

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

PROYECTO DE PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR POR EL
GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**Uso de la Terapia Cognitivo Conductual en la atención a Personas con
Trastorno de Dolor Crónico Benigno en la Clínica de Control del Dolor y
Cuidados Paliativos de Puriscal**

Sustentante:

Cindy Valverde Arley
A76647

Comité Asesor:

Director:
Ronald Ramírez H. Ph.D.

Lectoras:
M.Sc. Marcela León Madrigal
M.Sc. Marisol Jara Madrigal

Asesora Técnica:
M.Sc. Elizabeth Valverde Arce

Noviembre, 2012

Hoja de Aprobación

Uso de la Terapia Cognitivo Conductual en la Atención a Personas con trastorno de Dolor Crónico Benigno en la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo de Puriscal

Cindy Valverde Arley
Sustentante

La defensa pública de la presente Práctica Dirigida, fue aprobada como requisito parcial para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, y fue aprobado por el siguiente tribunal examinador:



Dra. Ana Ligia Monge Quesada
Presidenta del Tribunal Examinador



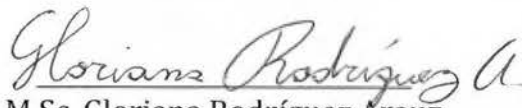
Ronald Ramirez Henderson, Ph. D.
Director de la Práctica Dirigida



M.Sc. Marcela León Madrigal
Lectora de la Práctica Dirigida



M.Sc. Marisol Jara Madrigal
Lectora de la Práctica Dirigida



M.Sc. Gloriana Rodríguez Arauz
Profesora Invitada

Agradecimientos

A **Mónica Vargas y Mariana Torres**, ya que por medio de la grata e incondicional amistad que nos unió desde el principio de esta etapa, hemos podido llorar, reír y llegar hasta acá juntas. Porque han sido mis ángeles de la guarda y porque mucho de lo que he aprendido en la universidad se los debo a ellas.


A **Ronald Ramírez H. y a mi Equipo Asesor**, por brindarme todas las herramientas durante la experiencia universitaria para poder ser una persona de bien y porque con su ejemplo me llevo una gran experiencia de vida.

A **Elizabeth Valverde A., la Clínica de Control del Dolor de Puriscal y la Fundación**, ya que gracias a ellos, a su amabilidad y espíritu incomparable de colaboración, hoy puedo dar por terminado mi Trabajo de Graduación, llevándome de ellos una gran enseñanza e inspirándome a trabajar fuerte por aquellas personas que necesiten mi mano.

A **Matías Reyes E.**, por toda la colaboración que me brindó para poder seguir con mis estudios y por la paciencia que tuvo cuando mi ausencia en la oficina era marcada, porque me ha visto crecer como profesional y como persona desde la primera vez que entre a la “U”.



Dedicatoria



Primeramente a **Dios**, ya que por medio de su gracia y misericordia, me ha brindado todos los medios para alcanzar las metas que hasta el día de hoy he obtenido, dándome la fuerza para seguir adelante y poniéndome en el camino a las personas correctas con las cuales he podido lograrlo.

A mi familia, en especial a **mi papá, mi mamá, mis hermanos y mis hermanas**, porque con su apoyo y compañía incondicional me han ayudado a concluir con éxito todas las etapas de mi vida y han estado a mi lado en todo momento y porque sin ellos no hubiese alcanzado nada de lo que hoy tengo.

A mis **primos y primas**, los(as) que por 5 años soportaron mi presencia en el hogar universitario, poniendo a prueba su paciencia y haciendo de mi paso por la universidad una experiencia inolvidable.

RESUMEN

Valverde, C. (2012). Uso de la Terapia Cognitivo Conductual en la atención a Personas con Trastorno de Dolor Crónico Benigno en la Clínica de Dolor Crónico y Cuidados Paliativos de Puriscal. Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

La presente Práctica Dirigida realizada en la Clínica del Dolor y Cuidado Paliativo de Puriscal, se desarrolló durante los meses de Marzo a Setiembre del 2012. Durante este periodo se atendieron personas que presentaran trastorno de dolor crónico benigno, con el objetivo de brindar atención psicológica para el manejo efectivo del dolor. Asimismo, se efectuaron talleres para la promoción de estilos de vida saludable y prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo con el equipo de profesionales que atienden en esta Clínica.

El marco conceptual en el que se realizó la intervención se enfocó en los planteamientos vigentes sobre el Dolor, el cual se considera como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma” (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP, 1994, p. 210), con respecto a la condición de cronicidad del dolor, la misma está determinada por la duración con que se presente esta sensación. Por otra parte, se integraron los postulados de Gil-Monte (2006), acerca del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, así como los conceptos de Psicología de la Salud y Medicina Conductual, que funcionaron como ejes centrales en la estructuración de la intervención y de los talleres realizados.

El planteamiento de los tratamientos psicológicos se realizó mediante la aplicación del Modelo Cognitivo Conductual, que parte del “uso de técnicas y procedimientos con base científica y experimental, para lograr un cambio conductual, cognitivo y emocional por medio de la modificación o eliminación de conductas desadaptativas” (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012, p.82). Por medio de este modelo la intervención se estructura con una primera fase de evaluación inicial, otra fase de adquisición y consolidación de habilidades y por último la fase de generalización y seguimiento del tratamiento.

Se atendieron a nivel individual un total de 14 personas, 7 personas con diagnóstico de Fibromialgia, 4 personas con Desgaste de Disco, 2 personas con Lumbalgia y 1 persona con Polineuropatía. Bajo la metodología de intervención grupal se atendieron 15 personas, todas con el padecimiento de Fibromialgia. Se realizaron 2 talleres para el personal profesional de la Clínica, teniendo una asistencia de 6 personas de las disciplinas de

medicina, enfermería, psicología, nutrición, farmacología y una persona encargada de registros médicos.

Los resultados obtenidos a nivel individual evidenciaron cambios positivos en aspectos conductuales, como lo es el aumento de la actividad física, disminución de las conductas de dolor y una mejor adecuación de las actividades cotidianas. En relación al aspecto cognitivo los cambios obtenidos se enfocaron en el aumento de las autoverbalizaciones positivas, un mayor control de pensamientos automáticos y la aceptación de la enfermedad o lesión. A nivel emocional, los cambios encontrados estuvieron en relación a una mayor satisfacción en la realización de actividades y la disminución de las expresiones emocionales negativas. Respecto a los niveles de dolor, estos variaron de acuerdo al padecimiento atendido, dinámica que también se presentó en los patrones de sueño y los puntos precipitantes de dolor.

La intervención grupal obtuvo los siguientes resultados: el 70% de las consultantes mostró un aumento en la funcionalidad, todas las personas atendidas implementaron al menos una actividad recreativa en su estilo de vida. Se evidenció un aumento en la cantidad y calidad de los patrones de sueño en el 50% de las consultantes. Por medio de los autoregistros, se identificó la disminución de 2 y 3 puntos de tensión en el desarrollo de ejercicios de relajación. Por otra parte, los niveles de dolor no disminuyeron como se esperaba con la aplicación del tratamiento, debido a problemáticas que no pudieron ser abordadas en la intervención.

Por último, se realizaron 2 talleres para el personal de la Clínica, el primero de ellos psicoeducativo y el segundo enfocado en el fortalecimiento de factores de afrontamiento efectivos para el manejo del estrés laboral. El espacio que ofrecieron las actividades de Taller sirvió para que los profesionales expresaran la carga emocional que significa la labor realizada y además determinar la forma en que han enfrentado el estrés que esta les provoca, esto resultó importante al momento de identificar aquellas actividades que no resultaban efectivas para canalizar la tensión y comprometerse a modificarlas o eliminarlas por otras más adaptativas.

La realización de esta práctica determinó la dificultad para tratar los padecimientos de Dolor Crónico Benigno, así como la importancia de adecuar de los tratamientos a la realidad cotidiana de cada consultante, debido a que la dinámica y los factores que mantienen el dolor son distintos en cada persona. Del mismo modo, se comprobó la efectividad de las técnicas y procedimientos cognitivos conductuales para el manejo adecuado del dolor crónico y el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas.

Tabla de Contenido

Hoja de Aprobación.....	i
Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Resumen.....	iv
Tabla de Contenido.....	vi
Índice de Tablas.....	viii
Índice de Gráficos.....	ix
I. Introducción.....	1
II. Marco de Referencia.....	4
A. Problema.....	4
B. Antecedentes de la Intervención.....	5
1. Antecedentes de Intervención Nacionales.....	5
2. Antecedentes de Intervención Internacionales.....	9
3. Síntesis de los Antecedentes.....	14
C. Contextualización de la Institución.....	16
D. Marco Conceptual.....	17
1. Dolor.....	18
a. Dolor Agudo.....	18
b. Dolor Crónico.....	19
2. Psicología de la Salud.....	20
a. Modelo Biopsicosocial de la Salud.....	21
b. Medicina Conductual.....	23
3. Modelo Cognitivo Conductual.....	25
a. Evaluación Inicial.....	37
b. Adquisición y Consolidación de Habilidades.....	28
c. Generalización y Seguimiento.....	36
4. Síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	37
a. Dimensiones del Síndrome de Quemarse por el Trabajo	39
b. Desencadenantes Síndrome de Quemarse por el Trabajo	41
c. Consecuencias Síndrome de Quemarse por el Trabajo	44
d. Estrés Laboral.....	46
e. Estrategias de Afrontamiento del Estrés Laboral.....	47
III. Objetivos.....	50
A. Objetivos Generales.....	50
B. Objetivos Específicos.....	50
C. Objetivos Externos.....	51
IV. Metodología.....	52
A. Características de la Población	52
1. Población atendida a nivel Individual.....	53
2. Población atendida a nivel Grupal.....	56

3.	Participantes de los Talleres de Prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	58
B.	Funciones y Tareas realizadas en la Práctica.....	59
1.	Evaluar la problemática del dolor en usuarios(as) de la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo.....	59
2.	Desarrollar programas de intervención individual para el manejo del dolor crónico benigno.....	61
3.	Realizar intervención psicológica grupal, para pacientes que presenten problemáticas relacionadas al manejo del dolor crónico benigno.....	61
4.	Diseño y aplicación de Talleres a los profesionales de la Clínica que promuevan estilos de vida saludable y al mismo tiempo prevengan el Síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	62
C.	Relaciones Interdisciplinarias.....	63
D.	Sistema de Supervisión de la Práctica.....	64
E.	Proceso de Evaluación y Entrega de Informes.....	65
F.	Protección a los Sujetos.....	65
G.	Cronograma.....	66
V.	Resultados y Análisis.....	73
A.	Proceso de Evaluación.....	73
1.	Resultados de la Evaluación en la Atención Individual.....	73
a.	Fibromialgia.....	74
b.	Desgaste de Disco.....	81
c.	Lumbalgia.....	85
d.	Polineuropatía.....	86
2.	Resultados de la Evaluación en la Atención Grupal del Padecimiento de la Fibromialgia.....	87
B.	Resultados de la Intervención.....	91
1.	Resultados de la Intervención Individual.....	91
a.	Fibromialgia.....	91
b.	Desgaste de Disco.....	97
c.	Lumbalgia.....	101
d.	Polineuropatía.....	103
2.	Resultados de la Intervención Grupal.....	105
3.	Resultados de los Talleres.....	111
C.	Actividades no programadas.....	115
VI.	Discusión Teórica.....	118
VII.	Alcances y Limitaciones.....	123
VIII.	Conclusiones.....	126
IX.	Recomendaciones.....	128
X.	Referencias Bibliográficas.....	132
XI.	Anexos.....	141

Índice de Tablas

Tabla 1. Personas Atendidas Individualmente de acuerdo a las sesiones asistidas	53
Tabla 2. Cantidad de Personas Atendidas en la Práctica de acuerdo a la Edad	54
Tabla 3. Personas atendidas de acuerdo al Género.....	54
Tabla 4. Estado Civil de las Personas Atendidas.....	55
Tabla 5. Cantones y Distritos de Procedencia de las Personas Atendidas.....	55
Tabla 6. Cantidad de Participantes de acuerdo al Rango de Edad.....	57
Tabla 7. Cantidad de Participantes de acuerdo al Estado Civil	57
Tabla 8. Cantones y Distritos de Procedencia de las Personas Atendidas.....	58
Tabla 9. Frecuencia de los Padecimientos Atendidos Individualmente.....	74
Tabla 10. Frecuencia de la Sintomatología Presente en las Consultantes.....	75
Tabla 11. Problemáticas Adjuntas al Padecimiento de Dolor Presentes en las Consultantes.....	77
Tabla 12. Frecuencia de la Sintomatología Presente en los(as) Consultantes.....	81
Tabla 13. Otras Problemáticas Presentes en las Consultantes.....	82
Tabla 14. Tipo de Información manejada por las consultantes sobre “Fibromialgia”	87
Tabla 15. Presencia de Conductas de Dolor en las Personas Atendidas.....	88
Tabla 16. Frecuencia de la Asistencias a las Sesiones.....	92
Tabla 17. Resultados Obtenidos en la Intervención a nivel conductual, cognitivo y emocional.....	94
Tabla 18. Promedios Generales de los patrones de sueño durante la medición de Línea Base y el Post-Tratamiento.....	96
Tabla 19. Frecuencia de la Asistencias a las Sesiones.....	97
Tabla 20. Resultados Obtenidos en la Intervención a nivel conductual, cognitivo, emociona.....	97
Tabla 21. Promedios Generales de los patrones de sueño durante la medición de Línea Base y el Post-Tratamiento.....	101
Tabla 22. Respuestas Cualitativas respecto al Proceso Grupal.....	110

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Nivel de dolor experimentados por los(as) Consultantes.....	78
Gráfico 2. Puntos Precipitantes del Dolor de acuerdo a los(as) Usuario(as).....	79
Gráfico 3. Patrones de Sueño presentados en la problemática de a Fibromialgia.....	80
Gráfico 4. Niveles de dolor Experimentado por los(as) Consultantes.....	83
Gráfico 5. Patrones de Sueño presentados en la Problemática de Desgaste de Disco	84
Gráfico 6. Niveles de Dolor experimentados por las Consultantes.....	89
Gráfico 7. Puntos Precipitantes del Dolor de a acuerdo a las Usuarías.....	90
Gráfico 8. Niveles de Dolor experimentado por las consultantes.....	94
Gráfico 9. Puntos Precipitantes del Dolor de acuerdo a las Usuarías.....	95
Gráfico 10. Patrones de Sueño presentados en la Problemática de Fibromialgia.....	95
Gráfico 11. Niveles de Dolor experimentado por los(as) Consultantes.....	99
Gráfico 12. Patrones de Sueño presentados en la Problemática de Desgaste de Disco.....	100
Gráfico 13. Niveles de Dolor experimentados por las consultantes.....	102
Gráfico 14. Niveles de Dolor experimentados por el consultante.....	104
Gráfico 15. Patrones de Sueño presentados en la Problemática de la Polineuropatía.....	105
Gráfico 16. Participación de las Usuarías a las Sesiones.....	106
Gráfico 17. Niveles de Dolor experimentados por las Consultantes.....	108
Gráfico 18. Puntos Precipitantes del Dolor de acuerdo a las Usuarías.....	109
Gráfico 19. Subescalas del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	113

I. Introducción

Actualmente, en Costa Rica, las enfermedades que implican dolor crónico están identificadas como una de las mayores demandas médicas que se presentan en los centros de salud del país. Según el Director de Departamento de Psicología del Centro Nacional del Control del Dolor (J. Rojas. Comunicación personal, 11 Mayo del 2011) en nuestro país del total de consultas que registra la Caja Costarricense de Seguro Social el 70% se refieren a enfermedades crónicas y de éstas, el 80% involucran malestares relacionados con dolor.

Aunado a estos porcentajes, también se debe tomar en cuenta que el padecimiento del dolor crónico, trae consigo una serie de trastornos emocionales (depresión, altos niveles de ansiedad), conductuales (agresividad, disminución de la funcionalidad) y cognitivos que dificultan el manejo y la efectividad de los tratamientos (Fordyce, 1976; León, 2007; Miró, 2003), lo cual aumenta el costo médico y social para contrarrestarlo

Esta situación está representando en el área de la salud, una mayor demanda de medicamentos, la ampliación del espacio para atención a la población y sobre todo una mayor cantidad de personal de distintas disciplinas para abastecer la atención integral a la población afectada por dolor crónico (Área de Estadística en Salud, 2010). Dicho crecimiento también lo han experimentado algunos centros de salud regionales, como es el caso del Área de Salud Puriscal-Turrubares, donde el aumento de la problemática de dolor crónico ha sido evidente en los últimos 10 años (Área de Estadística en Salud, 2010).

La atención psicológica para el manejo del dolor crónico es una de las áreas de intervención que tiene la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal, la cual fortalece los tratamientos médico-farmacológicos que reciben estas personas.

Tomando en cuenta los aspectos citados anteriormente, la presente Práctica Dirigida se enfocó en apoyar, mediante el uso de la Terapia Cognitivo Conductual (Caballo, 1998; Labrador, 2009; Olivares y Méndez, 2001; Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012), la atención que brinda la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal, a personas que presenten dolor crónico benigno.

La efectividad de este tipo de intervención (Terapia Cognitivo Conductual) para el tratamiento de las enfermedades que implican dolor crónico ha sido demostrada desde los primeros estudios científicos sobre este tema (Fordyce, 1976, 1984; Melzak y Wall, 1965) hasta los trabajos realizados en los últimos años (Díaz, Comeche y Vallejo, 2010; Hadjistavropoulos, Hunter y Dever, 2009; McCracken, Gutiérrez-Martínez y Smyth, 2012; Moix y Casado, 2011; Navarro, 2006; Zautra et al., 2007).

En relación con el modelo de intervención mencionado anteriormente, una de las tareas principales que se asumió en este espacio, consistió en el diseño y aplicación de planes de intervención que contribuyeron con las acciones realizadas por las demás disciplinas implicadas, para que las personas puedan manejar de una mejor forma sus experiencias de dolor y de esta manera favorecieran su calidad de vida.

Cabe mencionar, que el padecimiento por dolor crónico provoca una incapacidad en las personas, haciendo que estas disminuyan significativamente las actividades cotidianas que realizan. Reflejo de esto se da un menor contacto social, una disminución en la participación de actividades familiares, satisfacción personal y rendimiento individual, así como un descenso a ingreso económico familiar y personal (Patterson, 2005, citado en León, 2007).

Según Calvo (2006, citado en Pérez, 2010), solamente relacionado con la fibromialgia en el país se presentan alrededor de 180 mil personas con esta enfermedad, la cual se

considera una de las causas más frecuentes de incapacidades a nivel laboral. Esto demuestra la necesidad existente de que se pongan en práctica estrategias de intervención, que colaboren con el abordaje que se realiza actualmente sobre las temáticas de manejo del dolor crónico.

Siguiendo esta perspectiva, el presente trabajo está constituido por el marco de referencia que respaldó la práctica, así como aspectos de descripción de la institución donde se realizó este trabajo y la presentación de los principales aspectos conceptuales que resultaron importantes a destacar, al igual que los objetivos que el mismo persigue.

Del mismo modo, se presentan las estrategias de intervención aplicadas en la práctica, las funciones y tareas desarrolladas en la atención clínica, el cronograma de trabajo que dirigió la evolución de la práctica, así como el análisis de los resultados, la discusión y las conclusiones que proporcionó la aplicación de las técnicas y procedimientos descritos, en los usuarios que recibieron este servicio.

II. Marco de Referencia

En este apartado se presentan los principales ejes que estructura la realización de la Práctica Dirigida, los mismos relacionados con la intervención psicológica para manejo del dolor crónico, tomando en cuenta las causas que justifican esta propuesta, los antecedentes que evidencian la importancia de la misma, así como la base teórica que respalda el trabajo.

A. Problema

La Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal se encarga de atender a las personas que presentan alteraciones relacionadas con dolor de difícil control mediante consulta externa y atención domiciliar, según lo menciona la psicóloga de la Clínica (E. Valverde, comunicación personal, 21 de setiembre, 2011). Esta atención es brindada de manera multidisciplinaria, con profesional médico, de enfermería, psicología, nutrición y farmacología.

En el mes de setiembre del 2011, la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo de Puriscal, atendió un total de 277 personas, correspondientes a servicios médicos y 3274 consultas recibidas por servicios no médicos. De estos totales mencionados, el área de Psicología recibió 190 consultas, 97 de ellas mediante consulta externa y 93 por medio de visita domiciliar (Área de Estadística en Salud, Puriscal-Turrubares, 2011).

Además de la sobredemanda de atención que estos datos indican, el servicio también refiere a una sobrecarga de trabajo en la atención que debe brindar el área de Psicología, la cual debe atender cerca de 200 personas mensualmente, en una jornada de medio tiempo. Según lo menciona E. Valverde (comunicación personal, 21 de setiembre, 2011), el foco de atención de la Clínica lo recibe el área de Psicología y Medicina. Tomando en cuenta que

solamente hay una profesional en cada una de estas áreas, esto constituye una de las principales limitantes que maneja la Clínica; la poca cantidad de tiempo asignado a los profesionales, en especial para el servicio de Psicología.

Además de esto, la limitación de tiempo y recursos no ha permitido, de acuerdo con lo que la Psicóloga menciona, el desarrollo una intervención grupal para el tratamiento de Fibromialgia, cuyos participantes ya se encuentran identificados desde hace varios meses atrás.

Frente a este panorama, se considera que el aporte de la Práctica Dirigida para la atención psicológica del dolor crónico, complementó el trabajo interdisciplinario que se está realizando actualmente y del mismo modo, logra fortalecer el servicio brindado por esta institución (Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal) principalmente en el área de control psicológico del dolor crónico benigno.

B. Antecedentes de la Intervención

A continuación se presentan los principales antecedentes de intervención que respaldan el trabajo realizado en la atención al dolor crónico benigno. Primeramente se incluyen los trabajos realizados en el ámbito nacional y por último los internacionales.

1. Antecedentes de Intervención Nacionales

Antes de profundizar en los principales antecedentes de intervención, se debe mencionar uno de los documentos legales desde el que se establece las bases generales de la atención del dolor y el cuidado paliativo, este documento se refiere al Manual de Normas de Atención del Dolor y Cuidados Paliativos del I y II nivel de atención (Presidencia de la República y Ministerio de Salud, 2001), este se refiere a un documento oficializado bajo

decreto nacional en el cual se establecen las acciones que se deben tomar para brindar una atención integral en el ámbito del dolor crónico y cuidados paliativos en nuestro país.

En este documento, se señala como uno de los ejes principales la atención interdisciplinaria que este padecimiento debe tener, mencionando áreas como la medicina, la farmacología, psicología y trabajo social, aunado a una integración del recurso profesional con población estudiantil en formación (universitarios), para mejorar la calidad del servicio brindado.

Por otro lado, el estudio realizado por Rojas (2003), se enfocó en describir el abordaje psicológico que se está realizando en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, que consiste en la puesta en práctica de una intervención cognitivo conductual desarrollando paralelo a estos procedimientos una intervención espiritual donde integran la diversidad de credos religiosos que se profesan.

Los resultados de este trabajo mencionan una disminución en los niveles de dolor de los pacientes, explicada por ambas intervenciones realizadas, así como por variables que no fueron contempladas para ser analizadas en este trabajo.

Un manual enfocado en la temática del dolor crónico, fue el elaborado en la Universidad Católica de Costa Rica por Vargas (2005). Este trabajo, dirigido a psicólogos se incluye una serie de técnicas cognitivo conductuales para la disminución del dolor crónico en paciente con cáncer.

Dicho trabajo integra una visión muy amplia e integral del dolor producido por cáncer, tanto dentro del manual como en el marco teórico que lo respalda. Del mismo modo incluye una descripción básica de los procedimientos propios del enfoque de intervención mencionado, para el manejo de los factores cognitivos, conductuales y fisiológicos que se manifiestan alterados ante este padecimiento y que contribuyen al aumento de la sensación de dolor.

Por otra parte León (2007), publica un artículo teórico, en el cual realiza un acercamiento al abordaje de los trastornos del dolor desde la perspectiva de la terapia de la conducta, donde expone una reseña general de los conceptos y clasificaciones del dolor, así como aspectos de evaluación conductual y tratamiento individual y grupal, dentro del enfoque biopsicosocial, en el que enfatiza la efectividad que han tenido estos tratamientos a nivel internacional, ya que en nuestro país no se conoce concretamente la utilización de estos procedimientos en el ámbito de la salud pública.

Además de los referentes anteriores, también se han podido ver otros abordajes del dolor crónico realizados en la Universidad de Costa Rica, donde las áreas de Psicología, Enfermería, Medicina y Odontología son las que han brindado el mayor aporte teórico-práctico en este campo.

Uno de los estudio fue el elaborado por Solano (2009), quien realizó un trabajo de práctica en Psicología sobre tres aspectos relevantes de la Salud Pública. Estos aspectos correspondieron a la atención clínica, el entrenamiento propiamente en el manejo del dolor crónico y la realización de actividades enfocadas en la promoción de la salud.

La intervención realizada en este estudio muestra la utilización de distintos instrumentos de medición, los cuales indicaban la evolución del paciente y la eficacia del tratamiento psicológico aplicado, sin dejar de lado la intervención médica, farmacológica que se involucraron en los programas de tratamiento para control del dolor.

Otro documento relacionado con el presente estudio corresponde al trabajo de graduación realizado por Pérez (2010), en este, la autora se enfoca en la elaboración de un Manual Cognitivo Conductual Emocional para el manejo del dolor crónico en mujeres con fibromialgia, donde se evaluó de manera global la enfermedad de la fibromialgia tomando

en cuenta la perspectiva tanto de los(as) usuarios(as) del tratamiento como de los profesionales implicados en el mismo.

Entre los aspectos más relevantes de este trabajo está la utilización de distintos recursos informativos para obtener una visión integral de la experiencia de dicha enfermedad, donde se introducen datos sobre la efectividad del tratamiento, la satisfacción experimentada por los usuarios, los aportes desde las diferentes ramas de conocimiento que intervienen en el proceso de tratamiento (reumatólogos, médicos y psicólogos), así como la validez de criterio involucrada en la realización del manual propiamente.

En una práctica final de graduación realizada en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, desarrollada por A. Moreno y Moreno (2010), se aplicó un programa educativo para el control del dolor dirigido a pacientes con fibromialgia, enfocado primeramente en identificar las áreas donde los(as) pacientes demostraban estar más desinformados(as), en cuanto al control del dolor crónico y el padecimiento de fibromialgia. A partir de esto, se diseñó el programa educativo para estas personas y su respectiva aplicación. Por último, se realizó la evaluación del efecto que tuvo la aplicación de este programa en las(os) participantes de la investigación.

Las investigadoras pudieron observar en un lapso de ocho sesiones, que las percepciones sobre la salud, factores moduladores de este concepto (físicos, emocionales, ambientales entre otros), dolor crónico, fibromialgia, entre otras temáticas, fueron áreas donde se logró una mejor calidad de vida de las personas que participaron en los distintos talleres, en los cuales se desarrollaron técnicas y temas como: ejercicios, masaje, nutrición, relajación e importancia de los distintos tratamientos aplicados a la problemática.

2. *Antecedentes de Intervención Internacionales*

A continuación se presentan aquellos trabajos que se consideraron referentes internacionales principales, los cuales daban a conocer la realización de intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del dolor crónico, desde el enfoque cognitivo conductual.

Uno de los autores más destacados del abordaje cognitivo conductual, específicamente para tratar dolor crónico, corresponde a Wilbert Fordyce; quién tomó como referencia los postulados de Melzack y Wall (1965), acerca de las bases fisiológicas que se involucran en los mecanismos del dolor y dando paso al establecimiento de *“la teoría del control de entrada”*, de esta forma se establecieron los primeros procedimientos conductuales como una alternativa eficaz para tratar con la problemática de los trastornos de dolor crónico.

A partir de aquí Fordyce (1976), presenta un conjunto estrategias de valoración y manejo del dolor crónico, que marcan el inicio de la intervención cognitivo conductual como tratamiento para contrastar esta problemática. Entre estas estrategias menciona: la psicoeducación, incremento de la actividad o cambio conductual, manejo de contingencias y distribución eficaz del tiempo.

Más tarde, Fordyce (1984), se inserta más de lleno en el plano de la ciencia de la conducta y su relación con el dolor crónico, estableciendo la relevancia de tres elementos concretos asociados al manejo de contingencias durante la experiencia de dolor. Estos elementos son *la medicación analgésica, el descanso y ejercicio adecuado y la atención y retroalimentación social*, aspectos básicos, según el autor, para el establecimiento de estrategias cognitivo conductuales que contrarresten los malestares relacionado con dolor crónico.

En el estudio realizado por Middaugh y Pawlick (2002), se desarrolló un programa multicomponente para el manejo del dolor crónico en 117 personas mayores de 60 años. En dicho programa se incluyó el uso de la rehabilitación física, el abordaje médico y el entrenamiento en biofeedback (medición de la temperatura y porcentaje de respiración por minuto) y la terapia cognitivo conductual (relajación progresiva y habilidades de afrontamiento), para evaluar la efectividad que pueden tener estos dos procedimientos trabajando con tratamientos de otras disciplinas.

Los resultados que brindó este abordaje demostraron que los pacientes obtuvieron disminuciones significativas en las mediciones de temperatura ($p < .0001$), así como en las respuestas respiratorias (18 primera sesión-12 última sesión) durante las sesiones de relajación progresiva, al mismo tiempo que registraron disminución en los porcentajes de dolor experimentados ($p < .003$). Esto permitió evidenciar que mediante el uso de la relajación progresiva, las personas pueden adquirir habilidades de autorregulación fisiológicas, que permiten disminuir la experiencia de dolor. Además, se pudo determinar la complementariedad que brindan, tanto el entrenamiento en biofeedback, como la relajación progresiva, en conjunto con los abordajes médicos y de rehabilitación, en personas con problemas de dolor crónico.

Por otra parte, se integra el aporte de algunos autores quienes exponen en sus estudios una serie de procedimientos de evaluación e intervención psicológica que han sido efectivos para tratar el dolor crónico. Estos trabajos han sido elaborados por Miró (2003), McCracken (2005), Vallejo (2005), Turk, Swanson y Tunks (2008) y Moix y Casado (2011) y corresponden a las bases teórico-metodológicas utilizadas para el desarrollo de la intervención realizada.

Las técnicas y procedimientos señalados por los autores antes mencionados, corresponden al uso de la relajación, biofeedback, técnicas cognitivas (psicoeducación, reestructuración cognitiva, imaginación guiada), manejo de contingencias, adquisición de habilidades, procedimientos conductuales (eliminación de conductas de dolor y adquisición de nuevos hábitos), manejo de emociones y entrenamiento en asertividad, entre otras estrategias de intervención que mostraron contrarrestar la experiencia producida por problemáticas relacionadas con dolor crónico.

En el trabajo realizado por Miró (2003), éste realiza un abordaje detallado sobre el tema del dolor crónico, en el cual desarrolla tres aspectos esenciales para un abordaje integral de esta problemática; aspectos conceptuales del dolor, la evaluación del paciente y su problemática y el tratamiento para la disminución del dolor crónico. Seguidamente se expondrá de forma precisa la obra de este autor, debido a la importancia que tuvo a través del desarrollo de la intervención en esta práctica dirigida.

En relación al primer apartado, además de la conceptualización del dolor y dolor crónico, el autor describe las distintas clasificaciones que existen sobre dicha temática, su naturaleza, los factores de riesgo que presentan las personas con este tipo de padecimientos, las características propias del mismo, así como la perspectiva biopsicosocial que explica las interacciones que presentan los factores fisiológicos, cognitivos, conductuales, entre otros factores, que provocan y mantienen una dinámica del dolor específica en cada individuo.

En lo que respecta a la evaluación psicológica que debe realizarse ante este tipo de padecimientos, Miró (2003) hace una revisión detallada y completa, en la que brinda herramientas de gran utilidad para valoración integral del paciente e instrumentos para la medición de las respuestas que están provocando la experiencia del dolor, elementos que sirven como parámetro para medir la efectividad del tratamiento.

El último capítulo del trabajo de Miró (2003), incluye los aspectos relacionados con el tratamiento psicológico del dolor crónico desde el modelo cognitivo conductual y las distintas técnicas y procedimientos desarrollados para su disminución, el autor hace énfasis en la importancia de realizar intervenciones multidisciplinarias para un abordaje integral y efectivo, estos aspectos los acompaña de datos estadísticos que respaldan la aplicación de dichas técnicas. Estos aspectos resultan esenciales para la aplicación de tratamientos basados en la evidencia.

Por otra parte McCracken (2005), hace una revisión de las diversas aproximaciones que ha tenido el enfoque cognitivo conductual para explicar y desarrollar procedimientos que contrarresten el dolor crónico. Más adelante se inserta con especial énfasis en el modelo contextual de la intervención cognitivo conductual en la atención especializada de la problemática en discusión.

Por último, presenta varios apartados en los que desarrolla de forma detallada los procedimientos necesarios para involucrar la terapia de aceptación y las técnicas basadas en los *valores* y los *valores de acción* como estrategias eficaces para disminuir las barreras que presenta el paciente con dolor crónico, haciendo de esta forma que la intervención cognitiva conductual sea más efectiva para la disminución del dolor y el establecimiento de de estilos de vida más adaptativos.

Vallejo (2005) realiza un artículo en el que expone el papel de psicología para el manejo del dolor crónico, donde menciona que su función se vuelve relevante cuando los procedimientos médicos se ven limitados en su alcance, de aquí la importancia de proveer a los pacientes nuevas formas de afrontamiento del dolor que sean más eficientes y adaptativas para estos individuos.

En esta misma línea, el autor presenta una serie de procedimientos para lograr los objetivos antes mencionados, entre los que se encuentran la relajación, el biofeedback, las intervenciones de orden cognitivo, conductual y el abordaje mediante programas multicomponentes. También expone un aporte importante en cuanto a la prevención secundaria que se puede hacer para mitigar la cronificación de los padecimientos, así como la importancia en el uso de distintos medios tecnológicos que favorecen el mantenimiento de los resultados del tratamiento y el seguimiento del mismo.

Por otra parte, Turk, et al. (2008), realizaron en su estudio una revisión de los modelos psicológicos de conceptualización y atención del dolor crónico, en esta revisión incluyeron los acercamientos psicodinámicos, conductuales, cognitivo-conductuales y la aplicación de procedimientos como el biofeedback, meditación, relajación, hipnosis, entre otras técnicas.

Los resultados obtenidos demostraron que el modelo que presentó mayor efectividad en los trabajos revisados corresponde al cognitivo conductual y el abordaje que realiza este enfoque sobre los aspectos de creencias, actitudes y expectativas que mantienen los síntomas que presenta el(la) afectado(a). También mencionan la importancia de que este tipo de intervenciones se realicen de manera multidisciplinaria, debido a la serie de necesidades que presentan las personas con dolor crónico, las cuales se hacen imposibles de satisfacer solamente con el abordaje psicológico.

Entre otros autores, Moix y Casado (2011), ofrecen una propuesta de tratamiento grupal elaborando para éste un manual para el manejo del dolor, donde se incluyen procedimientos cognitivo conductuales, así como procedimientos de biofeedback, relajación, entre otras técnicas, que complementan esta intervención.

Antes de establecer los aspectos de aplicación del manual, estas autoras hacen un recuento de las técnicas que se utilizan en la actualidad para este tipo de problemáticas. Es así como

presentan una descripción de técnicas como la relajación, la hipnosis, técnicas operantes y terapias de aceptación y compromiso y técnicas con énfasis en la respuesta emocional. Además integra una cantidad considerable de estadísticas sobre el impacto económico y la dimensión en la que afectan estas problemáticas a la población europea a la que va dirigida el manual, de ahí la importancia de su aplicación y su estandarización a otros contextos.

Los autores mencionados en los distintos estudios (Miró, 2003; McCracken, 2005; Vallejo, 2005; Turk et al., 2008 y Moix y Casado, 2011), comparten en sus perspectivas aspectos similares que deben incluir las intervenciones psicológicas para el tratamiento del dolor crónico, entre ellas señalan la efectividad que ha demostrado el modelo cognitivo conductuales y con la integración de técnicas de control de la activación, los cuales favorecen los resultados de la intervención.

