, que el cáncer de próstata es el segundo tipo de cáncer más común y con la mayor tasa de mortalidad en hombres costarricenses (Ministerio de Salud, 2013).

Sobre las necesidades psicosociales de los pacientes con cáncer de próstata, se encontró lo siguiente: una afectación emocional después de los tratamientos, preocupaciones económicas y sociales, necesidades psicosociales de los pacientes adultos mayores (soledad, rechazo social y familiar) y de los pacientes adultos (impacto de las secuelas de los tratamientos en su sexualidad y masculinidad). Además, los pacientes mencionaron experimentar: red de apoyo e interacción con pares limitada, inaccesibilidad de los servicios psicosociales a los pacientes provenientes de zonas alejadas a la Gran área metropolitana, desconocimiento sobre su propia enfermedad oncológica (la definición del cáncer, la función y anatomía de la próstata, las razones de implementación de los tratamientos y de las secuelas de los tratamientos), y problemas de comunicación con los médicos encargados. Estas problemáticas fueron reconocidas por parte de los pacientes con cáncer de próstata, los cuáles expresaron la necesidad de recibir un acompañamiento psicosocial antes, durante y después de los tratamientos oncológicos.

Así mismo, en el abordaje psico-oncológico brindado en modalidad grupal e individual, se pudo fomentar hacia los pacientes con cáncer de próstata: un espacio de escucha y validación emocional ante el proceso de ajuste de sobrevivencia del cáncer de próstata y las secuelas de tratamiento, se facilitaron conocimientos médicos sobre su propia enfermedad, se ofreció un espacio de apoyo grupal entre pares, se brindaron estrategias para fomentar el autocuidado, la adherencia a los tratamientos y el manejo del distrés emocional, y se discutieron temas que son socialmente tabús, como la masculinidad y la sexualidad no genital. Es importante anotar que las anteriores estrategias de intervención se implementaron según las guías de abordaje psico-oncológico (*National Comprehensive Cancer Network, 2017; Howell et al., 2015; Holland et al., 2010; Penedo et al., 2008b*).

En consecuencia, los datos encontrados en este proyecto evidencian una llamada de atención ante el sistema de salud público costarricense, para la elaboración e implementación de intervenciones psicosociales e integrales dirigidas hacia el paciente con cáncer de próstata. Además, a pesar de que en el país no se encuentran estudios epidemiológicos, investigaciones de otras latitudes han encontrado una incidencia entre el diagnóstico de cáncer de próstata, la adultez mayor, y el tratamiento con radioterapia, con un aumento de la incidencia del suicidio (*Guo et al., 2018*). Por lo tanto, la atención psicosocial de los pacientes con cáncer de próstata según las diferentes variables médicas y sociales previamente mencionadas, son una problemática de salud pública que debe ser prontamente atendida por el sistema de salud público costarricense.

Por otro lado, se reconoce la disposición y anuencia del Departamento de Hemato-Oncología, Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial (Psico-Oncología) en permitir el desarrollo del presente proyecto de atención psico-oncológico en la población de pacientes con

cáncer de próstata. Además, se reconoce el trabajo compartido en el presente proyecto con los profesionales en psico-oncología especialmente con el Dr. Campos (psico-oncólogo), con quién se realizó todas las logísticas e intervenciones a pacientes con cáncer de próstata, y la Dra. Rebolledo, coordinadora del área de Psico-Oncología en el Hospital México.

De igual forma, se reconoce la disposición del Servicio de Radioterapia para adquirir la información de sus bitácoras y poder reclutar participantes al espacio grupal de acompañamiento psico-oncológico. También, se valora la colaboración del Servicio de Urología, en facilitar el desarrollo de conocimientos médicos por parte del sustentante para ser comunicados en el espacio grupal a los pacientes con cáncer de próstata. Se espera que, a futuro se mantengan y fortalezcan las colaboraciones brindadas por parte de los distintos servicios en el abordaje integral del paciente con cáncer de próstata.

Retomando a Die Trill (2013) los objetivos de la psico-oncología en el contexto hospitalario son: realizar intervenciones eficaces a los pacientes con algún diagnóstico hemato-oncológico, realizar una labor docente dirigida con el personal de salud del hospital, y llevar a cabo investigaciones que beneficien al paciente hemato-oncológico. En la presente práctica dirigida, el sustentante abordó los objetivos de la psico-oncología de la siguiente forma: Primeramente, como se ha reiterado a través del documento, las intervenciones realizadas en el abordaje grupal e individual a pacientes con cáncer de próstata se ejecutaron basados en las guías de atención de literatura científica. De esta forma, se contaba con una guía práctico-clínica sobre la eficacia de las técnicas a implementar dentro del contexto del paciente del sistema de salud público costarricense, asegurando, que el paciente se fuera a beneficiar en la asistencia al espacio grupal o individual.



Seguidamente, sobre la labor docente, el sustentante promovió la concientización del abordaje integral del paciente con cáncer de próstata, en los tres distintos servicios a los cuales se tuvo contacto: Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial, Servicio de Radioterapia, y Servicio de Urología. Esto debido a que anteriormente no existía algún proyecto psicosocial enfocado a pacientes con cáncer de próstata en el sistema de salud costarricense. Se recalca las recomendaciones brindadas al Servicio de Urología sobre la referencia de los pacientes oncológicos a consulta psico-oncológica individual a través de la identificación de síntomas de distrés, según los lineamientos de *National Comprehensive Cancer Network* (2017). Por último, se tomaron datos sobre la eficacia de la intervención en el presente proyecto a través del Termómetro del Distrés, resultando un beneficio significativo de la intervención en los pacientes ( $p = 0.006$ ). Además, los pacientes expresaron contar con múltiples necesidades psicosociales, en relación con las secuelas de los tratamientos y sus contextos.

Por otro lado, las tareas realizadas mediante la práctica dirigida se pueden resumir en tres variables: macronivel, mesonivel y micronivel. El macronivel comprende las instituciones, las relaciones interdisciplinarias, y el rol de la psicología. El mesonivel comprende la atención psicológica a pacientes y familiares, y el micronivel comprende los aprendizajes adquiridos por el sustentante. Con respecto al macronivel, el sustentante realizó un proyecto pionero de abordaje de atención psicológica al paciente con cáncer de próstata en una institución de salud del tercer nivel. Por lo tanto, se pretende que este proyecto sea el promotor de otras iniciativas para el abordaje integral del paciente con cáncer de próstata en el sistema de salud público costarricense. Además, se trabajó de forma multi e interdisciplinaria en la realización de las distintas labores, por ejemplo, con médicos paliativos, trabajadores sociales, médicos urólogos, oncólogos, enfermeros, entre otros. En este trabajo en conjunto con otras disciplinas, también se brindó una

comunicación a los demás profesionales sobre el rol del psico-oncólogo en el abordaje integral del paciente con cáncer de próstata.

En relación con el mesonivel, el sustentante abordó a 625 pacientes a través del proceso de práctica dirigida, fueran personas con diagnóstico de cáncer de próstata, o de algún tipo de cáncer hemato-oncológico. Las labores a pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata se realizaron junto al Dr. Campos (psico-oncólogo), y los procesos de atención a pacientes con otros diagnósticos hemato-oncológicos se realizaron con la Dra. Rebolledo y los demás psico-oncólogos del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial.

En todos los pacientes vistos en consulta externa y en pacientes hospitalizados, el apoyo familiar resultaba ser una variable determinante, ya que permitía un mejor afrontamiento ante el proceso de enfermedad. Por otra parte, el paciente se veía afectado cuando su familia realizaba conductas desadaptativas, tenía un bajo manejo de límites, o se encontraban desinteresados o desinformados del proceso de enfermedad. Específicamente, cuando el paciente era de manejo paliativo, la familia era fundamental en asegurar que el afrontamiento activo del proceso de enfermedad, ya que el paciente se encontraba con mayor necesidad de los demás y por lo tanto su adherencia a los tratamientos dependían de su contexto social inmediato. Por lo tanto, se recalca la labor realizada con los familiares de forma directa a través de los talleres de duelo (asistieron 49 familiares de un paciente hemato-oncológico que falleció recientemente), en las sesiones de familia (se atendía exclusivamente a la familia del paciente), y cuándo acompañaban a un paciente en su atención de consulta externa o en hospitalización.

Por último, en el micronivel, el sustentante adquirió los siguientes aprendizajes práctico-profesionales:

- Realización de proyectos en psicología de la salud en modalidad grupal en el contexto hospitalario
- Manejo del sistema digital de salud público (EDUS)
- Realización de un proceso de acompañamiento psico-oncológico a nivel individual y grupal a pacientes con diversas enfermedades hemato-oncológicas
- Conocimiento sobre las particularidades del trabajo psico-oncológico según las variables contextuales de los usuarios (zonas geográficas, aspectos culturales, nivel socioeconómico, grupo etario, nivel educativo) y según el estado del proceso de la enfermedad hemato-oncológica (diagnóstico, tratamientos, remisión, recidiva, manejo paliativo).
- Sensibilización ante las características de los pacientes hospitalizados
- Reconocimiento de la importancia de la literatura científica como una guía práctico-clínica en la implementación de intervenciones basadas en evidencia
- Concientización de las variables psicosociales implicadas en los sobrevivientes con cáncer de próstata, y de las secuelas de los tratamientos (disfunción eréctil, incontinencia urinaria, calores, cansancio, entre otros).
- Habilidades de sistematización de datos cualitativos y cuantitativos y análisis estadísticos descriptivos
- Adquisición de habilidades psico-oncológicas en el manejo del distrés y a través de técnicas cognitivo-conductuales
- Desarrollo de habilidades y conocimientos en el tema del duelo y su abordaje grupal
- Desarrollo de competencias en el trabajo psico-oncológico con pacientes con cáncer de mama a nivel individual y grupal, y a través de la psicoprofilaxis preoperatoria

- Fortalecimiento de las habilidades terapéuticas para la atención en crisis con el paciente hemato-oncológico
- Fortalecimiento de las habilidades terapéuticas para las intervenciones familiares
- Desarrollo de competencias en la comunicación de malas noticias en modalidad de atención a familias
- Identificación de la importancia del involucramiento de la red de apoyo como parte del acompañamiento psicológico al paciente hemato-oncológico
- Trabajo inter y multidisciplinario con médicos paliativos, oncólogos, radioterapeutas y urólogos, con enfermería y trabajo social, tanto en el abordaje de pacientes hemato-oncológicos, como en las sesiones médico-clínicas
- Adquisición de conocimientos sobre la atención médica al paciente con cáncer de próstata y al paciente urológico

## 10. Limitaciones

En el proceso del desarrollo del proyecto a pacientes con cáncer de próstata, se encontraron las siguientes limitaciones:

1. El hospital no contaba con un espacio grupal psico-oncológico a pacientes con cáncer de próstata, por lo tanto, se tuvo que desarrollar la logística correspondiente (administrativa, de pacientes y de espacio físico).
2. Cada semana se tenían que llamar a los participantes con cáncer de próstata de los próximos talleres. Por lo tanto, no existía un mecanismo de referencia a los talleres que hiciera más eficiente su logística.
3. Los pacientes que eran citados cada semana eran de zonas alejadas, por lo que se les dificultaba el traslado hasta el hospital para el taller. Además, la hora de inicio del taller era muy temprano para algunas personas que tenían que viajar de zonas alejadas.
4. Una limitación importante fue el factor tiempo, ya que se tenían que hacer varias actividades en el lapso de dos horas. Adicionalmente, había pacientes que llegaban tarde a la sesión debido a las presas aledañas al hospital o que provenían de zonas alejadas. Por lo tanto, la llegada tardía de pacientes hacía que se redujeran las horas efectivas del taller.
5. No se pudo realizar un espacio de talleres con los mismos participantes en varias sesiones, con el propósito de entrenar a los pacientes en el manejo del estrés (según las recomendaciones de los protocolos consultados, en donde se realizaban intervenciones grupales de 5 a 10 sesiones; Penedo *et al.*, 2008b). Esto debido a que en un hospital de tercer nivel de atención usualmente se recibe a una gran afluencia de pacientes, por lo que los espacios grupales son usualmente solo de una sesión, para que más personas puedan beneficiarse.