Del mismo modo, establecen la importancia mantener durante la evaluación y los tratamientos la perspectiva biopsicosocial del ser humano, la cual permitirá al terapeuta tener una mayor claridad en cuanto a los factores que se encuentran manteniendo los efectos negativos del dolor crónico.

3. Síntesis de los Antecedentes

En los apartados anteriores se presentaron aquellos antecedentes considerados relevantes para el trabajo que se está realizando, de manera que se integraron estudios del ámbito tanto nacional como internacional.

Con respecto a los trabajos nacionales, se pudo observar que la producción de tratamientos psicológicos para el control del dolor es limitada y aunque los trabajos expuestos demuestran ser útiles en la práctica, no existe registros de seguimiento en la aplicación de los mismos.

La mayor cantidad de trabajos encontrados en el ámbito local, fueron realizados como trabajos finales de graduación para la obtención de grados o postgrados, principalmente desarrollados en la Universidad de Costa Rica; solamente hubo uno considerado relevante de una universidad privada.

Los pocos artículos publicados en revistas nacionales, se referían a revisiones bibliográficas sobre el tema, en los que se expusieron aportes teóricos y conceptuales establecidos por autores internacionales, o bien, señalaban resultados de intervenciones realizadas con poblaciones en las que no se evaluaron variables de control y con limitaciones a nivel de procedimientos, lo cual hace difícil establecer datos de confiabilidad y valides.

La revisión realizada a nivel nacional demostró importantes vacíos en cuanto a la producción científica de estudios que involucren aspectos teóricos y metodológicos para el avance de la intervención psicológico enfocada en el manejo del dolor crónico.

En lo referente al aporte internacional respecto al tema en discusión, la cantidad de estudios que se han publicado es bastante numerosa y se encontró material bibliográfico que abarcaba desde las primeras propuestas de control psicológico del dolor (Fordyce, 1984), hasta los estudios que se han propuesto en la actualidad.

Los artículos expuestos en este apartado estaban publicados en revistas indexadas y también se integraron libros que demostraban niveles altos de confiabilidad y valides en las intervenciones desarrolladas. Desde esta perspectiva, se incluyeron solamente aquellos documentos físicos y digitales que se consideraron de mayor relevancia para esta práctica.

En términos generales, la revisión de antecedentes internacionales demostró la evolución que ha tendido el área de psicología para el tratamiento del dolor crónico provocado por enfermedades u otros padecimientos. También, deja en claro la efectividad de los tratamientos del modelo cognitivo conductual en la atención a estos padecimientos.

De esta forma, es clara la brecha que existe en cuanto a la generación de conocimientos documentado entre la producción literaria nacional e internacional. Así mismo, la rigurosidad con que se realizan las investigaciones y se manejan las variables de control es mucho mayor en el ámbito internacional, lo cual provoca que el material analizado presente mayor relevancia científica que el nacional.

Lo anterior no intenta establecer que el conocimiento a nivel internacional no pueda progresar aún más, o que no existan vacíos en la producción existente, sino que la publicación científica local debe hacer un gran esfuerzo para que nuestro país pueda alcanzar los niveles internacionales y ofrecer a los usuarios una atención de mejor calidad que la brindada hasta ahora.

C. Contextualización de la Institución

Institución con la que se realiza la Práctica Dirigida: Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal.

Las Clínicas de Control del Dolor y Cuidado Paliativo de nuestro país, son entidades que están regidas por las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social y responden a los sistemas de trabajo que establece el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

Esta Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal es una de las instancias de salud que abastece los sectores de Puriscal, Turrubares y Mora y algunos sectores del cantón de Acosta, situación que demuestra el amplio espectro de atención de debe cubrir dicha institución en la atención a las demandas de dolor de difícil control, ya que otras instancias de salud del área (EBAIS, CAIS, entre otros), atienden las demás consultas en el ámbito de dolor.

Según lo comentado por la Psicóloga de dicha Clínica (E. Valverde, comunicación personal, 21 de setiembre, 2011), el personal con el que cuenta la Clínica en este momento para atender estas poblaciones está compuesto por: 1 Doctora (tiempo completo), 1 Enfermera (Tiempo Completo), 1 Psicóloga (Medio Tiempo), 1 Nutricionista (Medio Tiempo). 1 Farmaceuta (Un cuarto de Tiempo), 1 Secretaria (Compartida) y 1 Conserje.

Es importante resaltar que la Fundación Pro Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal, es una entidad que trabaja en el mejoramiento de la calidad del servicio que brinda la Clínica, colaborando en la atención y el bienestar de las personas que sufren enfermedades relacionadas con el dolor y cuidados paliativos, facilitando recurso humano, recurso material, espacio físico, transporte u otras acciones que fortalecen el trabajo y la intervención que se le proporcione a los usuarios.

Bajo el marco de acción que ha venido manteniendo la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal y la estrategia de apoyo que le proporciona la Fundación para la atención al paciente con dolor, la inserción de la intervención psicológica tuvo como objetivo principal fortalecer la atención integral a los(as) usuarios(as) que brinda esta Clínica en conjunto con la Fundación Pro Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal.

D. Marco Conceptual

El presente apartado incluye la definición de los principales conceptos que involucrará la Práctica, los cuales se abordarán y aplicarán a lo largo de todo el proceso y que conforman la estructura base del planteamiento de este trabajo.

1. *Dolor*

De acuerdo con la definición y clasificación que ofrece la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1994) el dolor será entendido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma” (p.210).

Según esta clasificación se debe tomar en cuenta que, como experiencia subjetiva que es, no se le puede llamar dolor a una sensación que no sea descrita como desagradable. Además, la clasificación de la IASP (1994), también menciona que existen algunas experiencias desagradables, que debido al carácter subjetivo de las mismas, no necesariamente están relacionadas con una sensación de dolor.

Tomando en cuenta la importancia de las observaciones citadas anteriormente para el diagnóstico de trastornos de dolor, es necesario para el presente trabajo incluir las definiciones correspondientes a dolor agudo y dolor crónico que se utilizarán en el desarrollo de la Práctica Dirigida, dichas definiciones se presentan a continuación:

a. Dolor Agudo

De acuerdo con López (1997), el dolor agudo corresponde a “una señal de alarma del organismo (...) que tiene una duración muy corta, bien localizado, se acompaña de repuestas autonómicas como palidez, sudoración u otras repuestas.” (p.52).

Este autor expone que el dolor agudo tiene un papel indispensable como mecanismo de supervivencia que utiliza el organismo cuando emite esta sensación, de manera que las personas puedan establecer pautas para contrarrestar el mismo o para encontrar la causa de esta experiencia.

Por otro lado, el Departamento de Farmacoepidemiología de la Caja Costarricense de Seguro Social (2005), menciona que las características principales de este tipo de dolor son: la brevedad de los episodios (minutos, horas, semanas hasta un máximo de 3 meses), y la desaparición del mismo cuando se ha curado el daño que lo provocaba.

b. Dolor Crónico

El dolor crónico, se conoce como “cualquier situación dolorosa que está presente durante largos periodos de tiempo” (Miró, 2003, p.52). Una de las características principales que menciona este autor, es que este tipo de dolor no responde a los medicamentos o técnicas utilizadas para contrarrestar el dolor agudo y su aparición disminuye la capacidad funcional del individuo.

Entre los tipos de dolor crónico más comunes se encuentra el *dolor crónico maligno* y el *dolor crónico benigno*. El primero de estos tipos se refiere al dolor crónico que se asocia con alteraciones provocadas por el cáncer, o por el SIDA, según lo propone López (1996). Por otra parte, el dolor crónico benigno corresponde según Miró (2003), a todos aquellos padecimientos que no están relacionadas al dolor crónico progresivo (maligno), como lo es el caso de las cefaleas, fibromialgia, dolor crónico lumbar, cervical u otros similares.

Con el objetivo de brindar un panorama claro con respecto a la perspectiva con que se atendieron los padecimientos de dolor crónico benigno, descritos anteriormente, en el apartado que sigue se expondrá la rama general de Psicología que interviene con más regularidad en la atención clínica de estos padecimientos.

2. *Psicología de la Salud.*

Kazdin (2000) y Vallejo (2005), refieren que esta área de la psicología se dio a conocer después de establecida la perspectiva de la Medicina Conductual, dando paso a una concepción más general que la dada por esta perspectiva. Además, integra diversos focos de acción entre los que Kazdin (2000), señala: reducción de conductas que aumentan el riesgo de enfermedad, fomento de estilos de vida saludable y el tratamiento de trastornos y disfunciones diversas.

La definición más aceptada sobre Psicología de la Salud establece que esta área se refiere a:

La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formación de la política de salud. (Matarazzo, 1980. Citado por Labiano, 2006, p. 15).

A pesar de que en Costa Rica no existan un concepto de Psicología de la Salud para nuestro entorno y la mayoría de profesionales en esta área trabajan con la definición expuesta anteriormente, es importante señalar el aporte que Reyes (2011) hace en el ámbito nacional al mencionar que la Psicología referida a la Salud “puede traducirse en actividades y estrategias de intervención concretas para promover la salud, o prevenir, identificar y atender la enfermedad dentro de cada uno de los tres niveles de atención” (p. 90).

La definición que cita Labiano (2006), establece claramente el papel que tiene el(la) psicólogo(a) y el aporte que puede hacer desde esta área. Así mismo, esta definición mantiene una visión integral al incluir no solo aspectos relacionados con la atención de la enfermedad, sino que también involucra la prevención, promoción y mejoramiento de las acciones que se llevan a cabo en el área de salud.

De igual forma, este autor subraya la importancia de tomar en cuenta la tarea que tienen los Psicólogos de la Salud en cuanto a aplicación de técnicas y procedimientos y la evaluación constante de estas acciones, así como la evidencia científica que debe fundamentar las intervenciones.

A pesar de la antigüedad de esta conceptualización, su visión integradora es la que ha mantenido su vigencia actualmente y se incluye como base en el marco de instituciones como la American Psychological Association y la Sociedad Interamericana de Psicología, así como en documentos de gran incidencia en nuestro campo (Morales, 1997, Labiano, 2006 y Reyes, 2010 y Díaz et al., 2012).

Se debe tomar en cuenta que al hablar de Psicología de la Salud, también se hace mención a una serie de factores biológicos, ambientales, personales, sociales, entre otros, que se interrelacionan para dar paso a una condición de vida determinada (Labiano, 2006), donde el papel de la Psicología está determinado al uso de las técnicas y procedimientos para modificar los factores individuales que están afectando de manera negativa esa condición de vida y, en conjunto con otras actividades, tener impacto a nivel comunitario y social.

Sin embargo, para poder hacer un abordaje donde se tomaran en cuenta todos los factores mencionados, fue necesario vincular dentro de la Psicología de la Salud el Modelo Biopsicosocial, para la evaluación de todos dichos aspectos.

a. Modelo Biopsicosocial de la Salud

Tomando en cuenta el marco de intervención que fomenta la Psicología de la Salud, es necesario hacer hincapié en el modelo Biopsicosocial de atención que adopta esta área, el cual se enfoca en el análisis de múltiples factores que determinan las causas y efectos de la condición de salud y la condición de enfermedad, dichos factores corresponden a los

aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Pérez, C. Fernández, Fernández y Amigo, 2010).

Desde la perspectiva de Labiano (2006), el análisis biopsicosocial de la enfermedad debe considerar la multiplicidad de factores como parte de los llamados macroprocesos y microprocesos. Este autor involucra dentro de los macroprocesos el contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, y en los microprocesos los cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, respuestas motoras, entre otras conductas.

Además, en este mismo documento Labiano comenta que la forma en que estos factores se relacionan se da de manera más circular que lineal y sus interconexiones son innumerables dando lugar a una red íntima de procesos que los profesionales en el área de salud deben indagar y conocer para la realización de un abordaje integral y eficiente, frente a las problemáticas que los individuos presentan.

De acuerdo con Labiano (2006) y Pérez et al. (2010), el modelo biopsicosocial mantiene un énfasis mayor en las acciones de prevención y promoción de la salud, mediante el control de variables ambientales (sociales y físicas) que afectan la salud y el desarrollo de estrategias cada vez más avanzadas para mejorar los sistemas de atención sanitaria.

Este énfasis en la promoción y prevención ha abierto el camino para el surgimiento de otros campos de aplicación de la Psicología, entre los que destacan: la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la evaluación y tratamiento de enfermedades y la evaluación y mejora de los sistemas sanitarios (Pérez et al 2010). Esto también ha favorecido la apertura de mayor cantidad de espacios laborales para la psicología y el impacto de nuestro ejercicio profesional en distintos ámbitos de la sociedad.

A partir de los argumentos expuestos, la Psicología de la Salud en conjunto con una valoración biopsicosocial establecen la necesidad de que se implemente un modelo de atención multidisciplinario para la salud, debido a que, la complejidad de los factores que causan y mantienen las alteraciones clínicas hace insuficiente el trabajo de una sola disciplina para restaurar la condición de salud (Vallejo, 2005; Pérez et al., 2010).

Como se ha revisado hasta ahora, la Psicología de la Salud es un concepto general que integra, además de un marco de atención y prevención, diversas ramas de la Psicología que vienen a fortalecer el aporte de esta ciencia frente a las problemáticas existentes. Labiano (2006) y Pérez et al. (2010), mencionan que entre las ramas que reúne este campo se encuentran la medicina psicosomática, la psicología médica, y la medicina conductual.

De estos planteamientos la medicina conductual es el área de mayor impacto con respecto a la atención clínica de la salud y la que guarda más similitud en su propuesta con el enfoque revisado de Psicología de la Salud (Pérez, 2010), por lo tanto se ha considerado hacer un apartado independiente para desarrollar de forma más específica esta área.

b. Medicina Conductual

Como parte de las áreas que conformaron desde un principio la gran área de Psicología de la Salud, la Medicina Conductual comparte con esta perspectiva muchas características en común, incluso algunos autores como Vallejo (2005) mencionan que sus conceptos básicos se confunden entre ambas.

Según Labiano (2006), fue en 1974 donde la Medicina Conductual emergió por medio de la creación de centros específicos para el estudio de esta área, “*Center for Behavioral Medicine* de la Universidad de Pensilvania y el *Laboratory for the Study of Behavioral Medicine* de la Universidad de Stanford” (p.16)

Aunque el nacimiento de esta área se dio antes de que se reconociera el campo de la Psicología de la Salud en 1978, la Medicina Conductual no se alejó de las propuestas que se establecían desde acá, sino que al ser ésta primera una concepción más amplia del quehacer psicológico en materia de salud, la Medicina Conductual se convirtió en una orientación desde la cual la Psicología de la Salud trabaja (Labiano, 2006).

La definición más aceptada sobre Medicina Conductual se refiere a la dada por Schwartz y Weiss (1978, citado por Morales, 1997) que establece que es “el campo relacionado con el desarrollo del conocimiento y técnicas de las ciencias de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (p. 46). Según lo menciona este autor, la definición expuesta fue aceptada y ligeramente modificada por la Academia de Investigación en Medicina Conductual de los Estados Unidos.

Autores como Labiano (2007) y Pérez et al. (2010), sostienen que la diferencia más notable entre Psicología de la Salud y Medicina Conductual se encuentra en el carácter mayor hacia la prevención y la promoción de la primera y el énfasis en el tratamiento y procedimientos de rehabilitación de la segunda.

A través del marco de la Medicina Conductual que utiliza el área de Psicología, se desarrollan una serie de modelos de aplicación terapéutica, donde se destaca el papel de la Modificación de Conducta con su amplio desarrollo de técnicas y procedimientos psicológicos, así como el enfoque en la evaluación de la efectividad en dichas intervenciones, lo cual le ha dado una gran acogida en el ámbito clínico y científico.

La terapia de orientación Cognitivo Conductual, corresponde a un buen ejemplo de lo comentado anteriormente, por lo tanto, a continuación se presentará un apartado para desarrollar de forma más detallada esta orientación.

1. *Modelo Cognitivo-Conductual*

El Modelo Cognitivo Conductual surge dentro del panorama de terapias de segunda generación en el estudio de la conducta, haciendo una integración de los conocimientos obtenidos hasta ahora sobre el desarrollo de la terapia de la conducta y la terapia cognitiva (Díaz et al., 2012).

Si bien es cierto, los orígenes teóricos y metodológicos de este modelo de intervención se ubican después de la Segunda Guerra Mundial (Olivares y Méndez, 2001), la Terapia Cognitivo Conductual que se encuentra vigente, mantiene las bases teóricas que le dieron vida a los primeros estudios (con las adaptaciones necesarias de acuerdo al momento) y reúne los avances más actuales del estudio científico en la aplicación de las técnicas y procedimientos.

Esta características de científicidad que se mantiene en la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual, se basa en el principio *empírico* que antecede a esta terapia, la cual entendemos hoy como “los criterios de eficacia y efectividad” (Díaz et al. 2012, p. 52) que demuestran la validez de los procedimientos de intervención que se ponen en práctica en todas las áreas donde se trabaja con esta terapia y que ha sido una de las características principales que destacan al modelo.

Debido a que la Terapia Cognitivo Conductual nace como la unión entre dos modelos terapéuticos, Díaz et al. (2012) mencionan que su definición conceptual se vuelve difícil de delimitar, por lo tanto estos autores describen las principales características que las diferencias de los demás modelos antes de dar una definición como tal. Una síntesis de dichas características correspondería a:

Una actividad terapéutica de carácter psicológico, que cuenta con una serie de técnicas y procedimientos con base científica y experimental, en la que el objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional, modificando o

eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen (p.82).

Tomando en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, fue necesario que se estableciera un enfoque contextual para la evaluación de todos los aspectos que intervienen en la manifestación de la conducta problema, de manera que se realice una mejor lectura del funcionamiento de la misma, para la aplicación de técnicas y procedimientos apropiados y efectivos al problema.

De esta forma, las dos aproximaciones (cognitiva y conductual) se complementan con el enfoque contextual (Díaz et al., 2012) y es así como, no solo se pueden modificar aquellos elementos ambientales, sino que además permiten el conocimiento integral de la producción cognitiva (pensamientos), favoreciendo el autocontrol y la aplicación de una mayor cantidad de técnicas cognitivas que colaboran en el cambio conductual. A criterio de Labrador (2009), éste indica que la característica más destacable de este enfoque corresponde a la relevancia que tienen los aspectos cognitivos, para conocer la manera en que estos afectan la emisión de determinadas conductas y así poderlas controlar y/o modificar.

La integración de procedimientos y técnicas cognitivos conductuales, también se conoce con el nombre de Modificación de Conducta, por ser el marco general que ha dado paso al desarrollo teórico y metodológico de este enfoque. Con este nombre se han realizado importantes documentos de consulta obligatoria para los profesionales de psicología que aplican el Modelo Cognitivo Conductual, como el de Vicente (1998), Olivares y Méndez (2001), Labrador (2010) y Díaz et al. (2012).

Por otra parte, la aproximación Cognitiva Conductual enfocada en la atención del dolor, es un modelo de intervención psicológica que se basa en ayudar a los pacientes en la

identificación, reconstrucción y corrección de creencias y conceptualizaciones irracionales o disfuncionales, así como el análisis de estos elementos en el mantenimiento de comportamientos desadaptativos (McCracken, 2005).

A continuación, expone las principales fases en que se aplica la intervención Cognitiva Conductual, esta secuencia de tratamiento, está respalda por los trabajos de Fordyce (1976), Miró (2003), McCracken (2005) y Díaz et al. (2010), a cerca del tratamiento psicológico para el manejo del dolor y mantiene los objetivos principales de la intervención Cognitivo Conductual que establecen Kazdin (2000), Olivares y Méndez (2001), Labrador (2009), Díaz et al. (2012).

a. Evaluación inicial

El foco principal de esta fase se basa en la recolección datos que provean información acerca de los factores de índole personal, familiar, social, entre otros, que intervienen en la problemática de dolor presentada y que van a ser material importante al momento de utilizar técnicas que reduzcan su aparición. En palabras de Heiby y Hayes (2004, citado en Díaz et al., 2012) la evaluación conductual se refiere a:

Un enfoque científico de evaluación psicológica que enfatiza el uso de medidas mínimamente inferenciales o interpretativas, la utilización de medidas sujetas a un proceso previo de validación, la identificación de relaciones funcionales y el establecimiento de conclusiones a partir de los datos obtenidos en distintas situaciones, con distintos procedimientos y a lo largo de diferentes momentos temporales (p. 108).

En relación a la evaluación conductual para el manejo del dolor Miró (2003), menciona que la evaluación da a conocer el nivel físico del(a) consultante y contrasta este nivel con los logros que se alcanzan hasta el momento en el manejo del dolor. Así mismo, la evaluación permite determinar el origen, la dinámica que tiene el problema presentado y las

características del mismo en relación al(a) usuario(a). Es así como se implementan procedimientos por medio de escalas, los autorregistros, los dibujos del cuerpo, entre otras herramientas, que este autor recomienda.

La evaluación planteada desde la orientación cognitivo conductual de los tratamientos psicológicos, es un proceso que se realiza antes, durante y después de finalizado el tratamiento, debido a que, además de la evaluación de la problemática, también se evalúa la evolución del cambio que va teniendo la persona con las técnicas y procedimientos aplicados (Muñoz, 2010).

Esto resulta ser uno de los aspectos indispensables de la intervención, ya que dicho procedimiento va señalando la efectividad producida por el tratamiento diseñado para el(la) usuario(a) y además que forma parte de las bases y los objetivos en los que se estructuró el abordaje de Psicología de la Salud, según Nunes, García y Alba (2006).

b. Adquisición y Consolidación de Habilidades

Puede ser considerada como la etapa que requiere de más entrenamiento y atención en la intervención, ya que enfatiza fundamentalmente en el aprendizaje de técnicas y procedimientos que contrarresten la problemática vigente.

Miró (2003), subraya la importancia de recordar que este procedimiento no es solo la aplicación de un conjunto de técnicas cognitivo conductuales, sino que es un proceso de aprendizaje gradual en la que se debe evidenciar la importancia y necesidad de cada técnica, analizar el uso y las contraindicaciones que pueden aparecer durante su ejecución, así como la adaptación del mismo a cada caso en particular.

A continuación se detallan algunos de los procedimientos y técnicas utilizadas en esta fase del proceso terapéutico:

- Psicoeducación y Reconceptualización

La psicoeducación y la reconceptualización son elementos que se ponen en práctica desde la evaluación inicial. Sin embargo, se le brinda un espacio aparte en las pautas de intervención debido a la importancia que esta determina en cuanto a la disminución de la resistencia del paciente al tratamiento, el conocimiento efectivo de la dinámica que se ha establecido alrededor de la conducta problema y los factores que la mantienen, de manera que favorezca la evolución del consultante en el proceso.

Entre los aspectos más importantes que la psicoeducación aporta al tratamiento corresponde al conocimiento sobre qué es una conducta de dolor, qué contingencias ambientales mantienen las conductas y de esta forma ir elevando el nivel de la información que se considera importante que el paciente maneje para facilitar el alcance de los objetivos, (Miró, 2003).

Aunque algunos los libros y manuales de modificación de conducta (Díaz et al, 2012; Labrador, 2009; Olivares y Méndez, 2001), no establezcan de manera explícita apartados sobre la psicoeducación, cada una de las técnicas y procedimientos que se exponen en estos documentos indican claramente la necesidad de que las personas conozca la mayor información posible sobre los ejercicios a realizarse, la dinámica de su conducta problema, los factores que mantienen dicha conducta, entre otros aspectos que señalan procesos de psicoeducación constante durante la intervención.

No se debe omitir, que en gran medida las bases de la intervención psicoeducativa provienen de los postulados de Skinner (1966, citado en Törneke, Luciano y Valdivia, 2008), relacionados a la conducta gobernada por reglas, en el que la experiencia de un antecedente determinado puede funcionar como regla que varíe la realización o no realización de un comportamiento, sin la necesidad que de existan variables contingentes

que provoquen esta reacción. También se conoce como control instruccional y fue estudiada más a fondo por la Teoría del Marco Relacional (O’Hora y Barnes-Holmes, 2004).

- Técnicas de relajación:

Corresponde a un procedimiento enfocado en el control de la activación autonómica y somática, también conocido por contrarrestar las respuestas fisiológicas que se emiten ante niveles elevados de ansiedad y la tensión muscular (Labrador, 2009). Tanto el elemento de manejo de la ansiedad como el de disminución de la tensión muscular resultan de especial interés para el manejo del dolor, debido a que son dos de los factores que provocan esta sensación (Miró, 2003).

Entre las técnicas más utilizadas para realizar relajación se encuentra la relajación progresiva de Jacobson (1929, citado por Labrador, 2009), la cual ha proporcionado los mejores resultados en el tratamiento del dolor como lo demuestran el meta-análisis realizado por Glombiewski, Sawyer, Gutermann, et al. (2010) y los trabajos de Domínguez y Olvera (2006) y Navarro (2006).

También llamada relajación diferencial, la relajación progresiva se enfoca en “conseguir que la persona identifique las señales de sus músculos cuando están en tensión y que, una vez hecho, ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas (se relaje)” (Labrador, 2010, pp. 210). De esta forma, cuando la persona aprende a controlar sus respuestas de tensión, también colabora con la disminución del dolor que le provoca ese estado de tensión.

- Biofeedback

Se entenderá biofeedback como “procedimientos experimentales, que mediante dispositivos que generan señales externas al organismo, informan al sujeto, de forma inmediata y precisa, de una o varias respuestas psicofisiológicas, con el objetivo de lograr el control sobre dichas respuestas y producir efectos terapéuticos” (Díaz et al., 2012, pp.577).

Como se indica en la definición anterior, los objetivos más importantes que tiene este procedimiento se refieren a utilizar elementos manipulables para modificar procesos fisiológicos que se realizan de manera involuntaria. La actividad fisiológica a modificar depende de la respuesta que esté relacionada en mayor medida con la problemática del(a) consultante, es por eso que existen diversos tipos de biofeedback. Según lo menciona Vallejo (2009), existen: biofeedback electromiográfico (EMG), biofeedback electroencefalograma (EEG), biofeedback del volumen sanguíneo, de la temperatura, del latido cardíaco, de la actividad dermoeléctrica, entre otras medidas de respuesta.

Vallejo (2009), establece que la aplicación de este procedimiento se lleva a cabo en varias fases, la primera de ellas se centra en la explicar y señalar al paciente el tipo de procedimiento a desarrollar y las respuestas que se pretenden controlar, la segunda se refiere a la aplicación del procedimiento el cual depende de tipo de biofeedback a utilizar y la tercera fase tiene relación con la etapa de finalización, que se establece cuando sea evidente el control voluntario de la respuesta medida.

El biofeedback es un procedimiento que, en la mayoría de casos, se aplica de manera simultánea con otras técnicas de relajación y/o cognitivo conductuales, lo que lo hace que aumente su efectividad, misma que se ha demostrado en estudios como el de Middaugh y Pawlick (2002), Glombiewski, Hartwich-Tersek y Rief (2006) y Palermo, Eccleston, Lewandowski et al. (2010), en el tratamiento para el manejo del dolor.

- Reestructuración Cognitiva

Se considera una estrategia psicoterapéutica utilizada para modificar diversos tipos de pensamientos irracionales que dificultan el manejo de las problemáticas y disminuyen el bienestar del individuo, según autores como Olivares y Méndez (2001), Labrador (2009) y Díaz et al. (2012).

Su objetivo principal es reconceptualizar los pensamientos irracionales que se encuentran alrededor de la problemática presentada, para que el(la) usuario(a) pueda modificar sus esquemas cognitivos para transformar la concepción negativa de una experiencia como algo controlable y evitable y así puedan las personas visualizar su problema desde una perspectiva mejor y más manejable, Miró (2003).

Para la reestructuración de distorsiones cognitivas se tomó como referencia los procedimientos expuestos por Olivares, Méndez y Moreno (2001), sobre la Terapia Cognitiva de Beck, en el cual se establecen las pautas a seguir para modificar los esquemas cognitivos que dirigen las respuestas conductuales y emocionales que emite el(la) usuario(a) en la intervención.

Entre los principios y las pautas de esta terapia, Carrasco y Espinar (2009), señalan la importancia de partir de que todas las personas tienen esquemas cognitivos básicos y que dichos esquemas pueden incluir pensamientos automáticos y/o distorsiones cognitivas que afecten el desarrollo de las actividades cotidianas en las personas.

Con respecto a los procedimientos que conlleva la Terapia Cognitiva de Beck, Olivares, Méndez y Moreno (2001) establecen cuatro fases la primera de ellas educativa, enfocada en instruir al(a) consultante sobre el modelo a seguir en Terapia Cognitiva y la relevancia para su problemática. La segunda se basa en el entrenamiento en la identificación de pensamientos automáticos mediante procedimientos de observación y registro. La tercera

fase corresponde a la aplicación y se refiere a someter a Prueba de Realidad los pensamientos registrados mediante el uso del diálogo socrático. Por último, la cuarta fase es la modificación de los esquemas básicos, una vez que se ha entendido la forma en que se están interpretando (pensando) las situaciones y cómo esta interpretación está manteniendo la problemática vigente y de esta forma, lograr alterar el patrón de pensamiento que manifiesta el(la) consultante.

- Solución de problemas

La solución de problemas es un procedimientos cognitivo conductual que se orienta en aumentar la capacidad que tienen las personas para solucionar situaciones catalogadas como problemas y se enfoca en aumentar o implementar estrategias de afrontamiento más efectivas que las practicadas hasta el momento (Díaz et al. 2012).

La implementación de este tipo de procedimientos se basa en cinco fases principales según Díaz et al. (2012) y Labrador (2009), las cuales son:

1. Orientación general: Entre las características que tiene este procedimiento se encuentra el aumento de la capacidad del individuo para sentirse capaz de manejar los problemas, así como el cambio de visión ante los problemas y considerarlos como retos.
2. Definición y formulación del problema: Esta fase se refiere a la recopilación de información necesaria para conocer el problema, de manera que se puedan establecer metas realistas y reevaluar el sentido del problema como una oportunidad de crecimiento personal.
3. Generación de alternativas de solución: En esta fase se establecen la cantidad de alternativas de solución, el análisis de las acciones más efectivas a corto y mediano plazo y la diversidad de soluciones con que se pueda contar.

4. Toma de decisiones: Se enfoca en la definición de la alternativa a llevar a cabo, se propone de manera anticipada los posibles resultados de esta decisión y se prepara un plan de solución ante los posibles resultados a obtener.
5. Verificación: Corresponde a la puesta en práctica de las acciones elegidas, así como la evaluación de los resultados esperados y los resultados obtenidos.

Por medio de estas acciones la persona aprende a responder de una forma más positiva a las situaciones que antes resultan problemáticas y al mismo tiempo aumenta su autoeficacia para el manejo de éstas y otras situaciones.

- Técnicas de Autocontrol

Tomando en cuenta el objetivo de los procedimientos de autocontrol, las técnicas más utilizadas para este fin son: las centradas en la conducta (autoobservación y el registro, entrenamiento en respuestas alternativas, los contratos conductuales), las que se enfocan en la planificación ambiental (restricción física, presentación, reducción o eliminación de estímulos discriminativos, modificar condiciones fisiológica, entre otras), estrategias cognitivas (detención de pensamiento, entrenamiento en autoinstrucciones) y técnicas de programación conductual (autorrefuerzo y autocastigo), clasificación que realiza Labrador (2009).

Es importante mencionar que el procedimiento para aplicar técnicas de autocontrol se lleva a cabo en tres pasos o fases (Olivares, Méndez y Lozano, 2001). El primer paso para el aprendizaje de este procedimiento está determinado por actividades informativas y educativas acerca de la técnica, los objetivos de esta y su relevancia frente a la problemática. La segunda fase corresponde al entrenamiento, en la cual se registra el comportamiento de la conducta a modificar, de acuerdo con esto se establecen los objetivos realistas a alcanzar, se elige el método de autocontrol más adecuado y se programa la

autoaplicación de dicho método. Como tercera etapa del proceso se realiza el entrenamiento directamente sobre la conducta elegida, según lo planeado en las fases anteriores.

- Focalización de la Atención

Consiste en entrenar al paciente para que aprenda a focalizar la atención hacia estímulos que le sean menos estresantes y perturbadores, con el objetivo de contrastar la conducta tradicional de enfocar la atención en aquellos pensamientos, conductas o emociones relacionados con la problemática que experimentan (León, 2007).

- Técnicas de Manejo de Contingencias

Las principales técnicas, que se enfocan en el cambio del patrón conductual en las personas con problemáticas relacionadas con dolor, se refieren al establecimiento de conductas alternativas a las conductas de dolor. Estas conductas alternativas, según lo propone León (2007) están enfocadas en la reducción del aislamiento y al aumento en la realización de actividades gratificantes, así como el aumento de la actividad física que le sea posible realizar.

Para lograr la realización de las actividades mencionadas, el manejo de contingencias propone realizar contratos conductuales (Labrador, 2009), los cuales reúnan las variables necesarias para que se lleven a cabo dichas actividades, aunado a un compromiso “formal” que el(la) usuario (a) se hace responsable de cumplir

Díaz et al. (2010), mencionan la relevancia que tienen este tipo de intervenciones, así como las de reducción de conducta, para lograr contrarrestar las conductas de dolor frecuentes en pacientes que han desarrollado dolor crónico, ya que se implementan nuevas formas de afrontamientos más efectivas que las utilizadas inicialmente por el(la) usuario(a).

Una vez que el conocimiento de las distintas estrategias de intervención se establecen, éstas se consolidaron por medio del uso de técnicas como el *role playing*, *la imaginación*

guiada y la exposición gradual (Miró, 2003), bajo el ambiente controlado del consultorio clínico, para poder tener un mejor manejo de las variables que puedan afectar el desarrollo de los ejercicios.

c. Generalización y Seguimiento

Con respecto a la generalización de los procedimientos, a pesar de que se colocan en la mayoría de los tratamientos cognitivo conductuales en los últimos apartados de las intervenciones, se conoce que su aplicación abarca todas las demás fases de tratamiento, ya que el terapeuta debe proyectar continuamente la importancia de la aplicabilidad de los elementos adquiridos en la sesión hacia otros contextos, para la aplicación continua en los ambientes naturales de los pacientes, según se ha establecido desde el modelo seguido, en este caso Olivares y Méndez (2001) y Miró (2003).

Una de las estrategias para la generalización de las respuestas esperadas se centra en analizar con el usuario(a) la mayor cantidad de ejemplos cotidianos posibles en los que se presenten situaciones que ameriten la puesta en práctica de las técnicas y procedimientos brindados (Milán y Mitchell, 1991). Otra de los procedimientos que establecen autores mencionados anteriormente corresponde a la realización de ejercicios no planificados (espontáneos) en las intervenciones para que la capacidad del usuario(a) aumente en la manifestación de comportamientos esperados, esto con el objetivo de lograr la generalización y así poder prever y evitar respuestas negativas.

Con respecto al seguimiento, una vez finalizado los procesos de adquisición, aplicación y generalización de las técnicas para contrarrestar el dolor, es necesaria la programación de sesiones distanciadas, en las cuales se debe de dar cuenta por medio de autorregistros o

evaluaciones específicas, sobre los logros obtenidos y las dificultades encontradas en el camino.

También se deben implementar estrategias de manejo de reforzadores intermitentes, principalmente entrenando a agentes naturales de cambio (Milán y Mitchell, 1991), y realizando sesiones enfocadas en la prevención de recaídas, para que la persona pueda tener la mayor cantidad de elementos posibles que le hagan seguir utilizando las herramientas aprendidas y mejorando su calidad de vida.

Tomando en cuenta que la realización de este trabajo involucró la intervención con el equipo de profesionales de la institución donde se realizó la Práctica Dirigida, para brindarle estrategias para el manejo del estrés laboral y la prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, a continuación se presentará el fundamento teórico que respalda dicha intervención.

4. *Síndrome de Quemarse por el Trabajo*

Analizando de manera general la dinámica laboral social, donde se vuelve relevante alcanzar el éxito personal a través del desempeño que se demuestre en el trabajo, debe considerarse de igual importancia el abordaje integral en acciones de prevención sobre las consecuencias que este marco de acción laboral pueda estar provocando en los trabajadores de todas las instituciones.

Lamentablemente, este tipo de acciones de prevención, no se realizaron antes de que hayan amplios registros de personas afectadas por el estrés, la sobrecarga laboral y baja motivación al trabajo, acciones que repercuten en una disminución en la producción de los servicios que prestaban las empresas e instituciones, razón por la cual se le presta atención a la enfermedad laboral que hoy conocemos como Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

El estudio de esta temática tuvo su inicio en la década de los años 70, debido a una marcada disminución de la producción y la calidad de los servicios que brindaban las áreas laborales de atención al cliente (Gil-Monte, 2007).