6. No se contó con la posibilidad de realizar un seguimiento (a 1 mes, 3 meses y 6 meses) de la medición del malestar emocional (con el Termómetro del Distrés) de los pacientes con cáncer de próstata que asistieron al espacio grupal, para evaluar la eficacia de la intervención a largo plazo.
7. Los profesionales de salud del Servicio de Radioterapia o del Servicio de Urología, no refieren los pacientes con cáncer de próstata a consulta externa o a atención en hospitalización por parte de profesionales en psico-oncología, por lo que la forma de entrar en contacto a nivel individual con estos pacientes fue a través de la referencia de los mismos participantes del taller.

Además, se encontraron limitaciones metodológicas, es decir, en la ejecución de las técnicas cognitivo-conductuales:

1. Algunos pacientes mostraron dificultad auditiva, por lo que se tenía que alzar la voz en la presentación y se les preguntaba si entendían lo explicado
2. Además, hubo pacientes que no sabían leer o escribir o ambos, por lo que la presentación se realizó con pautas visuales y ejemplos prácticos, con base en las adecuaciones del diseño universal
3. Por último, hubo pacientes adultos mayores con dificultad en la retención de la información, por lo cuál se implementaron panfletos con la información dada en el taller, para que, de esta forma, sus familiares también tuvieran acceso a la información. No obstante, hubo pacientes adultos mayores que contaban con apoyo social limitado, por lo cuál en estos casos, no se pudo reforzar la adquisición de información por parte del contexto social del paciente.

## 11. Recomendaciones

A partir de las experiencias práctico-clínicas y de la literatura revisada, se brindan las siguientes recomendaciones para el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México:

1. Tomar en cuenta los resultados de la presente práctica dirigida para el desarrollo de proyectos de rehabilitación psicosocial y atención integral al paciente con cáncer de próstata, tanto antes, como después de haber recibido los tratamientos oncológicos, siguiendo el ejemplo de la atención integral brindada en la Unidad de Patología Mamaria.
2. Tomar en cuenta las necesidades psicosociales de los usuarios con cánceres del sexo biológico masculino, enfocándose en las secuelas de los tratamientos (por ejemplo, sobre la disfunción eréctil y la incontinencia urinaria).
3. Desarrollar espacios grupales para pacientes con cáncer de próstata en centros de primer nivel, para fomentar la cobertura de la atención integral psicosocial.
4. Formar al personal de salud en la implementación de instrumentos de *screening* de malestar emocional, como a través del termómetro del distrés.
5. Realizar un seguimiento a largo plazo (1 mes, 3 meses y 6 meses) de la medición del malestar emocional (a través del Termómetro del Distrés) para evaluar la eficacia de las intervenciones psico-oncológicas aplicadas en el contexto hospitalario.
6. Formar a los médicos del Departamento de Hemato-Oncología en la identificación de variables de distrés emocional de los pacientes hemato-oncológicos, para referirlos prontamente y en su debido momento a que reciban una atención psicosocial, según los lineamientos de *National Comprehensive Cancer Network (2017)*.

7. Desarrollar estudios de incidencia de factores de riesgo y de protección para la prevalencia del distrés emocional en los pacientes hemato-oncológico, para promover la intervención oportuna y eficaz.
8. Desarrollar espacios grupales específicos de sobrevivencia para cada tipo de cáncer hemato-oncológico, según sus particularidades; por ejemplo, un espacio grupal para pacientes con cáncer en el cerebro, tanto para pacientes como para familiares.
9. Desarrollar programas de psicoprofilaxis preoperatorio para pacientes según los distintos tipos de cáncer hemato-oncológico, en coordinación con los diferentes servicios
10. Fortalecer el abordaje espiritual de los pacientes hemato-oncológicos
11. Realizar jornadas de autocuidado enfocado en el paciente hemato-oncológico
12. Realizar espacios grupales enfocados en el abordaje psico-oncológico de los familiares del paciente hemato-oncológico en los distintos estadios de la enfermedad, para fomentar la adquisición de habilidades de afrontamiento en el contexto social del paciente.
13. Formar a los médicos del Departamento de Hemato-Oncología en habilidades sociales, con el propósito de desarrollar técnicas de comunicación asertiva, y facilitar la comunicación con los usuarios del sistema de salud y entre el mismo personal.
14. Brindar un seguimiento telefónico sobre la adherencia a los tratamientos de los pacientes del Departamento.
15. Realizar actividades de autocuidado, manejo del estrés y prevención del burnout a los profesionales de salud del Departamento.
16. Sensibilizar a los profesionales de salud en temas de sexualidad y su impacto en el proceso de enfermedad hemato-oncológico (género, orientación sexual, erotismo, afectividad).



17. Sensibilizar a los profesionales de salud en las particularidades sociales y contextuales de los pacientes (grupo étnico, si proviene de zona rural o urbana, y grupo cultural).
18. Promover el abordaje integral del dolor de los pacientes según los resultados de la revisión sistemática de Newell *et al.* (2002) (imágenes guiadas y entrenamiento en relajación).

Seguidamente, se proveen recomendaciones al Servicio de Urología del Hospital México sobre la inserción del psicólogo en el abordaje integral de los pacientes urológicos:

En el transcurso de observación dentro del Servicio de Urología del Hospital México, se identificaron los siguientes posibles ejes de intervención desde un profesional en psicología de la salud:

- 1- Acompañamiento a la persona hospitalizada
- 2- Fortalecimiento de la comunicación del médico encargado con el paciente
- 3- Psicoprofilaxis preoperatoria al paciente y a la familia antes de los procedimientos médicos invasivos
- 4- Entrenamiento en control cognitivo e informativo del paciente ante los procedimientos médicos no invasivos, como en la cistoscopia.

Como ha sido mencionado, el estrés emocional es una experiencia emocional no agradable de tipo psicológico (cognitivo, conductual o emocional), social o espiritual, que tiene afectaciones en el afrontamiento al cáncer, en los síntomas físicos y en el tratamiento. Para identificar la incidencia del estrés emocional, el *National Comprehensive Cancer Network* (2017) posee un listado de posibles síntomas:

- 1- Tristeza

- 2- Miedo y desesperanza
- 3- Enojo, sentirse sin control propio
- 4- Cuestionamiento de su fe, su propósito y el significado de la vida
- 5- Aislamiento social
- 6- Tener constantes preocupaciones sobre la enfermedad
- 7- Tener preocupaciones sobre su rol social (como madre, padre, entre otros)
- 8- Bajo apetito, sueño o concentración
- 9- Síntomas de depresión, ansiedad o pánico
- 10- Tener pensamientos constantes sobre la enfermedad y la muerte

Para abordar la problemática del distrés emocional en pacientes oncológicos, el Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial del Hospital México cuenta con cuatro psico-oncólogos, por lo que éstos serían los profesionales de la salud recomendados para brindar el acompañamiento psicosocial de los pacientes oncológicos que asisten al Servicio de Urología. Estos realizan sesiones de consulta externa, interconsultas en pacientes hospitalizados y sesiones de familia.

Por último, se brindan las siguientes recomendaciones para la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica:

1. Formar a los y las estudiantes en el quehacer profesional de la psico-oncológica, tanto en el ámbito académico, como en el aspecto práctico-clínico.
2. Fomentar mayor cantidad de enlaces institucionales con la Caja Costarricense de Seguro Social, para entablar proyectos en común a beneficio de los usuarios del sistema de salud público costarricense, con el propósito de fortalecer la Acción Social de la Universidad de Costa Rica.

3. Instar a que se realicen más prácticas dirigidas y/o prácticas profesionales de módulos en el contexto hospitalario del sistema de salud público, para que de esta forma el estudiante posea una mayor comprensión de la realidad nacional y de la atención psicológica dentro del sistema de salud público. Además, de esta forma los usuarios del servicio de salud público se verían beneficiados por las intervenciones psicológicas basadas en evidencia.
4. Formar en habilidades práctico-clínicas basadas en evidencia científica, para que los estudiantes adquieran conocimientos que puedan ser aplicables con eficacia a poblaciones con necesidades de atención psicológica.
5. Incentivar la adaptación de instrumentos de *screening* al contexto costarricense para el contexto hospitalario. Por ejemplo, mediante el Termómetro del Distrés, ya que este instrumento posee una medida subjetiva de malestar emocional (escala de 0 a 10), así como una segunda parte donde se puede cuantificar categorías de distrés emocional por paciente y por grupos.

## 12. Referencias

### 12.1 Referencias bibliográficas

- Almanza-Muñoz, J., Juárez, I. & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro del distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar México*, 62(5), 209-217.
- Alvarado-Aguilar, S., Ochoa-Carrillo, F. (2011). La Psicooncología sumando esfuerzos; un compromiso. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 10(3). 121-122.
- American Psychological Association (2012). Guidelines for Psychological Practice in Health Care Delivery Systems. *American Psychologists*, 68(1). 1-6. doi: 10.1037/a0029890.
- Andrew, M. (2016). Core principles of sexual health treatments in cancer for men. *Supportive and Palliative Care* 10(1). 38-43. doi: 10.1097/SPC.0000000000000183.
- Baider, L., Weiss, T., Holland, J. (2015). Psychosocial Interventions for Older Cancer Patients. En: Holland, J., Weiss, T., Nelson, C., Roth, A., Alici, Y. (Eds). *Geriatric Psycho-Oncology*. (pp. 27-37). Oxford University Press.
- Bados, A. & García, E. (2010). *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. España: Universidad de Barcelona.
- Bados, A., & García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. España: Universidad de Barcelona.

- Balderson, N., y Towell, T. (2003). The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *British Journal of Health Psychology*. 8, 125-134.
- Bandura A (1989) Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist* 44: 1175–1184.
- Bandura A (2009) Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. En: E. A. Locke (Ed.), *Handbook of principles of organization behaviour*. 179–200. New York: Wiley.
- Barroilhet S., Forjaz, M. J., & Garrido, E. (2005). Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 33(6). 390-397.
- Becoña, E. (1993). Técnicas de solución de problemas. En: F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide. 710-743.
- Boonzaier, A., Schubach, K., Troup, K., Pollard, A., Aranda, S., Schofield, P. (2009). Development of a Psychoeducational Intervention for Men with Prostate Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 27:136–153. doi: 10.1080/07347330802616100.
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Estados Unidos: Wadsworth Cengage Learning.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, D. C., Benatuil, D. (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

- Bustamante, L., Sánchez, C., y Dubón, M. (2015). El autocuidado en el diagnóstico oportuno de enfermedades. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(2). 71-132. doi: 10.1016/j.gamo.2015.06.017
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI de editores. España Editores, S.A.
- Caballo, V. & Iurrtia, J. (2009). Entrenamiento en habilidades sociales. En: Labrador, F. (Coord.). (2009). *Técnicas de Modificación de Conductas*. Madrid. Ediciones Pirámide. 573-591.
- Canadian Cancer Society (2019). Grief and bereavement. Retirado de: <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-journey/advanced-cancer/grief-bereavement/?region=qc>
- Carrasco, I. & Espinar, I. (2009). Terapia racional-emotivo conductual y reestructuración cognitiva. En: Labrador, F. (Coord.). (2009). *Técnicas de Modificación de Conductas*. Madrid. Ediciones Pirámide. 499-515.
- Carretero, O. y Oparil, S. (2000). Essential Hypertension: Part 1, Definition and Etiology. American Heart Association. 101, 329-335. doi: 10.1161/01.CIR.101.3.329
- Castro, E., & Eeles, R. (2012). The role of BRCA1 and BRCA2 in prostate cancer. *Asian journal of andrology*, 14(3), 409–414. doi:10.1038/aja.2011.150

- Chambers, S. K., Zajdlewicz, L., Youlden, D. R., Holland, J. C., & Dunn, J. (2014). The validity of the distress thermometer in prostate cancer populations. *Psycho-Oncology*, 23(2), 195-203. doi:10.1002/pon.3391
- Chambers, S., Hyde, M., Smith, D., Hughes, S., Yuill, S., Egger,... Dunn, F. (2017). New Challenges in Psycho-Oncology Research III: A systematic review of psychological interventions for prostate cancer survivors and their partners: clinical and research implications. *Psycho-Oncology*. 26: 873-913. doi: 10.1002/pon.4431
- Li, C.-T., Cao, J., y Li, T. M. (2016). Eustress or distress. *Proceedings of the 2016 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing Adjunct - UbiComp 16*. doi: 10.1145/2968219.2968309.
- Cooper, G.M. (2000). *The Cell: A Molecular Approach. 2<sup>nd</sup> Edition*. Massachusetts: Sunderland, Sinauer Associates.
- Clark, M., Bostwick, M., Rummans, T. (2003). Group and Individual Treatment Strategies for Distress in Cancer Patients. *Mayo Clinic Procedures*, 78, 1538-1543.
- Cunningham, A.J. (1995). Group psychological therapy for cancer patients. *Support Care Cancer*, 3(44). doi: 10.1007/BF00335897
- Dattilio, F. & Freeman, A. (2007). *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention*. Third Edition. London: The Guildford Press.
- Díaz, E. (2018). *Atención Integral a pacientes sobrevivientes de cáncer de mama pertenecientes al grupo Tour Rosa, del Departamento Hemato-Oncología en el Servicio de Medicina*

- Paliativa y Atención Psicosocial del Hospital México* (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Tesis no publicada, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 1(1), 39-48.
- Die Trill, M. (2013). Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 4(2), 119-133. doi: 10.5093/cc2013a10
- Duncan, M., Moschopoulou, E., Herrington, E., Deane, J., Roylance, R., Jones, L., Bourke, L., Morgan, Chalder, T., A Thaha, M., Taylor, S., Korszun, A., White, P., Bhui, K. (2016). Review of a systematic reviews of non-pharmacological interventions to improve quality of life in cancer survivors. *BMJ Open*, 7(11). doi: 10.1136/bmjopen-2017-015860
- Eguino, A., Fernández, A., Fernández, B., García, G., Moreno, J. Pascual, C. (2004). *Cáncer de Próstata Una Guía Práctica*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer
- Espinoza, C., Blanco, V. & Ramírez, R. (2011). *Resultados para el desarrollo de un manual de autoayuda: Manejo del estrés en familias con un caso de cáncer gástrico*. *Revista de Ciencias Sociales*, (131-132), 13-26.
- Fernández, B., Martín, V.J., Sánchez, C.M., Bejar, E. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿Qué nos encontramos en la práctica clínica?. *Psicooncología*. 13(2-3), 191-204.