Inicialmente se investigó como estrés laboral, donde el estudio estaba enfocado en la exploración de los síntomas que las personas presentaban. Los estudios que destacaron en la etapa inicial fueron los realizados por Freudenberguer (1974) y Maslach (1981), citados por Mézerville (2008).

Más adelante se desarrollaron modelos explicativos de este síndrome, que fueron estableciendo las bases conceptuales y metodológicas necesarias para la producción de tratamientos de atención y prevención que fueron eficaces para contrarrestar y/o evitar sus consecuencias.

Con respecto a la conceptualización actual de este Síndrome, Gil-Monte (2006) se refiere a este como:

Una respuesta ante el estrés laboral crónico (...) una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional (p.44).

Esta definición da a conocer no solo elementos que evocan el desarrollo de este padecimiento, sino que además señala los factores que influyen y la dinámica que se gesta para que la persona se considere “*quemada por su trabajo*”.

Por medio esta definición se puede catalogar el padecimiento como de aparición progresiva, no es una respuesta espontánea y única, es una serie de síntomas que poco a poco van afectando a niveles mayores la actividad laboral del individuo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

También vale mencionar que, a pesar de que el Síndrome de Quemarse por el Trabajo es provocado por la actividad laboral, las consecuencias que trae este para las personas se extrapolan a otras áreas como la familiar, personal y social, produciendo así una sensación de deterioro generalizado que abre la posibilidad de sufrir otros padecimientos sino se interviene a tiempo.

Por estas razones vale la pena conocer con mejor detalle este síndrome, para así poder intervenir de la manera más adecuada con técnicas y procedimientos que lo contrarresten y haciendo las modificaciones institucionales necesarias, o en el mejor de los casos, identificándolo a tiempo para prevenirlo.

a. Dimensiones del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

A partir de 1974, periodo que se establece como el inicio del estudio e investigaciones sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2006; Popp, 2008), este síndrome se estudia como un solo fenómeno laboral, identificado por medio de un marcado agotamiento del personal que labora en las instituciones. Con el paso del tiempo y el avance de las investigaciones sobre este tema, el modelo de funcionamiento de este padecimiento se estructura en tres dimensiones que se entrelazan en su interacción.

Estas dimensiones se establecieron a través de la perspectiva psicosocial, la cual señala que este Síndrome se desarrolla mediante un proceso de interacción constante entre los elementos que conforman el ámbito laboral y las variables personales que posee cada individuo (Gil-Monte, 1997).

Las tres dimensiones o características más destacables del Síndrome de Quemarse por el Trabajo fueron establecidas por Maslach y Jackson (1981, citado por Gil-Monte, 2007), quienes se consideran los exponentes más relevantes en el estudio de este síndrome y

corresponden a una sensación de desgaste o agotamiento emocional, despersonalización, baja autorrealización personal, provocado por la interacción antes mencionada, entre lo laboral y las características personales. Al respecto Dunford, Shipp, I. Boss, Angermeir y Boss (2012), definen estas dimensiones de la siguiente forma:

- El *Desgaste o Agotamientos Emocional*, se enfoca en la descripción personal que hace referencia al cansancio crónico de enfrentarse siempre a situaciones y contextos que implican alto grado de estrés y que son evaluados por el sujeto como *negativos*, la descripción que hacen las personas sobre este aspecto es el de “no poder dar más afectivamente” en las labores que realiza ni con las personas con las que mantienen contacto directo en el trabajo.
- La *Despersonalización* se refiere según este mismo autor (Gil-Monte, 2006) a una serie de actitudes de cinismo frente a las problemáticas o situaciones que presenta el usuario del servicio, con frecuencia las personas las describen como deshumanizadas, poco empáticas con las situaciones que se le presentan a diario.
- La *Baja Autorrealización Personal*, se puede identificar por sentimientos de insatisfacción frente a la labor que realizan y la función que tiene esta hacia ellos mismo y hacia las personas que hacen uso de su servicio, con frecuencia son personas que se autoevalúan muy por debajo de lo que los demás compañeros o jefes lo harían con él o ella (Gil-Monte, 2006).

Para estos autores (Maslach y Jackson, 1981, citado por Gil-Monte, 2003), la dimensión que se da a conocer primeramente es la de baja realización personal en el trabajo, seguido por el agotamiento emocional. Estas dos características provocan que los trabajadores

asuman conductas y actitudes despersonalizadas con respecto a su labor y hacia los usuarios, dando paso a la vivencia de la última característica que compone el Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

b. Desencadenantes del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Cuando se habla de desencadenantes se hace referencia a aquellas variables que facilitan la aparición del Síndrome. En el caso de este padecimiento la principal variable se relaciona con los niveles elevados de *estrés laboral*, ya que este lleva al límite los recursos que los(as) sujetos tienen para afrontar la carga laboral, las demandas del entorno social y los aspectos personales que intervienen en la realización de la tarea, según lo mencionan Gil-Monte y Peiró (1997).

Estos autores establecen la diferencia entre desencadenantes y facilitadores del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, los primeros considerados aspectos crónicos que se presentan en el ámbito laboral estrictamente y los últimos se refieren a las características personales que tiene el sujeto para enfrentar los estresores que se presentan diariamente.

Para el caso particular del presente trabajo, ambos conjuntos (desencadenantes y facilitadores) se tomarán como uno solo grupo de variables que pueden estar facilitando la adquisición de patrones conductuales que conlleven a una posible causa de este padecimiento. Entre las variables de estrés mencionadas por Gil-Monte y Peiró (1997) se encuentra las siguientes:

- *Elementos del puesto y ambiente físico:* Se toman en cuenta aspectos como el ruido que se perciba en el lugar de trabajo, las vibraciones e iluminación con que se cuente, temperatura, las medidas de higiene que brinde el lugar, las dimensiones del

especio. Con respecto a los elementos del puesto se señalan los turnos de trabajo, la variedad de la tarea a desempeñar, la oportunidad de poner en práctica distintas habilidades.

- *Conflictos de roles, relaciones interpersonales y desempeño de la carrera:* Se refiere a los resultados y comportamientos que se espera que una persona realice de acuerdo al puesto que ocupa, los cuales se ven deteriorados en presencia de conflictos laborales, ambigüedad en la función que debe cumplir un trabajador, malas relaciones con los compañeros y superiores, pocas posibilidades de ascenso.
- *Uso de nuevas tecnologías y aspectos organizacionales:* Se toman en cuenta la adaptación de las personas al medio laboral, en el cual puede intervenir negativamente la tecnología con altos niveles de dificultad en el manejo, así como la centralización y el formalismo en la relación con los altos mandos de la institución, los procedimientos burocráticos, el establecimiento de un clima laboral desmotivador para el trabajador, la baja cohesión grupal en la institución, entre otros.
- *Variables demográficas:* Entre ellas interviene el sexo, la edad, el estado civil, los hijos(as), la cantidad de tiempo en el puesto o ejerciendo la profesión.
- *Los Estilos de Personalidad:* Aquellas personas que tienen facilidad en el establecimiento de relaciones afectivas fuertes, que son sensibles, altruistas, susceptibles, son las que se encuentran más sensibles a la afectación del SQT. El mismo riesgo tienen las personas con personalidad tipo A (manifiestan impaciencia, competitividad, sobreesfuerzo por alcanzar el logro), ya que las habilidades para el manejo del estrés se agotan con facilidad y las consecuencias.

- *Las estrategias de afrontamiento:* Se refiere al conjunto de alternativas personales, sociales o familiares, con que la persona cuenta para enfrentar las situaciones que les provoquen niveles elevados de estrés y preocupación. Si estos factores protectores no están a disposición del(a) trabajador(a), está se encuentra vulnerable a verse afectado significativamente al momento que aparezcan estresores ambientales.

Es importante recalcar que este conjunto de variables no se dan por si solos, sino que se van presentando con el paso del tiempo hasta crear una atmósfera negativa alrededor de las actividades relacionadas con el trabajo, estos produce la aparición de las principales características del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, el desgaste emocional, la despersonalización y la baja autorrealización personal.

Se debe admitir que no en todos los casos que se consideren como Síndrome de Quemarse por el Trabajo presentan el grupo de variables mencionadas, ya que algunas de ellas son excluyentes, como en el caso de la personalidad tipo A y tipo B, o bien porque las personas pueden tener a disposición algunos de los recursos mencionados, pero estos no resulten suficientes para afrontar las situaciones estresantes que se presenten (Ortega y López, 2004).

c) Consecuencias del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

Al igual que los síntomas, las consecuencias del Síndrome son muy variadas y alcanzan a afectar significativamente así mismos(as) y a los distintos ámbitos importantes donde las personas se relacionan.

En el caso propiamente de las consecuencias, estas pueden ser identificadas en distintos niveles entre las que se menciona: la salud, las relaciones interpersonales, los procesos

cognitivos, la dimensión emocional, elementos conductuales y aspectos del desempeño laboral, los cuales han sido mencionados por Gil-Monte y Peiró (1997) y Gil-Monte (2007) y confirmados por estudios como el de Mézerville (2008) y Jara (2009), en el ámbito nacional con distintos grupos de estudio.

Entre las consecuencias involucradas con este padecimiento, Gil-Monte (2006) menciona las siguientes:

- ❖ Salud: Se mencionan todas aquellas manifestaciones psicósomáticas de los trabajadores, como dolores de estomago, cabeza y espalda intensos, falta de apetito, sudoración anormal, sensación de tensión, nerviosismo y fatiga constante, crisis asmática, hinchazón, contracturas musculares, alteraciones del sueño, hipertensión, dolores, diarreas y catarros.
- ❖ Relaciones Interpersonales: Dificultad para establecer y mantener relaciones sociales positivas, disminución de la capacidad para solucionar los conflictos, uso de estrategias poco asertivas al momento de comunicarse con los demás, mala calidad de la comunicación con los compañeros de trabajo y otras personas significativas, manejo deficiente de situaciones familiares, insatisfacción con su pareja, trabajo y/o amigos.
- ❖ Alteraciones Cognitivas: Frecuencia de pensamientos contradictorios con respecto a su trabajo y a su vida personal, falta de control de las situaciones laborales o familiares, pensamientos de baja autoestima y poca valoración de trabajo, pensar que no puede acabar las tareas o que se encuentra muy mal, presencia de pensamientos irracionales respecto a la capacidad para desarrollar su trabajo, bajos niveles de autoeficacia, disminución del sentido del trabajo.

- ❖ Emociones Negativas: Se experimentan con más frecuencia los sentimientos de apatía, principalmente hacia las demandas que presentan el trabajo, en especial aquellas profesiones que ameritan contacto con usuarios de servicios, como lo menciona Gil-Monte (2006), así como insatisfacción hacia las tareas que se realizan y los resultados que se obtienen.

La frustración es otra de las emociones experimentadas cuando aparece el SQT, lo cual dificulta la obtención de un producto esperado o el cumplimiento de los objetivos personales y organizacionales establecidos, ya que el individuo experimenta una sensación de contrariedad que dificulta llevar a cabo las acciones para su realización.

También se vive constantemente experimentando ira y enojo, fatiga y culpa como consecuencia de los pensamientos negativos constantes y las actitudes tomadas para enfrentar el estrés.

- ❖ Conductas Desadaptativas: Como un círculo vicioso con la presencia de emociones y pensamientos negativos, los comportamientos se manifestarán de la misma forma, debido a la dinámica estrecha que existen entre estos sistemas de respuesta.

La condición del Síndrome se da a conocer en el comportamientos de ausentismo, tardías constantes, frecuentes incapacidades o abandono del trabajo, verbalizaciones negativas hacia las personas, evitación del contacto con el entorno laboral, impaciencia, quejas constantes ante cualquier evento, mal trato a los usuarios del servicio brindado, aislamiento y actitud poco colaboradora.

- ❖ Desempeño laboral: Se destaca el bajo nivel de productividad, el establecimiento de un clima laboral negativo, mala calidad del servicio, rendimiento laboral disminuido, aumento en el número de accidentes laborales y dificultad para tomar decisiones en el trabajo.

d) *Estrés Laboral*

El estrés laboral es una condición inherente al proceso de quemarse por el trabajo, sin embargo, corresponde solamente a uno de los aspectos que conlleva padecer este Síndrome. Mientras el Síndrome de Quemarse por el Trabajo es una condición cercana al acoso psicosocial, el estrés laboral es entendido como:

Un proceso dinámico de interacción entre la personas y su entorno, en el que existe un desequilibrio entre las demandas del entorno y la capacidad de respuesta bajo condiciones donde el fracaso en hacer frente a esas demandas tiene consecuencias negativas importantes para la persona (Gil-Monte, 2006, p. 41).

Otros autores como Rosas y León (2006) señalan que el Síndrome de Quemarse por el Trabajo es una manifestación de un estado de estrés laboral crónico, lo cual es una propuesta similar a la dada por autores como Gil-Monte y Peiró (1997). Por otra parte, Grace (2002) menciona que el estrés se relaciona más claramente con estados de fatiga crónica que con características de estar quemado por el trabajo.

Sea cual sea la relación que se realice del estrés con respecto al Síndrome de Quemarse por el Trabajo, el aspecto que debe estar presente es la diferencia que tiene un concepto del otro y la importancia de intervenir en el fomento de estrategias efectivas de afrontamiento del estrés para que estas aumenten en las personas la capacidad para el manejo de las situaciones laborales que puedan provocar estados de estrés crónicos.

e) *Estrategias de Afrontamiento para el Manejo del Estrés Laboral*

El estudio sobre el desarrollo de estrategias de afrontamiento esta demarcado por el trabajo realizado por Lazarus y Folkman (1986) y de estos postulados se han generado gran cantidad de trabajos que enfatizan en el establecimiento de habilidades para contrarrestar

los niveles de estrés elevados, con el objetivo de que los individuos puedan hacer frente a estas situaciones de manera más efectiva.

Analizando los aspectos conceptuales del afrontamiento, este se define como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164).

Las estrategias de afrontamiento, que los autores anteriormente mencionados proponen, también han sido utilizadas para canalizar el estrés que provoca la actividad laboral. De esta forma Gil-Monte y Peiró (1997), señalan que el Síndrome de Quemarse por el Trabajo se refiere a un modo de procesamiento cognitivo/evaluativo de los estresores laborales, seguido de una cadena conductual (motora) que refuerza el establecimiento de dichas formas de pensamiento, se hace necesario la intervención psicológica que fomente otras estrategias más efectivas que ayuden al trabajador(a) a mantener un buen desempeño en la labor que realiza.

Las estrategias de afrontamiento, tal y como lo propone Lazarus y Folkman (1986, citado por Gil-Monte y Peiró, 1997) corresponde a “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 65).

Esta perspectiva deja ver claramente la aplicabilidad de esta propuesta para las intervenciones dirigidas al sujeto en el ámbito laboral, teniendo en cuenta que la misma debe estar acompañada de otras intervenciones enfocadas en el bienestar organizacional e interpersonal de los trabajadores.

- Tipos de estrategias de afrontamiento

El abordaje dirigido al desarrollo de estrategias de afrontamiento maneja distintas vertientes de acuerdo a las respuestas que la persona necesita evocar para manejarse de manera efectiva en los distintos ámbitos de su vida personal, en este caso en el trabajo.

Existe el afrontamiento dirigido a regular las repuestas emocionales y el afrontamiento dirigido a manejar los aspectos relacionados con el problema (Gil-Monte, 2006). La primera de ellas centra su atención en modificar las respuestas emocionales que hacen que la persona responda ante una situación estresante por medio de conductas de desplazamiento de la atención, como el realizar otras actividades menos necesarias, así como reprimiendo lo que siente o experimentando culpa, de forma que se puedan cambiar por otras respuestas como la búsqueda de información para solucionar la situación, expresión asertiva de emociones, ubicar personas que funcionen como apoyo social, entre otras alternativas.

El segundo, dirigido hacia el problema, promueve la identificación de aspectos positivos de una situación, la disminución de los pensamientos irracionales frente a los estresores y contrarrestar comportamientos de evitación de las situaciones.

Las estrategias individuales más efectivas para el afrontamiento del estrés laboral y la prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, se encuentra el *entrenamiento en la solución de problemas*, el cual colabora en la toma de decisiones y acciones adecuadas así como el análisis de un rango más amplio de opciones para escoger; el *entrenamiento en asertividad*, que contribuya a la expresión de sentimientos y opiniones efectiva sin irrespetar a los demás; la *planificación de las actividades y el manejo del tiempo*, el cual beneficia la implementación de actividades alternativas que colaboran con el manejo de la carga laboral; también mencionan la práctica de la relajación, la utilización efectiva de los

tiempos de descanso y el cambio de puesto, como última alternativa, según Gil-Monte (2003).

III. Objetivos

A. Objetivos Generales:

1. Articular la intervención clínica desde el Modelo Cognitivo Conductual, dirigida a personas que sufren dolor crónico benigno, así como a sus familiares, en Clínica del Control del Dolor y Cuidado Paliativo de Puriscal
2. Promover estilos de vida saludable y prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, en el personal profesional que atiende en la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal.

B. Objetivos Específicos:

- 1.1 Utilizar procedimientos de evaluación conductual que determinen la estructura y los objetivos de la intervención.
- 1.2 Elaborar planes de intervención desde el enfoque Cognitivo Conductual para personas que presentan dolor crónico benigno en la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo de Puriscal.
- 1.3 Aplicar los programas de intervención psicológica Cognitivo Conductual, para el control del dolor crónico benigno.
- 1.4 Evaluar la efectividad de las intervenciones psicológicas Cognitivo Conductual, para el manejo del dolor crónico benigno.
- 2.1 Diseñar talleres de apoyo para la prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo y el desarrollo de estilos de vida saludable en el personal profesional que atiende en la Clínica.

2.2 Aplicar los talleres de prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo y el desarrollo de estilos de vida saludable en el personal profesional de la Clínica.

2.3 Evaluar la efectividad de los talleres aplicados al personal profesional de la Clínica.

C. Objetivos Externos:

1. Contribuir en la atención psicológica que brinda la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal, para el manejo del dolor crónico benigno.
2. Apoyar las acciones del equipo interdisciplinario que trabaja en esta Clínica, en brindar el servicio integral de atención del dolor a la mayor cantidad de usuarios que así lo requieren.
3. Reconocer la validez de las técnicas y procedimientos Cognitivos Conductuales Emocionales, para la atención al paciente con dolor crónico benigno.

IV. Metodología

En este apartado se muestra la información relacionada con la población que se atendió durante la práctica, tanto en la modalidad de intervención individual, familiar y grupal. Así mismo, se describe de manera detallada el tipo de trabajo realizado en los distintos abordajes, las funciones y tareas desarrolladas, la metodología de supervisión establecida para la práctica y los procedimientos de evaluación de la misma, entre otras acciones que favorecieron el cumplimiento de los objetivos propuestos en el presente trabajo.

A. Características de la Población

La información que se muestra a continuación corresponde a las características de la población atendida en las metodologías de intervención individual-familiar, grupal y en los talleres para el equipo de atención de la Clínica del Dolor en Puriscal.

Se aclara que los aspectos concernientes a la intervención familiar, no se registraron en este apartado debido a que éstas se realizaron dentro del marco de las intervenciones individuales para el manejo del dolor crónico benigno, las cuales se incluyeron en las circunstancias que fueron necesarias, una o varias personas de núcleo familiar más cercano al consultante para que formara parte de la sesión. Esto se realizó con el objetivo de conseguir el acompañamiento y apoyo del contexto familiar y así, aumentar la probabilidad de conseguir cambios importantes con respecto a la problemática que los(as) consultantes presentaban.

1. Población atendida a nivel Individual

La población participante de las intervenciones individuales estuvo constituida por aquellas personas que asistieron al servicio de consulta externa de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal, quienes presentaban problemáticas relacionadas al dolor crónico benigno. Las personas que fueron atendidas a nivel psicológico durante la práctica ingresaron por dos vías principales, por medio de la referencia directa de la doctora de la Clínica del Dolor, ya fuera esta referencia verbal o escrita, o por recomendación de la psicóloga de planta quien refirió los casos nuevos para que fueran atendidos en este espacio.

Es importante mencionar que el criterio de exclusión que se estableció para la atención psicológica brindada fueron personas que poseían en su expediente médico diagnósticos de trastornos psiquiátricos severos que dificultaran el desarrollo eficaz de las intervenciones psicológicas.

Con respecto a la población que formó parte de la intervención psicológica para el control del dolor, fueron atendidas a nivel individual un total de 14 personas, de las cuales 3 recibieron de 1 a 3 sesiones (proceso que se consideran incompletos), 2 personas recibieron entre 4 y 5 sesiones y 9 personas asistieron a más de 6 sesiones, considerados procesos completos. Esta información se visualiza en la Tabla 1, que se presenta a continuación:

Tabla 1.

Personas Atendidas Individualmente de acuerdo a las sesiones asistidas.

Sesiones	Cantidad de Personas Atendidas	Porcentaje
De 1 a 3 sesiones	3	22%
De 4 a 5 sesiones	2	14%
De 6 a 14 sesiones	9	64%
TOTAL	14	100%

Tomando en cuenta la edad de las personas atendidas individualmente, el rango general se extendió desde los 30 años de edad hasta los 55 años de edad. La población que consultó en mayor medida durante la práctica dirigida estuvo constituida por los rangos entre 30 a 34 años y 50 a 54 años de edad, datos que se pueden observar en la Tabla 2.

Tabla 2.

Cantidad de Personas Atendidas en la Práctica de acuerdo a la Edad.

Rango Etario	Cantidad de Personas	Porcentaje
De 30 a 34 años	4	29%
De 35 a 39 años	1	7%
De 40 a 44 años	1	7%
De 45 a 49 años	3	21%
De 50 a 54 años	5	36%
TOTAL	14	100%

Con respecto a la variable de género, la población atendida tuvo una dinámica marcadamente femenina, donde del total de 14 personas, solamente dos masculinos fueron atendidos, las demás (12 personas) eran femeninas (Ver tabla No.3).

Tabla 3.

Personas atendidas de acuerdo al Género

Género	Cantidad de Personas	Porcentaje
Femenino	12	86%
Masculino	2	14%
TOTAL	14	100%

En relación al estado civil de las personas que consultaron durante la práctica, la Tabla 4 muestra los datos más relevantes en este rubro.

Tabla 4.

Estado Civil de las Personas Atendidas

Estado Civil	Cantidad de Personas	Porcentaje
Casada	6	43%
Divorciada	2	14%
Unión Libre	2	14%
Soltera	4	29%
Viuda	0	0%
TOTAL	14	100%

A partir de la Tabla 4, se puede ver como la condición en la que se encontraban la mayor cantidad de personas atendidas fue *casada* (6 personas), y en menor medida se encontraban en *unión libre* (2 personas) o *divorciada* (2 personas).

De acuerdo con el lugar de procedencia de las personas que recibieron atención psicológica durante la práctica, la Tabla 5 contiene el detalle de dichos aspectos.

Tabla 5.

Cantones y Distritos de Procedencia de las Personas Atendidas

Procedencia por distrito	Cantidad de Personas	Porcentaje
Puriscal		
Santiago	6	43%
San Rafael	1	7.1%
Desamparaditos	1	7.1%
San Antonio	1	7.1%
Chires	1	7.1%
Turrubares		
San Pablo	1	7.1%
Mora		
Guayabo	2	14.2%
Ciudad Colón	1	7.1%
TOTAL	14	100%

Tomando en cuenta que el servicio de la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo se concentran en la atención de los cantones de Puriscal, Turrubares y algunas zonas de Mora, la población que formó parte de la práctica fue marcadamente mayor en Puriscal con un total de 10 personas atendidas y la menor parte de las personas atendidas provenía del cantón de Turrubares (2 personass)

2. Población atendida a nivel Grupal.

Las personas que participaron en la intervención grupal fueron seleccionadas de acuerdo a una lista de espera que poseía el departamento de Psicología, las cuales presentaban la sintomatología característica de la Fibromialgia y poseían este diagnóstico en el expediente clínico. Una vez iniciada la intervención se realizó la evaluación pertinente (revisión de puntos precipitantes del dolor, sintomatología, nivel de dolor, duración del padecimiento, entre otros aspectos) para confirmar o descartar este padecimiento.

Fueron atendidas a nivel Grupal un total de 15 personas. Sin embargo, solamente 10 participantes se mantuvieron asistiendo a la mayor parte de las sesiones establecidas (6 o más sesiones), 4 personas se presentaron irregularmente (3 o menos sesiones) y 1 de las invitadas no llegó. Por lo tanto el total atendido fue de 14 personas.

Entre las características a destacar del grupo está el aspecto de género, que fue en su totalidad femenino (14 personas), fenómeno que se explica por el tipo de padecimiento atendido, ya que su incidencia se encuentra enfocado en este grupo (Miró, 2003).

Otras características fue el rango de edad presentado en el Tabla 6, en la que se puede ver la variabilidad en la distribución de personas en los diferentes rangos, aunque se destaca que el rango general se ubicó entre los 45 a los 69 años de edad.

Tabla 6.

Cantidad de Participantes de acuerdo al Rango de Edad

Rango Etario	Cantidad de Personas	Porcentaje
De 45 a 49 años	3	21.4%
De 50 a 54 años	2	14.3%
De 55 a 59 años	3	21.4%
De 60 a 64 años	2	14.3%
De 65 a 69 años	4	28.6%
TOTAL	14	100%

En relación al estado civil de las personas que formaron parte del grupo de intervención, la mayoría se encontraban casadas (4 personas) o viudas (4 personas), por el contrario ninguna persona de las atendidas se encontraba en unión libre. La Tabla 7 detalla esta información a continuación.

Tabla 7.

Cantidad de Participantes de acuerdo al Estado Civil

Estado Civil	Cantidad de Personas	Porcentaje
Casada	4	28.6%
Divorciada	3	21.4%
Unión Libre	0	0%
Soltera	3	21.4%
Viuda	4	28.6%
TOTAL	14	100%

En la Tabla 8 se muestra la distribución de la población atendida en la intervención grupal de acuerdo con el lugar de procedencia.

Tabla 8.

Procedencia de las Participantes

Procedencia por Distrito	Cantidad de Personas	Porcentaje
Puriscal		
Santiago	5	35.7%
Mercedes Sur	1	7.1%
Barbacoas	3	21.4%
San Rafael	1	7.1%
San Antonio	3	21.4%
Mora		
Llano Grande	1	7.1 %
TOTAL	14	100%

Como se puede observar en la Tabla 8, Puriscal fue el cantón que presentó la mayor cantidad de personas que asistieron a la intervención grupal, a excepción de 1 persona del cantón de Mora, como se señaló en este gráfico.

3. Participantes de los Talleres de Prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Las personas que participaron en los talleres correspondieron al equipo de Atención de la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo de Puriscal. El total de personas que conforman este grupo es de 6, donde se encuentran las disciplinas de medicina, enfermería, psicología, nutrición, farmacología, una persona encargada de registros médicos. Además en este grupo también se encuentran los profesionales suplentes de cada una de las áreas, en este caso solo participó la suplente de enfermería debido a una situación de incapacidad de la enfermera permanente.

En relación a las características de este grupo, se señalan las siguientes:

- Este grupo estuvo conformado en su totalidad por personas de género femenino.

- Con respecto al estado civil, 4 profesionales se encontraban casadas, 2 eran solteras y 1 vive en unión libre.
- Todas eran de nacionalidad costarricense.

B. Funciones y Tareas Realizadas en la Práctica

En este apartado se expone las labores realizadas en el periodo en que se ejecutó la práctica dirigida, tomando en cuenta las funciones y tareas básicas desarrolladas tanto en las actividades de evaluación, intervención y desarrollo de talleres. A continuación se presentarán las funciones y tareas puestas en práctica:

1. Evaluar la problemática del dolor en usuarios(as) de la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo.

Como parte del proyecto en ejecución, las evaluaciones psicológicas fueron parte esencial en el establecimiento de tratamientos adecuados para los distintos padecimientos relacionados con dolor crónico benigno, de ahí que esta actividad se realizó tanto para la intervención individual como grupal. En los siguientes párrafos se describe las tareas realizadas para el cumplimiento de esta función.

a. Aplicación de técnicas de Entrevista Conductual: Se tomó como referencia la estructura establecida por Fernández (1993) y se complementó con los lineamientos de Getto, Heaton y Lehman (1983, citado por Miró, 2003), que integran aspectos específicos de la dinámica del dolor. Esto con el objetivo de recopilar los datos necesarios para el análisis integral de los factores involucrados con esta experiencia en cada consultante.

b. Evaluación por medio de *Autorregistros* (Miró, 2003): Se utilizaron como instrumento para obtener información de manera más detallada sobre la experiencia de dolor de cada consultante y la relación que tuvieran las manifestaciones de los distintos niveles de respuesta. Fue así como se aplicaron Autorregistro de Conductas de Dolor, Autorregistro de Relajación, otros autorregistros evaluaron la práctica de las técnicas trabajadas en sesión, en este caso el Autorregistro de Emociones y el Autorregistro de Técnica de Desviación de la Atención (véase en sección de Anexos). Estos instrumentos se aplicaron tanto en la intervención grupal como individual y permitieron obtener medidas iniciales y medidas de evaluación del tratamiento.

c. Aplicación del *Dibujo del Dolor* de acuerdo al diseño brindado por Miró (2003) (véase en sección de Anexos): Con el uso del dibujo se identificaron las zonas donde el(la) consultante experimenta con mayor o menor intensidad el dolor y así mismo se podía observar la evolución que iba teniendo el tratamiento. Esta herramienta funcionó en mejor forma con las pacientes que presentaban Fibromialgia, ya que el dibujo colaboró en la identificación de los puntos precipitantes del dolor, aspecto básico para el abordaje de dicha problemática.

d. Valoración del dolor mediante la *Escala Numérica* (ver sección de Anexos): Con la escala se obtuvo información acerca de la intensidad de dolor experimentada y el nivel de desagrado que tenía el(la) consultante ante la intensidad señalada. Esta escala se utilizó en todas las sesiones para que fuera un indicador de la sensación de dolor.

2. Desarrollar programas de intervención individual para el manejo del dolor crónico benigno.

Esta función consistió en la elaboración y ejecución de planes de intervención individual, mediante la puesta en práctica de técnicas cognitivas, conductuales y emocionales, para el manejo del dolor crónico benigno, los mismos se realizaron tomando como base los tratamientos expuestos por Miró (2003), Díaz et al. (2010), Moix y Casado (2011), Pastor et al. (2011) dirigidas a estas problemáticas. Las tareas que demandan esta función se detallan a continuación:

- a. Diseño de planes de intervención psicológica para el manejo del dolor crónico desde el enfoque Cognitivo Conductual Emocional.*
- b. Aplicación de técnicas y procedimientos psicológicos que colaboren en el manejo del dolor crónico de los(as) usuarios(as) del servicio.*
- c. Evaluación de los resultados a partir de la intervención realizada con estas personas.*
- d. Realización de sesiones de seguimiento de la intervención realizada.*

3. Realizar intervención psicológica grupal, para pacientes que presenten problemáticas relacionadas al manejo del dolor crónico benigno.

Una vez seleccionadas las personas que formaron parte de la intervención grupal y evaluadas las variables relacionadas al dolor, se procedió a la aplicación de planes de intervención para mejorar la calidad de vida de las personas con esta problemática, por medio de la realización de las siguientes tareas:

- a. Diseño de programas de atención psicológica grupal para el manejo del dolor crónico benigno (Ver sección de Anexos).*

b. Aplicación de los programas grupales multicomponente cognitivo, conductual y emocional para el manejo del dolor crónico benigno (Moix y Casado, 2011; Labrador, 2009; Pastor et al., 2010; Ruiz et al., 2012).

c. Evaluación de los resultados de los programas de atención psicológica grupal para el manejo del dolor crónico benigno

4. Diseño y aplicación de Talleres a los profesionales de la Clínica que promuevan estilos de vida saludable y al mismo tiempo prevengan el Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

El desarrollo de los talleres estuvo orientado a la prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, para ejecutarse con el equipo de atención de la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo, con el objetivo de sensibilizar a este grupo sobre la incidencia que tiene dicho padecimiento en trabajadores que se enfrentan diariamente a problemáticas de salud crónicas o experiencias cercanas a la muerte. Además, evidenciar la necesidad de espacios de autocuidado grupal e individual efectivos, para canalizar los niveles de estrés y la experiencia emocional que implica la carga laboral que desempeñan. Las tareas que implicaban la realización de los talleres consistieron en:

- Coordinar la disponibilidad de tiempo de los profesionales de la Clínica, para la realización de los Talleres.
- Diseño y preparación de las actividades y materiales necesarios para el desarrollo de los Talleres, Con respecto al diseño, este se realizó tomando como referencia el marco conceptual y metodológico establecido por Gil-Monte (2006), donde se enfatiza en la visión de proceso, se analizan las dimensiones en las que se da a

conocer es síndrome y se identifican los factores que lo provocan, con el objetivo de poder responder de una forma más adaptativa a las variables con las que se enfrentan todos los días el equipo de la Clínica.

- Aplicación de los Talleres para los profesionales de la Clínica,
- Evaluación de los talleres realizados a los profesionales de la Clínica, las pautas de evaluación se desarrollaron en la última sesión, y se utilizó una metodología de preguntas abiertas para evaluar los conocimientos adquiridos por medio del taller.

C. Relaciones Interdisciplinarias

Las relaciones interdisciplinarias que se establecieron durante la Práctica correspondieron, principalmente, a las establecidas con el personal profesional que atiende en la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal.

De manera general se puede decir que todo el equipo de la Clínica asimiló de forma positiva el espacio de atención que se abrió por medio de esta práctica, actitud de colaboro para que los usuarios fueran referidos a la atención psicológica que se brindaba desde acá.

Fue así como, la mayoría de casos atendidos eran referidos por parte de doctora de la Clínica, después de las citas médicas que los pacientes tenían y de una evaluación breve por parte de ella. La doctora recomendaba pasar por el consultorio que se designó para la atención psicológica de la práctica y de esta forma eran atendidos en ese momento o se les asignaba una cita programada, acciones que facilitaron el desarrollo de las intervenciones y al mismo tiempo colaboraron en la atención pronta de las problemáticas psicológicas que dificultaban el manejo del dolor. Algunos de los casos atendidos fueron referidos por parte de la nutricionista, para que se valorara la atención psicológica desde la práctica.

Esta apertura del equipo hacia la práctica realizada también colaboró en la discusión y análisis de casos atendidos en los que se debía modificar dosis farmacológicas o utilizar otros recursos como el de la nutricionista u otras acciones a nivel administrativo como el manejo de las citas.

También se formó parte de sesiones educativas con un especialista en oncología, quien capacitaba al equipo en el manejo integral de personas que sufren cáncer, lo cual abría la perspectiva psicológica de la atención en dolor crónico.

Se puede ver como la respuesta de parte del equipo de la Clínica siempre fue muy abierta a apoyar la práctica y a formar parte del análisis de casos y consultantes, para mejorar el manejo de los distintos padecimientos de una forma integral.

D. Sistema de Supervisión de la Práctica

La supervisión que se llevó a cabo durante la Práctica Dirigida la ejecutaron tanto el equipo asesor como la supervisora técnica a cargo de esta.

Por parte de la Supervisora Técnica la M.Sc. Elizabeth Valverde A., las supervisiones estaban programadas una hora semanal, sin embargo por la cercanía física que había entre el espacio de atención de ella y el de la práctica, dichas supervisiones se realizaron con mayor frecuencia y facilitaron la evaluación constante del trabajo realizado.

Por parte de Director de la práctica, Ronald Ramírez H. Ph.D. las supervisiones se realizaron una vez a la semana durante el primer mes y cada dos semanas durante el periodo de práctica que continuó.

En el caso de las lectoras, la M.Sc. Marcela León Madrigal y M.Sc. Marisol Jara Madrigal, las supervisiones se establecieron mensualmente, algunas veces los informes se entregaron

de forma personal o por medio de correos electrónicos, de acuerdo a la disponibilidad de cada una, quienes realizaban sus revisiones y señalaron los aspectos a cambiar cuando lo requería.