- Fritzsche, K., Diederich, D., Schultze-Seemann, W. (2008). Psychooncology of prostate carcinoma – psychosocial distress and treatment approaches: a systematic review. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 54(4). 329.
- Folkman, S. y Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology* 9: 11–19.
- González, F., Mora, S. & Patiño, K. (2003). *Programa de acompañamiento terapéutico para el manejo del estrés en pacientes oncológicos y su familia que reciben quimioterapia. Unidad de Quimioterapia del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia*. (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura con énfasis en Salud Mental y Psiquiatría). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Guo, Z., Gan, S., Li, Y., Gu, C., Xiang, S., Zhou, J., ... Wang, S. (2018). Incidence and risk factors of suicide after a prostate cancer diagnosis: a meta-analysis of observational studies. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*. 21: 499-508. doi: 10.1038/s41391-018-0073-6
- Greer, S., & Moorey, S. (1997). Adjuvant psychological therapy for cancer patients. *Palliative Medicine*, 11(3), 240–244. <https://doi.org/10.1177/026921639701100309>
- Hesse, B. W., & Suls, J. M. (2011). Informatics Enabled Behavioral Medicine in Oncology. *Cancer Journal*, 17(4), 222–230. doi: 10.1097/PPO.0b013e318227c811
- Holland, J., Andersen, B., Breitbart, W., Compas, B., Dudley, M., Fleishman... Zevon, M. (2010). Distress Management: Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 8(4). 448-485.

- Hoole, J., Kanatas, A.N., Mitchell, D.A. (2015). Psychosexual therapy and education in patients treated for cancer of the head and neck. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 53(7) doi: 10.1016/j.bjoms.2015.04.022.
- Howell, D., Keshavarz, H., Esplen, M.J., Hack, T., Hamel, M., Howes, J...Ali, M. (2015). *A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress, Depression, and Anxiety in Adults with Cancer*. Cancer Journey Advisory Group of the Canadian Partnership Against Cancer. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology.
- Johnson, J.E y Leventhal, H. (1974). Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a noxious medical examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 710–718.
- Kendall, P.C., Williams, L., Pechacek, T.F., Graham, L.E., Shisslak, C., y Herzoff, N. (1979). Cognitive-behavioral and patient education interventions in cardiac catheterization procedures: The Palo Alto Medical Psychology Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 49–58.
- Khazan, I.Z. (2013). *The Clinical Biofeedback*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Leask, H., Jamnicky, L. y Nam, R., (2010). The Canadian guide to prostate cancer. *Canadian Family Physician*, 56(7), 685.
- López, J.R. y Rivera, S. (2018). Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Revista Ciencias de Salud*, 16(2), 340-356. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>

- Matthew, A., Goldman, A., Trachtenberg, J., Robinson, J., Horsburgh, S., Currie, K., y Ritvo, P. (2005). Sexual dysfunction after radical prostatectomy: prevalence, treatments, restricted use of treatments and distress. *American Urological Association*. 174, 2105-2110. doi: 10.1097/01.ju.0000181206.16447.e2
- Matuszczak-Świgoń, J., Walendowska, J. (2017). Cognitive-behavior therapy in cancer treatment. *Psychotherapia*. 181. 5-20.
- Marteau, T.M. y Weinman, J. (2004). Communicating about health threats and treatments. En S. Sutton, A. Baum y M. Johnston. (Eds.), *The Sage handbook of health psychology*, (pp. 270–298). London: Sage.
- Martínez, P., Andreu, Y., Galdón, M., Romero, R., García-Conde, A., & Llombart, P. (2017). Distrés emocional y problemas asociados en población oncológica adulta. *Psicooncología*, 14(2-3), 217-228. doi:10.5209/PSIC.57081
- Medina, X., Alvarado, S. (2011). Psicooncología. *Revista Médica HJCA IEISS*. 3(2). 190-196.
- Mishra, S., Bhatnagar, S., Philip, F.A., Singhal, V., Singh Rana, S.P., Upadhyay, S.P., Chauhan, G. (2010). Psychosocial concerns in patients with advanced cancer: an observational study at regional cancer centre, India. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 27(5):316-9. doi: 10.1177/1049909109358309.
- Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Revista de Psicología*, 15(2), 143-152.

- Nagy, T. (2015). *Psychophysiological responses to distress and eustress*. (Tesis doctoral). Eötvös Loránd University. Budapest, Hungría.
- Newell, S., Sanson-Fisher, R., Savolainen, N. (2002). Systematic Review of Psychological Therapies for Cancer Patients: Overview and Recommendations for Future Research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), 558-584, doi: 10.1093/jnci/94.8.558
- Nicholas, D. R. (2000). Men, masculinity, and cancer: risk-factor behaviors, early detection, and psychosocial adaptation. *Journal Of American College Health: J Of ACH*, 49(1), 27-33.
- Oba, A., Nakaya, N., Saito-Nakaya, K., Hasumi, M., Takechi, H., Arai, S., Shimizu, N. (2017). Psychological distress in men with prostate cancer and their partners before and after cancer diagnosis: a longitudinal study, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47 (8), 735–742, doi: 10.1093/jjco/hyx066
- Oraá, N., Sánchez, M., Ossola, G., Vélez, E., Cevas, F., del Pino, N. (2013). Eficacia de las intervenciones psicológicas en hombres con cáncer de próstata. *Psicooncología*. 10(2-3). 339-351. doi: 10.5209.
- Orom, H., Nelson, C., Underwood, W., Homish, D.L., Kapoor, D. (2015). Factors associated with emotional distress in newly diagnosed prostate cancer patients. *Psychooncology*. doi: 10.1002/pon.3751
- Parahoo, K., McDonough, S., McCaughan, E., Noyes, J., Semple, C., Halstead, E.J., Neuberger, M.M., Dahm, P. (2013). Psychosocial interventions for men with prostate cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD008529.pub3.

- Penedo, F., Molton, I., Dahn, J., Shen, B.J., Kinsinger, D., Traeger, L., Siegel, S., Schneiderman, N., Antoni, M. (2006). A Randomized Clinical Trial of Group-Based Cognitive–Behavioral Stress Management in Localized Prostate Cancer: Development of Stress Management Skills Improves Quality of Life and Benefit Finding. *The Society of Behavioral Medicine*. 31(3):261–270
- Penedo, F., Traeger, L., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez, J., Schneiderman, N., Antoni, M. (2007). Cognitive Behavioral Stress Management Intervention Improves Quality of Life in Spanish Monolingual Hispanic Men Treated for Localized Prostate Cancer: Results of a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*. 14(3). 164-172.
- Penedo, F., Antoni, M., Schneiderman, N. (2008a). *Cognitive-Behavioral Stress Management for Prostate Cancer Recovery*. Oxford: Oxford University Press, Inc.
- Penedo, F., Antoni, M. Schneiderman, N. (2008b). *Cognitive-Behavioral Stress Management for Prostate Cancer Recovery: Facilitator Guide*. Oxford: Oxford University Press, Inc.
- Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017 (2012). 1ª Ed. San José, Costa Rica: El Ministerio.
- Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red – CCSS (2012). *Caja Costarricense de Seguro Social*. Boletín N° 6.
- Ptacek, J., Pierce, G. Ptacek, J. (2002) The Social Context of Coping with Prostate Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 20(1). 61-80. DOI: 10.1300/J077v20n01\_04

- Ream, E., Quennell, A., Fincham, L., Faithfull, S., Khoo, V., Wilson-Barnett, J., Richardson, A. (2008). Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey. *British Journal of Cancer*. 98, 1903-1909.
- Rebolledo, M. y Alvarado, S. (2006). Distrés y cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 39(1). 52-58.
- Ritvo, P., Irvine, J., Naglie, G., Tomlinson, G., Bezjak, A., Matthew, A., Trachtenberg, J., Krahn, M. (2005). Reliability and validity of the PORPUS, a combined psychometric and utility-based quality-of-life instrument for prostate cancer. *Journal of Clinical Epidemiology*. 58. 466-474.
- Robert, V., Álvarez, C. Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Condes*. 24(4) 677-684.
- Roth, A., y Greenstein, M. (2015). Prostate cancer. En: Holland, J., Weiss, T., Nelson, C., Roth, A., Alici, Y. (Eds). *Geriatric Psycho-Oncology*. (pp. 153-159). Oxford University Press.
- Ruiz, M., Díaz, I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Descleé De Bouver, S.A.
- Salazar, M. (2015). *Atención Cognitivo Conductual Emocional al Paciente Oncológico que Asiste al Departamento de Psicooncología y Hemato-Oncología del Hospital México*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

- Sánchez, R., Sierra, F. A. & Martín, E. (2015). ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 371-385. doi: 10.12804/apl33.03.2015.01
- Sarafino, E. & Smith, T. (2011). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. Estados Unidos: John Wiley & Sons Inc.
- Shahriari, M., Dehghan, M., Pahlavanzadeh, S., & Hazini, A. (2017). Effects of progressive muscle relaxation, guided imagery and deep diaphragmatic breathing on quality of life in elderly with breast or prostate cancer. *Journal of education and health promotion*, 6, 1. doi: 10.4103/jehp.jehp\_147\_14
- Steiner, C. (2006) Grief Support Groups Used by Few. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2(1), 29-53, doi: 10.1300/J457v02n01\_04.
- Stephens, C. (2008). *Health promotion: A psychosocial approach*. Estados Unidos: Open University Press McGraw Hill.
- Thaxton, L., Emshoff, J., & Guessous, O. (2005). Prostate Cancer Support Groups. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(1), 25-40, doi: 10.1300/J077v23n01\_02.
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89–101.
- Tomasetti, C., Li, L., Vogelstein, B. (2017). Stem cell divisions, somatic mutations, cancer etiology, and cancer prevention. *Science*. 355(6331). 1330-1334.

- Underwood, M. (2004). Group of Interventions for Treatment of Psychological Trauma Module 10: Group Interventions for Bereavement Following Traumatic Events. Retirado de: [https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources/group-interventions-for-bereavement-following-traumatic-events.pdf?sfvrsn=726385a9\\_2](https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources/group-interventions-for-bereavement-following-traumatic-events.pdf?sfvrsn=726385a9_2)
- Valerio, S. (2017). *Uso de estrategias cognitivo-conductuales para la reducción de niveles de distrés en pacientes oncológicos que asisten al Servicio de Medicina Paliativa y Psicooncología del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Watson, E., Shinkins, B., Matheson, L., Burns, R., Frith, E., Neal, D., ...Rose, P. (2018). Supporting prostate cancer survivors in primary care: Findings from a pilot trial of a nurse-led psycho-educational intervention (PROSPECTIV). *European Journal of Oncology Nursing*. 32. 73-81. doi: 10.1016/j.ejon.2017.12.002
- Weber, B., Roberts, B., McDougall, G. (2000). Exploring the Efficacy of Support Groups for Men with Prostate Cancer. *Geriatric Nursery*, 21(5): 250-253.
- Zeledón Estrada, D. (2016). *Atención integral primaria a cuidadores de pacientes hemato-oncológicos del Departamento de Hemato-Oncología en el área de Psico-oncología del Hospital México*. (Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.



## 12.2 Referencias electrónicas

American Cancer Society (2019). *Quimioterapia para el cáncer de próstata*. Retirado de:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/tratamiento/quimioterapia.html>

American Psychological Association. (2018). *Placing Clinical Practice Guidelines in Context*.

Retirado de: <http://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/context.aspx>

American Psychological Association (2017). *Health Psychology Promotes Wellness*. Retirado

de: <http://www.apa.org/action/science/health/>

American Society of Clinical Oncology (2018). *Cáncer de próstata: Estadios y grados*. Retirado

de: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-pr%C3%B3stata/estadios-y-grados>

APRECAP (2019). *Conózcanos*. Retirado de: <http://aprecap.org/conozcanos/>

ASOCANPRO (2008). *La razón de ser de ASOCANPRO*. Retirado de:

<https://sites.google.com/site/asocanprocr/home4>

Caja Costarricense de Seguro Social (2018a). *Hospital México*. Retirado de:

<http://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=18>

Caja Costarricense de Seguro Social (2018b). *Cultura organizacional*. Retirado de:

<http://www.ccss.sa.cr/cultura>

Garate, R. (2010). *Promoción de la Salud*. Retirado de:

<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>

Instituto Nacional del Cáncer (s.f.). *Diccionario de cáncer*. Retirado de:  
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/>

Instituto Nacional del Cáncer (s.f.b). *Análisis del antígeno prostático específico*. Retirado de:  
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/hoja-informativa-psa>

Instituto Nacional del Cáncer (s.f.c). Significado de los cambios en la próstata: Guía de salud para los hombres. Retirado de:  
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/significado-cambios-en-la-prostata>

John Hopkins Medicine (2019). *Radiation Therapy Simulation: What to Expect*. Retirado de:  
<https://www.hopkinsmedicine.org/sibley-memorial-hospital/patient-care/specialty/cancer/treatment/radiation-oncology/radiation-therapy-simulation.html>

Ministerio de Salud (2013). *Indicadores Básicos Situación de la Salud en Costa Rica*. Retirado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/indicadores-basicos/indicadores-basicos-2013>

Ministerio de Salud (2014). Análisis de Situación de Salud de Costa Rica. Retirado de:  
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>

National Cancer Institute (2015). *What is cancer?* Retirado de: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>

National Comprehensive Cancer Network (2017). *Distress: Supportive Carebook Series. NCCN Guidelines for Patients*. Retirado de:

<https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/files/assets/common/downloads/files/distress.pdf>

Organismo Internacional de Energía Atómica (1999). *Sobreexposición accidental de pacientes de radioterapia en San José (Costa Rica)*. Retirado de: [https://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/P027s\\_scr.pdf](https://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/P027s_scr.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2018a). *Cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización Mundial de la Salud (2018b). *Frequently asked questions*. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

Psicología ambiental (2019). *El modelo de Selye*. Universitat de Barcelona. Recuperado de: [http://www.ub.edu/psicologia\\_ambiental/unidad-4-tema-8-2-1](http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/unidad-4-tema-8-2-1)

Rebolledo, M. (2008). *Reacciones emocionales en la persona que padece cáncer de próstata*. Recuperado de: <https://sites.google.com/site/asocanprocr/reaccionesemocionales>

Santacruz, J., García, R. López, M.E., Picado, K., Ramírez, A. Ed. Bustamante, X. (2004). *Perfil del sistema de servicios de salud en Costa Rica*. Retirado de: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf>

Sen, G., George, A., Östlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Harvard Center for Population and Development Studies. Retirado de: [http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/PO\\_14\\_entire\\_book.pdf](http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/PO_14_entire_book.pdf)


Society of Behavioral Science (2018). *Behavioral Medicine*. Recuperado de:  
<https://www.sbm.org/about/behavioral-medicine>

### **12.3 Leyes**

Ley N° 8239. Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. San José, Costa Rica. 19 de abril del 2002.

## 13. Anexos

### Anexo 1: Instrumento de Termómetro del Distrés

 Servicio de Psico-oncología INCan

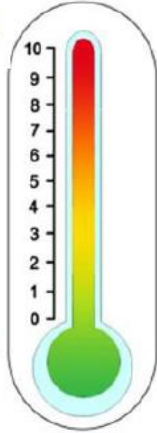
**TERMÓMETRO DE MALESTAR EMOCIONAL**

**MALESTAR EMOCIONAL:** Experiencia emocional desagradable de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual, que interfiere con la capacidad para enfrentar el cáncer, sus síntomas físicos y/o su tratamiento.

Por favor indiquenos el número del (0 al 10) que mejor describa qué tanto malestar emocional ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.

**MALESTAR EMOCIONAL EXTREMO**

**NINGÚN MALESTAR EMOCIONAL**



Psico-oncología INCan

Figura 16: Primera parte del instrumento del termómetro del distrés



Por favor indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar Sí o No para cada uno.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Problemas prácticos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Problemas físicos</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidados de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baño/vestido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escuela/trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Problemas familiares</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación de pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Problemas emocionales</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de debilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memoria/Concentración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de interés en las actividades habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupaciones religiosas o espirituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz seca/congestión
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuales
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel seca/comezón
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormigueo en manos o pies
			Otros _____ Psico-oncología INCan		

Figura 17: Segunda parte del instrumento del termómetro del distrés. Fuente: Facilitado a través de la Dra. Rebolledo.

## Anexo 2: Instrumento de Calidad de Vida al paciente con cáncer de próstata

### Taller para pacientes con cáncer de próstata

A continuación, se le pedirá que reflexione sobre cómo se ha sentido en las últimas semanas en relación con las consecuencias del cáncer de próstata. No hay respuestas buenas ni malas; favor contestar marcando con una equis y con base en su experiencia personal.<sup>5</sup>

---

1-¿Cuál es su nivel de educación? Favor marque con una equis el nivel de educación más alto realizado

<input type="checkbox"/>	Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Universitaria incompleta
<input type="checkbox"/>	Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	Universitaria completa

---

2- ¿Qué tratamiento ha recibido para el cáncer de próstata? Favor marque con una(s) equis su respuesta

<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>	Cirugía para remover próstata	<input type="checkbox"/>	Cirugía para remover testículos	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Hormonal
--------------------------	--------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	----------------------

---

<sup>5</sup> El presente instrumento fue elaborado a partir de: Krahn, M., Ritvo, P., Irvine, J., et al. (2000). Construction of the Patient-Oriented Prostate Utility Scale (PORPUS): a multiattribute health state classification system for prostate cancer. Journal of Clinical Epidemiology. 53:920-30.

- 3- ¿En las últimas dos semanas, ha tenido dolores? (calores, náuseas, sueño, hinchazón de senos)  
Sí No
- 4- ¿En las últimas dos semanas, ha tenido energía?  
Sí No
- 5- ¿En las últimas dos semanas se ha sentido apoyado por sus familiares y amistades?  
Sí No
- 6- ¿En las últimas dos semanas ha podido comunicarle sus preocupaciones a su médico encargado?  
Sí No
- 7- ¿En las últimas dos semanas se ha sentido preocupado, triste o frustrado?  
Sí No
- 8- ¿En las últimas dos semanas, mantiene la sensación de tener “ganas de orinar” aunque ya haya orinado?  
Sí No
- 9- ¿En las últimas dos semanas ha tenido derrame de orina y bajo control de la vejiga?  
Sí No
- 10- ¿En las últimas dos semanas ha podido tener y mantener erecciones?  
Sí No
- 11- ¿En las últimas dos semanas, ha tenido interés sexual?  
Sí No
- 12- ¿En las últimas dos semanas, ha tenido problemas intestinales (diarrea, malestar o constipación)?  
Sí No
- 13- ¿Le gustaría formar parte de un grupo de apoyo con más sesiones? Favor circule su respuesta y brinde una breve explicación.  
Sí No
- ¿Por qué? \_\_\_\_\_

### Anexo 3: Carta de aprobación de la realización de la práctica dirigida del Departamento de Hemato-Oncología

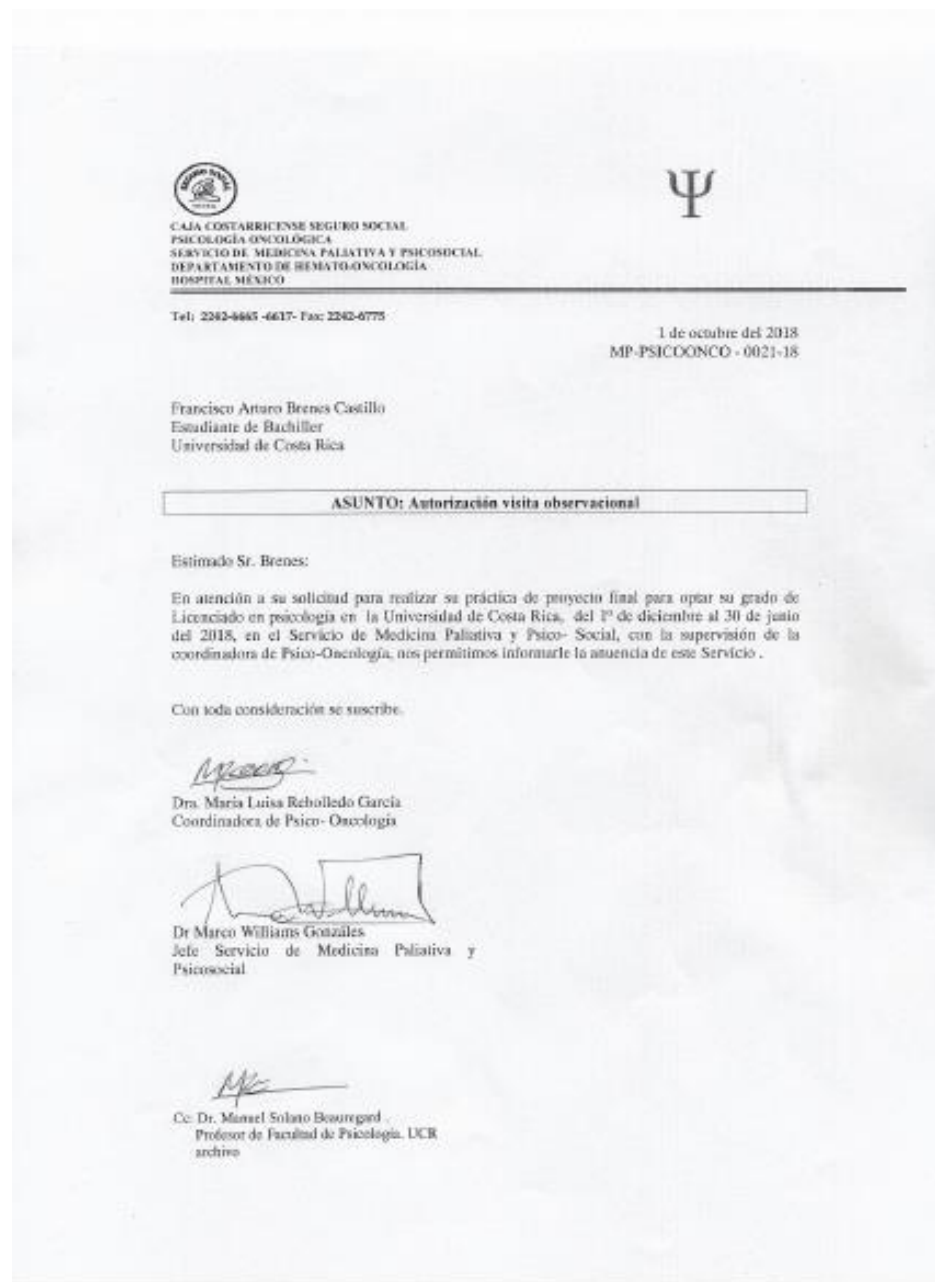


Figura 18: Carta aprobación por parte del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial



#### Anexo 4: Consentimiento Informado a pacientes con cáncer de próstata



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN**  
**COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO**  
Teléfonos:(506) 2511-4201    Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Psicología

### FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Talleres Grupales para el manejo del distrés para pacientes con cáncer de próstata que han recibido radioterapia en el Hospital México de Costa Rica

Nombre del sustentador de la práctica: Francisco Arturo Brenes Castillo

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El proyecto realizado por el sustentante Francisco Arturo Brenes Castillo, corresponde a una práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica; el propósito de la misma es proveer apoyo psicosocial al paciente con cáncer de próstata que haya recibido tratamiento con radioterapia en el Hospital México durante el 2018. Este aporte se enfocará en la implementación de instrumentos enfocados en evaluar las secuelas asociadas al tratamiento para el cáncer de próstata (termómetro del distrés y escala de calidad de vida para pacientes con cáncer de próstata), psicoeducación sobre el cáncer de próstata y sus secuelas, facilitación de apoyo entre pares, y ejercicios de relajación. Lo anterior con el propósito para acompañar en el manejo del distrés de los participantes. El proyecto se llevará a cabo desde febrero a junio del 2019.
- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Se le brindará atención en la modalidad grupal para conocer sobre las secuelas psicosociales del tratamiento de cáncer de próstata, a la vez que se le brindarán estrategias para el manejo del distrés oncológico. El taller durará aproximadamente dos horas, se realizará en el Hospital México, y podrá asistir a una sesión. Primeramente, se le solicitará que llene dos instrumentos, una escala de malestar llamada “Termómetro del Distrés” y otra escala sobre las secuelas del tratamiento para el cáncer llamada “Instrumento de Calidad de Vida para Pacientes con Cáncer de Próstata”. Seguidamente, se le pedirá que se presente brevemente ante sus compañeros. A su vez, se realizará una presentación psicoeducativa sobre el cáncer de próstata y el distrés oncológico, en donde tendrá la oportunidad de discutir las temáticas con el grupo. Después, se realizará una estrategia de relajación y respiración diafragmática. Por último, se le pedirá que evalúe el taller oralmente, y se le indicará que vuelva a evaluar su grado de malestar con el Termómetro del Distrés.

**C. RIESGOS:**

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por la ansiedad que le pueda generar el tiempo de intervención. Puede llegar a experimentar sentimientos de pérdida de privacidad y emociones intensas durante el proceso.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, el sustentante realizará una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

**D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este proyecto, el beneficio que obtendrá será la adquisición de estrategias que le permitan enfrentar de mejor manera las situaciones que genera la enfermedad del cáncer de próstata, para de esta forma manejar el malestar experimentado, y para favorecer una mejor calidad de vida. Además, permitirá aportar en el entendimiento de las secuelas del tratamiento para pacientes con cáncer de próstata.

**E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Francisco Brenes Castillo o con algún supervisor del proyecto, el Dr. Manuel Solano Beauregard al teléfono 8893-0641, o el Dr. Rodbin Campos al teléfono 8379-2803, y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Francisco Arturo Brenes Castillo al teléfono 8859-2153 en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS – Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

**F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

**G.** Su participación en este proyecto es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.

**H.** Su participación en este proyecto es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

**I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

**CONSENTIMIENTO**

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

---

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

---

Nombre, cédula y firma de la Sustentante que solicita el consentimiento fecha

---

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha

## Anexo 5: Carta solicitud de aprobación del Servicio de Radioterapia para el acceso de las bitácoras de pacientes

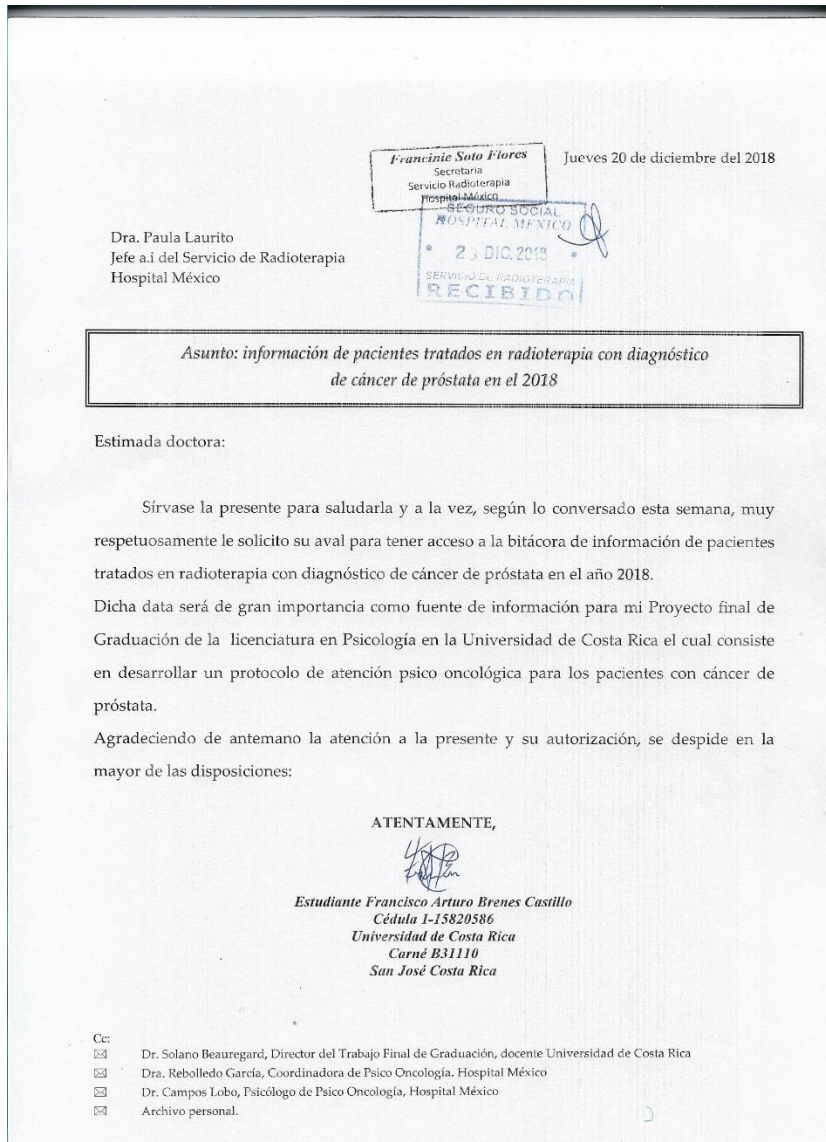



Figura 19: Solicitud de aprobación del Servicio de Radioterapia para el acceso de las bitácoras de pacientes

## Anexo 6: Aprobación del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial sobre el espacio del taller a pacientes con cáncer de próstata

 **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**DEPARTAMENTO HEMATO-ONCOLOGIA**  
**SERVICIO DE MEDICINA PALIATIVA HOSPITAL MÉXICO**

JMP-HM-0004-2019  
11 de enero del 2019

*Dra. Rodbin Campos Lobo*  
*Psicólogo*  
*Servicio de Medicina Paliativa y Atención Psicosocial*  
*Hospital México*

**ASUNTO: Respuesta a oficio MP-PSICO ONCO-0029-18**

Reciba un respetuoso saludo,

Se autoriza la solicitud planteada en el oficio arriba indicado, específicamente para apertura agenda de grupo para pacientes con cáncer de próstata de acuerdo con la información proporcionada se desarrollará de la siguiente manera:

- ✓ **Nombre de la consulta:** Intervención grupal para personas con cáncer de próstata
- ✓ **Objetivo general:** Facilitar apoyo grupal a las personas con cáncer de próstata mediante psicoeducación y apoyo entre pares
- ✓ **Horario:** Martes de 10:00AM a 12:00MD
- ✓ **Responsable:** Dr. Rodbin Campos Lobo
- ✓ **Consultorio:** CE S13 Consultorio Buen Trato
- ✓ **Número de pacientes:** 15
- ✓ **Observaciones:**
  1. La intervención de modalidad grupal, se realizará en una sesión. Cada martes se convocará un grupo diferente de participantes.
  2. Se identificará a las personas que requieran atención individual a través de la percepción clínica del facilitador y del termómetro de distrés. Se tomará en cuenta el área de atención del paciente para valorar si es referido a otro centro de salud. De requerir atención en el Hospital México, se le remitirá

*Figura 20:* Primera página de aprobación del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial sobre el espacio del taller a pacientes con cáncer de próstata

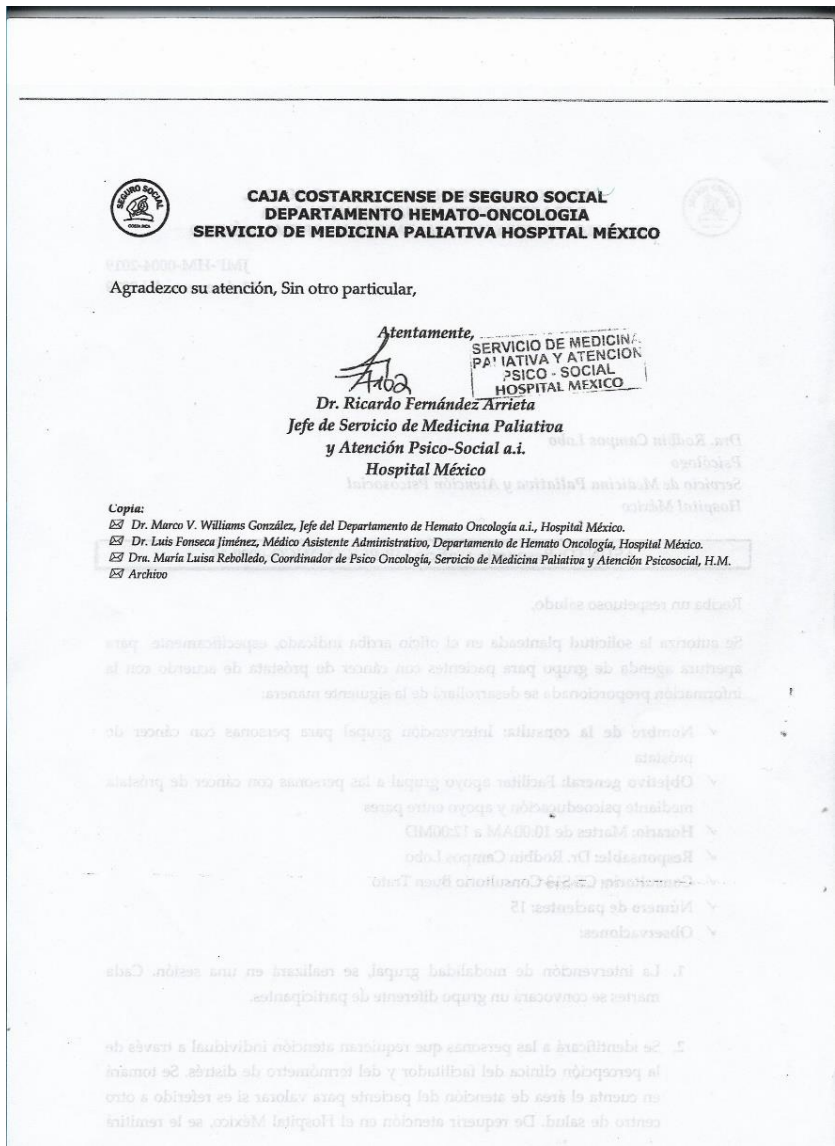


Figura 21: Segunda página de aprobación del Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial sobre el espacio del taller a pacientes con cáncer de próstata

## Anexo 7: Panfleto del taller a pacientes con cáncer de próstata



Figura 22: Primera página del panfleto para el espacio grupal de pacientes con cáncer de próstata

Nota: En la página se describe el tema de la sexualidad, comunicación, y psico-oncología.



Figura 23: Segunda página del panfleto para el espacio grupal de pacientes con cáncer de próstata

Nota: En la segunda página se describe el distrés, el cáncer, la próstata y cáncer de próstata.