E. Proceso de Evaluación y Entrega de Informes

La evaluación del presente trabajo estuvo constituida por la entrega de informes y registros de intervención que se aplicaron a lo largo de la atención a los pacientes que formaron parte de las distintas modalidades de intervención psicológica, ya fuera esta individual, familiar o grupal, los cuales se entregaron mensualmente al Director de la Práctica Dirigida y Lectores y semanalmente a la Asesora Técnica de la misma.

Estos informes contaron con la información necesaria, que demostrara el avance del proceso con los pacientes en la aplicación de distintas técnicas y procedimientos psicológicos y el trabajo interdisciplinario que se realizaba.

También se realizaron informes cualitativos y cuantitativos, que reunieron las actividades realizadas semanalmente, tanto sobre la intervención, como las actividades administrativas de revisión de expedientes, actualización bibliográfica, diseño de programas de tratamiento, entre otras acciones que se detallan en el cronograma de la práctica.

F. Protección a los Sujetos

Para la protección de la integridad física y psicológica de las personas atendidas, primeramente se les explicó el marco de institucional desde el que se les atendía, aclarándoles que no era desde la Caja Costarricense de Seguro Social donde se encontraba la Clínica, sino desde la Fundación Pro-clínica del Dolor de Puriscal. Además se expuso a

cada una de ellas(os) el manejo que se iba a realizar de la información recolectada y los objetivos que tenía la atención del dolor.

Realizado esto, se les preguntó verbalmente sobre su autorización para la atención o bien el rechazo a la misma. Cuando daban su aval para ser atendidos se les dio el consentimiento formal escrito para su lectura y firma y en los casos solicitados se les brindó una copia de este documento (ver sección de Anexos).

G. Cronograma

La Práctica Dirigida se desarrolló en un periodo de 6 meses, a los cuales se le dedicó la jornada de tiempo completo, en el departamento de Psicología de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal. El horario que se cumplió fue de 7am a 4pm de lunes a jueves y los viernes de 7am a 3pm.

La distribución del tiempo que se ha propuesto para la realización de esta Práctica Dirigida incluyó el cumplimiento de las funciones y tareas establecidas mensualmente y se muestra en los siguientes cuadros.

Mes	Funciones y Tareas Desarrolladas
Marzo 2012	1. Primer semana: Se realizan actividades concernientes a la transición y adaptación al medio clínica a insertarse, entre ellas: la distribución de tiempos y espacios de atención, así como la preparación de materiales para trabajar con los pacientes, revisión de expedientes, estilos informes y hojas de control, horas de supervisión, reuniones con el equipo de atención en dolor crónico.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Segunda semana: Enfocada en la coordinación con cada profesional sobre la forma de trabajo del equipo interdisciplinario, se finaliza con el establecimiento de citas a pacientes, revisión de expedientes y preparación de material a trabajar. 3. Tercer semana: Se inicia, en la medida de lo posible con intervención individual, se preparara material para las otras sesiones, realización detallada de bitácoras de las sesiones, asistencia a las supervisiones por parte de la asesora técnica y el director de la práctica.
Abril 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primer semana: Se continua con la atención individual a pacientes, donde se realizan evaluaciones conductuales iniciales y la elaboración de planes de intervención adecuados a cada caso, así como la apertura de los expedientes correspondientes. 2. Segunda semana: Atención individual, elaboración del material necesario para el desarrollo de las sesiones, como brochures y boletines informativos, entre otros, coordinación de horas de supervisión, y reuniones con el personal interdisciplinario de la Clínica y revisión de bibliografía correspondiente. 3. Tercer semana: Atención individual finalización de evaluaciones conductuales e inicio de tratamientos, elaboración del material para sesiones, realización de bitácoras de sesión, coordinación

	<p>de horas de supervisión, y reuniones con el personal interdisciplinario de la Clínica y revisión de bibliografía correspondiente.</p> <p>4. Cuarta semana: Atención individual, revisión de autoregistros y tareas afines a las evaluaciones, asistencias a la supervisión, y reuniones con el personal interdisciplinario de la Clínica, realización de bitacoras.</p>
<p>Mayo 2012</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera semana: Intervención enfocada a la aplicación de técnicas y procedimientos para el manejo del dolor, tanto a nivel de atención individual como familiar. Se lleva paralelamente la actualización del expediente y los procedimientos de interconsulta que se consideren necesarios, revisión bibliográfica y diseño de material para las sesiones. 2. Segunda semana: Desarrollo de intervención individual y familiar. De igual forma, se realiza revisión bibliográfica, diseño de material para las sesiones y elaboración de tareas extrasesión y se realizan y presentan informes en las supervisiones establecidas y a las reuniones con equipo de la Clínica. 3. Tercera Semana: Intervención individual y familiar. Realización de bitácoras, material de trabajo, revisión bibliográfica y asistencia a las supervisiones. Se inicia con el diseño de espacios y elaboración de materiales para la realización de los Talleres a

	<p>las profesionales.</p> <p>4. Cuarta Semana: Atención individual y familiar al dolor crónico y tareas paralelas a esta actividad (bitácoras, material de apoyo, revisión bibliográfica), realización y revisión de informes en las supervisiones. Coordinación de espacios y materiales para el desarrollo de talleres a los profesionales.</p>
Junio 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera semana: Continuación de los tratamientos establecidos, las mediciones de efectividad y la evolución en el manejo del dolor, tanto individual como familiar, diseño de material para desarrollar en las sesiones. Establecimiento de interconsulta, revisión y actualización de bibliografía, actualización de expedientes, realización de supervisiones y reuniones con el equipo de la Clínica y realización de informes. Asimismo, se considerará la posibilidad de organizarse un grupo de intervención. 2. Segunda semana: Atención individual y familiar. Desarrollo de sesiones grupales, realización de bitácoras sobre las distintas intervenciones, elaboración de materiales, coordinación de profesionales para que participen del grupo de intervención. Realización del primer Taller dirigido a profesionales para la creación de espacios de psicoeducación y prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

	<p>3. Tercera semana: Atención individual y familiar, asistencia a supervisiones, realización de bitácoras, diseño de material, revisión del desarrollo de los talleres y preparación del segundo taller. Actualización de informes de sesiones individuales y grupales.</p> <p>4. Cuarta Semana: Atención individual y familiar. Desarrollo de sesiones grupales, realización de bitácoras sobre las distintas intervenciones, elaboración de materiales, coordinación de profesionales para que participen del grupo de intervención, asistencia a supervisiones y actualización de informes. Coordinación del segundo taller a profesionales.</p>
Julio 2012	<p>1. Primera semana: Se realiza intervención grupal, individual y familiar que esté programada. Se actualización de expedientes de los pacientes y se elaboran los informes semanales y mensuales de la intervención. Se prepara el material didáctico para la sesiones, establecimiento de interconsulta y se dispondrá el tiempo para las supervisiones, reuniones y revisión y actualización bibliográfica. Desarrollo del segundo Taller dirigido a profesionales para promover estilos de vida saludable.</p> <p>2. Segunda semana: Realización de intervención individual, familiar y grupal. Actualización de informes, asistencia a</p>

	<p>supervisiones. Evaluación de los talleres. Diseño de materiales de apoyo para las sesiones. Actualización de la bibliografía.</p> <p>3. Tercera semana: Realización de intervención individual, familiar y grupal. Actualización de informes, asistencia a supervisiones. Evaluación de los talleres. Diseño de materiales de apoyo para las sesiones. Revisión de las evaluaciones de los talleres. Actualización de la bibliografía.</p> <p>4. Cuarta semana: Realización de los informes mensuales de las distintas intervenciones. Desarrollo de sesiones individuales, familiares y grupales. Asistencia a supervisiones.</p>
Agosto 2012	<p>1. Primera Semana: Se inicia la finalización de tratamientos individuales y grupales establecidos. Se procede a la actualización de informes de sesión, y elaboración de informes finales de la práctica. Realización del tercer Taller dirigido a profesionales para la integración de conocimientos y prácticas aprendidas de autocuidado y estrategias de afrontamiento adaptativas. Se lleva a cabo las reuniones necesarias para la discusión del cierre de la práctica y reuniones con el equipo de la Clínica.</p> <p>2. Segunda semana: Se realizan las intervenciones individuales pendientes. Se sistematizan las evaluaciones de tratamiento realizadas y se cierran los expedientes de los pacientes, que se</p>

	<p>hayan podido terminar. Evaluación de la efectividad de los tratamientos. Asistencia a supervisiones.</p> <p>3. Tercera semana: Se finalizan los casos pendientes, realización las bitácoras y actualización de informes de cada paciente. Reuniones de información con los profesionales de la Clínica. Asistencia a supervisiones y elaboración del informe final de la Practica Dirigida.</p> <p>4. Cuarta semana: Realización las bitácoras y actualización de informes de cada paciente. Reuniones de información con los profesionales de la Clínica. Asistencia a supervisiones y elaboración del informe final de la Practica Dirigida y revisión por parte del equipo asesor.</p>
--	--

V. Resultados y Análisis

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados obtenidos en las distintas intervenciones realizadas, tomando en cuenta el abordaje individual-familiar, grupal y los talleres realizados con el equipo de atención de la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo.

En relación a la intervención se estará integrando los datos aportados por las entrevistas iniciales, los tratamientos implementados y las evaluaciones. Con respecto al desarrollo de los talleres, se dará a conocer los resultados de las sesiones, los instrumentos aplicados así como el impacto de estos sobre la dinámica del equipo de atención.

A. Proceso de Evaluación

Los resultados de las evaluaciones realizadas se presentan de manera separada de acuerdo a la estrategia de atención desarrollada. En un primer momento se exponen los resultados de la evaluación individual para el manejo del dolor crónico y en un segundo momento los resultados evaluativos del grupo.

1. Resultados del Proceso de Evaluación en la Atención Individual

Los resultados de la evaluación se dan a conocer de acuerdo con la problemática de dolor detectado, la cual se estableció a través de entrevistas conductuales, autorregistros, dibujos de dolor, revisiones de expedientes clínicos y con la puesta en práctica de procedimientos cualitativos y cuantitativos realizados para su evaluación. La cantidad de personas atendidas de acuerdo al padecimiento se muestran en la Tabla 9.

TABLA 9.**Frecuencia de los Padecimientos Atendidos Individualmente**

Diagnóstico	Cantidad de personas	Porcentaje
Fibromialgia	7	50%
Desgaste Discal	4	28.6%
Lumbalgia	2	14.3%
Polineuropatía	1	7.1%
TOTAL	14	100%

La tabla anterior muestra que durante la práctica se atendieron de un total de 14 personas por dolor crónico benigno. La mayor cantidad de personas atendidas fue por padecimientos de fibromialgia (7 personas, 50%) y la menor cantidad fue atendida por polineuropatía (1 persona, 7.1%).

A continuación se presentarán los resultados del proceso de evaluación, iniciando por el padecimiento de la fibromialgia y finalizando con el caso de polineuropatía.

a. Fibromialgia

En el caso de este padecimiento la sintomatología presentada por las consultantes fue muy variada, ya que las manifestaciones tienen una dinámica y un efecto particular en cada individuo. Por esta razón los datos que se incluyen en la siguiente tabla exponen aquellas características que presentaron la mayoría de los pacientes.

Tabla 10.

Frecuencia de la Sintomatología Presente en las Consultantes

Sintomatología Presentada	Nivel de Presencia	Manifestaciones
-Dolor generalizado	Muy frecuente	Dolor no especificado.
-Experiencia emocional Negativa	Muy frecuente	Tristeza, baja motivación hacia las actividades, sentimientos de inutilidad, cansancio y fatiga, insatisfacción personal.
-Funcionalidad disminuida	Muy frecuente	Reducción de actividades realizadas diariamente, ausencia laboral.
-Alteraciones del sueño.	Muy frecuente	Dificultad para conciliar el sueño, insomnio, pesadillas, sueño poco reparador.
-Ambiente familiar negativo.	Muy frecuente	Complicaciones médicas de hijos o pareja, convivencia familiar violenta, presencia de roles de género, habilidades de comunicación deficiente, dificultad para el manejo de límites.
-Baja respuesta a la medicación.	Muy frecuente	Frecuente asistencia a citas en la Clínica del Dolor.
-Pocos recursos de	Muy frecuente	Conducta de fumado, ausencia de

afrontamiento.		actividades alternativas y espacios de esparcimiento, aumento de actividades domésticas.
-Aspectos médicos	Muy frecuente	Olvidos frecuentes, dolores de cabeza, tratamientos médicos invasivos, secuelas de otros padecimientos.
-Otras Síntomas	Frecuente	Antecedentes de abuso sexual, poca aceptación del padecimiento, ansiedad anticipatoria

Tomando en cuenta la información de la Tabla 10, puede observarse una serie de síntomas muy variados entre cada categoría sintomatológica, pero que se presentan constantemente en la mayoría de los casos. Los síntomas que aparecen como “*muy frecuente*” fueron aquellos que se presentaron en todos los casos de fibromialgia atendidos y los que fueron calificados como “*frecuentes*”, son los que no se presentaron en uno o dos casos del total de consultantes.

De esta forma se concluye que todos los(as) usuarios(as) manifestaron dolor generalizado, expresiones emocionales negativas relacionadas al padecimiento del dolor, disminución de la funcionalidad, alteraciones del sueño, compartían problemáticas familiares diversas, manifestaban baja respuesta a la medicación recomendada, así como recursos de afrontamiento desadaptativos.

Solo en dos casos, las personas atendidas manifestaron haberse sometido a procedimientos médicos invasivos (quimioterapia, radioterapia) o se registraron antecedentes de abuso

sexual, poca aceptación del padecimiento y ansiedad anticipatoria. También se dieron a conocer una serie de problemáticas adjuntas a la demanda inicial que dificultaron el manejo del padecimiento de dolor. A continuación se presentan dichas problemática de acuerdo a los(as) usuarios(as) atendidos.

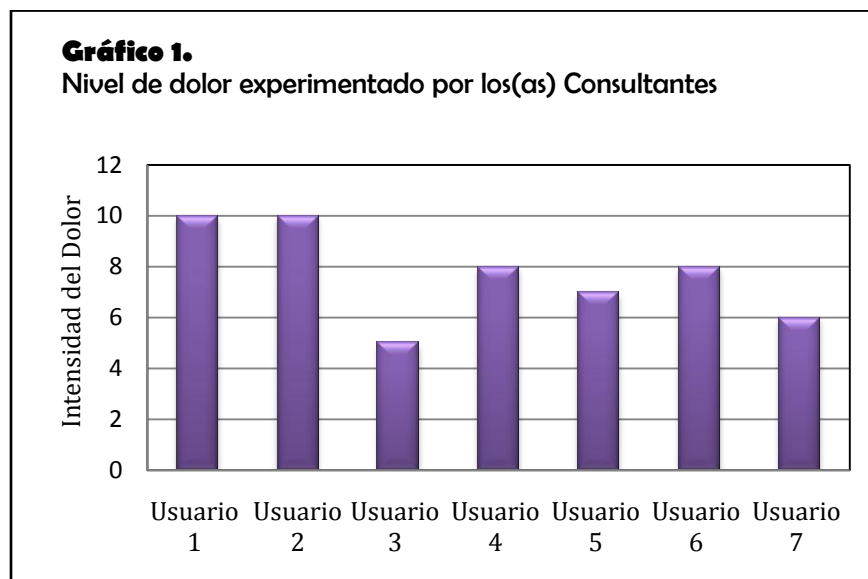
Tabla 11.

Problemáticas Adjuntas al Padecimiento de Dolor Presentes en las Consultantes

Usuario	Problemáticas Adjuntas
Usuaría 1	- Antecedentes de Trastorno Depresivo - Historial de Violencia Intrafamiliar
Usuaría 2	- Reflujo - Desgaste óseo en Rodillas - Hernia Hiatal - Parálisis facial - Gastritis - Diabetes
Usuaría 3	-Desgaste óseo -Hipertensión -Diabetes Mellitus -Descontrol en niveles de Triglicéridos -Gastritis -Infecciones y Dolor Pélvico. -Violencia Intrafamiliar
Usuaría 4	-Problema de la Vista. -Antecedente de Violencia Intrafamiliar.
Usuaría 5	-Cáncer de Cérvix
Usuaría 6	- Hernia
Usuaría 7	- Ningún padecimiento

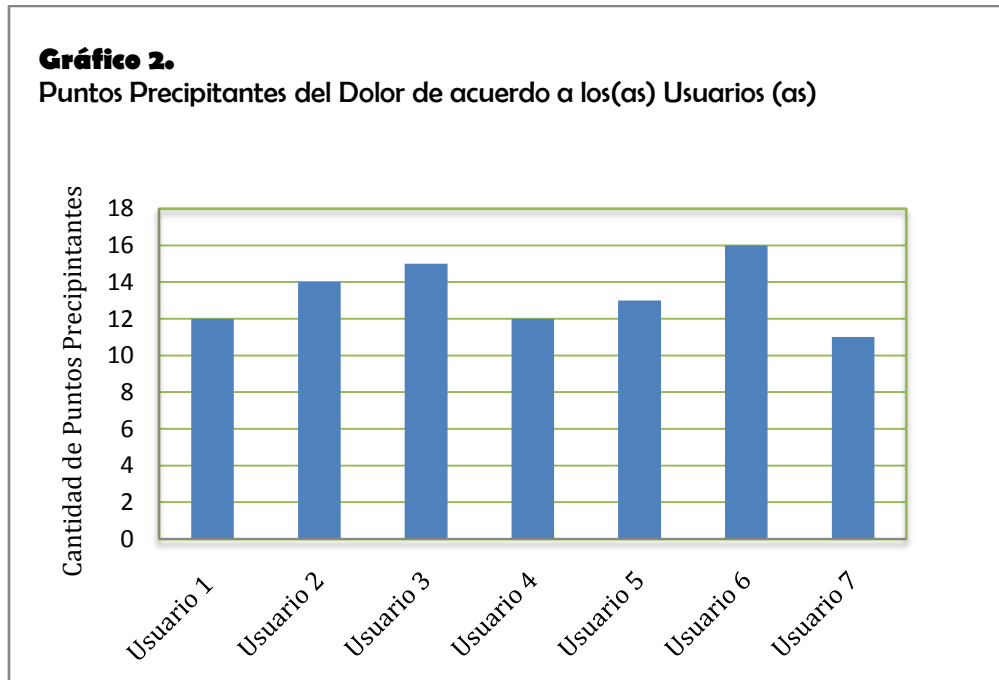
En la Tabla 11 se demuestra la presencia de problemáticas de salud y familiares que aumentaban los niveles de complejidad para el manejo del padecimiento por el que fueron referidas las pacientes, los cuales limitaron en algunas circunstancias el alcance del tratamiento psicológico realizado.

Otras medidas tomadas en la evaluación fueron los niveles de dolor presentados inicialmente. Esta información se detalla en el Gráfico 1.:



La información que aporta el Gráfico 1. muestra que, a excepción de la usuaria 3 que tuvo el puntaje más bajo, todos los casos presentaron una intensidad igual o mayor a 6, registrándose dos casos con intensidad máxima (puntuación 10). El promedio general fue de 7.71, lo cual demuestra una alta intensidad inicial de dolor en el padecimiento de fibromialgia.

Por otro lado, la evaluación de los puntos de dolor tomando en cuenta la cantidad que se presentaban en cada caso, dio a conocer los resultados que se muestran a continuación:



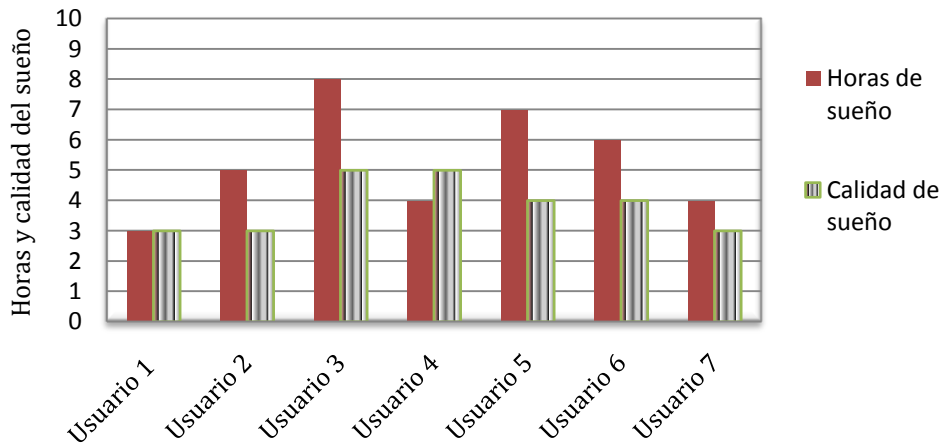
La evaluación de los puntos precipitantes de dolor dio a conocer cómo todas las consultantes experimentaban sensaciones de dolor en 11 o más puntos de su cuerpo, dato que manifiesta la gravedad del padecimiento referido y que además constituyó parte de la medición del tratamiento.

El promedio general que manifestaron los(as) consultantes fue de 13.2 en la cantidad de Puntos Precipitantes de Dolor, lo cual corresponde a una cifra mayor a la recomendada para determinar esta problemática.

Otro de los datos que manifestaron las consultantes en las entrevistas como alterado, fueron los periodos de sueño y la calidad que tenían dichos periodos, aspecto que se decidió medir y aportó los siguientes datos en la evaluación:

Gráfico 3.

Patrones de Sueño Presentaos en la Problemática de Fibromialgia



Este aspecto registró una dinámica muy variada, como se puede ver algunas consultantes reportaron periodos entre 8 y 6 horas y otras entre 4 y 3 horas, lo cual manifiesta la variabilidad de este aspecto en el padecimiento registrado. Hablando en términos de promedios, el promedios general de horas que mantenían los(as) usuarios(as) fue de 5.3 horas, cifra que no corresponde a cantidad de horas de sueño adecuadas (8 horas).

Tomando en cuenta la calidad de sueño de las usuarias atendidas, los niveles de satisfacción que manejaron no superaron una calidad de 5, en la escala subjetiva de 0 a 10. El promedio general de dicha calidad fue de 4.1, este promedio no alcanza una calidad media (nivel de 5) de las horas reales de sueño.

Lo anterior demuestra patrones de sueño deteriorados en la mayoría de las personas atendidas, ya fuera éste relacionado a las horas o a la calidad de sueño y a pesar de que en algunos casos las horas de sueño fueron adecuadas, la calidad de esos periodos en todos los

casos fue deficiente. Es decir, su descanso no era reparador, aspecto que influye en la capacidad de realizar distintas actividades y la satisfacción respecto al rendimiento diario.

b. Desgaste de Discos

Tomando en cuenta que la cantidad de personas atendidas con este padecimiento fueron un total de 4, la información recolectada por medio de la entrevista identificó la presencia de síntomas que se manifestaban de manera constante en la dinámica de cada uno de estos(as) usuarios(as). La Tabla 12 que se presenta a continuación muestra la información acerca de dichos síntomas.

Tabla 12.

Frecuencia de la Sintomatología Presente en los(as) Consultantes

Sintomatología	Nivel de Presencia	Manifestaciones
- Dolor focalizado	Muy frecuente	Piernas, brazos y espalda.
-Funcionalidad Disminuida	Muy frecuente	“Perdí el trabajo, ya no puedo hacer todo como antes lo hacía, ya no soy tan rápida”.
-Experiencia emocional negativa	Muy frecuente	“Experimento soledad, tristeza, paso preocupada/ tengo sentimientos de tristeza y nostalgia por mi condición, tengo explosiones de enojo/ me siento incomprendida”.
-Alteraciones del sueño.	Muy frecuente	“Casi no puedo dormir, tengo muchas pesadillas /dificultad para dormir por dolor/ sueño poco reparador, me cuesta dormirme”.

- Pérdida del interés por las actividades	Frecuente	“No me dan ganas de nada, no le veo sentido a la vida”.
- Núcleo familiar problemático.	Frecuente	“Mi esposo no me escucha, me siento incomprendida, mi hijo me presiona mucho, mi esposo solo pasa ofendiendo a todos”

En el caso de las personas que presentaron desgaste en discos, los síntomas que mostró la entrevista conductual en cada paciente fueron en todos los casos la experiencia de dolor focalizada en piernas, brazos y espalda. Además mostraron funcionalidad disminuida, expresiones emocionales negativas respecto al dolor, alteraciones del sueño.

En relación a los síntomas que no estuvieron presentes en todos los consultantes, identificados como frecuentes, se pueden mencionar la disminución en el interés por las actividades diarias y problemáticas alrededor del entorno familiar.

Con respecto a la presencia de otras problemáticas presentes en la condición de la salud de los(as) participantes, la Tabla 13 muestra estos elementos:

Tabla 13.

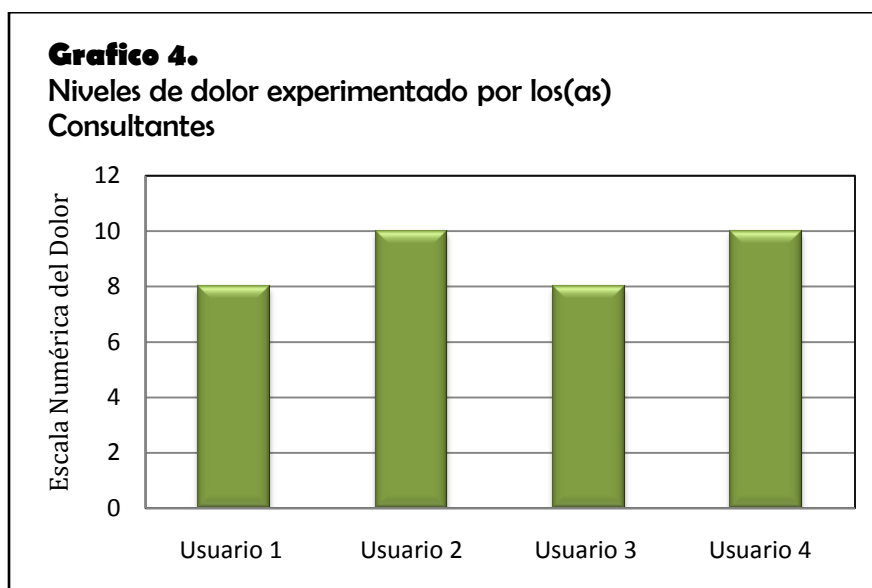
Otras Problemáticas Presentes en las Consultantes

Usuario	Problemáticas Adjuntas
Usuaría 1	- Desgaste cervical -Colitis nerviosa -Gastritis
Usuaríoa2	- Ningún padecimiento registrado
Usuaría 3	- Secuelas de 2 Accidentes Vasculares Cerebrales. - Contexto familiar de Violencia.

Usuaría 4	- Vértigo
	- Síndrome Premenstrual
	- Piedras en los Riñones
	- Colitis Nerviosa
	- Diabetes, Hipertensión, Colesterol
	- Espolón

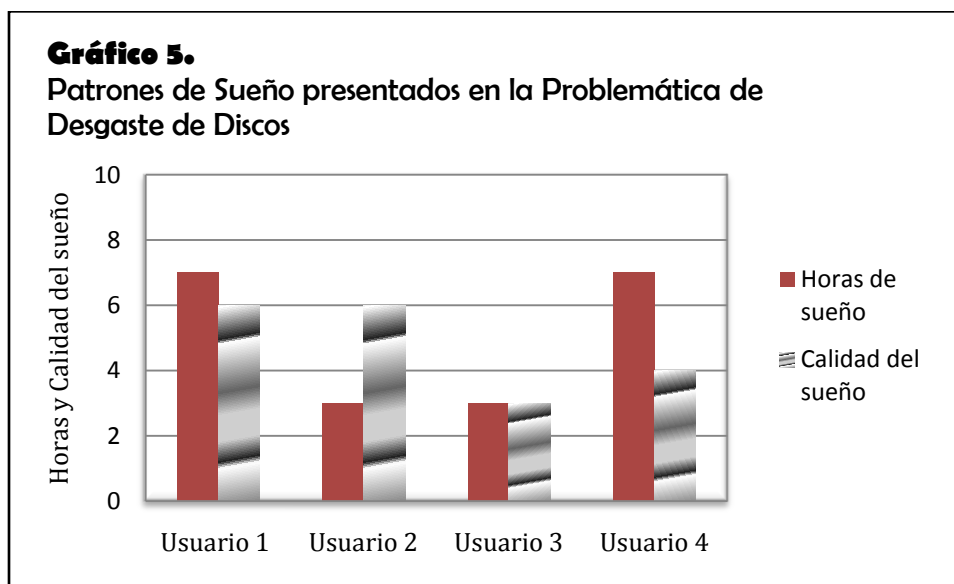
La presencia de otras problemáticas de salud y familiares son variables que influyen en la capacidad de los sujetos para el manejo del dolor. Como se observa en la Tabla 13, los consultantes no solo presentaron la problemática por la cual fueron diagnosticados sino que además presentan otras situaciones a nivel familiar (violencia intrafamiliar) y médico (desgaste óseo, gastritis, colitis nerviosa, síndrome premenstrual, entre otras.), que influyen en su calidad de vida.

A continuación, se dan a conocer los resultados de la evaluación numérica del dolor que indicaron los pacientes con Desgaste de Disco durante la primera sesión.



El Gráfico 4 muestra como todos los pacientes con esta problemática, presentaron niveles de dolor de 8 puntos a 10 puntos, lo que se entiende como una alta intensidad de esta sensación que se torna difícil de controlar sin un manejo adecuado.

Además, parte de las áreas que muestra más alteración con la problemática del dolor se refiere a los patrones normales de sueño de los(as) consultantes, por lo tanto se midieron las horas y la calidad de sueño que mantenían. El siguiente gráfico muestra esta información.



Con respecto a la información aportada por el Gráfico 5, cabe señalar que, en los dos casos donde los registros de sueño fueron de 7 horas, los consultantes manifestaron en la entrevista inicial mayor cantidad de síntomas depresivos, fatiga y cansancio crónico, aspecto que puede explicar esta cantidad de horas.

Con respecto a la calidad del sueño, esta presentó alta variabilidad en relación a las horas de sueño, pudiéndose ver como la concordancia entre horas y calidad varió marcadamente en cada consultante. Algunos de los consultantes dormían suficientes horas, pero con muy baja calidad de sueño y viceversa, de forma que se debió utilizar el recurso de la entrevista para determinar las características específicas del mismo y en general todos manifestaron sentirse insatisfechos con su patrón de sueño.

c. Lumbalgia

En el caso particular de este padecimiento, de las dos consultantes solo una de ellas fue evaluada para recibir tratamiento psicológico en el manejo del dolor, debido a que la otra consultante, además de la problemática a nivel lumbar presentaba un cuadro psicótico de acuerdo al examen mental realizado y a los criterios de DSM-IV-TR (2000).

Por esta razón, fue referida al servicio de emergencia de la Clínica, habiéndose hecho una evaluación del estado mental de la consultante y presentándose el reporte para que fuera abordado por los médicos, por esta razón los resultados que se presentarán corresponden a los datos de una sola consultante.

En lo referente a la evaluación de la consultante que recibió el proceso terapéutico y tomando en cuenta la sintomatología que presentada, ésta mostró las siguientes respuestas:

- ✓ Dolor focalizado (pierna).
- ✓ Episodios de ansiedad.
- ✓ Problemáticas familiares de comunicación.
- ✓ Duelo inconcluso.
- ✓ Antecedentes de abuso sexual.

Con respecto a los niveles de dolor la consultante registró en la primera sesión un nivel de 8 en la Escala Numérica del Dolor. Asimismo, en relación al periodo de sueño señalado por la consultante en la evaluación éste fue de 7 horas diarias, y una calidad del sueño de 9, de acuerdo a la escala subjetiva, donde 0 es la puntuación mínima de calidad y 10 es la puntuación máxima.

d. Polineuropatía

Durante la práctica solamente se atendió un caso sobre esta problemática, quien durante la entrevista conductual mencionó síntomas relacionados con:

- ✓ Malestar general.
- ✓ Sensación de dolor focalizado en piernas.
- ✓ Expresiones emocionales negativas ante la enfermedad (“siento mucha tristeza por todo lo que me pasa, a veces me enojo y le grito a mi mamá”).
- ✓ Alteraciones de sueño.
- ✓ Problemas a nivel familiar.
- ✓ Disminución significativa de la funcionalidad.
- ✓ Condición económica restringida.
- ✓ Ideaciones suicidas debido a la condición de salud en la que se encontraba.

Entre los aspectos médicos que manifestó en la entrevista estuvo la existencia de otros padecimientos como Pancreatitis y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el primero de ellos causante de alteraciones gástricas frecuentes y el segundo mantiene al organismo vulnerable a múltiples infecciones y afectaciones en distintas zonas en el cuerpo. El nivel de dolor que registró el consultante en la evaluación fue de 8 en la Escala Numérica del Dolor. El periodo de sueño que mantenía el consultante fue de 4 horas diarias y la calidad de este periodo era de 2, en la escala subjetiva de 0 a 10, donde 0 es el puntaje mínimo y 10 el máximo. Estos puntajes indicaron una condición deteriorada, debido a que se observa periodos disminuidos de sueño, al igual que la calidad del mismo.

2. Resultados de la Evaluación en la Atención Grupal del padecimiento de la Fibromialgia.

Para desarrollar la intervención grupal las participantes fueron contactadas vía telefónica (11 personas) o bien mediante la invitación directa cuando asistían a las citas médicas (3 personas). El total de personas invitadas fue de 14, de las cuales 10 mantuvieron una participación regular a las sesiones (6 o más sesiones) y 4 se presentaron de manera irregular a dichas sesiones (3 o menos sesiones). Por esta razón, los datos que se integrarán corresponden a los resultados obtenidos por las participantes que asistieron de manera regular.

Algunos datos sobresalientes durante la evaluación inicial fue el nivel de desinformación mostrado por las consultantes respecto al padecimiento. De acuerdo con lo recopilado mediante una lluvia de ideas, ellas mencionaron la información que se reúne en la Tabla 14.

Tabla 14.

Tipo de Información manejada por las consultantes sobre “Fibromialgia”

Información obtenida desde las instancias médicas.	Información desde la experiencia de las consultantes.
- Es una enfermedad incurable.	- Es un dolor en todo el cuerpo.
- Es psicológica.	- Es un dolor muy fuerte que hace que se forman “pelotitas” en los músculos.
- Es mental.	- Se hacen por tensión.
- Es un dolor para el resto de la vida.	- Produce insomnio.
	- Aumenta la sensibilidad.
	- Duelen también los huesos

La Tabla 14 muestra que la información obtenida por las consultantes a partir de las fuentes de salud, especialmente médicas, no fue la que se acerca más a la realidad de vivir

con el padecimiento, sino que se refirió a aspectos que señalan poco control y desesperanza ante la enfermedad. Sin embargo, la información desde la experiencia de las consultantes se muestra más cercana a los datos de las investigaciones realizadas en este campo.

La Tabla 15 que se muestra a continuación, da a conocer aquellas conductas de dolor que mostraron con mayor frecuencia las usuarias que integraron la intervención grupal.

TABLA 15.

Presencia de Conductas de Dolor en las Personas Atendidas

Conductas de Dolor	Cantidad de personas que presentan la conducta	Porcentaje de aparición
Actividades del Hogar	10	100%
Medicación	3	30%
Reposo o descanso	4	40%

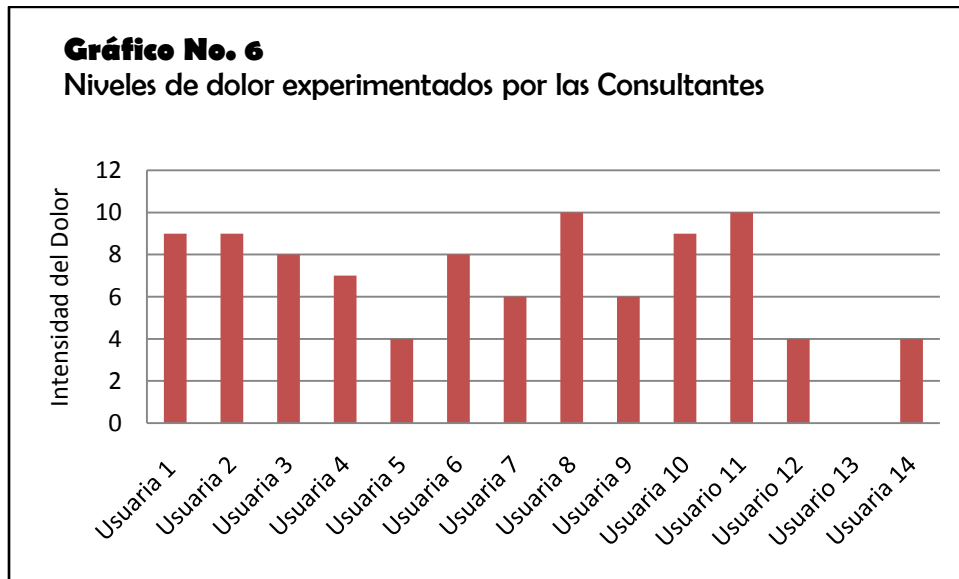
Refiriéndose a las conductas de dolor de la Tabla 15, el 100% (10 personas) señalaron realizar más actividades del hogar cuando aparecía el dolor (barrer, cocinar, planchar, lavar, moler, entre otras), es decir, su estilo de afrontamiento era la evitación de la experiencia del dolor por medio de la sobrecarga de trabajo, especialmente labores del hogar. El 30% (3 personas) reportaron utilizar medicación como primera opción a realizar cuando aparece el dolor, un 40% de las participante (4 personas) mencionaron utilizar el reposo (acostarse).