## Anexo 8: Presentación del taller a pacientes con cáncer de próstata

En el siguiente apartado se muestran ejemplos de las diapositivas de la presentación del taller a pacientes con cáncer de próstata

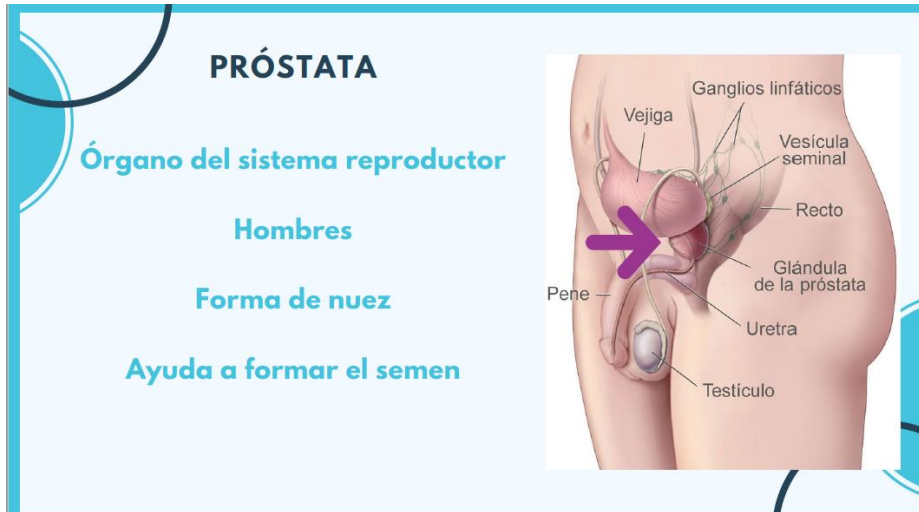


Figura 24: Diapositiva #4 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata



Figura 25: Diapositiva #7 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata



# EQUIPO CONTRA EL CÁNCER

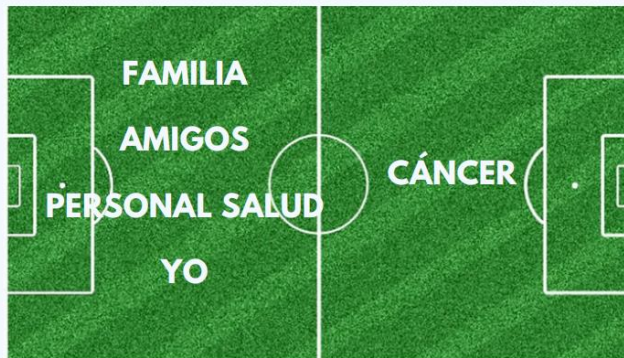


Figura 26: Diapositiva #8 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata

## EJERCICIO KEGEL

### FORTALECER MÚSCULO PÉLVICO

- 1- Se contrae el músculo pélvico y se cuenta hasta cinco
- 2- Se relaja el músculo
- 3- Se puede repetir 10 veces, 3 o 4 momentos al día



Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial | Psico-Oncología

Figura 27: Diapositiva #11 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata

# MASCULINIDAD

## LA CARGA DE LOS HOMBRES

¿CÓMO APRENDEMOS A SER HOMBRES?

LOS HOMBRES SOMOS PERSONAS

LOS HOMBRES PODEMOS ENFERMAR

LOS HOMBRES PODEMOS ENFRENTAR MOMENTOS DIFÍCILES

Figura 28: Diapositiva #13 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata

# SEXUALIDAD

## Zonas erógenas DEL HOMBRE

- LA SEXUALIDAD NO SÓLO SE DISFRUTA CON LOS GENITALES
- SE BASA EN EL AFECTO
- AUTOEXPLORACIÓN

### Propuesta de los Holones Sexuales:

REPRODUCTIVIDAD	GÉNERO	VÍNCULOS AFECTIVOS	EROTISMO

Figura 29: Diapositiva #15 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata



Figura 30: Diapositiva #16 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata

**¿QUÉ ES EL DISTRÉS?**

ES UNA EXPERIENCIA DE MALESTAR FÍSICO, MENTAL, ESPIRITUAL O SOCIAL QUE SURGE COMO UNA REACCIÓN ESPERABLE

PUEDA AFECTAR LA FORMA EN QUE PIENSA. SIENTE O ACTÚA

PIENSO  
ACTÚO  
SIENTO

Figura 31: Diapositiva #17 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata

## ¿QUÉ PUEDO HACER ANTE EL DISTRÉS?

INFORMAR A SU MÉDICO

ASISTIR A SERVICIOS PSICOSOCIALES

HABLAR CON UN SER QUERIDO

ESTAR ACOMPAÑADO

REALIZAR ACTIVIDADES DE SU AGRADO

MONITOREAR SUS PENSAMIENTOS

FORTALECER SU ESPIRITUALIDAD

REALIZAR EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN



**REALIZAR EJERCICIO**

Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial | Psico-Oncología

Figura 32: Diapositiva #20 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata

## EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

### SISTEMA DE REPOSO





Servicio de Medicina Paliativa y Psicosocial | Psico-Oncología

Figura 33: Diapositiva #21 de presentación de taller a pacientes con cáncer de próstata

**Anexo 9: Planeamiento de espacio grupal de cinco sesiones para el manejo del distrés en pacientes con cáncer de próstata**

Tabla 14: Planeamiento de primera sesión de talleres a pacientes con cáncer de próstata

<i>Tiempo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Materiales</i>
20min	Actividad Rompehielo y presentación	Fomentar la cohesión grupal	Recurso Humano
30min	Psicoeducación sobre el cáncer de próstata	Brindar psicoeducación sobre el cáncer de próstata	Presentación digital Panfletos psicoeducativos
30min	Discusión sobre la relación entre el estrés y el cáncer	Relacionar el manejo del estrés con el cáncer de próstata	Panfletos psicoeducativos
10min	Cierre de la sesión	Cerrar la sesión	Recurso Humano

Elaboración propia a partir de Penedo, Antoni, Schneiderman (2008; 2008b)

Tabla 15: Planeamiento de segunda sesión de talleres a pacientes con cáncer de próstata

<i>Tiempo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Materiales</i>
10min	Introducción de la sesión	Introducir la sesión	Recurso humano
40min	Reconocimiento del estrés: relacionar que lo que pensamos afecta la forma en que nos comportamos	Fomentar el reconocimiento del estrés para facilitar su manejo	Hojas de guía Recurso Humano
30min	Estrategia de Relajación	Brindar estrategia de relajación para el manejo del estrés	Guía de relajación
10min	Cierre de la sesión	Cerrar la sesión	Recurso humano

Elaboración propia a partir de Penedo, Antoni, Schneiderman (2008; 2008b)

Tabla 16: Planeamiento de tercera sesión de talleres a pacientes con cáncer de próstata

<i>Tiempo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Materiales</i>
10min	Introducción de la sesión	Introducir la sesión	Recurso humano
30min	Sexualidad y cáncer	Psicoeducar sobre la sexualidad y el cáncer	Panfletos psicoeducativos
30min	Reconocimiento de pensamientos automáticos	Identificar los pensamientos automáticos para el manejo del estrés	Hojas de guía Recurso Humano
10min	Estrategia de Relajación	Brindar relajación para el manejo del estrés	Guía de relajación
10min	Cierre de la sesión	Cerrar la sesión	Recurso humano

Elaboración propia a partir de Penedo, Antoni, Schneiderman (2008; 2008b)

Tabla 17: Planeamiento de cuarta sesión de talleres a pacientes con cáncer de próstata

<i>Tiempo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Materiales</i>
10min	Introducción de la sesión	Introducir la sesión	Recurso Humano
30min	Comunicación asertiva en la pareja	Psicoeducación sobre la comunicación asertiva en la relación de pareja	Panfletos psicoeducativos
30min	Manejo del enojo	Psicoeducación sobre el enojo	Hojas de guía Recurso humano
10min	Estrategia de Relajación	Brindar relajación para el manejo del estrés	Guía de relajación
10min	Cierre de la sesión	Cerrar la sesión	Recurso Humano

Elaboración propia a partir de Penedo, Antoni, Schneiderman (2008; 2008b)

Tabla 18: Planeamiento de quinta sesión de talleres a pacientes con cáncer de próstata

<i>Tiempo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Materiales</i>
10min	Introducción de la sesión	Introducir la sesión	Recurso Humano
30min	Discusión sobre los efectos de vivir con cáncer de próstata	Discutir los efectos de vivir con cáncer de próstata	Recurso Humano
30min	Recapitulación sobre el manejo del estrés y el cáncer de próstata	Retomar las guías brindadas sobre el manejo del estrés	Panfletos psicoeducativos
20min	Cierre del proceso	Cerrar el proceso de taller Evaluar el proceso de taller	Recurso Humano

Elaboración propia a partir de Penedo, Antoni, Schneiderman (2008; 2008b)

**Anexo 10: Protocolo de atención psico-oncológico individual con técnicas cognitivo-conductuales a pacientes con cáncer de próstata**



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
 DEPARTAMENTO DE HEMATO-ONCOLOGÍA  
 PSICOLOGÍA ONCOLÓGICA  
 HOSPITAL MÉXICO

PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA  
 PRIMERA SESIÓN

ENTREVISTA CLÍNICA Y DESARROLLO DE INTERVENCIÓN

Se atendió a: Paciente ( ) Pareja ( ) Familiar ( )

1) FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # Expediente: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Casa a nombre de: \_\_\_\_\_ Pensión: \_\_\_\_\_

Servicio Referido: \_\_\_\_\_

Recibe actualmente apoyo: 1- Psicológico (SÍ) (NO) 2- Psiquiátrico (SÍ) (NO)

2) ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre	Edad	Parentesco	Profesión
--------	------	------------	-----------

Características de la familia:

1- Vínculos problemáticos (SÍ) (NO)

2- Tienen conocimiento de la enfermedad del paciente (SÍ) (NO)

3- Apoyan al paciente en su proceso de enfermedad (SÍ) (NO)

Especificar tipo de apoyo: \_\_\_\_\_

4- Comunicativa (SÍ) (NO)

5- Brindan soporte emocional al paciente (SÍ) (NO)

6- Muestran síntomas de distrés hacia la enfermedad del paciente (SÍ) (NO)

3) INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Diagnóstico: Desconoce ( ) Confuso ( ) Poca información ( ) Conocimiento cabal ( )

Tratamiento: Desconoce ( ) Confuso ( ) Poca información ( ) Conocimiento cabal ( )

Pronóstico: Desconoce ( ) Confuso ( ) Poca información ( ) Conocimiento cabal ( )

4) DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO:

Características del cáncer de próstata

Información relevante de última biopsia: \_\_\_\_\_



Extensión de lesión: \_\_\_\_\_

Escala Gleason: \_\_\_\_\_

Valor antígeno Prostático Específico actual: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Estado médico del paciente:

- Diagnóstico incierto
- Diagnóstico completo reciente
- Observación
- En tratamiento con intención curativa
- Remisión
- Metástasis
- Recidiva
- Etapa avanzada
- En tratamiento con intención paliativa
- Seguimiento
- Segundo primario diagnosticado

Explicación de estado seleccionado: \_\_\_\_\_

#### 5) TRATAMIENTOS MÉDICOS

Tipo de tratamiento (incluir especificaciones abajo del tipo)	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	¿Más aplicaciones?
Prostatectomía _____			
Radioterapia _____			
Quimioterapia _____			
Terapia Hormonal _____			
Observación _____			No Aplica
Otro _____			

#### 6) SÍNTOMAS AFECTIVOS

Estado de ánimo: \_\_\_\_\_

Negación de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Miedo: \_\_\_\_\_

Tristeza: \_\_\_\_\_

Enojo: \_\_\_\_\_

Llanto fácil: \_\_\_\_\_

Incertidumbre: \_\_\_\_\_

Culpa: \_\_\_\_\_

Ansiedad: \_\_\_\_\_

Rumiación: \_\_\_\_\_

Anhedonia: \_\_\_\_\_

Preocupación: \_\_\_\_\_

Cansancio: \_\_\_\_\_

7) SECUELAS DEL TRATAMIENTO O DEL PROCESO DE ENFERMEDAD

Puntaje total de escala de Calidad de Vida para Pacientes con Cáncer de Próstata: \_\_\_\_\_

Recomendación a partir de escala: \_\_\_\_\_

8) TERMÓMETRO DEL DISTRÉS PRE-INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Valor inicial del termómetro del distrés (escala 0-10): \_\_\_\_\_

Cantidad de ítems del termómetro marcados con sí: \_\_\_\_\_

Ítems de especial consideración: \_\_\_\_\_

9) PRESENCIA DE DOLOR

Puntaje escala subjetiva de dolor de 0 a 10: \_\_\_\_\_ Localización dolor: \_\_\_\_\_

10) ÍNDICE DE KARNOFSKY (FUNCIONALIDAD)