Hay que señalar que estas conductas de dolor no son excluyentes entre sí, sino que las consultantes presentan varias de estas que pueden estar manteniendo y afectando el manejo de la problemática.

Con respecto a la presencia de otros padecimientos, junto con la fibromialgia el 80% las consultantes también presentaban al menos una de las problemáticas que se detallan a continuación:

- ✓ Depresión
- ✓ Desgaste óseo
- ✓ Osteoporosis
- ✓ Gastritis
- ✓ Hernias
- ✓ Migraña
- ✓ Diabetes
- ✓ Altos niveles de colesterol y triglicéridos.

En relación a los niveles de dolor presentes en las consultantes durante la primera sesión, estos se manifestaron como se muestra en el Gráfico 6:

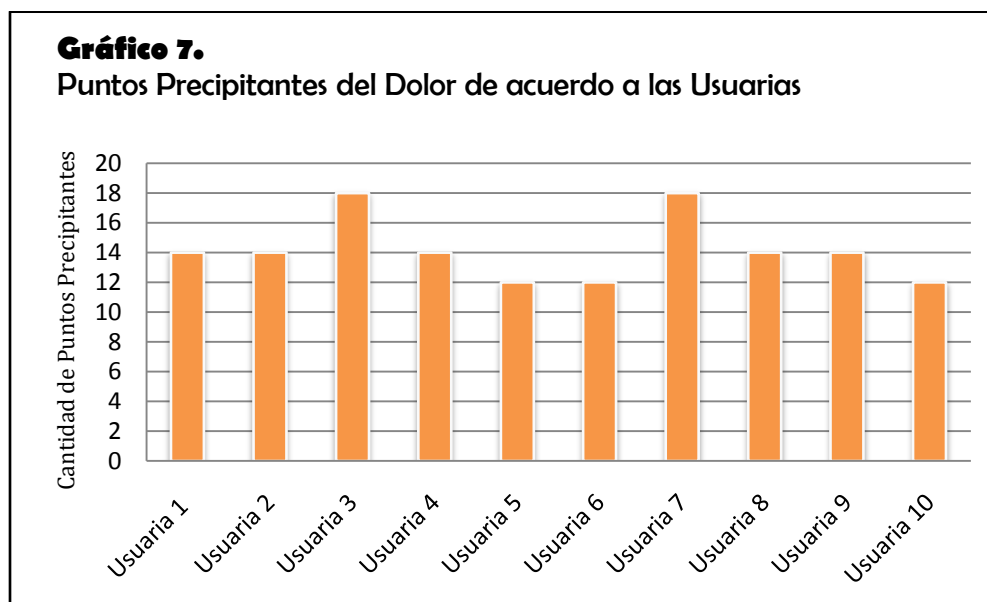


Debido a que en la primera sesión asistieron todas las consultantes, el Gráfico 6 muestra los niveles de dolor de las 14 participantes. Las usuaria 12, 13 y 14, que presentaron niveles de dolor de 4, 0 y 4 respectivamente, fueron las que asistieron de manera muy irregular al proceso terapéutico (de 1 a 3 veces). Tomando en cuenta las demás consultantes, se puede

observar que la mayoría presentó niveles de dolor mayores a 6, a excepción de la usuaria 5, quien presentó un nivel de 4 puntos en esta escala.

Con estos datos se puede apreciar que los niveles de dolor que manejaron las consultantes fueron altos, ya que la mayoría de ellas reportaron puntuaciones mayores a la mitad del dolor que podían manejar. Además es importante mencionar que en general, el promedio grupal del dolor fue de una intensidad de 6.7.

Los puntos sensibles del dolor fueron otros de los aspectos evaluados en este grupo. El Gráfico 7 muestra la dinámica que manifestó este factor:



En el Gráfico 7 ilustra que las consultantes del grupo manejan una cantidad de puntos precipitantes del dolor mayor a 11, lo cual establece uno de los criterios necesarios para diagnosticar la fibromialgia y además confirma el criterio dado por estas personas sobre la sensación de dolor generalizado.

El promedio general que manifestó este grupo en cuanto a los puntos precipitantes de dolor fue de 14.5, lo cual equivale un nivel considerablemente alto, teniendo en cuenta que el total de puntos que se identifican son 18.

B. Resultados de la Intervención

Al igual que se realizó en el apartado de evaluación, para la exposición de los resultados obtenidos en la intervención se muestra, por un lado los casos individuales y por otro los resultados grupales registrados.

1. Resultados de la Intervención Individual

En este apartado se exponen los resultados de los procesos atendidos por Fibromialgia, Desgaste Discal, Lumbalgia y Polineuropatía, respectivamente.

a. Fibromialgia

Con respecto a los procedimientos realizados con la población que presentó fibromialgia, una de las variables que marcaron la diferencia en la respuesta al tratamiento fue la asistencia que tuvo la población atendida, información que se muestra en la Tabla 16.

TABLA 16.

Frecuencia de la Asistencias a las Sesiones

Asistencia	Cantidad de Personas	Porcentaje
Regular	4	57%
Irregular	0	0%
Muy irregular	3	43%
TOTAL	7	100%

Se puede observar que dicha asistencia se mantuvo de dos formas principalmente. Por una parte se comportó de manera regular (6 o más sesiones) en el caso de 4 consultantes (57%). Por otro lado, 3 consultantes (43%) asistieron de forma muy irregular a la intervención (de 1 a 3 sesiones). No hubo personas que tuvieran una asistencia irregular (de 4 a 5 sesiones). En lo que se refiere a los cambios obtenidos por las consultantes una vez realizada la intervención, la Tabla 17 presenta los resultados que se dieron a conocer a nivel de los tres niveles de respuesta.

Tabla 17.

Resultados Obtenidos en la Intervención a nivel conductual, cognitivo y emocional.

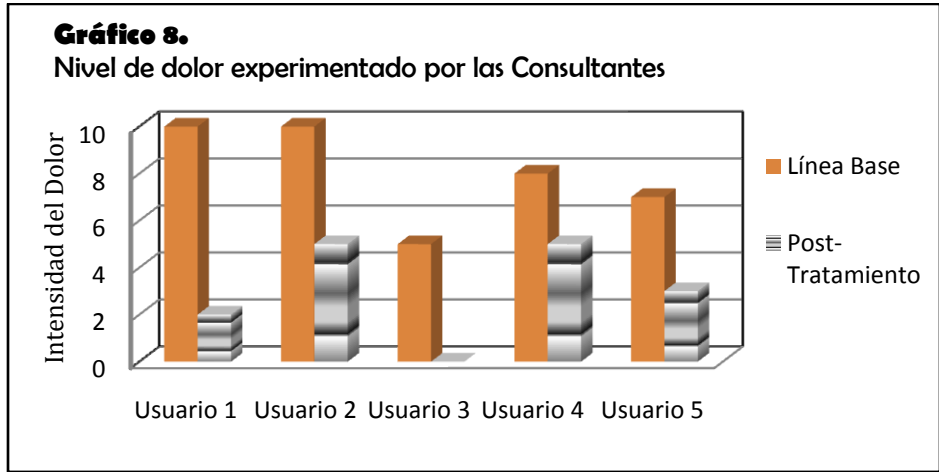
Cambios	Nivel de Presencia	Manifestaciones
Conductuales	Muy frecuente	<ul style="list-style-type: none"> -Adaptación de las actividades (hago actividades pero más despacio, descanso 10 minutos cuando siento las pasadas, hago menos cosas en la casas). - Aumento de la actividad física. - Aumento de la interacción social (“visito a mis amigas, voy frecuentemente donde mis hijas, fui a bailar”). -Uso de la lectura como actividad alternativa. -Oración y asistencia a actividades religiosas.
Emocional	Muy frecuente	<ul style="list-style-type: none"> - Expresiones emocionales positivas (no hay nada que me robe la paz que siento, me siento más feliz). - Mayor satisfacción de las actividades realizadas.

Cognitivos	Muy frecuente	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución del malestar cognitivo (pude aprender a vivir con la enfermedad, ahora manejo mejor las preocupaciones, no me preocupa si no le gusta lo que cocino). - Aumento de las autoverbalizaciones positivas. - Mayor control de los pensamientos automáticos.
Otros	Frecuente	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la satisfacción de los periodos de sueño. - Disminución de la tensión: “me ayuda a dormir”, “me baja el dolor en las pasadas, me siento más suelta”. -Mejor respuesta a la medicación.

Los cambios más destacados que se dieron en estas intervenciones se pudieron observar en los tres niveles de respuesta cognitivo, conductual, emocional, donde por medio del tratamiento multicomponente, se obtuvo un aumento en los recursos de afrontamiento adaptativos para el manejo del dolor, presentándose de manera muy frecuente (en todos los casos atendidos).

Los cambios que se presentaron de manera frecuente, es decir, no en todos los casos atendidos, fueron aquellos en los que las técnicas utilizadas se tornaron efectivos para la dinámica particular de una persona y no así en todas las personas atendidas por esta problemática.

Con respecto a las medidas registradas del dolor en la evaluación y en el tratamiento, la dinámica que se observó en este aspecto se muestra en el Gráfico 8:

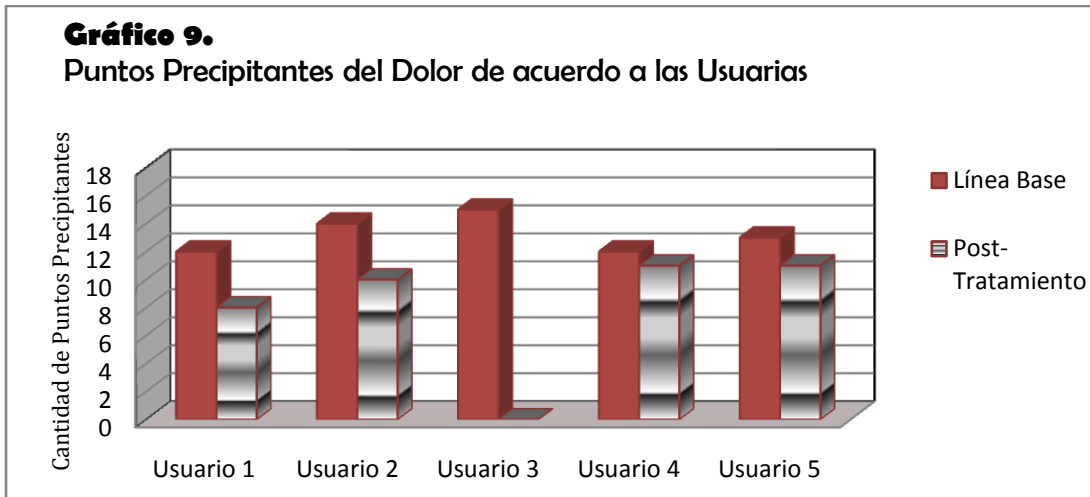


La intensidad del dolor, una vez recibido el tratamiento, con respecto a la Línea Base o Evaluación inicial descendió en todos los casos, dándose a conocer inicialmente un promedio general de 7.7 en el nivel de dolor y un promedio de 3 después del tratamiento, para una disminución total de 4.7 en el promedio de la intensidad del dolor experimentado.

Estos promedios se lograron en gran medida gracias a la aplicación de las técnicas y procedimientos efectivos y a los cambios obtenidos en los distintos niveles de respuestas anteriormente expuestos.

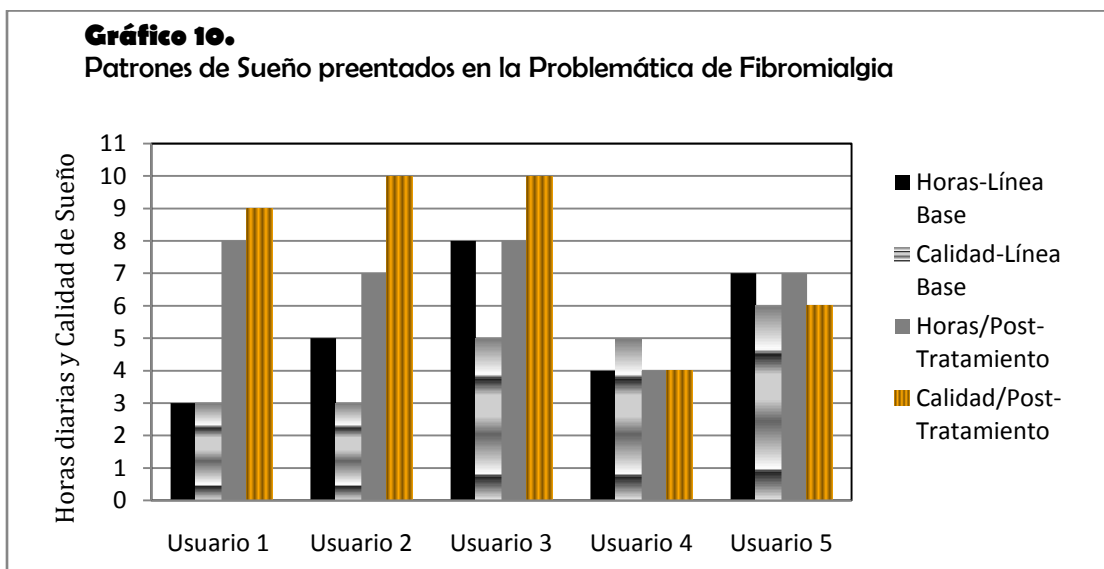
La razón por la que falten los datos de las usuarias 6 y 7 incluidas en la evaluación, se debe a que estas personas sólo asistieron a dicha fase de evaluación y abandonaron el proceso, por lo tanto no se obtuvo ningún tipo de resultado de tratamiento.

Tomando en cuenta lo referente a los puntos precipitantes registrados durante la evaluación y el tratamiento, el Gráfico 9. expone la dinámica obtenida.



El Gráfico 9 muestra cómo la cantidad de puntos sensibles al dolor, a nivel general, tuvo una disminución significativa con respecto a la primera evaluación realizada. De acuerdo con los promedios generales, en el proceso de evaluación el promedio obtenido fue de 13.2 puntos precipitantes y después del tratamiento este promedio fue de 8. Este resultado expresa una disminución total de 5.2 puntos precipitantes en promedio.

Respecto a los patrones de sueño, el Gráfico 10. que se presenta a continuación, expone dicha información.



Como se observa en el gráfico anterior, los patrones de sueño en las consultantes presentaron una dinámica muy variada. Para facilitar la interpretación de esta información la Tabla 18 muestra los promedios en horas de sueño y calidad de sueño, antes y después del tratamiento.

TABLA 18.

Promedios Generales de los patrones de sueño durante la medición de Línea Base y el Post-Tratamiento.

	Promedio General en Horas de Sueño	Promedio General de la Calidad del Sueño
Línea Base	5.3	4.1
Post-Tratamiento	6.8	7.8

Los promedios que muestra la Tabla 18. señalan que, después del tratamiento, las horas de sueño aumentaron en 1 hora y 30 minutos a nivel general y la calidad de sueño aumentó en 3.7 grados en la escala subjetiva (donde 0 = mínima calidad y 10 = máxima calidad del sueño).

De manera general, en el caso del padecimiento de la fibromialgia los resultados obtenidos muestran que la respuesta de los consultantes al tratamiento establecido fue positiva, ya que se pudo identificar una mayor cantidad de estrategias utilizadas para afrontar los niveles de dolor experimentados y una disminución en las respuestas o alternativas desadaptativas que presentaron en la evaluación inicial (Tabla 17), dando como resultado una modificación positiva en los distintos niveles de respuesta .

b. Desgaste de Disco

La asistencia a las sesiones de tratamiento de los pacientes que presentaron problemáticas relacionadas con desgaste de discos, se presenta en la siguiente Tabla 18:

TABLA 19.

Frecuencia de Asistencias a las Sesiones

Asistencia	Cantidad de Personas	Porcentaje
Regular	2	50%
Irregular	2	50%
Muy irregular	0	0%
TOTAL	4	100%

De las 4 personas atendidas por este padecimiento, los(as) consultantes asistieron a una cantidad total de 4 (asistencia irregular) a 6 o más sesiones (asistencia regular). Sin embargo, aquellas que asistieron a 4 sesiones no reportaron resultados significativos en los procesos, aspecto que afectó los resultados finales.

Los cambios obtenidos alrededor de los sistemas de respuesta cognitivo, conductual, emocional se reunieron en la Tabla 19:

Tabla 20.

Resultados Obtenidos en la Intervención a nivel conductual, cognitivo, emocional.

Cambios	Manifestaciones	Nivel de Presencia
Conductuales	-Adaptación de las actividades: “descanso 10 minutos cuando aparecen las pasadas”, “camino poco y solo trayectos planos”, “le expliqué a mi hijo que no podía hacer	Muy frecuente

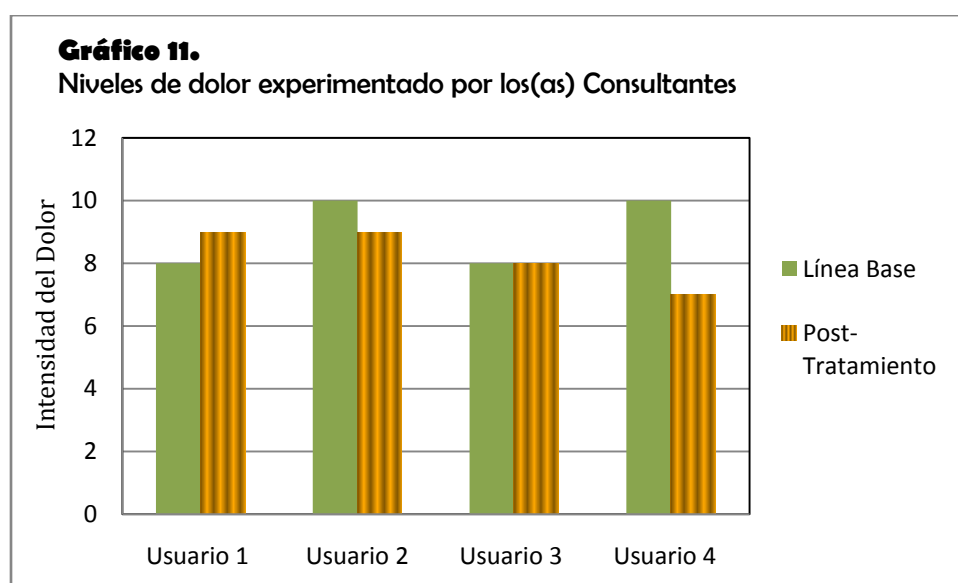
	algunas cosas”.	
Emocional	- Expresiones emocionales positivas; “me siento mucho mejor a nivel personal”, “ahora no exploto en cólera como antes”, “me siento tranquilo conmigo mismo”.	Muy frecuente
Cognitivos	-Manejo efectivo de pensamientos: “yo les hablo mucho a mis hijos pero no puedo hacer nada si sigo pensando en eso”, “mis hijos no me preocupan tanto”, “la gente habla de que no trabajo pero ya no me afecta tanto”. -Aceptación de la enfermedad.	Muy frecuente
Otros	- Mayor satisfacción de los periodos de sueño: “duermo bien”, “duermo mucho mejor que antes”. - Disminución de la tensión muscular.	Frecuente

Estos datos muestran que se presentaron regularmente (en todos los casos), cambios en los niveles de respuesta cognitivo, conductual, emocional. Los aspectos que destacan a nivel conductual fueron: la adaptación de las actividades de acuerdo a la capacidad física que el padecimiento les permitía tener, así como la práctica de otras acciones que no demanden esfuerzos físicos importantes.

En el área emocional, hubo una mayor claridad e identificación de emociones, lo cual les permitió expresar en la intervención lo que el padecimiento les hacía sentir, así mismo aumentó el manejo y expresión efectiva de emociones de ira y enojo.

Con respecto a lo cognitivo, hubo un mejor control de pensamientos, principalmente de tipo automático, catastrófico y negativista, de acuerdo a registrado en la evaluación. Se trabajó también con respecto a la aceptación de la enfermedad, ya que la mayoría de consultantes presentaban resistencia a reconocer sus limitaciones físicas y las adaptaciones que debían hacer en su estilo de vida.

Entre otros datos evaluados están los niveles de dolor que mostraron los pacientes después del tratamiento, esto se puede observar en el Gráfico 11.



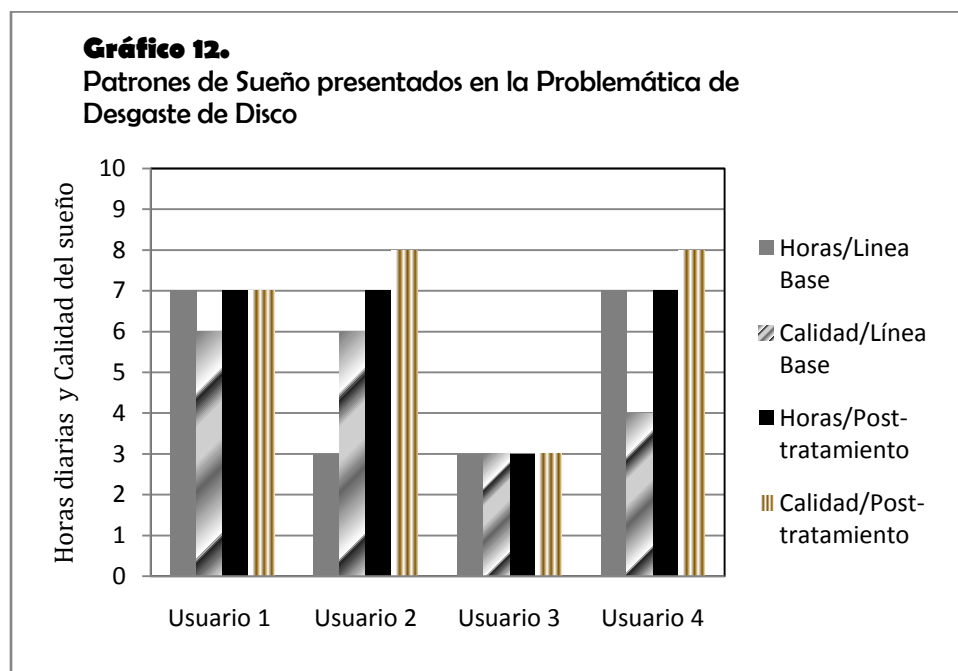
Los niveles de dolor que mostraron los consultantes en la línea base, tuvieron poca disminución con respecto a la evaluación realizada al finalizar el tratamiento. Los resultados de la evaluación inicial arrojaron un promedio de intensidad 9 en la escala numérica del dolor y luego del tratamiento este promedio fue de 8.2.

Es importante mencionar que la intensidad de dolor reportada por los(as) consultantes se refería a aquella experimentada cuando se realizaba movimiento, ya que el desgaste en los discos no afecta en estado de reposo. Por esta razón y tomando en cuenta la existencia de

un daño a nivel de columna, las limitaciones desde el ámbito psicológico al tratar de disminuir la experiencia del dolor son evidentes.

En el caso específico del usuario 1, que aumentó el nivel de dolor en el último registro obtenido y del usuario 2 mantuvo el mismo nivel en la primera sesión y en la última. En el caso del usuario 1, dicho aumento en el nivel de dolor se puede explicar por el abandono del tratamiento, sin haber abordado todas las técnicas y procedimientos establecidos y en el caso del usuario 3 el abordaje no tuvo la regularidad esperada por las dificultades de distancia que representaba para éste llegar a las sesiones.

El Gráfico 12 muestra la forma en que se manifestaron los patrones de sueño según el avance del tratamiento en estos(as) pacientes.



Como se ilustra en el Gráfico 12, y en congruencia con los resultados en los niveles de dolor, los resultados obtenidos no difieren en gran medida con los registrados en el proceso

de evaluación. Esto se puede ver en la Tabla 21 que muestra los promedios generales de estos dos aspectos registrados en el Gráfico 12.

TABLA 21.

Promedios Generales de los patrones de sueño durante la medición de Línea Base y el Post-Tratamiento.

	Promedio General en Horas de Sueño	Promedio General de la Calidad del Sueño
Línea Base	5	4.7
Post-Tratamiento	6.5	6.5

Con los datos de la Tabla 20. se demuestra que los datos de los promedios generales de las horas de sueños aumentaron en 1 hora y 30 minutos y la calidad de sueño aumentó en 1.8.

En términos generales, no se obtuvieron grandes diferencias en la línea base y la evaluación post-tratamiento, en las dos variables evaluadas, aspecto que se podría explicar por la poca e irregular asistencia de algunos(as) consultantes a las sesiones.

c. Lumbalgia

Retomando la información mencionada en el apartado de evaluación con respecto a los 2 casos atendidos por esta problemática, se reitera que solamente se llevó a cabo el proceso terapéutico a una de ellas, debido a que la otra paciente presentó un cuadro psicótico que impidió el desarrollo de la intervención.

La paciente atendida tuvo un proceso tanto individual como la pareja. A nivel de pareja se desarrollaron 4 sesiones e individualmente se realizaron 8 sesiones, para un total de 12 sesiones.

Durante la intervención de pareja los resultados obtenidos estuvieron dirigidos hacia:

- ✓ Una mayor comprensión del padecimiento de la cónyuge (“Actualmente mi esposo me escucha mucho más y me demuestra mucho cariño, apoyo y cercanía”).
- ✓ Mayor apoyo para realizar proyectos personales (“ahora me está apoyando también económico y emocional para realizar mis metas personales”).
- ✓ Aumento en la práctica de una comunicación más asertiva y la resolución efectiva de conflictos.

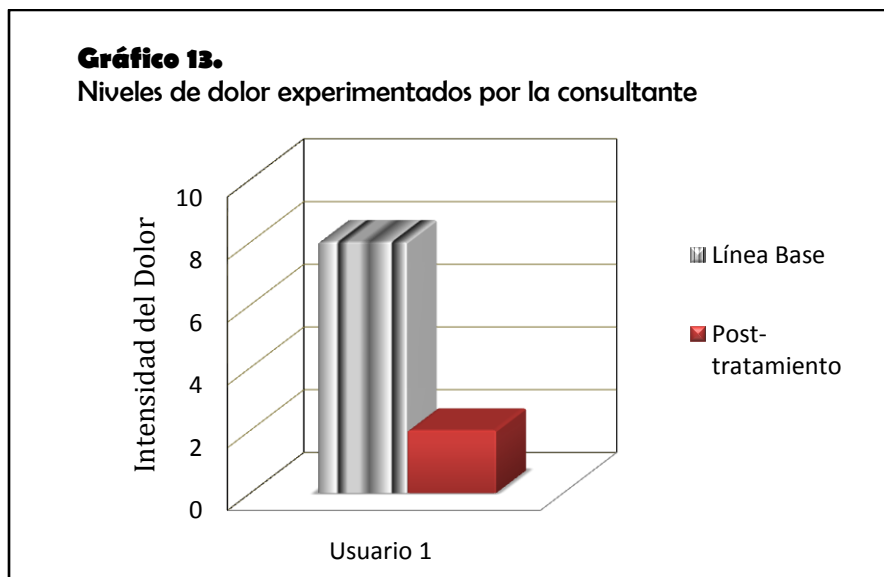
Por otra parte, la atención individual tuvo como resultados:

- ✓ Una mayor satisfacción personal en el manejo del padecimiento (“me siento más fuerte, soy menos manipulable, estoy muy clara con respecto a lo que quiero hacer”).
- ✓ La paciente también demostró un mayor grado de funcionalidad.
- ✓ Disminuyó la cantidad de medicación para controlar el dolor.

Uno de los aspectos que no se abordó en esta intervención fue la situación de duelo inconcluso que mostró la paciente, ya que este excedía los objetivos del proceso. De esta forma se refirió un abordaje grupal del duelo, al cual la paciente se encuentra asistiendo en este momento.

En cuanto a los patrones de sueño, estos tuvieron mostraron tener una duración cotidiana de 7 horas, con una calidad de 9 en la escala subjetiva aplicada, estos parámetros se mantuvieron también en los resultados obtenidos una vez finalizada la intervención.

Entre otros datos que demostraron la funcionalidad del tratamiento están, las medidas de dolor tomadas al inicio y al finalizar el tratamiento. A continuación se presenta un gráfico con esta información:



Como se puede observar, el nivel de dolor registrado en la primera sesión fue de 8 en la escala numérica, y al finalizar el proceso fue de 2 en esa misma escala, lo cual demuestra niveles manejables de la problemática lumbar.

d. Polineuropatía

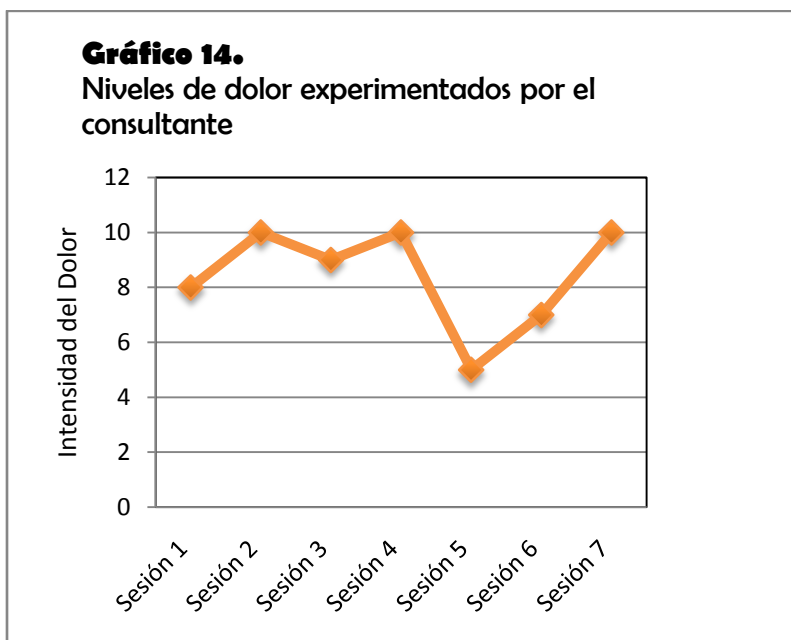
El caso abordado por esta problemática se mantuvo por una cantidad de 7 sesiones, las cuales colaboraron en el manejo de dicha problemática. Sin embargo, el paciente no completó el proceso debido a dificultades económicas que le impidieron llegar a esta.

Los cambios obtenidos en la intervención, a través del uso de estrategias de control cognitivo, aceptación de la enfermedad(es), modificación a nivel conductual y técnicas de relajación, se puede señalar una disminución significativa de las conductas de dolor. Además se aumentó el set de actividades alternativas que manejaba el paciente, de manera que, se modificó las que tenía (reposo) por otras como: leer, acomodar, escuchar música, caminar trayectos cortos, entre otras, que colaboraron en el manejo del dolor.

También se pudo observar una mejor aceptación de la enfermedad, la cual favoreció en buena medida la capacidad de adaptación del paciente al padecimiento y al tratamiento establecido para favorecer la capacidad funcional que se encontraba limitada.

Los hábitos de alimentación fueron aspectos que también registraron mejora, ya que como se mencionó en la evaluación, el consultante solamente consumía café y trozos pequeños de pan, al finalizar la intervención el paciente comentó consumir un plato de comida cotidiano diariamente (arroz, carne, verduras y fresco), lo cual resultó satisfactorio tanto para el paciente como para el proceso terapéutico.

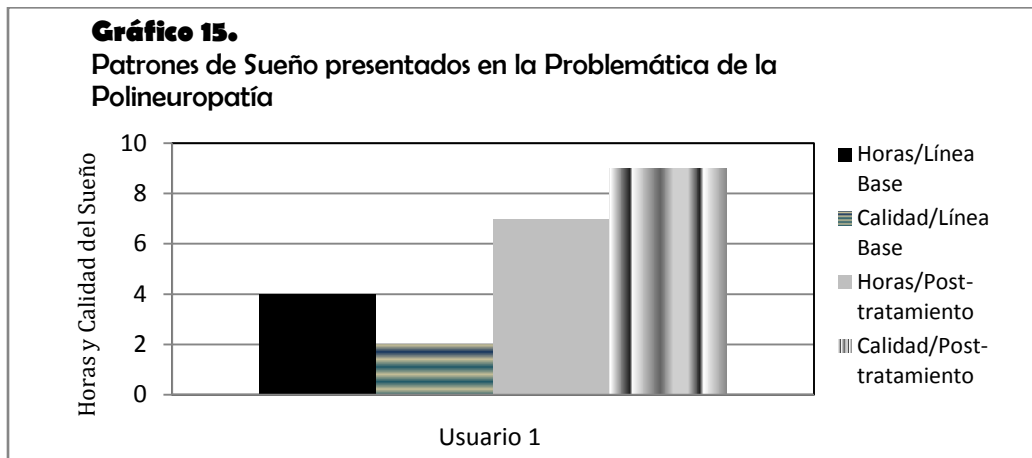
Tomando en cuenta la evaluación de los niveles de dolor, el Gráfico 15 detalla esta información.



Con respecto a los niveles de dolor, el gráfico anterior muestra que a pesar de que hubo algunas medidas bajas, la mayoría de estas fueron mayores a 6 puntos en la escala numérica de 0 a 10, lo cual se considera de difícil manejo. Este resultado se debe a que el paciente

sentía este nivel de dolor estando en movimiento, ya que en reposo no se experimentaba dolor.

En relación a los patrones de sueño, estos mejoraron con la intervención. El Gráfico 14 muestra la dinámica presentada.



El Gráfico 15 demuestra cómo los patrones de sueño aumentaron al finalizar la intervención, tanto en horas como en la calidad del sueño que mantenía. Este aumento fue de 3 horas y 7 puntos de acuerdo a la escala subjetiva de calidad.

Tomando en cuenta los demás resultados registrados en esta intervención, se demuestra cómo a pesar de que no hubo una disminución en el dolor, la intervención colaboró con el establecimiento de factores de afrontamiento más efectivos, con la puesta en práctica de actividades alternativas, que aumentaron la calidad de vida del paciente, como se describió inicialmente.

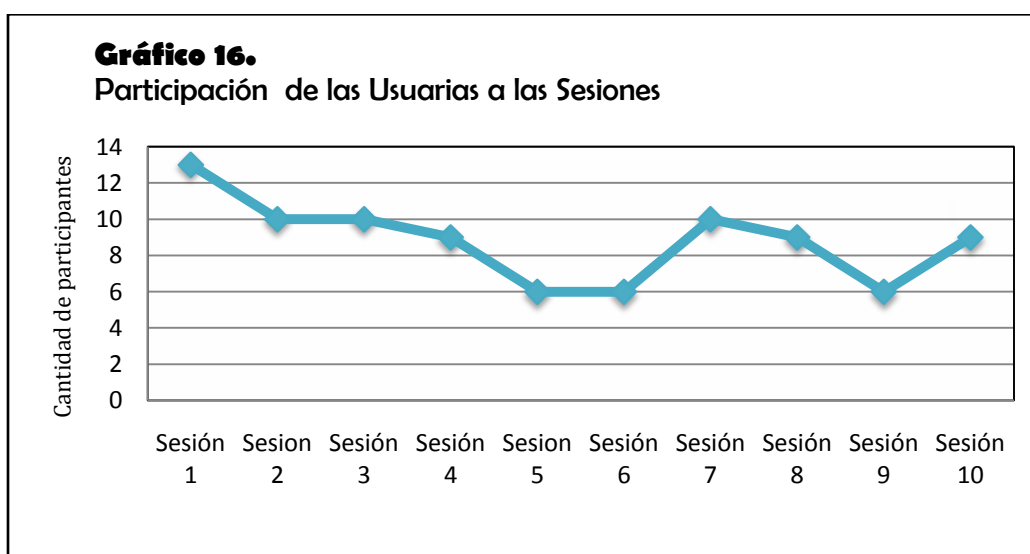
2. Resultados de la Intervención Grupal

La intervención se desarrolló en un total de 10 sesiones, con una duración de 2 horas cada una. La misma se realizó fuera de la Clínica debido a que en este lugar no existe un espacio

adecuado para ejecutar este tipo de intervenciones, este lugar fue un salón que se encuentra cercano a la Clínica del Dolor, que fue facilitado por la comunidad.

Como se mencionó en la descripción de la población atendida, esta intervención reunió solamente personas con diagnóstico de Fibromialgia, todas las participantes fueron mujeres, con un nivel económico de escasos recursos, un contexto social rural y un nivel educativo bajo (primaria completa y secundaria incompleta), solamente una de las consultantes era maestra pensionada.

En lo referente a la asistencia a las sesiones grupales, el siguiente gráfico muestra el comportamiento que tuvieron las participantes.



Durante la primera sesión llegaron la mayor cantidad de invitadas, donde se contabilizaron 14 personas. A partir de ahí, la asistencia en la mayoría de las sesiones (6 sesiones) fue de 9 o más participantes y solamente durante las sesiones 5, 6 y 9, se presentó la menor cantidad de personas (6 asistentes).

Algunos aspectos a destacar en la intervención fue la dificultad que tuvo la mayoría de participantes para llenar las tareas extrasesión y además traerlas a la sesión que correspondía, admitiendo el olvido de la misma. Otro de los aspectos que dificultaron la

realización de la tarea fue el nivel educativo de las participantes, debido a que, aunque se abordaban todas las dudas al momento de explicar el procedimiento a realizar, la información que contenían los autorregistros no era el esperado. Esto limitó la capacidad para controlar la puesta en práctica de las técnicas en los contextos naturales y de esta forma, se procedió a realizar reportes verbales sobre la realización de la tarea cada sesión.

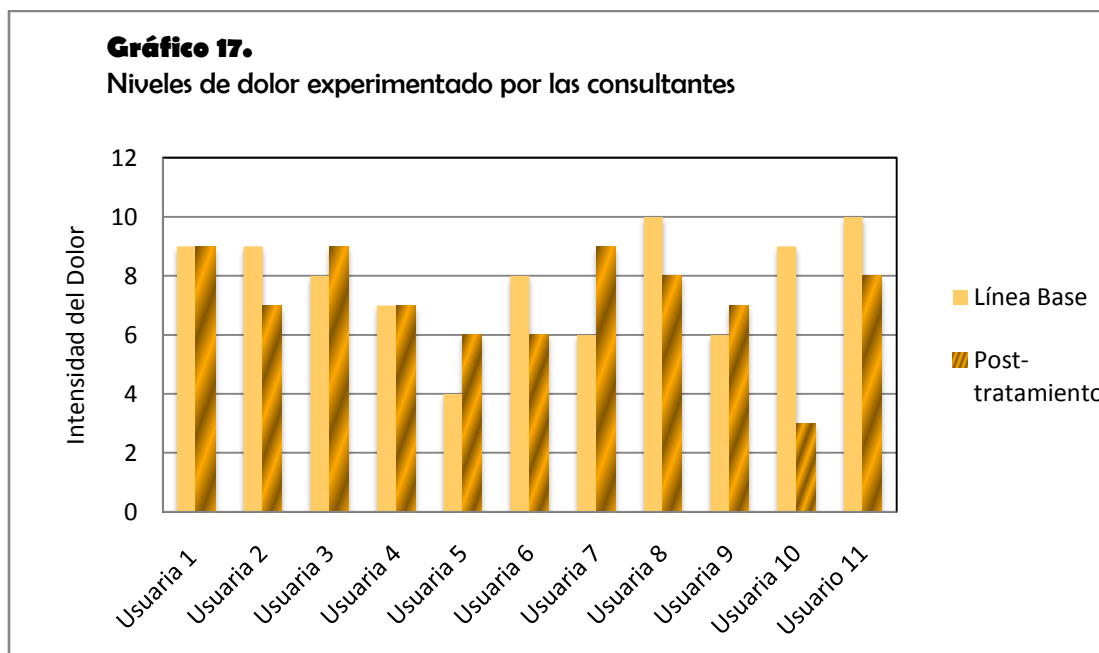
En relación a los resultados que mostró el tratamiento grupal, los datos aportados por las pacientes registran que el 70% de ellas (7 personas) señaló estar realizando por lo menos una vez a la semana alguna actividad física. Las actividades que más practicaban fueron: caminatas y aeróbicos o el baile, todas estas adaptadas a sus posibilidades.

Con respecto a la implementación de actividades alternativas, el reporte de las consultantes señala que el 100% integró a su estilo de vida una o dos actividades de elección personal, entre ellas: relajación con imaginación, escuchar música, llamar a un familiar o amigo(a), tejer-bordar o pintar y espacios para ver televisión.

También se reflejó que, partiendo de la alta frecuencia con que las participantes comentaron tener dificultades con los patrones de sueño, el 50% de las consultantes (5 personas) manifestaron que, al terminar el tratamiento, se encontraban teniendo alrededor de 6 a 7 horas de sueño, con una calidad de 7 a 10 en la escala subjetiva establecida, donde 1 era la puntuación mínima y 10 la puntuación máxima de calidad, lo cual muestra una respuesta positiva del tratamiento aplicado.

Por otra parte, mediante los autorregistros de relajación, todas las consultantes (100%) que realizaron el ejercicio disminuyeron con éste entre 2 y 3 puntos la tensión que manifestaban antes de iniciar el ejercicio, aspecto que demuestra la efectividad del mismo para contrarrestar la tensión muscular que provoca el padecimientos.

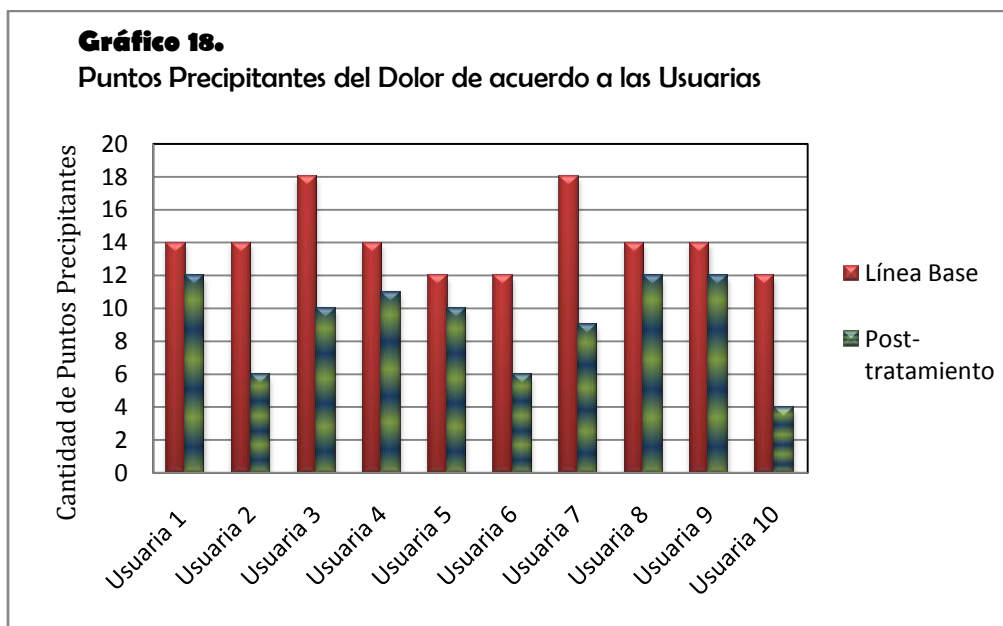
A pesar de que se notaron mejorías en muchas áreas que comprenden el estilo de vida de las participantes, el nivel de dolor fue uno de los aspectos que no mostraron una disminución progresiva en la intervención, sino se manifestó de manera variable en las consultantes. Esta fluctuación en las medidas de dolor se reflejó en las evaluaciones de línea base y post-tratamiento que se presentan en el Gráfico 17.



Como se observa en el gráfico anterior, los resultados demuestran la variabilidad de las pacientes con respecto a la dinámica que presentó el dolor y se considera que dicha manifestación se debe a factores que no pudieron ser abordados con mayor atención en la intervención. Entre estos factores se encontraron: problemáticas a nivel familiar relacionadas con el manejo de límites, violencia intrafamiliar y mantenimiento de roles sociales asignados a la mujer, reforzado por un contexto social fuertemente conservador.

Así también se integra entre dichos factores la cantidad de padecimientos adjuntos que presentó la población atendida, la cual además de fibromialgia tenían diagnósticos de problemáticas a nivel óseo, gástrico, psicológico, entre otros.

Los puntos precipitantes que se registraron en la evaluación del dolor también tuvieron una variación importante con el tratamiento. El Gráfico 18. muestra dicha variación:



A diferencia de la evaluación del dolor, en el caso de los puntos precipitantes del dolor, estos tuvieron una disminución en todas las participantes que asistieron de manera regular a la intervención, lo que hizo que el dolor no se experimentara como una sensación generalizada, sino que se pudiera identificar y trabajar en ella mediante la relajación.

Los promedios generales en la cantidad de puntos precipitantes del dolor mostraron inicialmente un total de 14.2, una vez desarrollado el tratamiento se registraron 9.2 puntos precipitantes como promedio. Esto demuestra una disminución de 5 puntos dolor como promedio grupal.

Por último, se debe señalar los elementos que, a nivel cualitativo, las participantes mencionaron durante la última sesión con respecto al aporte de la intervención en el manejo del dolor las respuestas que se presentan en la Tabla 20:

Tabla 22.

Respuestas Cualitativas respecto al Proceso Grupal

Tipos de respuesta	Expresiones de las usuarias
Relacionadas con la enfermedad	“he aprendido a sobrellevar mis dolores” “me ha ayudado a entender y a buscar estrategias” “he disminuido mi ansiedad, cambiado cosas que me perjudicaban” “acepté mi enfermedad” “ahora sé relajarme para aliviar mis dolores” “he aprendido a manejar mis crisis” “no veo las cosas tan oscuras como antes”
Relacionadas con las dinámicas familiares	“mi familia me entiende más” “no me preocupo tanto como antes por las cosas de la casa”
Relacionadas con sí mismas	“he cambiado mucho gracias a todo lo que he aprendido” “yo me estresaba tanto por hacer las cosas, ahora la hago con más calma”

Con estos datos expuestos respecto a la intervención grupal, se considera que más que disminuir el dolor, el proceso brindó un aporte en otras áreas que fueron mencionadas en este apartado, aumentando así el nivel de manejo de la enfermedad y mejorando la calidad de vida y satisfacción de la misma en todas las pacientes.

3. Resultados de los Talleres

La propuesta de prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo estuvo establecida desde la Práctica Dirigida para realizarse por medio de la metodología de taller, con el objetivo de tener una perspectiva más abierta y participativa de parte de los(as) asistentes. Este abordaje se desarrollo con el equipo de atención de la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo, el cual estaba constituido por la doctora, la psicóloga, la nutricionista, la farmacéutica, la enfermera y la secretaria.

Si bien la estructura de las temáticas de taller fue establecida para desarrollarse en 3 sesiones, solamente se pudieron desarrollar 2 talleres debido a dificultades de tiempo del equipo de atención de la Clínica que imposibilitó desarrollar el tercero dentro del periodo de la práctica.

La propuesta de las sesiones tuvo dos ejes centrales. Primeramente, un abordaje psicoeducativo sobre el Síndrome, dándose a conocer aspectos de concepto, factores desencadenantes, consecuencias y manifestaciones de este cuadro. En un segundo momento el eje estaba dado por los factores de afrontamiento del estrés laboral como estrategias para contrarrestar los síntomas y las manifestaciones del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. En las actividades de evaluación de las sesiones realizadas se pudo observar que durante la primera sesión al preguntar sobre el concepto de Síndrome de Quemarse por el Trabajo, las participantes aportaron respuestas como: “significa rutina”, “agotamiento”, “correr”, “es no tener energía para laborar en un momento determinado”, “es cumplir siempre un ciclo”, “es no poder dar más”.

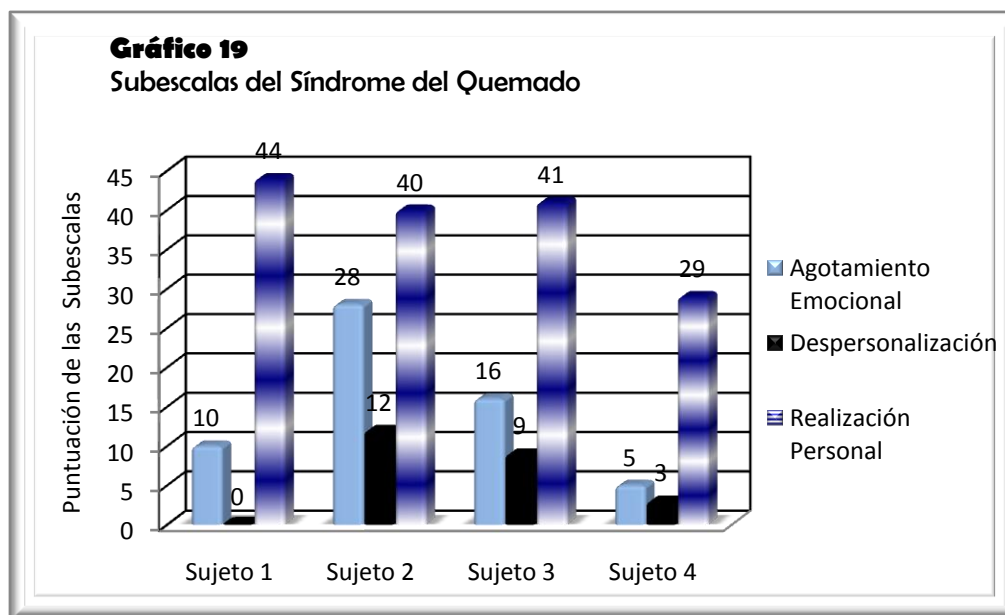
Estas respuestas demuestran que a pesar de no tener un concepto o definición clara sobre el Síndrome, las mismas corresponden a manifestaciones a nivel emocional y laboral que

están directamente relacionadas al tema en discusión, es decir, el conocimiento que reflejan las profesionales en esta clínica se basa en la experiencia en este tipo de situaciones.

En relación a las estrategias de afrontamiento, las personas que conforman el equipo manifestaron que este aspecto se refería a: “las cosas que hago para resolver”, “formas de canalizar el estrés laboral, familiar y personal”, “es lo que hago cuando algo se me hace rutina”, “son actividades que me den paz”. En términos generales, podríamos decir que estas respuestas se relacionan a una visión muy amplia de afrontamiento. Sin embargo, carece de claridad y especificidad de las acciones que integran formas de afrontamiento específicas; aspecto al cual se enfocó el taller realizado.

Otro de los aspectos importantes a destacar fue las estrategias de afrontamiento que ponen en práctica de manera individual el equipo, en el que el 40% (2 personas) comentaron que darse espacios para llorar era un recurso efectivo para ellas, el 60% (3 personas) mencionaron realizar actividades diferentes a las acostumbradas o variar el orden de dichas actividades y de manera aislada algunas comentaron darse espacios sola, utilizar el recurso espiritual o el recurso familiar como apoyo.

Además de estos aspectos, también se revisaron directamente los factores del Síndrome del Quemarse por el Trabajo, en el Equipo de la Clínica por medio del Inventario de Burnout de Maslach (1986, Seisdedos 1997), estos datos registraron la siguiente información que se muestra en el gráfico 19.



De acuerdo con los datos del gráfico anterior, se puede observar que las puntuaciones en la escala de *agotamiento emocional* se manifestaron, de acuerdo al punto de corte del instrumento, bajas para los sujetos 1, 3 y 4 (*menores de 19*) y alta (*mayor a 27*) para el sujeto 2.

En el caso de la escala de *despersonalización* las puntuaciones fueron variadas, con respecto a los puntajes de corte, los sujetos 1 y 4 tuvieron una puntuación baja (*menor a 6*), el resultado del sujeto 3 se ubicó en una puntuación media (*entre 6 y 9 puntos*) y el sujeto 2 calificó con una puntuación alta (*mayor de 9 puntos*).

En la escala de *realización personal*, los sujetos 1, 2 y 3, registraron respuestas que los ubican en una sensación de logro (*40 o superiores*), y el sujeto 4 tuvo respuestas que lo ubicaron en un nivel bajo de realización personal (*de 0 a 30 puntos*).

Estos resultados demuestran a nivel general, que los factores que conforman el Síndrome de Quemare por el Trabajo no se están manifestando de manera negativa en el equipo que conforma la Clínica del Dolor. Sin embargo, estos resultados no deben ocultar la situación

del sujeto 2, quien obtuvo en las escalas de despersonalización y agotamiento emocional calificaciones altas, consideradas en este caso negativas.

Al mismo tiempo, en relación a los resultados obtenidos, se debe rescatar la importancia de estos en el desarrollo de actividades a nivel preventivo, en las cuales el diseño de talleres desde el marco de la práctica tuvo el objetivo de reforzar.

Además de los resultados obtenidos en el instrumento, otro de los aspectos a destacar fue el desempeño mostrado por el grupo de profesionales durante los dos talleres, ya que este fue siempre destacado y con gran disposición a recibirlos. Dichas características que aportó el equipo colaboraron para que las actividades realizadas durante las sesiones tuvieran un significado relevante para ellas y al mismo tiempo estas sirvieran como herramientas efectivas para contrarrestar respuestas de estrés elevadas que la labor les provocara.

Tomando en cuenta lo mencionado, con el desarrollo de los talleres se pudo ver cómo la caracterización cualitativa del Síndrome de Quemarse por el Trabajo dada por las participantes durante la primer sesión, y que se describió anteriormente, fue equivalente con la respuestas encontradas en el instrumento, específicamente referido al aspecto de agotamiento emocional, el cual sobresalió en la puntuación por encima de los otros dos factores.

En relación a los factores de afrontamiento utilizados por cada una de ellas, quedó claro que estos factores pueden ser cambiantes, como el caso de la familia como recurso de desahogo, o utilizar el ambiente laboral como centro de escucha de nuestras problemáticas, ámbitos que rápidamente se desgastan y donde deben utilizarse otros recursos que estén a disposición. Asimismo, quedó claro cuáles de dichas estrategias utilizadas resultaban efectivos a corto y largo plazo, o cuales tenían consecuencias desadaptativas para el desempeño laboral.

Durante la finalización de los talleres y de manera verbal las participantes mencionaron la necesidad de mantener estos espacios, la importancia de poder expresar lo que la labor profesional y el trabajo les provoca y de este modo conocer y mejorar las formas en que pueden canalizar el estrés provocado por la actividad laboral, de manera que se favorezca el desempeño individual y se refuerce la cohesión del grupo.

C. Actividades no Programadas

En este apartado se incluyen las actividades desarrolladas durante la práctica, las cuales no estaban estructuradas bajo las principales funciones y tareas que se establecieron al inicio de esta, pero que durante este periodo se tornaron necesarias de llevar a cabo tanto para el quehacer profesional y como para la necesidad presentada.

- **Sesiones Educativas:**

Estas sesiones fueron impartidas por el especialista en Oncología, Dr. Carlos Eduardo Arce Lara. En estas se profundizaba sobre el manejo de pacientes con dolor crónica provocado por el Cáncer. Se asistió a dos sesiones educativas, la primera el 7 de marzo del 2012 donde se reforzaron los conocimientos sobre el *cáncer de mama*, su epidemiología, el estadiaje, el tratamiento y la prevención. Estos mismos aspecto fueron revisados en la segunda sesión, desarrollada el 18 de abril del 2012, solamente que enfocado en *cáncer de cerebro*.

- **Reuniones con la Fundación Pro Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo de Puriscal.**

Durante la práctica se realizaron 5 reuniones con la Fundación Pro Clínica del Dolor donde estaba inscrita la Práctica. Estas reuniones se realizaban para informar sobre el desarrollo de la práctica, para aclarar aspectos administrativos con las instancias de la Clínica o para solicitar informes o colaboración en otras actividades. Durante las reuniones participaban distintas personas, ya fuera el Presidente de la Fundación, administradora, o cualquier otra persona que formara parte de la Junta Directiva.

- **Atención en Crisis**

Debido a que el desarrollo de la práctica se realizó en la Sede del Área de Salud Puriscal-Turrubares, en algunas ocasiones se colaboró con la atención a personas que llegaban en estados de crisis a otros servicios como los EB AIS, servicio de enfermería o Clínica de la Mujer.

En total se atendieron a 6 personas. Las problemáticas por las que llegaron estas personas fue principalmente por Violencia Doméstica (4 personas), y otros (2 personas) por Crisis del Desarrollo (Slaikeu, 1999). En estos casos se dio contención, orientación, escucha activa, entre otras acciones que colaboraran con un mejor manejo de la situación presentada. Al mismo tiempo, se procedió a realizar el informe a la instancia médica de la que fue referida, con información sobre la labor realizada y el estado en que la persona se encontraba, para que fuera atendida tomando en cuenta estos aspectos.

- **Apoyo en promoción y divulgación al departamento de Psicología.**

Las actividades realizadas estuvieron enfocadas en el diseño y exposición de murales que integraron información sobre los servicios que acá se brindaban, así como los grupos de atención que estaban a disposición de los(as) usuario(as), de manera que este departamento pudiera tener un mayor impacto y difusión a nivel del Área de Salud.

- **Colaboración en Taller de Duelo**

Con el inicio de un Taller de Duelo que el departamento de Psicología abrió, se brindó apoyo tanto en el desarrollo de las sesiones, como en actividades administrativas de contactos con los participantes en la conformación del grupo, facilitación del material a trabajar y ubicación del lugar y horas para llevarlo a cabo.

- **Apoyo a la Clínica para reunión con Centro Nacional del Dolor.**

Estas actividades estuvieron enfocadas en la elección de temáticas, desarrollo y orientación en la elaboración de presentaciones que el Equipo tenía que exponer durante esta convocatoria. Las temáticas abordadas fueron los tratamientos actuales aplicados desde distintas disciplinas para el control del dolor crónico benigno y se llevaron a cabo los días 25 y 26 de abril del 2012.

VI. Discusión Teórica

Los resultados obtenidos en la intervención realizada, la cual se enfocó en el tratamiento del dolor crónico benigno, evidenció la complejidad de la atención a esta problemática, debido a la existencia de múltiples variables de carácter social, familiar y personal que controlan la dinámica con que se manifiesta el dolor, aspectos que se mencionan en la mayoría de textos relacionados a estos padecimientos (Díaz et al., 2010, McCracken, 2005; Miró, 2003; Vallejo, 2005).

Con respecto a los factores de riesgo presentes en las personas con este tipo de problemáticas, no existe aún consenso acerca de las variables que las determinen (Miró, 2003). Sin embargo, en la presente práctica se pudo identificar algunas características que fueron repetitivas en la mayoría de las(os) consultantes.

Entre estas características se encontraron las de carácter social, como lo fue dinámicas familiares con problemáticas de violencia, manifestación de roles estereotipados de la feminidad y la masculinidad, patrones morales y espirituales rígidos, los cuales dificultaron el manejo del dolor con la intervención psicológica brindada.

Si bien es cierto, las problemáticas de dolor crónico están relacionadas con trastornos depresivos y de ansiedad frecuentes (Díaz et al. 2010; McCracken et al., 2012; Moitra, Sperry, Mongold, Kyle y Selby, 2011) la población atendida evidenció además de éstas, otras problemáticas a nivel de salud. La mayoría tenían en sus expedientes clínicos uno o dos padecimientos de tipo reumático, óseo o gástrico, que producían, ya por si solos, niveles de dolor que aumentaban el malestar del padecimiento por el cual habían sido referidos(as).

Entre las variables identificadas en las(os) consultantes, se pudo ver que las que precisaron más con estudios como los de Díaz et al. (2010) y Pastor et al. (2010) fueron aquellas que presentó la problemática de fibromialgia, en el que los factores de edad (de 35 años a 59 años de edad), el deterioro emocional y la disminución significativa de la funcionalidad fueron evidentes, como lo determinan los datos aportados por los autores citados anteriormente.

Con respecto a la evaluación multicontextual realizadas a partir de lo establecido por el abordaje cognitivo, conductual, emocional (Miró, 2003), para el establecimiento de los programas de intervención, los resultados obtenidos a nivel general fueron similares a los establecidos por este autor.

Tomando en cuenta las variables de tipo cognitivo que mostraron tener las(os) consultantes atendidos, se podría decir que fueron principalmente distorsiones de tipo obsesivo, catastrófico y negativista (Lega, Caballo y Ellis, 2009), lo cual corresponde con respuestas encontradas en investigaciones como la de Engel, Wilson, Tran, Jensen, and Ciol (2012), Moix (2005) y Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé (2008).

Del mismo modo se dio a nivel de las respuestas conductuales y emocionales. En las primeras se pudo observar que la población atendida utilizaba como principal recurso la práctica de conductas de dolor, como la medicación, el reposo, la queja lo cual provocaba una mayor sensación dolorosa (León, 2007); respuestas similares presentaron los estudios de Miró (2003), Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé (2008) y Vallejo (2005).

A nivel emocional, estas experiencias traían consigo una carga emocional relacionada con sensaciones negativas como la ira, la hostilidad, la tristeza, relacionadas a la depresión y la ansiedad, la baja funcionalidad, entre otros aspectos que coinciden con los aportados por el estudio de Díaz et al. (2010), León (2007), Miró (2003) y Moix y Casado (2011).

Para el tratamiento de los padecimientos relacionados con el dolor crónico en general (Fibromialgia, Lumbalgia, Desgaste, entre otras) que se realizó en esta práctica, se considera que los procedimientos relacionados con la terapia de aceptación de la enfermedad (McCracken, 2005), las técnicas de relajación en especial la muscular de Jacobson y la guiada con imaginación (Olivares y Méndez, 2001), la modificación de los patrones conductuales de dolor (Turk et al., 2008) y los técnicas de control cognitivo (Labrador, 2009), fueron procedimientos determinantes para el logro de los resultados obtenidos en la Práctica y que además mantienen evidencia científica de la efectividad para estos padecimientos, según se registra en las referencias antes citadas.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la práctica con respecto a los niveles de dolor presentados al inicio y finalización del tratamiento y la variabilidad encontrada en algunos padecimientos, los trabajos de Miró (2003) y Vallejo (2005), mencionan que en muchas circunstancias el tratamiento debe tomar una orientación enfocada en la aceptación, más que en la disminución de los niveles de dolor, de manera que ésta permita una adaptación a las posibilidades físicas que el padecimiento le permita a la personas realizar y en esta medida aumentar los niveles de satisfacción personal.

En relación a lo mencionado anteriormente, los resultados de la intervención realizada en este trabajo también evidenciaron, del mismo modo como lo exponen Díaz et al. (2010) y Vallejo (2005), que al trabajar en el manejo del dolor crónico benigno no solo se debe enfatizar en los niveles de dolor, sino que resultados positivos están también relacionados con el aumento de la funcionalidad, aceptación de la enfermedad, la disminución de conductas dolor, entre otras respuestas que colaboran en la adaptación efectiva del paciente a la enfermedad, aspecto que colabora en el aumento de la calidad de vida de éste(a).

El uso de los paquetes multicomponentes establecidos desde un abordaje de Modificación de Conducta, fue un aspecto que permitió acceder a una serie de procedimientos que se acercaron a las particularidades específicas de cada caso atendido. Estos paquetes de tratamiento recomendados por Díaz et al. (2010), Miró (2003), Moix y Casado (2011), entre otros autores, no solo fomentan el establecimiento de estrategias de afrontamiento efectivas para las personas con estos padecimientos sino que se adecúan a lo que actualmente se está manejando como flexibilidad de los tratamientos para el dolor (McCracken et al., 2012), aspecto que está marcando la diferencia en el aumento de la funcionalidad en estas personas.

Por último, es importante mencionar que, incluir como eje transversal el paradigma de Psicología de la Salud (Labiano, 2006) establecido desde un enfoque Cognitivo Conductual Emocional, aporta a las intervenciones un carácter más integral, que resulta positivo cuando tratamos con enfermedades que tienen en algunos casos expectativas poco alentadores con respecto a la disminución de los niveles de dolor.

Retomando la perspectiva profesional de las acciones realizadas y los objetivos desarrollados en la presente práctica, no se debe dejar de lado la relevancia que tuvo las actividades con el equipo de atención de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, en relación a la prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, ya que al ser ésta labor una interacción directa y continua con temáticas cargadas emocionalmente (dolor, duelo, enfermedades terminales, oncología, entre otras) la realización de los talleres colaboró, como lo menciona Gil-Monte (2006), en el mantenimiento de la salud mental en el equipo profesional de esta Clínica.

De esta manera, según lo refirieron las participantes de los talleres, este fue un espacio que colaboró en la concientización acerca de su propio manejo realizado acerca de los niveles

de estrés experimentados y la efectividad de las estrategias que estaban poniendo en práctica. Estos aspectos reflejan, a la luz de la propuesta de Gil-Monte (2006) y Peiró y Prieto (1996) que los talleres colaboraron con el ajuste laboral de las profesionales que participaron en estas actividades.

VII. Alcances y Limitaciones

En este apartado se exponen los aspectos relacionados con los alcances y limitaciones que se experimentaron en el desarrollo de la práctica profesional

Alcances

- ✓ De acuerdo a los objetivos propuestos inicialmente para la práctica, estos se pudieron alcanzar con éxito, llevando a cabo intervenciones tanto a nivel individual, grupal y, en los casos necesarios familiar, así como desarrollar talleres de prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

- ✓ Otros de los aspectos que se consideran haber logrado por medio de este trabajo fue la atención parcial de la sobredemanda que el servicio de Psicología de la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo está teniendo, pudiendo ofrecer un servicio pronto y eficaz a la población de esta Área de Salud.

- ✓ Se considera como un alcance del presente trabajo la labor de reestructuración con respecto a la visión negativista y de impotencia que mantenían no solo las(os) consultantes, sino que también se hacía evidente en el equipo, principalmente por la parte médica, quien se sorprendía al escuchar los comentarios de las(os) usuarias(os) sobre su mejora en la calidad de vida a pesar de registrar niveles de dolor relativamente altos.

- ✓ Con la realización de los talleres de prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, el equipo profesional de la Clínica utilizó de forma constructiva el espacio de autocuidado, el cual se encontraba asignado desde tiempo atrás pero que no se tomaba como tal debido a la poca sensibilización sobre la necesidad de usarlos eficientemente para el mantenimiento de la salud mental del equipo.

- ✓ La práctica realizada, permitió que la Fundación Pro Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos pudiera visualizar la necesidad de un(a) profesional de psicología que abordara la sobredemanda de casos tanto relacionados a la atención del dolor, como a los cuidados paliativos, ya que se está dejando sin atender una porción importante debido a la limitación de tiempo con que cuenta la profesional que se desempeña en esta área, quien solamente tiene asignado una jornada de medio tiempo.

Limitaciones

- ✓ A nivel de intervención se encontró que algunos pacientes presentaron distintos niveles de analfabetismo, lo cual dificultó el cumplimiento de tareas en las que se les entregaban autorregistros de conducta. Esto también resultó complejo al momento de conocer los resultados de la intervención, por lo tanto se optó por utilizar en mayor medida el registro verbal de los y las consultantes que presentaban estas dificultades o se adaptaron algunos instrumentos a sus posibilidades.

- ✓ Durante la intervención psicológica hubo un periodo, alrededor de dos meses en el cual el medicamento “*voltaren*” escaseó a nivel nacional y algunas de las consultantes no

tuvieron acceso a otro tipo de fármaco para controlar el dolor, lo cual provocó un aumento los niveles de dolor registrado durante esas semanas.

- ✓ Siguiendo con aspectos relacionados a la atención, la variable económica afectó en muchas circunstancias la regularidad de las(os) consultantes a las sesiones, ya que la mayoría de ellas(os) poseían niveles económicos bajos. También el aspecto de regularidad mencionado, estuvo afectado por la característica policonsultante que tuvieron estas(os) usuarias(os), especialmente aquellos con múltiples padecimientos.
- ✓ Hubo limitaciones de espacio físico a nivel institucional, principalmente para el desarrollo de la intervención grupal, por lo tanto se tuvo que utilizar lugares externos a esta institución que dificultaron el manejo de mobiliario y material para su desarrollo.
- ✓ También hubo escases en relación a recursos didácticos para el desarrollo de las intervenciones grupales, en artículos como lápices, lapiceros, video beam, fotocopias a color, entre otros aspectos que se tuvieron que conseguir externamente.

VIII. Conclusiones

El uso de un marco teórico y metodología cognitivo conductual emocional permitió que la atención psicológica brindada, identificara y tratara de manera directa y efectiva la problemática presentada y las variables que permitieron que los síntomas se manifestaran, alcanzado por medio del análisis biopsicosocial que el modelo establece.

Las personas que sufren por dolor, en el caso específico de las enfermedades con dolor crónico de tipo benigno, pueden lograr mediante un tratamiento integral y multidisciplinario, cambios importantes en los patrones de conducta que mejoren no solo su experiencia de dolor, sino también su calidad de vida.

Si bien los abordajes psicológicos para el tratamiento del dolor crónico pueden ser muy variados, con las investigaciones analizadas para este trabajo y los tratamientos desarrollados durante la práctica se puede concluir que para que estos sean eficaces deben reunir algunas características como: la regularidad de las sesiones de tratamiento, el compromiso de parte del profesional y el usuario, evidencia científica de la funcionalidad de las técnicas, el trabajo con otras disciplinas y sobre todo sentido de realidad sobre el alcance que pueden tener el tratamiento con respecto a la disminución de los niveles de dolor.

A pesar de que se evidencia gran cantidad de textos e investigaciones científicas a nivel internacional enfocadas en diversas temáticas, padecimientos y tratamientos para el abordaje del dolor crónico, existe una carencia importante de protocolos, instrumentos, técnicas y procedimientos psicológicos adaptados para la población nacional.

Los artículos que escasamente se encuentran sobre el trabajo que se realiza en nuestro país, informan sobre los resultados obtenidos mediante el uso de tratamientos que han

demostrado efectividad a nivel internacional, o en su mayoría se refieren a trabajos finales de graduación de carácter universitario, los cuales mantienen una incidencia menor a las investigaciones y en el caso de las universidades no estatales demuestran limitaciones en cuanto a su contenido teórico y metodológico,

De acá sobresale la necesidad de conocer las características individuales que presenta la población nacional en relación a estos padecimientos, y en esta medida se estandaricen programas integrales que reúnan las necesidades específicas de la población a los que van dirigidos y que mejoren el abordaje realizado desde nuestra área profesional.

Es por eso que, las características de los pacientes, principalmente aquellas demográficas y médicas que se expusieron en el presente trabajo, no tienen como objetivo encajar a las personas atendidas dentro de un conjunto de síntomas determinados, sino que, teniendo en cuenta la diversidad de factores que pueden provocar problemas de dolor crónico, estos datos puedan servir a otros trabajos e investigaciones que se realicen sobre esta temática y así ir conformando una caracterización de los factores que favorecen la aparición de los padecimientos de dolor crónico a nivel nacional, ya no existe ningún antecedente en relación a esto.

Es necesario señalar que, manejar como eje transversal de la intervención el paradigma de Psicología de la Salud, se vuelve indispensable en la atención a este tipo de problemáticas, ya que esta aporta una visión integradora de los diversos componentes que configuran una concepción saludable, lo cual hace que el profesional redirija sus acciones hacia una perspectiva biopsicosocial más amplia y más cercana a la realidad del sujeto y no sólo hacia el síntoma o la problemática por la que fue referida(o).

IX. Recomendaciones

- A la Clínica del Dolor

- Con respecto a las problemáticas atendidas, el padecimiento de la fibromialgia fue el que se presentó con mayor incidencia en la población atendida por dolor crónico benigno, tanto a nivel individual como grupal. Este aspecto debe de ser rescatado para realizarse campañas de prevención y manejo del padecimiento.