Valor de 0 a 100: \_\_\_\_\_ Categoría en escala: \_\_\_\_\_

11) CUESTIONARIO DE ESTADO MENTAL PORTÁTIL DE PFEIFFER (*SPSMQ*)

Normativo ( ) Deterioro Cog. Leve ( ) Deterioro Cog. Moderado ( ) Deterioro Cog. Considerable ( )

12) ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

¿Ha recibido atención psicológica previamente? (SÍ) (NO)

Motivo: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido atención psiquiátrica previamente? (SÍ) (NO)

Motivo: \_\_\_\_\_

Medicamentos que actualmente toma: \_\_\_\_\_



- Fortalecimiento de red de apoyo **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Fortalecimiento de la adherencia al proceso médico **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Psicoprofilaxis del proceso de tratamiento **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Técnica de respiración diafragmática **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Técnica de relajación autógena **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Técnica de relajación muscular progresiva **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Técnicas de habilidades sociales (comunicación asertiva) **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Técnicas de autocontrol **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Reestructuración cognitiva (debate socrático, creencias desadaptativas) **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Técnica de desensibilización sistemática **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Técnica de solución de problemas **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Técnica de aceptación y compromiso **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Técnicas de terapia psicosexual **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Técnicas de manejo del duelo **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Intervención de pareja **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- Intervención de familia **Aplicar en sesión #** \_\_\_\_\_
- **Otro:** \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales sobre técnicas/plan de tratamiento:

---



---



---



---



---



---



---



---

17) RECOMENDACIONES ADICIONALES:

---



---



---



---

18) EVALUACIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Termómetro del estrés post tratamiento (valor del termómetro) en final de:

Sesión #1: \_\_\_\_\_ Diferencia con valor Pre-Tx (% diferencia): \_\_\_\_\_

Sesión #2: \_\_\_\_\_ Diferencia con valor Pre-Tx (% diferencia): \_\_\_\_\_

Sesión #3: \_\_\_\_\_ Diferencia con valor Pre-Tx (% diferencia): \_\_\_\_\_

Sesión #4: \_\_\_\_\_ Diferencia con valor Pre-Tx (% diferencia): \_\_\_\_\_

Sesión #5: \_\_\_\_\_ Diferencia con valor Pre-Tx (% diferencia): \_\_\_\_\_

Sesión #6: \_\_\_\_\_ Diferencia con valor Pre-Tx (% diferencia): \_\_\_\_\_

Valoración cualitativa del paciente sobre su proceso de tratamiento:

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Anexo 11: Presentación de la tercera sesión del taller de duelo**

En el siguiente apartado se muestran ejemplos de las diapositivas de la presentación de la tercera sesión del taller de duelo



*Figura 34:* Diapositiva #3 de tercera sesión del taller de duelo

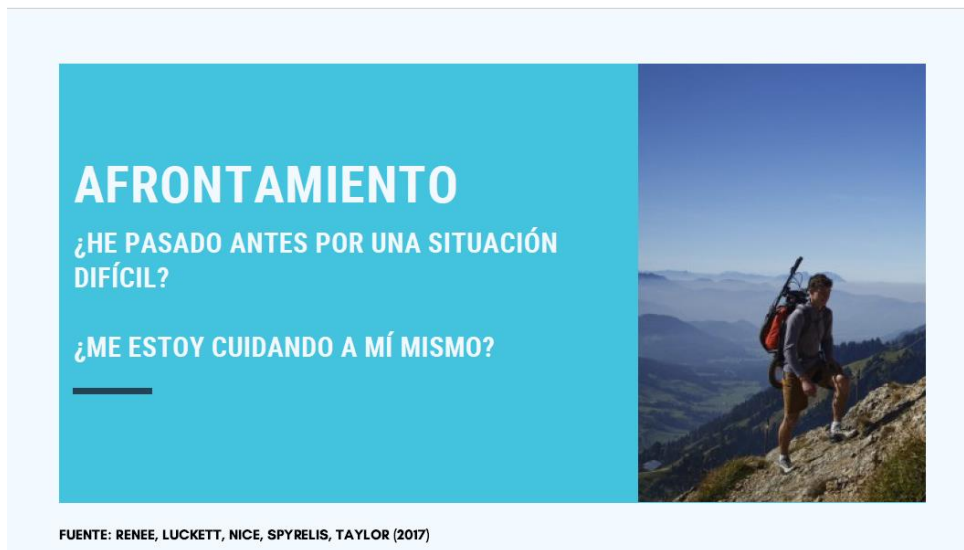


Figura 35: Diapositiva #6 de tercera sesión del taller de duelo



Figura 36: Diapositiva #8 de tercera sesión del taller de duelo



Figura 37: Diapositiva #11 de tercera sesión del taller de duelo



Figura 38: Diapositiva #13 de tercera sesión del taller de duelo



Figura 39: Diapositiva #14 de tercera sesión del taller de duelo



Figura 40: Diapositiva #15 de tercera sesión del taller de duelo





Figura 41: Diapositiva #18 de tercera sesión del taller de duelo



Figura 42: Diapositiva #22 de tercera sesión del taller de duelo

## Anexo 12: Carta de solicitud y aprobación de rotación observacional con el Servicio de Urología

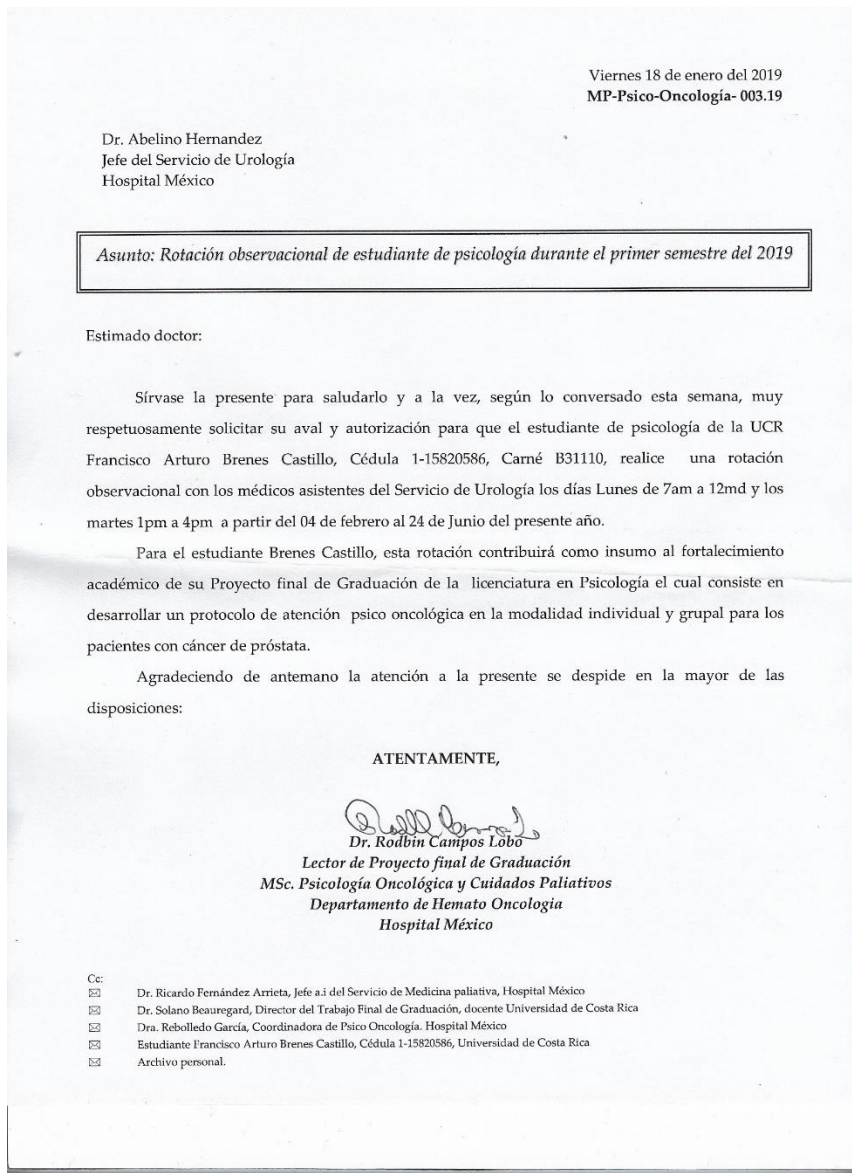


Figura 43: Carta de solicitud de rotación observacional con el Servicio de Urología

23 de enero 2019  
JSU-HM-0004-2019

Doctor  
Edgar Méndez Jiménez  
Jefe Departamento Cirugía  
Hospital México

**ASUNTO: ROTACION OBSERVACIONAL DE ESTUDIANTE DE PSICOLOGIA  
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2019**

Estimado doctor:

De la manera más atenta me permito solicitarle su autorización para que el estudiante Francisco Arturo Brenes Castillo, cédula 1-1582-0586, pueda realizar una rotación observacional en esta Unidad, en las fechas del 4 de febrero al 24 de junio de 2019, los días lunes (7am a 12md) y martes (1pm a 4pm) respectivamente.

Esto contribuirá al fortalecimiento académico de su Proyecto final de Graduación para su Licenciatura en Psicología, el cual consiste en desarrollar un protocolo de atención psico-oncológica en la modalidad individual y grupal para pacientes con cáncer de próstata.

Agradezco la atención.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Dr. Avelino Hernández Osti  
Jefe Servicio de Urología

*Figura 44:* Carta de aprobación de rotación observacional con el Servicio de Urología

## Anexo 13: Cronograma del Segundo simposio para pacientes con cáncer de mama



**PROGRAMA SEGUNDO SIMPOSIO  
PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

**FEBRERO 1, 2019**

**SAN JOSÉ  
COSTA RICA  
2019**

www.acomedcr.com  
acomedcr@gmail.com  
f @ACOMEDCR

8:00 AM	Café
8:15 AM	
8:15 AM	Bienvenida
8:30 AM	
8:30 AM	El rol de la Fisioterapia en tratamiento del cáncer de mama: Actividades y Deportes recomendados. Dra. Vanessa Ucles - Fisiatra
9:00 AM	
9:00 AM	Estilos de vida saludable: Cocina sana. Lic. Ana Gabriela Fallas Nutricionista
9:30 AM	
9:30 AM	Estrés y Cáncer: Recuperando la salud. M.Sc. María Luisa Rebolledo Psicología
10:00 AM	
10:00 AM	Café
10:30 AM	
10:30 AM	Investigación en Cáncer: ¿Cuáles son nuestras limitaciones? Dr. Allan Ramos
11:00 AM	
11:00 AM	¿Qué es la consejería genética? Dr. Geiner Jiménez
11:30 AM	
11:30 AM	El rol del cuidador en el manejo del paciente oncológico. M.Sc. Patricia Navarro
12:00 MD	
12:30 PM	Sexualidad y Cáncer: Mitos y realidades. Dr. Mauro Fernández
1:00 PM	
1:00 PM	Almuerzo

PATROCINAN:






Figura 45: Programa del Segundo Simposio para pacientes con cáncer de mama. Fuente: ACOMED (2019). Congresos. Recuperado de: <http://acomedcr.com/#congresos>

## Anexo 14: Curso de abordajes de la atención integral de salud del adolescente 2019

Tabla 19: Cronograma de día 1 (8 de mayo) del curso de atención integral al adolescente

<i>Hora</i>	<i>Tema</i>	<i>Responsable</i>
7:30 am - 8:00 am	Inscripción y bienvenida	Equipo Organizador
8:00am – 8:30 am	Inauguración Indicaciones Generales	Equipo Organizador
8:30am – 9:00 am	Refrigerio	
9:00 am – 9:45 am	Situación actual de la Población adolescente y joven del país	Dr. Alberto Morales Presidente Asoc Pro Desarrollo Saludable de la Adolescencia
9:45am- 10:30 am	Entrevista adolescente	Lic. Walter Ramírez Psicólogo Clínica de Adolescentes HNN
10:30 am - 11:30 am	TEA en la Adolescencia	Licda. Andrea Vargas Psicóloga
11:30 am – 12:30 pm	Habilidades sociales en TEA GRUPO TERAPEUTICO	Licda. Daliana Vargas Psicóloga Clínica de Adolescentes HNN
12:30 pm – 1:00 pm	Almuerzo	
1:00pm-2:00pm	Cáncer en la adolescencia	Dra. Jéssica Gamboa Médico Oncóloga Pediatra HNN
2:00 pm – 2:30 pm	Experiencia del dolor menstrual en adolescentes	Dr. David Garbanzo UCR
2:30pm – 4:00 pm	Uso de redes sociales en la adolescencia Intervención familiar	Bach Karina Trabajadora social Licda. Rocío Chaves Trabajadora social