- Las disciplinas de nutrición y farmacología se integran con mayor énfasis a la consulta domiciliar dirigida más fuertemente a los cuidados paliativos. Sería importante que estas disciplinas también dedicaran tiempo y espacio para que intervengan de forma más cercana los padecimientos de dolor crónico benignos atendidos en consulta externa de esta Clínica, con el objetivo de hacer un abordaje más integral y lograr mejores resultados en los tratamientos aplicados.

- Con la alta demanda que tiene el servicio de Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo actualmente, se recomienda aumentar la capacidad de integración a estudiantes en prácticas profesionales y voluntariado, que puedan apoyar la labor de Psicología y en general de todas las demás disciplinas, ya que esto puede aumentar el alcance de este servicio a la población del Área de Salud Puriscal- Turrubares y Mora.

- A la Escuela de Psicología

- Fomentar de manera más enfática la realización de prácticas dirigidas como trabajo final de graduación, ya que constituye un acercamiento directo al quehacer laboral del psicólogo que brinda herramientas de afrontamiento efectivas a los procesos de inserción laboral, al mismo tiempo que sirve para el perfeccionamiento de los procedimientos y técnicas adquiridas durante los años de formación anterior.

- Realizar actividades de divulgación sobre distintas temáticas en las que se realizan trabajos finales de graduación, de manera que estos trabajos no queden solo en el texto sino que puedan ser conocidos por otros estudiantes y profesionales y de esta forma compartir experiencias y conocimientos. Un buen ejemplo a seguir corresponde a las Jornadas de Investigación que se realizan en el Instituto de Investigaciones Sociales.

- Se vuelve cada vez más importante el énfasis en la formación integral de los estudiantes en el tema de Psicología de la Salud y Medicina Conductual, ya que actualmente la escuela abarca estos cursos desde una visión clínica enfocada al tratamiento de los problemas psicológicos de acuerdo a enfoques teórico-metodológicos diversos, dejando por fuera una gran gama de otras posibilidades las cuales pueden favorecer las condiciones de salud, como lo es el enfoque en las acciones de prevención, promoción e investigación desde esta rama.

- Reconociendo lo mencionado por autores como Reyes (2011), existe en nuestro país necesidad de establecer o reconocer un concepto de Psicología de la Salud adecuado para la población nacional y que sirva de fundamento para las acciones que llevan a cabo los profesionales en psicología, principalmente en la intervención y evaluación de los procedimientos que se ponen en práctica.

- Se considera importante que las acciones realizadas por los(as) psicólogos(as) en el campo de la Psicología de la Salud tengan más incidencia en el contexto nacional, esto puede lograrse imitando modelos internacionales ya establecidos, como el caso de España, donde se implementó dentro de sus regulaciones una en la que la Psicología de la Salud debe trabajar en estrecha cercanía con la Ley General de Sanidad de este país (Pérez et al., 2010). Aspectos como éste son los que le dan relevancia a nuestro campo de acción profesional, al mismo tiempo que abre una mayor cantidad de espacios laborales y provee una mejor respuesta institucional hacia el trabajo que hacemos.

- Es necesario que el Colegio de Psicólogos como ente rector de los profesionales en esta área, dirijan sus esfuerzos en conjunto con instituciones de educación superior, para la apertura de una mayor cantidad de campos clínicos para los estudiantes que elijan hacer sus trabajos de graduación o prácticas en instituciones de salud a nivel nacional, ya que actualmente esta es una labor altamente burocrática que imposibilita la inserción.

- Por último, se subraya la importancia de contar con estudios científicos a nivel nacional en el área de dolor crónico, labor que el Colegio debe fomentar, ya que es un área de acción que se está avocando al manejo documentado solo en trabajos de graduación u otras modalidades con menor incidencia, dejando por fuera el ámbito de la investigación y el avance científico.

X. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Área de Estadística en Salud, Puriscal-Turubares. (2011). *Estadísticas biomédicas*. San José: Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Área de Estadística en Salud. (2011). *Estadísticas clínicas del dolor 2010*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP (1994). *Classification of Chronic Pain*. Segunda Edición. Seattle: IASP Press.
- Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Carrasco, I. y Espinar, I. (2009). Terapia racional emotivo-conductual y reestructuración cognitiva. En F. Labrador (Coord). *Técnicas de modificación de conducta*. (p. 499-516) Madrid: Pirámide.
- Departamento de Farmacoepidemiología. (2005). *Criterios Técnicos y Recomendaciones basadas en la Evidencia, para el Primer y Segundo nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Díaz, M., Comeche, I. y Vallejo, M. (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En M. Pérez, J. Fernández, C, Fernández y I. Amigo (Coords). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Díaz, M., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S. A.

- Domínguez, B. y Olvera, Y. (2006). Estados emocionales negativos, dolor crónico y estrés. *Revista Ciencias*. 082,. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Dunford, B., Shipp, A., Boss, W., Angermeir, I. y Boss, A. (2012). Is burnout static or dynamic? A career transition perspective of employee burnout trajectories. *Journal of Applied Psychology*, 97 (3). Recuperado de [https://sibdi.ucr.ac.cr/http://ehis.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=00c9c7aad22f40778a92f2c7d0e08104%40sessionmgr114&vid=3&hid=3&bquery=\(burnout\)](https://sibdi.ucr.ac.cr/http://ehis.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=00c9c7aad22f40778a92f2c7d0e08104%40sessionmgr114&vid=3&hid=3&bquery=(burnout)).
- Engel, J., Wilson,S., Tran, S., Jensen, M. y Ciol, M. (2012). Pain Catastrophizing in Youths With Physical Disabilities and Chronic Pain. *Journal of Pediatric Psychology*. Recuperado de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/>.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy*, Madrid: Pirámide.
- Flores, M., González, I., Troyo, R., Valle, M., Muñoz, A. y Vega, M. (2004). Efectividad de las técnicas de relajación en la disminución del dolor crónico. *Investigación en Salud*, 6 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org>.
- Fordyce, W. (1976). *Behavioral methods for chronic pain an illness*. Seattle: The C. V. Mosby Company.
- Fordyce, W. (1984). Behavioral Science and Chronic Pain. *Postgraduate Medical Journal*, 60. Recuperado de: <http://www.ebscohost.com>.
- Gil-Monte, P y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*. 1 (1). Recuperado de <http://gepeb.files.wordpress.com/2011/12/pedrogil-monte.pdf>.
- Gil-Monte, P. (2006). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. En P. Gil-Monte y B. Moreno (Coords). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. (p. 123-140). Madrid: Pirámide.
- Glombiewski, J., Hartwich-Tersek, J. y Rief, W. (2009). Two psychological interventions are effective in severely disabled, chronic back pain patients: a randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19967572>.
- Glombiewski, J., Sawyer, A., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. y Hofmann, S. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Revista PAIN, International Association for the Study of Pain*, 151. Recuperado de <http://www.elsevier.com/locate/pain>.
- Grace, C. (2002). El trastorno cognitivo en el Síndrome de Fatiga Crónica. En J. John y J. Oleske (Eds). *Manual de consenso para la atención del Síndrome de Fatiga Crónica en la asistencia primaria*. New Jersey: Academia de Medicina de Nueva Jersey y del Ministerio de Salud y Servicios Senior de Nueva Jersey.
- Hadjistavropoulos, T., Hunter, P., y Dever, T. (2009). Pain Assessment and Management in Older Adults: Conceptual Issues and Clinical Challenge. *Revista Canadian Psychology Association*, 50 (4), pp. 241-254. Recuperado de <http://www.ebscohost.com>.

Jara, M. (2009). *Análisis de la relación de la incidencia del Síndrome de Burnout en la calidad de la atención que brindan los(as) funcionario(as) que laboran con personas adultas mayores en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Tesis para optar por el grado de Magister Scientiae en Gerontología. San José: Universidad de Costa Rica.

Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Segunda Edición. México: Manual Moderno.

Labiano, M. (2006). Introducción a la Psicología de la Salud. En L. Oblitas (Ed.). *Psicología de la salud y calidad de vida* (p. 3-21). México, D. F.: Thomson.

Labrador, F. (2009). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. (Trad. M. Zaplana). Barcelona: Martínez Roca.

Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.

León, M. (2007). Tratamiento del dolor crónico desde la terapia de la conducta. *Revista Costarricense de Psicología*, 29. Recuperado de <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com>.

López, F. (1996). Definición y clasificación del dolor. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 4. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2038562>.

McCracken, L. (2005). *Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain*. Seattle: IASP Press.

McCracken, L., Gutiérrez-Martínez, O. y Smyth, C. (2012). “Decentering” Reflects Psychological Flexibility in People With Chronic Pain and Correlates With Their

Quality of Functioning. *Health Psychology*. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2012-10744-001/>.

Melzack, R. y Wall, P. (1965). Mecanismos del dolor: Una nueva teoría. *Revista Science*, 150 (3699) pp. 971-979. Recuperado de: <http://www.jstor.org>.

Mézerville, C. (2008). *Síndrome de Burnout y estilos de afrontamiento en psicólogos y psicólogas clínicos, una aproximación cognitivo conductual emocional*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura. San José: Universidad de Costa Rica.

Milán, M. y Mitchell, P. (1991). La generalización y el mantenimiento de los efectos del tratamiento. En V. Caballo. (Comp). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S. A.

Middaugh, S. y Pawlick, K. (2002). Biofeedback and Behavioral Treatment of Persistent Pain in the Older Adult: A Review and a Study. *Revista Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27 (3). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12206050>.

Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

Moitra, E., Sperry, J., Mongold, D., Kyle, B. y Selby, J. (2011). A Group medical visit program for primary care patients with chronic pain. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42 (2). Recuperado de http://www.experts.scival.com/reachnc/pubDetail.asp?t=pm&id=79955636592&n=Brandon+N+Kyle&u_id=980000074

Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Revista Anuario de Psicología*, 36 (1). Recuperado de www.redalyc.org.

- Moix, J. y Casado, I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Terapia Clínica y de la Salud*, 22 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org>.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. México: Editorial UniSon.
- Moreno, A. y Moreno, S. (2010). *Programa educativo de Enfermería para el control del dolor, dirigido a un grupo de personas con Síndrome de fibromialgia, miembros de la Asociación de Fibromialgia de Costa Rica, en el periodo de marzo a noviembre del 2009*. Practica Dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Muñoz, M. (2009). Proceso de evaluación psicológico cognitivo-conductual: una guía de actuación. En F. Labrador (Coord.). *Técnicas de modificación de conducta*. (p. 69-101). Madrid: Pirámide.
- Navarro, M. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Revista Actualidades en Psicología*. Vol. 20, (107). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=133212642001>.
- Nunes, M., García, C. y Alba, S. (2006). Evaluación psicológica de la salud: contextos actuales. *Revista Estudios Sociales*, 14 (28). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018845572006000200005&script=sci_arttext.
- O’Hora, D. y Barnes-Holmes, D. (2004). Instructional control: Developing a relational frame analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (2). Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen4/num2/84.html>.
- Olivares, J. y Méndez, F. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Olivares, J., Méndez, F. y Lozano, M. (2001). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F. Méndez (Eds). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Méndez, F. y Moreno, G. (2001). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F. Méndez (Eds). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El Burnout o Síndrome de estar Quemado en los profesionales sanitario: Revisión y Perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org>.
- Palermo, T., Eccleston, C., Lewandowski, A., Williams, A. y Morley, S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: An updated meta-analytic review. *Revista PAIN, International Association for the Study of Pain*, 148 (1). Recuperado de <http://www.elsevier.com/locate/pain>.
- Pastor, M., Pons, N., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López, S., Terol, M. y Rodríguez, J. (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en las enfermedades reumáticas: el caso de la Fibromialgia. En M. Pérez, J. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Coords). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C. y Amigo, I. (2010). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, V. (2010). *Manual cognitivo conductual emocional, dirigido a psicoterapeutas para el manejo del dolor crónico, en mujeres con Fibromialgia*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.

Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). *Revista Interdisciplinaria*, 25 (1). Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v25n1/v25n1a01.pdf>.

Presidencia de la República y Ministro de Salud. (2001). *Manual de normas de atención del dolor y cuidados paliativos del I y II nivel*. San José. Recuperado de <http://www.cesdepu.com/decretos/29561-S.01-JUN-2001>.

Reyes, B. (2011) ¿Cuál es el aporte de la psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica? *Revista Reflexiones*, 90 (1). Recuperado de <http://www.latindex.ucr.ac.cr/rfx012-05.php>.

Rojas, J. (2003) Abordaje de la intervención psicológica en casos diagnosticados con dolor crónico. *Revista Enfermería en Costa Rica*, 25. Recuperado de <http://www.enfermeriaencostarica.com>

Rosas, S. y León, Y. (2006). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de enfermería del hospital general de Pachuca. *Revista Científica Electrónica en Psicología*. 2 (1). Recuperado de <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/>.

Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.

Solano, K. (2009). *La psicología de la Salud en el primer nivel de atención*. Trabajo final de graduación para optar por el grado de Magister en Psicología de la Salud. San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica.

Törneke, N., Luciano, C. y Valdivia, S. (2008). Rule-Governed Behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology an Psychological Therapy*, 8 (2). Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen8/num2/191.html>.

- Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A. Y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Revista Clínica y Salud*, 19 (3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180617473003>.
- Turk, D., Swanson, K. y Tunks, E. (2008). Psychological approaches in the treatment for chronic pain. When phills, scalpels and needles are not enough. *Revista Canadiense de Psiquiatría*, 53 (4). Recuperado de www.proquestreaserchlibrary.com.
- Vallejo, M. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84.htm>.
- Vallejo, M. (2009). Técnicas de Biofeedback. En F. Labrador (Coord.). *Técnicas de modificación de conducta*. (p. 421-436). Madrid: Pirámide.
- Vallejo, M. y Comeche, M. (1992). Consideraciones acerca de la conceptualización del dolor crónico. *Psicothema*, 4 (2). Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema>.
- Vargas, K. (2005). *Manual de técnicas cognitivo conductuales para la disminución de los niveles de dolor crónico en pacientes diagnosticados con cáncer. Dirigido a Psicólogos*. Trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. San José: Universidad Católica de Costa Rica.
- Zautra, A. Davis, M. Reich, J. Nicassio, P. Tennen, H. Finan, P. Kratz, A. Parrish, B. y Irwin, M. (2007). Comparison of Cognitive Behavioral and Mindfulness Meditation Interventions on Adaptation to Rheumatoid Arthritis for Patients With and Without History of Recurrent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (3). Recuperado de <http://www.ebscohost.com>.

XI. Anexos

Anexo 1.

Autorregistro de Conductas ante el Dolor

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucción: Para conocer de manera detallada las respuestas o acciones que usted realiza para manejar el dolor, indique en la primera columna la acción que lleva a cabo una vez que ha sentido el dolor, al mismo tiempo marque la intensidad del dolor que está experimentando en la escala de 0 a 10, donde “0” es el mínimo dolor y 10 el máximo dolor y la hora en que sucede.

Día	Acción Realizada Cuando Sintió el Dolor	Intensidad de Dolor: Escala de 0 a10.	Hora	Observaciones
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Anexo 3.

Autorregistro para la Práctica de la Relajación

Nombre: _____

Fecha: _____

Cada vez que me relaje, anoto en estos cuadros la tensión que he experimentado antes y después de practicar la relajación. Para evaluarlo utilizo la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Nada de tensión	Algo de tensión	Bastante tensión	Mucha tensión	Muchísima tensión

	Antes de la relajación	Después de la relajación	Observaciones
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Anexo 4.

Registro de la Experiencia en Desviación de la Atención

A continuación se presenta un cuadro en que el debe anotar detalladamente los elementos que pudo percibir con la experiencia de desviación de la atención. Recuerde anotar todo lo que percibieron los sus sentidos (vista, tacto, olfato, gusto, oído) y agregue además, otras respuestas que pudo haber experimentado (pensamientos, sensaciones, imágenes, recuerdos, emociones).

Nombre: _____

Fecha: _____

Hora: _____

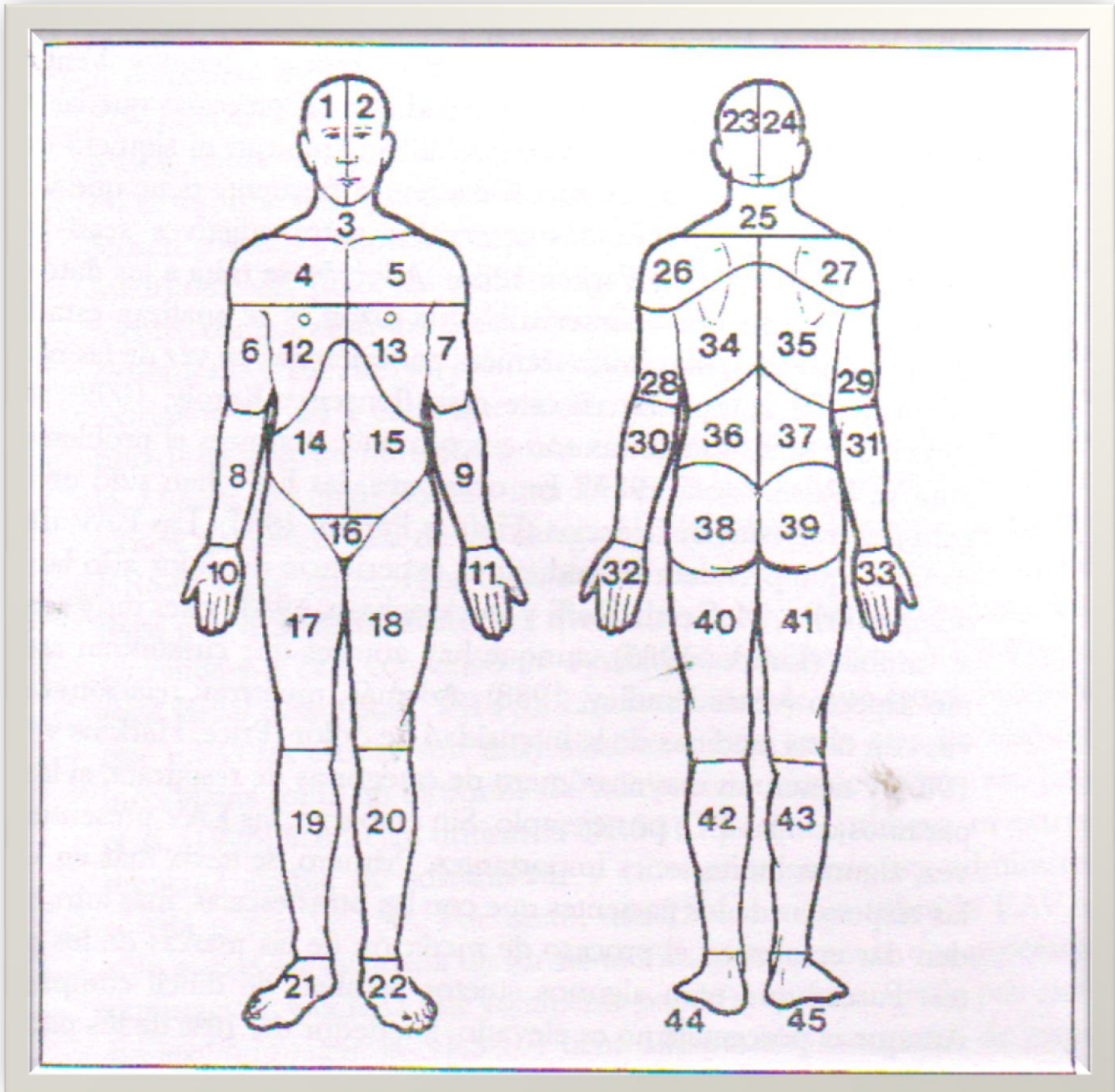
Situación o momento elegido	Elementos percibidos con la Vista	Elementos percibidos con el Tacto	Elementos percibidos con el Olfato	Elementos percibidos con el Gusto	Elementos percibidos con el Oído.	Sensaciones experimentadas

* Califique el ejercicio de manera general, de acuerdo a la intensidad con que pudo experimentar las sensaciones descritas, en una escala de 0 a 10, donde 0 es ninguna intensidad y 10 es mucha intensidad.

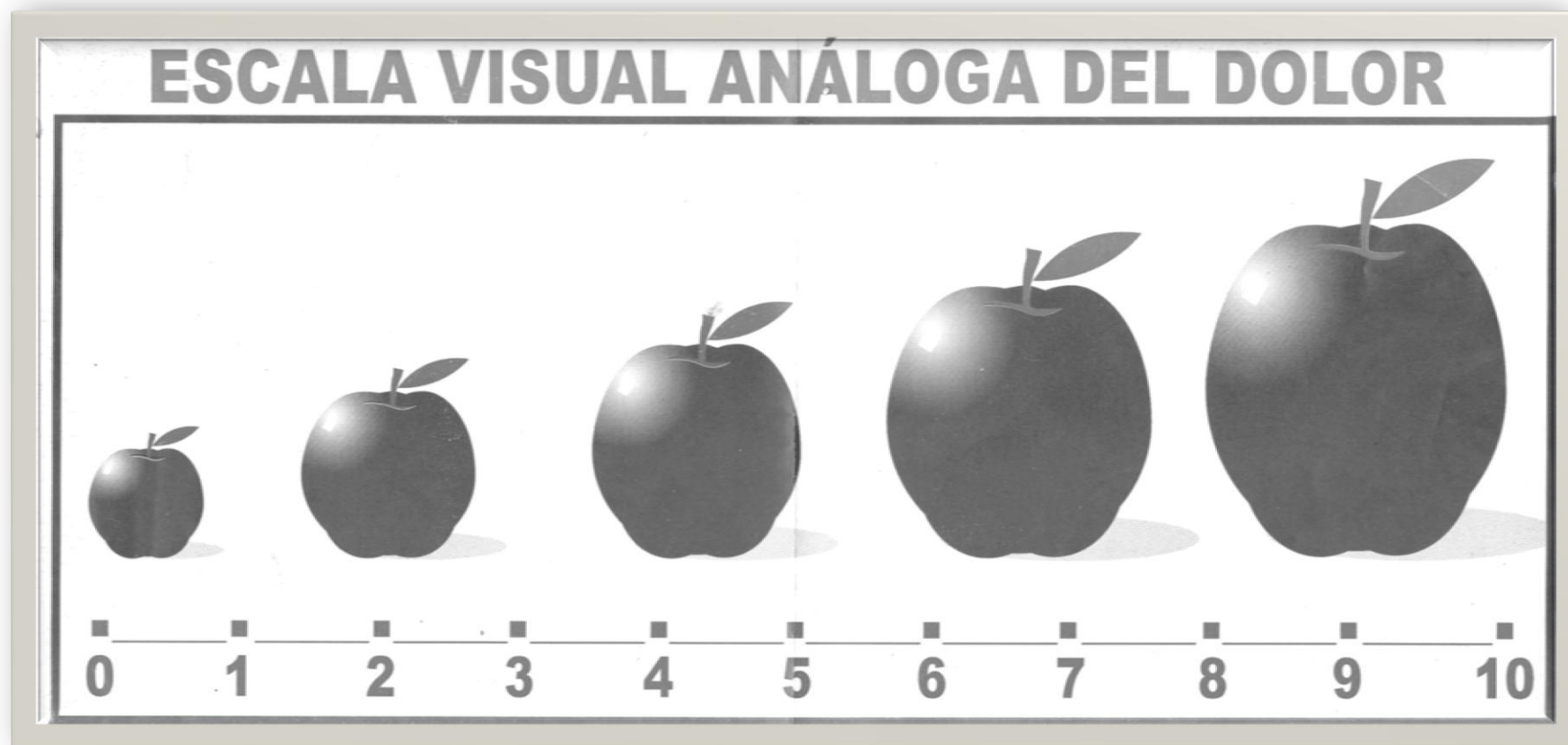
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Anexo 5.

Dibujo del Dolor (Miró, 2003)



Anexo 6.



Anexo 7.

Consentimiento Informado

Universidad de Costa Rica

Escuela de Psicología

Fórmula de Consentimiento Informado

Uso de la Terapia Cognitivo Conductual en la atención a Personas con Trastorno de Dolor Crónico benigno en la Clínica de Dolor Crónico y Cuidados Paliativos de Puriscal.

Bach. Cindy Valverde Arley

Nombre del(a) Participante: _____.

- A. **Propósito del Trabajo:** Brindar tratamiento psicológico a personas que sufren dolor crónico benigno, así como sus familias, las cuales asistan a la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal.
- B. **¿Qué se hará?:** Si acepto participar en esta intervención psicológica, se me realizará lo siguiente:
1. Proceso de entrevista y evaluación integral del dolor crónico.
 2. Aplicación de técnicas y procedimientos de intervención psicológica para contrarrestar el dolor crónico.
 3. Evaluación de resultados obtenidos en el tratamiento aplicado.

- C. **Riesgos:** No existe ningún tipo de riesgo para mí, en esta intervención psicológica. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que seré sometido(a) para la realización de esta Práctica, la Bach. Cindy Valverde Arley me brindará el tratamiento necesario para mi total recuperación.
- D. **Beneficios:** Como resultado de mi participación en esta intervención psicológica, el beneficio que obtendré será mejorar las estrategias de control de dolor por medios de las técnicas y procedimientos que serán aplicados, los cuales mejoren el manejo de las experiencias de dolor.
- E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Cindy Valverde Arley, para que pudiera aclarar todas las preguntas relacionadas a esta intervención. Si quisiera más información, puede llamar al 2511-5561, en los siguientes horarios: de Lunes a Viernes de 8 am. a 12 md. y de 1 pm. a 5 pm.
- F. Recibiré una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

Firma y Cédula del(a) Participante: _____

Anexo 8.

**CLÍNICA DE CONTROL DEL DOLOR Y
CUIDADO PALIATIVO DE PURISCAL**

Grupo de Apoyo Psicoterapéutico para el Manejo de la Fibromialgia



Elaborado por: Bach. Cindy Valverde Arley

Mayo: 2012

1. Presentación

El presente trabajo constituye una propuesta de terapia grupal, dirigida a mejorar las estrategias de afrontamiento que tienen las personas que padecen Fibromialgia, para aumentar su calidad de vida y la satisfacción en las actividades diarias.

La metodología se desarrollará mediante la intervención grupal la cual tendrá un enfoque participativo, donde se propicie la expresión libre de los integrantes, referente a los distintos niveles de respuestas (emocionales-cognitivas-conductuales) en los que de algún modo la fibromiálgia haya influido.

Asimismo, se busca establecer un ambiente confortable en el que las(os) participantes puedan sentirse identificadas(os), acompañadas (os) y apoyadas(os) en este proceso, para así lograr que se produzca un cambio en sus vidas.

Con el abordaje grupal de la Fibromialgia, se pretende lograr en las(os) participantes un mejor acercamiento a su problemática, de manera que conozcan y entiendan su propio dolor, la forma en que se manifiesta, las causas por las que aparece y la dinámica que marca ésta en el desempeño personal, familiar y demás ámbitos alrededor de ellas(os).

Además, uno de los ejes transversales que incluye la intervención grupal, es la instrumentalización de los participantes en cuanto a estrategias y técnicas psicológicas que sean funcionales para afrontar el padecimiento. Con esto se persigue que la persona se empodere de dichas técnicas y las puedan aplicar, por si sola en otros contextos distintos al ambiente terapéutico.

Tomando en cuenta los aspectos mencionados, esta propuesta está estructurada para ser desarrollada en un total de 10 sesiones, en las cuales se abordarán distintas temáticas que se dan a conocer en la descripción de las sesiones.

La duración de dichas sesiones es de 2 horas aproximadamente, y se desarrollará en las instalaciones de la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo de Puriscal, donde se espera contar con la asistencia de un máximo de 14 y un mínimo de 8 personas por sesión.

2. Objetivos:

a. Generales:

a.1. Fortalecer las habilidades de afrontamiento de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia, mediante la puesta en práctica de técnicas cognitivo conductuales y emocionales.

a.2. Promover estilos de vida saludable que pueden implementar las personas que sufren de Fibromialgia.

b. Específicos:

b.1. Proporcionar un espacio de psicoeducación sobre el padecimiento de la Fibromiálgia.

b.2. Modificar pautas conductuales que refuerzan el mantenimiento del dolor.

b.3. Ejecutar estrategias de intervención cognitiva para mejorar el control de la atención y pensamientos automáticos.

b.4. Instruir a las (os) pacientes en técnicas de relajación para el manejo del dolor en la Fibromialgia.

b.5. Realizar ejercicios de expresión emocional relacionados a la experiencia de este padecimiento.

b.6. Identificar las áreas de trabajo en el establecimiento de estilos de vida saludable.

c. *Externos:*

c.1. Generar un espacio de apoyo psicoterapéutico grupal para personas diagnosticadas con Fibromialgia.

c.2. Brindar un recurso grupal para el afrontamiento de la fibromialgia, mediante el desarrollo de técnicas y procedimientos psicológicos efectivos.

3. Enfoque Teórico

De acuerdo con los objetivos que pretende alcanzar esta intervención, se torna necesario definir algunos ejes de acción desde donde partirá el desarrollo de la misma, por esta razón el presente apartado integrará brevemente, algunos aspectos importantes para comprender la perspectiva teórica y metodológica que respalda la propuesta.

Uno de los elementos de referencia en el abordaje de la fibromiálgia corresponde al concepto de dolor que va a ser Recuperado en cuenta en la intervención. Este será entendido como lo establece la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1994): *“una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma”* (p.210).

Tomando en cuenta la anterior definición del dolor, es importante esclarecer cómo se entiende el dolor en la fibromialgia. Para esto la Asociación Americana de Reumatología, determina que el padecimiento de la fibromiálgia consiste en la presencia de un dolor generalizado de más de tres meses de duración y dolor o sensibilidad anormal a la presión digital en 11 de los 18 Puntos Precipitantes de Dolor (American Rheumatology Association, 1990, citado por Pastor et al, 2010). Además de la sensación de dolor generalizado y la identificación de los Puntos Precipitantes de Dolores, la fibromiálgia responde a otros síntomas, como la rigidez en manos, alteraciones en la calidad y cantidad de sueño, fatiga constante, estado de ánimo depresivo y dependencia a los medicamentos.

Si bien, la problemática de la fibromiálgia está definida en términos de percepción e intensidad del dolor, sabemos que su dinámica es mucho más compleja de la que se

exponen en estos documentos, ya que el origen de la misma puede ser de gran diversidad de factores, razón por la cual aún no han sido definidos las causas que la provocan.

Por otro lado, Lario y Fusco (2005), confirman que la Fibromiálgia también viene acompañada de los síntomas antes mencionados y de baja tolerancia a los ejercicios, ansiedad, entre otros aspectos negativos que disminuyen la calidad de vida de las personas y los cuales se tornan necesarios incluir en aspectos de evaluación y tratamiento de los pacientes con este padecimiento.

Con respecto a lo mencionado acerca de la fibromialgia, se considera de gran utilidad la perspectiva de abordaje que exponen Moix y Kovacs (2009, citado por Moix y Casado 2010), mediante su “*Manual del dolor. Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*”, consiste en un abordaje integral, metodología grupal, la cual incluye aspectos de intervención que serán incluidos en este tratamiento psicológico y que se adaptará para el padecimiento de la fibromialgia.

Entre los aspectos más relevantes de este abordaje se encuentran los ejes de acción para el desarrollo de las sesiones, los cuales se centran en la psicoeducación, la instrumentalización de técnicas de relajación, control cognitivo, modificación conductual, expresión emocional y el entrenamiento en distintos tipos de habilidades como la comunicación, la asertividad, la solución de conflictos, distribución eficaz del tiempo y la promoción de estilos de vida saludable.

Enfatizando en la metodología de tratamiento grupal que ofrece el Manual de Moix y Kovacs (2009, citado por Moix y Casado, 2010) en el manejo del dolor crónico, en conjunto los tratamientos que ofrece la Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces para las enfermedades reumáticas de Pastor et al., (2010), con planes de intervención específica para el manejo de la Fibromiálgia a partir de investigaciones admitidas en bases de datos de revistas científicas (Medline y PsychoInfo), se realiza una adaptación en la que se formula una intervención grupal de la fibromialgia, apoyada de igual forma, en otras intervenciones no menos importantes a estas, como lo son la de Villanueva et al., (2004), Moreno y Moreno(2010), Pérez(2010) y Glombiewski et al., (2010), donde se evidencia la efectividad de las técnicas y procedimientos cognitivos conductuales en el tratamiento del dolor crónico.

En torno a esto, se encuadra la intervención grupal que se especifica a continuación en el apartado de descripción de las sesiones.

4. Descripción de las sesiones:

Sesión 1: Apertura del Grupo.

Objetivo: Realizar actividades de conformación, presentación e integración del grupo de participantes.

Actividad	Materiales	Tiempo Destinado
Bienvenida		5 min
1. Presentación individual de coordinadora y participantes	Gafetes Pilots Cinta o Gacillas	10 min
2. Encuadre inicial: - Presentación de los objetivos del grupo. - Reglas del grupo.	Papelografo Cinta Pilots	15 min
3. Motivación: - Metas, Expectativas de los participantes.	Hoja de registro de metas y expectativas.	10 min
4. Evaluación del dolor (VAS).	Escala VAS	10 min
5. ¿Qué es la fibromialgia? - Lluvia de ideas. (5 min) - Exposición Teórica del tema (10 min) - Plenaria (apoyo terapéutico) (15 min).	Papelógrafo Pilots Presentación Power Point	30 min
6. Tarea Extrasesión:	Autorregistro de conductas de dolor	10 min
7. Cierre de la sesión	Reflexión (cierre grupal)	15 min
		Total: 1h, 45min

Procedimiento de las actividades:

1. **Presentación:** A cada participante se le entregará un gafete para que escriban su nombre y lo coloquen en alguna parte visible de su cuerpo, para que los demás compañeros de grupo puedan visualizarlo fácilmente.
Una vez realizado este paso, se procederá a mencionar cada uno su nombre junto con un animal, fruta o cosa, con la que se identifique. Deben mencionar una razón por la que se identificaron.
2. **Encuadre:** Escritas en un papelógrafo, se presentarán los objetivos que se pretende alcanzar con la terapia grupal, se indicarán los alcances y limitaciones de la intervención, el rol del psicólogo y el de los participantes. Además se establecerán las reglas del grupo para su funcionamiento.
3. **Motivación:** En una hoja, cada uno(a) van a escribir las expectativas que tienen de la intervención grupal. Una vez finalizado esto, tendrán que construir las metas que como grupo se proponen alcanzar, a la luz de los objetivos establecidos.
4. **Evaluación del Dolor:** Se les facilitará una hoja con la escala análoga visual del dolor para que cada uno tengan un registro de la dinámica que tiene el dolor en su caso personal.
5. **Concepto de fibromialgia:** Mediante este espacio de psicoeducación se realizará una lluvia de ideas, que se plasmarán en un papelógrafo, se analizarán las concepciones personales y características que los participantes conocen acerca de la fibromialgia, por medio de la opinión que tenga cada una (o) de ellas(os).
Luego se dará a conocer, por medio de una presentación powerpoint, el concepto de fibromialgia reconocido a nivel internacional y los aspectos relevantes que este engloba, tomando en cuenta las bases conceptuales establecidas por la Asociación Americana de Reumatología (1990, Citado por Pastor et al, 2010) con respecto a este padecimiento. Así mismo se abordará las temáticas relativas al dolor crónico, expuesto por estos mismos autores en el capítulo referente al Dolor Crónico (concepto).
Se abrirá la plenaria para comentar lo expuesto.

6. Entregará de autoregistro: para llenar en casa, se les explicará la manera en que deben llenarlo y se aclararán preguntas relacionadas a la tarea.
7. Se les entregará una reflexión de sensibilización hacia la problemática y se abrirá el espacio para la discusión grupal del mismo, recabando impresiones, comentarios y demás aportes de los participantes. Cierre de la sesión.

Sesión 2: Conociendo la Fibromialgia

Objetivo: Reestructurar la conceptualización del dolor, mediante el conocimiento de los síntomas de la fibromialgia y los factores que la provocan en la dinámica del dolor total.