Fuente: Elaboración propia, 2019

Tabla 20: Cronograma de día 2 (9 de mayo) del curso de atención integral al adolescente

<i>Hora</i>	<i>Tema</i>	<i>Responsable</i>
7:30 – 8:00 a.m	Desayuno	
8:00- 9 :00 am	Vacunación en casos de Virus de Papiloma humano	Dra. Rita Peralta Ginecóloga
9:00 – 10:00 am	El cáncer en la adolescencia	Dra. Raquel Rojas (ACOMED)
10: 00am – 12:00 pm	Intervención psicológica con los adolescentes con enfermedad Oncológica Impacto emocional Trasplante de células madre, quimioterapia, Radioterapia y Cirugía en el Adolescente.	Dra. María Luisa Rebolledo Dra. Julia Houed Dr. Rodbin Campos Dra. Tatiana Hincapié Hospital México
12:00 pm- 1:00 pm	Almuerzo	
1:00 pm – 2:00 pm	Adolescencia y la muerte	Dr. Javier Rojas ó Dr. Albert Vásquez
2:00pm- 3:00 pm	Experiencia de los sobrevivientes	Proyecto Daniel
3:00pm- 4:00pm	Intervención en casos de Sobrevivientes de Abuso Sexual en el HNP	Msc Jennifer Rojas Umaña Licda. Whitney Herrera Chaves Enfermeras HNP

Fuente: Elaboración propia, 2019

Tabla 21: Cronograma de día 3 (10 de mayo) del curso de atención integral al adolescente

<i>Hora</i>	<i>Tema</i>	<i>Responsable</i>
7:30 am – 8:00 a.m	Desayuno	
8:00 am - 9 :00 am	Adolescentes, discapacidad y sexualidad	Juan José Solano Barboza Centro de Educación Especial Centeno Güell
9:00 am – 10:00 am	Desarrollo identidad sexual en la adolescencia	Dra. Jaramillo Jefe Psiquiatría HNN
10:00 am – 11:00am	Seguimiento clínico del adolescente	Dra. Carvajal Jefe Clínica de Adolescente HNN
11:00 am – 12:30 am	Taller de atención a familias con hijos adolescentes ( identificación diagnostica)	Máster Xiomara Jiménez Enfermera – Terapeuta Sistémica Clínica Adolescentes HNN
12:00md a 1:00 pm	Almuerzo	
1:00pm-1:30pm	Prevención del consumo de alcohol en personas menores de edad	Licda. Karla Sequeira Vargas Directora Ejecutiva Educa Alcohol CR
1:30 pm – 2:30 pm	Protocolo de prevención del suicidio	Máster Evelyn Alfaro
2:30 pm – 3:30 pm	Evaluación/ Clausura	

Fuente: Elaboración propia, 2019

### **Anexo 15: Derechos de los pacientes**

Para elaborar un trabajo profesional y ético en la presente práctica dirigida, es trascendental el actuar bajo el marco legal costarricense en materia de los derechos de los pacientes en el área de salud. A propósito, la Ley N° 8239, en el artículo 2, decreta lo siguiente:

*“a) Recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercitarlos.*

*b) Ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.*

*c) Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.*

*d) Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.*

*e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.*

*f) Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.*

*g) Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.*

*h) Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.*

*i) Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado” (Ley N° 8239, 2002)*

De los anteriores puntos, se puede destacar que los pacientes que asisten al servicio de salud pueden obtener toda la información referente con el servicio que están recibiendo, su diagnóstico y pronóstico, así como tener conocimiento y decisión sobre sus posibles vías de



tratamiento. De esta forma, la ley busca mejorar la relación entre el paciente y el equipo de profesionales en salud, en aras de brindar un servicio de alta calidad ética y profesional.

#### **Anexo 16: Glosario de términos**

1. Recaída: Reparición de una enfermedad y de sus síntomas asociados (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.).
2. Remisión: cuando se disminuyen los síntomas asociados al cáncer. La remisión parcial significa que todavía prevalecen algunos de los síntomas producto al cáncer. La remisión total significa la ausencia de todos los síntomas asociados al cáncer, sin embargo, esto no significa que esté completamente absuelto de la enfermedad (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.).
3. Recidiva: el regreso del cáncer después de un período en donde el mismo era indetectable. Este retorno puede ser en el tumor primario o en otro lugar. La recidiva bioquímica se refiere a el aumento del antígeno prostático específico en sangre, y puede o no haber síntomas presentes relacionados al cáncer de próstata (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.).
4. Adyuvante: Se le ayuda a la persona con un segundo tratamiento después de uno inicial
5. Neoadyuvante: Primer tratamiento que se le brinda a una persona
6. Concomitante: Dos tratamientos al mismo tiempo (R. Campos, comunicación personal, 24 mayo 2018).
7. Prostatectomía radical: cirugía que extirpa próstata y zonas aledañas (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.).
8. Radioterapia externa: radioterapia que utiliza dispositivo externo para enviar rayos de alta energía (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.).

9. Clasificación TNM: El T describe la cantidad del tejido prostático afectado (tamaño) (0 no hay tumor, 1 tumor clínicamente no evidente, 2 tumor palpable o visible, 3 tumor que se extiende a la cápsula prostática y que invade vesículas seminales, 4 tumor que invade estructuras vecinas, como el cuello de la vejiga, recto, o músculos elevadores del ano), la N describe si el cáncer se ha propagado a tejidos linfáticos (0 no hay y 1 sí hay), y la M describe la presencia o ausencia de metástasis (0 no hay y 1 sí hay) (Eguino *et al.*, 2004).
10. Antígeno prostático específico: proteína creada en la próstata que se encuentra en sangre (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.).
11. Escala Gleason: valoración del aspecto y distribución de las células cancerígenas de la próstata en un microscopio. De esta forma, se clasifica el cáncer con dos patrones, en 5 etapas ambos, de menor a mayor agresividad. Las escalas son de uno a cinco, 1 siendo tumores menos agresivos, y 5 tumores con mayor agresividad. Se suman los resultados de ambos patrones, y se obtiene el resultado de Gleason, que oscila entre 2 el mínimo (tumor menos agresivo) a 10 (el tumor más agresivo). Hasta el grado 6 se consideran los tumores como de menor agresividad. El grado 7 se considera agresividad intermedia. De grado 8 a 10 se considera un tumor de mayor agresividad (Eguino *et al.*, 2004).
12. Hormonoterapia: Se realiza al suprimir los andrógenos, ya sea mediante un fármaco, o mediante la cirugía de testículos (orquiectomía) (Eguino *et al.*, 2004).
13. Quimioterapia: La quimioterapia puede llegar a disminuir o detener la progresión del cáncer. La quimioterapia también se indica a pacientes de cáncer terminal que han dejado de responder al tratamiento hormonal (Eguino *et al.*, 2004).

## Anexo 17: Carta de solicitud de referencia de pacientes por parte del Servicio de Urología y Servicio de Radioterapia al espacio grupal

CAJA COSTARRICENSE SEGURO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE HEMATO-ONCOLOGÍA  
HOSPITAL MÉXICO  
Tel: 2242-6657 Fax: 2242-6775

Servicio de Medicina Paliativa  
y Atención Psico-Social  
Recibido  
06 JUN. 2019

RECIBIDO  
IMP-PSICO ONCOLOGÍA-0032-19  
Miércoles 05 de junio del 2019

DEPARTAMENTO HEMATO-ONCOLOGÍA  
RECIBIDO  
\* 06 JUN. 2019 \*

Dr. Avelino Hernández Osti  
Jefe Servicio de Urología  
Hospital México

Dra. Kattia Montero Fernández  
Jefa del Servicio de Radioterapia  
Hospital México

RECIBIDO  
SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL MÉXICO  
\* 06 JUN 2019 \*

RECIBIDO  
SEGURO SOCIAL JEF  
HOSPITAL MÉXICO  
\* 05 JUN. 2019 \*

RECIBIDO  
SERVICIO DE RADIOTERAPIA  
HOSPITAL MÉXICO

**Asunto: Psico Oncológica Grupal para pacientes con diagnóstico de Cáncer de Próstata**

Estimados doctores:

Siguiendo los lineamientos de abordaje integral al paciente oncológico y con la finalidad de reforzar la atención psicosocial a los pacientes dentro de la prestación de servicios que brindamos en el Hospital México, respetuosamente solicitamos su apoyo y de los asistentes que conforman su servicio, con el fin de que nos refieran pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata a la atención psicooncológica modalidad grupal, la cual estamos ofreciendo todos los martes de 9:00 a 11:00 a.m. en el aula del primer piso del edificio de Radioterapia. La idea de esta modalidad de atención, pionera en la CCSS, es brindar una atención psicoprofiláctica a pacientes que tengan diagnóstico de cáncer de próstata y que serán sometidos a algún tratamiento quirúrgico, hormonal o de radioterapia. También consideramos oportuno solicitarle, se nos facilite un espacio de 10 minutos con los asistentes que conforman su equipo con el fin de explicarles la vía más rápida para referir a los pacientes.

La iniciativa de esta propuesta nace a raíz de las recomendaciones internacionales y de la evidencia científica de especialistas en este campo que respalda la importancia de ofrecer atención psicosocial a esta población. Asimismo, se basa en la información obtenida en la atención grupal que ofrece el equipo de psicooncología dirigido a pacientes que ya recibieron radioterapia en próstata durante el año 2018 y que se encuentran en etapa de remisión de la enfermedad, o recibiendo el tratamiento anti-hormonal. Los participantes de estos grupos abiertamente han manifestado su necesidad de recibir un espacio de atención grupal antes de los tratamientos.


Figura 46: Primera página de solicitud de referencia de pacientes para el espacio grupal

El National Comprehensive Cancer Network (2017) describe que aquellos pacientes diagnosticados con cáncer de próstata muestran aumento de la probabilidad de suicidio, especialmente posterior a los seis meses después del diagnóstico, luego de recibir radioterapia o ser mayores de 75 años (Guo et al., 2018).

El objetivo principal de la atención psicooncológica modalidad grupal consiste en beneficiar el estado de recuperación posterior a los procedimientos y brindar herramientas para el manejo emocional de la ansiedad, la tristeza y el enojo. Dentro de las ventajas de la atención psicooncológica modalidad grupal profiláctica para esta población, se encuentran: permitir que los pacientes tengan intercambio interpersonal con otros que están pasando por un proceso de tratamiento oncológico similar, por medio de espacios de apoyo entre pares; desarrollar estrategias de afrontamiento y comprensión de sus emociones durante este proceso; recibir psicoeducación; comprender la importancia de la adherencia al o los tratamientos; contar con el espacio de apoyo emocional entre sí y recibir información sobre estrategias de manejo del estrés emocional; fortalecer la comunicación entre los médicos – pacientes y encargados; mejorar el afrontamiento de los procedimientos médicos; aclarar dudas, entre otras.

Desde un punto de vista práctico y logístico, la atención psicooncológica grupal provee mayor beneficio que la atención individual, debido a que, en un espacio de dos horas, en atención individual se pueden ver uno, dos o tres pacientes, y en este mismo lapso se pueden ver hasta quince pacientes en modalidad grupal. Además, tomando en cuenta las características de aglomeración de pacientes dentro de la prestación del servicio de la CCSS y las listas de espera para atención individual, la atención grupal facilita la atención psicooncológica al permitir que se atiendan más pacientes dentro de pocas horas.

Agradeciendo de antemano su apoyo el cual es vital para el éxito de este proyecto, se despide en la mayor de las disposiciones:

  
**Dr. Rodrigo Campos Lobo, MSc.**  
**Psicología Oncológica 7374**  
**Departamento de Hemato Oncología**  
**Hospital México**

CC.  
-Dr. Marco Williams González, Jefe a.i del Departamento de Hemato Oncología, Hospital México  
-Dr. Ricardo Fernández Arriaga, Jefe a.i del Servicio de Medicina Paliativa, Hospital México  
-Dra. María Luisa Rebolledo García, Coordinadora de Psico Oncología, Departamento de Hemato Oncología  
-Archivo personal

*Figura 47: Segunda página de solicitud de referencia de pacientes para el espacio grupal*