Actividad	Materiales	Tiempo Destinado
1. Saludo inicial, lista de asistencia, evaluación del dolor y presentación de los objetivos de la sesión.	Evaluación Personal del dolor. Revisión de la Tarea (autorregistro).	15 min
2. Factores involucrados en el padecimiento de la fibromialgia y su relación con el dolor total. <ul style="list-style-type: none"> - Discusión en subgrupos sobre: Síntomas de la Fibromialgia (15 min) - Análisis del material audiovisual sobre ¿Qué factores provocan fibromialgia? Y ¿Qué relación tiene este padecimiento con el dolor? (20 min) - Discusión Grupal (10 min). 	Hojas para subgrupos. Lapiceros Presentación Power Point.	45 min
3. Identificando nuestro propio dolor: <ul style="list-style-type: none"> - Pinto las partes del cuerpo que más me duelen. 	Lápices de color Dibujo del cuerpo humano Hoja con Puntos Precipitantes de Dolor	10 min
4. Conductas de Dolor: <ul style="list-style-type: none"> - Análisis individual: ¿Qué hace usted cuando siente dolor? (10 min). 	Información del Autorregistros Hoja con Conductas de dolor para pasarla a los	25 min

- Exposición Teórica (15 min).	participantes.	
5. Tarea Extrasesión: - “Autorregistro”	Entregar hoja de autoregistro de Situaciones negativas.	10 min
6. Agradecimiento y despedida		5 min
		Total: 1h, 50min

Procedimiento de las actividades:

1. Saludo: se lleva a cabo un recibimiento cordial, en el que se agradece la asistencia y se realiza un breve recuento de lo analizado la semana anterior. Al mismo tiempo se realiza la evaluación personal del dolor, se revisa la tarea de la sesión anterior y se expone los objetivos.

2. Factores relacionados con la fibromialgia: En la primera parte se dividirán los participantes en subgrupos, de acuerdo a la asistencia de este día, y se les dará la siguiente consigna: *“Según sus experiencias personales, ¿Cuáles son los síntomas de la fibromialgia?”*. El grupo discute y realiza un listado que presentará al psicoterapeuta.

La segunda parte consistirá en la exposición, utilizando presentación powerpoint, de los factores que provocan los síntomas de la fibromialgia y su relación con los niveles de dolor, esta información se tomará a partir del capítulo de Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces en las Enfermedades Reumáticas: el caso de la Fibromialgia, del Libro: Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces (Pastor et al, 2010).

En tercer lugar, se abrirá el espacio para la discusión de lo expuesto con respecto a las respuestas dadas por los participantes en la primera actividad, se escucharán comentarios y resonancias. Haciendo una conclusión general.

3. Mi propio dolor: En esta actividad se utilizarán figuras humanas en las que los participantes tendrán la tarea de plasmar su propio dolor, según la zona donde lo experimente, identificando con colores las distintas intensidades del dolor. (Evaluación de los Puntos Precipitantes de Dolor).

4. Conductas de Dolor: Con apoyo del autoregistro de situaciones negativas, cada uno en la hoja que se les facilitará, escribirán lo que hacen cuando sienten dolor y se anotarán cuantos participantes llevan a cabo cada una de esas conductas.

Una vez obtenidos estos datos, se desarrollará la exposición teórica de las conductas de dolor, qué son, cómo funcionan en la fibromialgia, las consecuencias en el análisis de la dinámica del dolor y la importancia de conocerlas y contrarrestarlas por unas más efectivas, según lo establece Miró (2003) y León (2007).

5. Tarea Extra sesión: Se hará entrega del autorregistro, para llevar a la casa.
6. Cierre: Se abre el espacio para conocer las opiniones de los participantes, aclarar dudas y se hará una devolución final de lo estudiado, invitándolas(os) a la siguiente sesión.

Sesión 3: Técnicas de Relajación

Objetivo: Capacitar a los paciente en técnicas de relajación.

Actividad	Materiales	Tiempo Destinado
1. Saludo inicial, lista de asistencia, medición del dolor, revisión de la tarea y presentación de las actividades de la sesión.	Hoja de lista	10 min
2. Importancia de la relajación en pacientes con fibromialgia: <ul style="list-style-type: none"> - Pregunta abierta al grupo, ¿Porqué creen que es importante la relajación? ¿Qué hacemos cuando nos queremos relajar? 10 min - Exposición sobre <i>Relajación</i>. 15 min 	Preguntas Presentación Power Point.	25 min
3. Entrenamiento en relajación: <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos generales de la relajación con imaginación guiada. 10 min. 	Presentación Power Point.	45 min

- Práctica en relajación. 35 min.		
4. Plenaria sobre entrenamiento		15 min
5. Actividad Extrasesión	Autorregistro de relajación.	10 min
5. Despedida y agradecimiento		5 min
		Total: 1h,50min

Procedimiento de las actividades:

1. Saludo: se lleva a cabo un recibimiento cordial, en el que se agradece la asistencia y se realiza un breve recuento de lo analizado en la semana anterior. Al mismo tiempo se realiza la evaluación personal del dolor, así como la hoja de asistencia y se expone los objetivos, se revisa la tarea extra sesión y las actividades para este día.
2. Importancia de la Relajación: Pegando dos preguntas en la pared del aula, se realizará una evaluación general de la importancia, que consideran los participantes, tiene la relajación en el manejo del dolor y las formas en que harían relajación. Se tomarán registros de los comentarios brindados. Realizado esto, se procederá a la exposición de la importancia científica de estos procedimientos, el concepto de la misma, los beneficios y distintas técnicas de relajación y respiración, de acuerdo con lo que establece Olivares y Mendez (2001) y Labrador (2009).
3. Entrenamiento en Relajación: Una vez finalizado el espacio de psicoeducación, se continuará con el entrenamiento, el cual iniciará la valoración de la tensión experimentada en ese momento y por último se desarrollará paso por paso, la técnica de relajación con imaginación.
4. Plenaria de la Técnica: Se abrirá el espacio para el análisis de la técnica, sentimientos, pensamientos, estado de tensión en el momento actual, y evaluación general del procedimiento, además se hará una retroalimentación de los ejercicios y realizará un ejemplo con uno de los participantes.

5. Tarea Extrasesión: Se entregará un autoregistro de relajación, para medir la efectividad de los ejercicios de relajación hechos en casa.
6. Cierre: Retomando los ejercicios realizados se procederá a hacer una devolución, tomando en cuenta las opiniones de los participantes y se les hará entrega de un CD, con música adecuada para la relajación y se finalizará la sesión.

Sesión 4: Control Cognitivo

Objetivo: Instruir a los pacientes sobre el control de la atención y pensamientos automáticos.

Actividad	Materiales	Tiempo Destinado
1. Saludo inicial, lista de asistencia, medición del dolor, revisión de la tarea y presentación de las actividades de la sesión.	Hoja de lista	10 min
2. Pensamientos Irracionales: <ul style="list-style-type: none"> - Exposición sobre pensamientos irracionales. (15 min) - Trabajo individual: Ejemplos de pensamientos irracionales de los participantes (15 min) 	Hoja con las ideas irracionales. Ficha con pensamientos individuales. Papelógrafo Pilots	30 min
3. Control Cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> - Exposición teórica: 15 min. - Aplicación de Técnicas de Control Cognitivo mediante "Role Play". (20 min) 	Presentación Power Point	35 min
4. Ejercicio sobre prestar atención con todos los sentidos a una situación en particular.		15 min
5. Tarea extra sesión: Experiencia de atención a una situación (positiva o neutra) elegida por ellos.	Registro de la Experiencia	10 min
6. Cierre		5 min
		Total: 1h, 45min

Procedimiento de las actividades:

1. Saludo: se lleva a cabo un recibimiento cordial, en el que se agradece la asistencia y se realiza un breve recuento de lo analizado en la semana anterior. Al mismo tiempo se realiza la evaluación personal del dolor, así como la hoja de asistencia y se expone los objetivos, las actividades de la sesión y se recogerá y revisará la tarea extrasesión.
2. Pensamientos Irracionales: Para iniciar la sesión, se tomará un ejemplo de un pensamiento común que se pueda calificar como distorsionado (*¿Porqué no ha llegado mi hijo o esposo? Será que se accidentó!!!*) dando a conocer cómo funcionan los pensamientos.
Realizado esto, se dará a conocer la importancia de las cogniciones en el control del dolor, el modelo ABC y la conexión B-C y el concepto de ideas irracionales. Tomando en cuenta la teoría que expone Albert Ellis (Lega, Caballo y Ellis, 2002).
Para finalizar en forma individual, registrarán y compartirán el tipo de pensamientos irracionales que cada uno haya tenido y el nivel de desagrado que experimentan con estos.
3. Control Cognitivo: Se pregunta de manera abierta al grupo sobre *¿Cómo creen que se puede controlar los pensamientos, que técnicas existen?* con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre el tema.
Se realiza la exposición de lo que es el Control Cognitivo tomando en cuenta las técnicas descritas por Labrador (2009) y Olivares y Méndez (2001), así como la forma en que se representa en los pacientes con fibromialgia y los beneficios que nos trae manejar los pensamientos. Realizada esta actividad se procede a poner en práctica las técnicas de detección de pensamientos y parada de pensamientos mediante *“role play”*.
4. Desviación de la atención: Se les explica cómo lograr la desviación de la atención, mediante el uso del aquí y el ahora, activando todos los sentidos y contemplando nuestro ambiente alrededor.

5. Tarea extrasesión: Abre el espacio para que los participantes expresen puntos de vista personales, dudas o comentarios. Se les deja pendiente realizar al menos una vez, los ejercicios de atención, con una actividad o situación positiva o neutra y evaluar la experiencia.
6. Cierre: Retomando los ejercicios realizados se procederá a hacer una devolución, tomando en cuenta las opiniones de los participantes y finalizará la sesión.

Sesión 5: Habilidades de Comunicación

Objetivo: Brindar a los participantes técnicas de comunicación asertiva, que colaboren en el bienestar familiar y personal de los pacientes.

Actividad	Materiales	Tiempo Destinado
1. Saludo inicial, lista de asistencia, evaluación del dolor, revisión de la tarea y presentación de las actividades de la sesión.	Hoja de lista	5 min
2. Habilidades y tipos de Comunicación: <ul style="list-style-type: none"> - Breve introducción sobre la influencia de la comunicación en la fibromialgia. 10min - Dramatización sobre estilos personales de comunicación. 35min - Exposición sobre tipos de comunicación. 15 min 	Brochure.	50 min
3. Asertividad. <ul style="list-style-type: none"> - Lluvia de ideas: ¿Qué es ser asertivo? 10 min - Exposición teórica de asertividad (concepto y aplicaciones)15 min - Solución de un caso, mediante la puesta en práctica de técnicas asertivas. 20 min 	Exposición power point. Problema a responder asertivamente.	55 min
4. Plenaria: <ul style="list-style-type: none"> - Comentario general de los participantes, sobre la sesión y los temas discutidos. 		15 min

5. Tarea Extra Sesión.	Registro de actitudes asertivas.	10 min
6. Agradecimiento y Despedida		5 min.
		Total: 2h, 20 min

Procedimiento de las actividades:

1. Saludo: se lleva a cabo un recibimiento cordial, en el que se agradece la asistencia y se realiza un breve recuento de lo analizado la semana anterior. Al mismo tiempo se realiza la evaluación personal del dolor, así como la hoja de asistencia y se expone los objetivos, las actividades de la sesión y se revisará la tarea extrasesión.
2. Habilidades y tipos de comunicación: Primeramente se realizará una breve introducción acerca de la influencia que tienen la comunicación humana, en la experiencia de dolor de las personas con fibromialgia y la importancia de tratar el tema.
Luego se facilitarán a los participantes casos o situaciones que pueden considerarse conflictivos, se dividirán en subgrupos y dramatizarán la forma en cómo cada uno de ellos actuaría según el estilo de comunicación que tenga y los resultados que esta le aporta.
Una vez realizado esto, se procederá a la exposición sobre estilos de comunicación más comunes, características (Olivares y Méndez, 2001) y los resultados que se obtienen con cada uno de ellos.
3. Asertividad: Como parte de una comunicación efectiva, se abordará detenidamente sobre el tema de la asertividad, comenzando por preguntarle a los participantes mediante una lluvia de ideas, ¿qué es asertivo? ¿Cómo hago para ser asertivo?
Obtenido el panorama general de los participantes acerca del tema, se brindará información mediante una exposición, sobre conceptos y formas de aplicación de la asertividad en las situaciones cotidianas, incluyendo lo expuesto por autores como Riso (2002), Olivares y Méndez (2001).

Este apartado se termina con una solución de un caso, tomando en cuenta solamente técnicas asertivas, se representa y se analizan las conclusiones.

4. Plenaria: Se abre el espacio para compartir aspectos que sean importantes para la puesta en práctica en los hogares, así como para comentar lo que les pareció importante en el tema de la comunicación.
5. Tarea extra sesión: A las(os) participantes se les entregará un registro para que completen en casa. En este deben de indicar el número y la frecuencia con la que utilizaron técnicas asertivas en la comunicación con círculo social y/o familiar más cercano.
6. Cierre: Espacio de expresión sobre lo que les generó la sesión, pensamientos y sentimientos alrededor de la misma. Se hace una devolución y se cierra la sesión.

Sesión 6: Resolución de Conflictos

Objetivo: Establecer las pautas para la solución efectiva de conflictos.

Actividad	Materiales	Tiempo Destinado
1. Saludo inicial, lista de asistencia, evaluación del dolor, revisión de la tarea y presentación de las actividades de la sesión.	Hoja de lista	10 min
2. Resolución de Conflictos: <ul style="list-style-type: none"> - Se comentan los errores que hacemos cuando nos comunicamos. 15 min - Exposición teórica de las fases de la resolución de conflictos. 20 min 	Presentación Power Point Pilots Papelógrafos.	35 min
3. Exposición de una situación problemática aportada por las(os) participante: <ul style="list-style-type: none"> - Análisis grupal de cómo solucionarlo. 15 min - Dramatización sobre la solución planteada. 20 min 		35 min
4. Plenaria		15 min

5. Tarea Extra Sesión	Poner en práctica lo aprendido en una situación familiar.	10 min
6. Agradecimiento y Despedida		5 min
		Total: 1h, 50min

Procedimiento de las actividades:

1. Saludo: se lleva a cabo un recibimiento cordial, en el que se agradece la asistencia y se realiza un breve recuento de lo analizado la semana anterior. Al mismo tiempo se realiza la evaluación personal del dolor, así como la hoja de asistencia y se expone los objetivos y las actividades de la sesión.
2. Resolución de Conflictos: se realiza una exposición sobre las fases que componen la resolución efectiva de los conflictos, de acuerdo a las técnicas de D'Zurilla y Goldfried (1971. Citado en Olivares y Mendez, 2001), también se hará énfasis en los errores usuales que se cometen cuando hablamos en torno a la resolución de un conflicto.
3. Aplicación de la resolución de Conflictos: Se expone el caso de un problema, ya sea de alguno de los participantes o de los que la terapeuta lleva para que el grupo pueda elaborar una posible solución, al mismo tiempo debe representarlo al grupo para demostrar su efectividad.
4. Plenaria: Se abre el espacio para compartir dudas y comentarios respecto al tema y se realiza una devolución de los conocimientos adquiridos.
5. Tarea extra sesión: Consiste en poner en práctica lo aprendido durante una situación familiar que lo permita y comentar la experiencia en la siguiente sesión.
6. Cierre: Espacio de expresión sobre lo que les generó la sesión, pensamientos y sentimientos alrededor de la misma. Se hace una devolución y se cierra la sesión.

Sesión 7: Manejo Emocional de la Experiencia de Dolor

Objetivos: Identificar los tipos de emociones que se experimentan en la vivencia del dolor.

Actividad	Materiales	Tiempo Destinado
1. Saludo inicial, lista de asistencia, medición del dolor, revisión de la tarea y presentación de las actividades de la sesión.	Hoja de lista	10 min
2. Breve introducción: - Relación de las emociones en la experiencia del dolor		15 min
3. Conociendo las emociones: - Nombrar las emociones que expresan las imágenes entregadas. 20 min - Ejercicio de autoconocimiento: experiencia emocional del dolor en la fibromialgia. 15 min	Hoja con expresiones faciales. Lapiceros Hoja para expresión de emociones.	35 min
4. Expresión de emociones - Exposición individual de las emociones en su experiencia personal de dolor. 30 min		30 min
5. Tarea: Traer un objeto o palabra que represente mi dolor.		10 min
6. Agradecimiento y Despedida		5 min
		Total: 1h, 45min

Procedimiento de las actividades:

1. Saludo: se lleva a cabo un recibimiento cordial, en el que se agradece la asistencia y se realiza un breve recuento de lo analizado la semana anterior. Al mismo tiempo se realiza la evaluación personal del dolor, así como la hoja de asistencia y se expone los objetivos, las actividades de la sesión y se recogerá la tarea extrasesión.
2. Dolor y Emoción: Se desarrollará una breve introducción sobre la importancia de las emociones en la experiencia de dolor y su función en el círculo del

mantenimiento del dolor, tomando en cuenta lo comentado en la actividad anterior.

3. Conociendo las emociones: En una caja se depositan caras con la mayoría de expresiones emocionales posibles, algunas de ellas positivas otras negativas, cada participante sacará 2 opciones y hará la mímica para que sus compañeros adivinen mediante la observación de la emoción a la cual quieren hacer referencia.

Realizado el ejercicio, se procede a comentar cuales de las expresiones emocionales revisadas se relacionan con el padecimiento de la fibromialgia en mi experiencia personal con la enfermedad y las reacciones que esta provoca

4. Expresión Emocional: en una forma de aceptación y de manera voluntaria, las(os) participantes contarán a los demás las emociones con las que describieron su vivencia de la fibromialgia, en una forma de reconocimiento del dolor, y la búsqueda de la satisfacción de la vida en las actividades diarias.
5. Tarea extrasesión: Para la continuación de la siguiente sesión, se les indica a los participantes traer a la sesión, algún objeto, palabra, que represente el dolor que experimenta con la fibromialgia.
6. Cierre: Espacio de expresión sobre lo que les generó la sesión, pensamientos y sentimientos alrededor de la misma. Se hace una devolución y se cierra la sesión.

Sesión 8: Manejo Emocional de la Experiencia de Dolor

Objetivo: Brindar estrategias adecuadas para la expresión de sentimientos.

Actividad	Materiales	Tiempo Destinado
1. Saludo inicial, lista de asistencia, evaluación del dolor, revisión de la tarea y presentación de las actividades de la sesión.	Hoja de lista	5 min
2. Exposición de objetos o palabras que representen mi dolor.		35 min

<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué objeto es? - ¿Por qué representa al dolor? - ¿Qué sentimientos le evoca ese objeto? - ¿Qué quiero hacer con este objeto o palabra? 		
3. Representación simbólica del dolor <ul style="list-style-type: none"> - Le doy forma y color a mi dolor - Expongo el trabajo realizado 	Pintura, lápices, hojas, tela, etc.	30 min
4. Plenaria		20 min
5. Tarea Extra sesión	Registro de emociones experimentadas diariamente.	10 min
6. Agradecimiento y Despedida		5 min
		Total: 1h, 45min

Procedimiento de las actividades:

1. Saludo: se lleva a cabo un recibimiento cordial, en el que se agradece la asistencia y se realiza un breve recuento de lo analizado la semana anterior. Al mismo tiempo se realiza la evaluación personal del dolor, así como la hoja de asistencia, se expone los objetivos, las actividades de la sesión y se recogerá la tarea extrasesión depositándola en el centro del aula.
2. Exposición del Objeto: Una vez que todos depositan lo que trajeron para representar el dolor, cada uno expone con sus compañeros lo que trajo, contestando a las preguntas: ¿Qué objeto es? ¿Por qué representa al dolor? ¿Qué sentimientos le evoca ese objeto? y ¿Qué quiero hacer con lo que este objeto o palabra significa
3. Representación simbólica del dolor: Se llevarán a la sesión materiales de dibujo como lápices, hojas, pinturas, pinceles, tizas, así como plastilina, semillas, entre otras cosas, para que las(os) consultantes puedan recrear con sus manos la forma como experimentan el dolor, quien quiera puede exponerlo.

4. Plenaria: Se abre el espacio para que los consultantes comenten lo que van a hacer esas representaciones, dando a conocer dudas o cualquier otra inquietud al respecto.
5. Tarea extrasesión: Se les deja como tarea un registro de las emociones experimentadas diariamente, el cual deben entregar la siguiente semana.
6. Cierre: Espacio de expresión sobre lo que les generó la sesión, pensamientos y sentimientos alrededor de la misma. Se hace una devolución y se cierra la sesión.

Sesión 9: Estilos de vida saludable

Objetivo: Implementar acciones que mejoren mi estilo de vida, tomando en cuenta distintas áreas de interacción.

Actividad	Materiales	Tiempo Destinado
1. Saludo inicial, lista de asistencia, medición del dolor, revisión de la tarea, presentación de las actividades de la sesión.	Hoja de lista	10 min
2. Áreas de Interacción <ul style="list-style-type: none"> - Pregunta al grupo: ¿Cuáles son las actividades que debemos implementar para tener un estilo de vida saludable? 10 min. - Exposición teórica: áreas de acción (actividad física, higiene postural, sueño, interacción social, alimentación, uso adecuado de la medicación). 30 min 	Revisión general de las áreas de acción.	40 min
3. Evaluación del nivel de actividad de estas áreas en los y las participantes: <ul style="list-style-type: none"> - De las anteriores áreas expuestas, ¿Cuáles actividades realizo? ¿Cuáles podemos implementar en nuestro estilo de vida? 	Cuestionario de actividades y frecuencia de su ejecución.	20 min
4. Organización del tiempo: <ul style="list-style-type: none"> - Exposición teórica (elección de la actividad, objetivo, tiempo, día/hora) 	Presentación PowerPoint	20 min

5. Tarea Extra Sesión: Autoregistro.	Hoja de Autoregistro de conductas de dolor.	10 min
6. Agradecimiento y Despedida		5 min
		Total: 1h, 45min

Procedimiento de las actividades:

1. Saludo: se lleva a cabo un recibimiento cordial, en el que se agradece la asistencia y se realiza un breve recuento de lo analizado la semana anterior. Al mismo tiempo se realiza la evaluación personal del dolor, así como la hoja de asistencia y se exponen los objetivos.
2. Áreas de interacción: Se abre el espacio para que los consultantes den su opinión sobre las actividades que establecen un estilo de vida saludable y la estrategia que mantienen para tener ellos este estilo de vida.
Realizado esto se continúa con una exposición sobre los componentes de un estilo de vida saludable y la importancia incluirlo dentro del repertorio de actividades cotidianas.
3. Evaluación de los estilos de vida: Cada participante analizará en forma individual, el nivel en el que implementa un estilo de vida saludable si así fuera, sino se analizan alternativas para que se puedan ir integrando cada vez más estas actividades en beneficio de la persona y del manejo del dolor en la fibromialgia.
4. Organización del tiempo: Brevemente se realizará un análisis de las bases de la organización del tiempo, para poder implementar las actividades de que fomenten los estilos de vida saludable (Labrador, 2009). En este análisis se repasarán aspectos de elección de la actividad, objetivo, tiempo, día y hora, entre otros aspectos.
5. Tarea Extra Sesión: Se les entregará un autoregistro de conductas de dolor, donde deben registrar los niveles de dolor experimentados durante la semana.

6. Cierre: Espacio de expresión sobre lo que les generó la sesión, pensamientos y sentimientos alrededor de la misma. Se hace una devolución y se cierra la sesión.

Sesión 10: Prevención de Recaídas y Cierre de la Intervención.

Objetivos: 1. Reconocer los principales indicadores de recaídas y las alternativas para poderlas evitar.

2. Realizar actividades de cierre del Proceso Terapéutico Grupal.

Actividad	Materiales	Tiempo Destinado
1. Saludo inicial, lista de asistencia, medición del dolor, revisión de la tarea y presentación de las actividades de la sesión.	Hoja de lista	10 min
2. Indicadores de recaídas: <ul style="list-style-type: none"> - Explicación sobre indicadores de recaídas y estrategias de prevención. 20 min - Actividad en subgrupos: Situación problema. 20 min 		40 min
3. Revisión individual del recorrido terapéutico		20 min
4. Plenaria Grupal		20 min
5. Actividad de Cierre: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué me llevo del grupo terapéutico y qué dejo? 		15 min
6. Despedida y refrigerio		15 min
		Total: 2h

Procedimiento de las actividades:

1. Saludo: se lleva a cabo un recibimiento cordial, en el que se agradece la asistencia y se realiza un breve recuento de lo analizado la semana anterior. Al

mismo tiempo se realiza la evaluación personal del dolor, así como la hoja de asistencia y se exponen los objetivos.

2. Indicadores de recaídas: Se realizará una exposición acerca de los indicadores personales del dolor y de la experimentación de estados depresivos o ansiosos que puedan estar fomentando la experiencia de dolor. Así mismo, se establecen las estrategias de prevención con que cuenta cada una(o) para afrontar las crisis de dolor.
3. Evaluación del Proceso: Se hace una revisión individual del camino recorrido durante las sesiones del proceso terapéutico, señalando en cada una de ellas los aspectos relevantes que me fortalecieron, haciendo una integración del recorrido.
4. Plenaria: Se integra el grupo para que cada uno aporte un comentario acerca de su vivencia dentro del grupo terapéutico y de esta forma consolidar una sola percepción de integralidad y cierre en los participantes.
5. Actividad de Cierre: Por medio de la pregunta ¿Qué me llevo del grupo y qué dejo? Cada una(o) realizará un comentario final de la sesión.
6. Despedida y refrigerio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP (1994). *Classification of Chronic Pain*. Segunda Edición. Seattle: IASP Press.

Franco, G. (2005). *La comunicación en la familia. 5ta edición*. Madrid: Ediciones palabra.

Glombiewski, J., Sawyer, A., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. y Hofmann, S. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *International Association for the Study of Pain*, 151. Recuperado de: www.elsevier.com/locate/pain.

Labrador, F. (2009). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Lario, K. y Fusco, I. (2005). Fibromyalgia and physical activity. *Fitness & Performance Journal*, 4 (5). Recuperado de <http://www.fpjournal.org.br/painel/arquivos/891-3%20Fibromialgia%20Rev%205%202005%20Ingles.pdf>.

Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.

Leon, M. (2007). Tratamiento del dolor crónico desde la terapia de la conducta. *Revista Costarricense de Psicología*, 29. Recuperado de <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com>.

Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer, S.A.

Moix, J. y Casado, I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Terapia Clínica y de la Salud*, 22 (1). Recuperado de www.redalyc.org.

Moreno, A. y Moreno, S. (2010). *Programa educativo de Enfermería para el control del dolor, dirigido a un grupo de personas con Síndrome de fibromialgia, miembros de la Asociación de Fibromiálgia de Costa Rica, en el periodo de marzo a noviembre del 2009*. Práctica Dirigida

para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Olivares, J. y Méndez, F. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pastor, M., Pons, N., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López, S., Terol, M. y Rodríguez, J. (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en las enfermedades reumáticas: el caso de la Fibromialgia. En M. Pérez, J. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Coords). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Pérez, Fernández, Fernández y Amigo. (2010). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: en el dolor crónico*. Madrid: Editorial Pirámide.

Pérez, V. (2010). *Manual cognitivo conductual emocional, dirigido a psicoterapeutas para el manejo del dolor crónico, en mujeres con Fibromialgia*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica.

Riso, W. (1988). *Entrenamiento asertivo*. Medellín: Rayuela.

Van der Hofstadt, C. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación: Cómo mejorar la comunicación personal. 2nda edición*. Madrid: Ediciones de Díaz Santos, S.A.

Villanueva, V., Valía, J., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. y De Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Asociación Española de Dolor*, 11(7). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1134-80462004000700005&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

ANEXOS

Autoregistro de Conductas ante el Dolor

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucción: Para conocer de manera detallada las respuestas o acciones que usted realiza para manejar el dolor, marque con una "X" las acciones que lleve a cabo durante la semana, al mismo tiempo marque la intensidad del dolor que está experimentando en la escala de 0 a 10, donde "0" es el mínimo dolor y 10 el máximo dolor y la hora en que sucede.

Día	Acción Realizada Cuando Sintió el Dolor	Intensidad de Dolor: Escala de 0 a10.	Hora	Observaciones
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Autorregistro de Situaciones Negativas

1. En el presente cuadro se van a registrar aquellos momentos donde se presenten situaciones que produzcan desagrado y que considero negativas. Además se va a describir en la primera casilla el evento o situación, en la segunda el día, en la tercera los pensamientos que tuvo en ese momento, en la cuarta la conducta que realizó cuando se presentó la situación y por último, que fue lo que sintió ante esta situación.

Fecha:

Nombre:

Evento o Situación	Día	Qué pensé?	Qué hice?	Que sentí?

Firma del Terapeuta _____

CONDUCTAS DE DOLOR

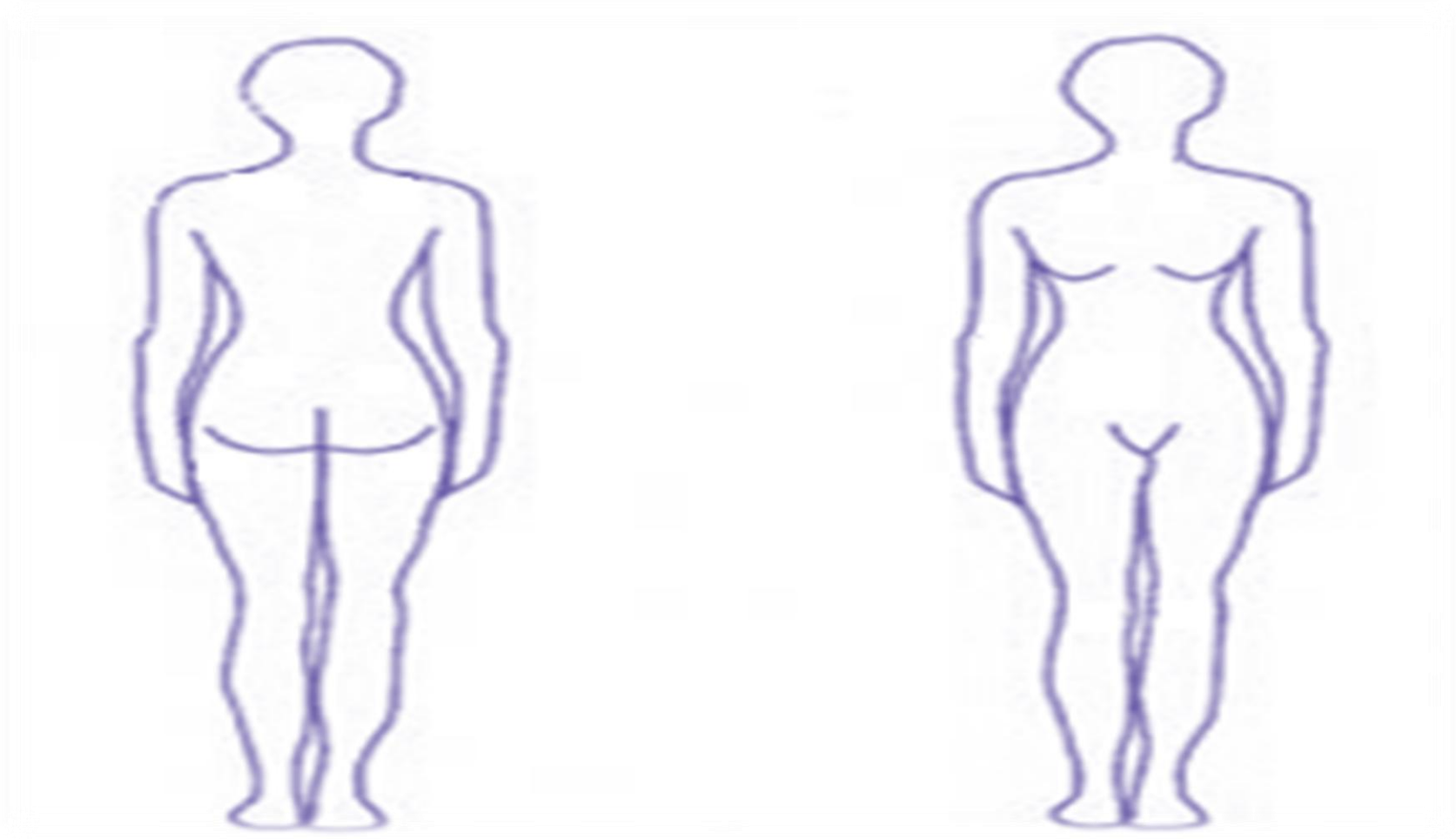
(Miró, 2003 y León, 2007)

Conductas de tipo motor (Ocurren durante la experiencia de dolor):

1. Retirarse del trabajo.
2. Mantenerse en reposo
3. Aislarse
4. Demandar atención
5. Dormir
6. Utilizar fármacos
7. Evitar ciertas actividades.
8. Interrupción de las actividades que comúnmente hace.
9. Expresiones tales como quejas, llanto, gemidos y expresiones faciales.

Conductas de tipo Cognitivo (pensamientos)

1. Pensamientos en los que el paciente cree que puede morir.
2. Cree que sufrirá un grave trastorno de salud a consecuencia del dolor o que el dolor es incontrolable



Nombre: _____

Fecha: _____

PUNTOS PRECIPITANTES DEL DOLOR



Autorregistro para la Práctica de la Relajación

Nombre: _____

Fecha: _____

Cada vez que me relaje, anoto en estos cuadros la tensión que he experimentado antes y después de practicar la relajación. Para evaluarlo utilizo la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Nada de tensión	Algo de tensión	Bastante tensión	Mucha tensión	Muchísima tensión

	Antes de la relajación	Después de la relajación	Observaciones
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Pensamientos Irracionales

(Lega, Caballo y Ellis, 1990)

1. **Pensamiento Radical/ Extremo:** se caracteriza porque las personas ven las situaciones en “blanco o negro”. Si alguien o ellos mismos fallan en un comportamiento esperado, se califican como fracasos. Igualmente si las cosas salen como esperan, se califican como superiores o mejores que los demás.
2. **Generalización:** Uso común de palabras como “nunca”, “siempre”, “nadie”, “todo el mundo”, para determinar un objeto o situación. Las personas hacen conclusiones más amplias de los que la experiencia puede comprobar.
3. **Catastrofismo:** Las situaciones negativas se consideran verdaderas catástrofes. Las personas utilizan expresiones como “terrible”, “trágico”, “lo peor”, se les dificulta utilizar los recursos personales para afrontar estas experiencias.
4. **Negativismo:** Son pensamientos en los que solo se tienen en cuenta las características negativas que se le pueden ver a una experiencia y utilizan esta percepción para determinar un futuro pesimista.
5. **Pensamiento Distorsionado:** Las personas intentan mantener una opinión aunque estén poco claras o tengan que fabricar otros argumentos que no sean necesariamente los que vio o fue testigo.
6. **Idealización:** Se caracteriza por ser una visión sumamente “romántica”, donde se tiende a mantener expectativas irreales de las personas y las circunstancias alrededor, principalmente relacionadas a sí mismos(as), la familia, el trabajo, principalmente.
7. **Obsesivo:** Son los pensamientos que tienden a parecer incontrolables, son muy repetitivos, usualmente disminuyen la atención y la concentración, se vuelven lo único importante para las personas.
8. **Exigente:** Es el tipo de pensamiento que presentan las afirmaciones “debería” o “tengo que”, como ejes principales de sus actos y se juzgan a los demás en estos parámetros, sin considerar otros elementos que puedan influir en las decisiones o las acciones.

Registro de la Experiencia en Desviación de la Atención

A continuación se presenta un cuadro en que el debe anotar detalladamente los elementos que pudo percibir con la experiencia de desviación de la atención. Recuerde anotar todo lo que percibieron los sus sentidos (vista, tacto, olfato, gusto, oído) y agregue además, otras respuestas que pudo haber experimentado (pensamientos, sensaciones, imágenes, recuerdos, emociones).

Nombre: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Situación o momento elegido	Elementos percibidos con la Vista	Elementos percibidos con el Tacto	Elementos percibidos con el Olfato	Elementos percibidos con el Gusto	Elementos percibidos con el Oído.	Sensaciones experimentadas

* Califique el ejercicio de acuerdo a la intensidad con que pudo experimentar las sensaciones descritas, en una escala de 0 a 10, donde 0 es ninguna intensidad y 10 es mucha intensidad.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Autoregistro de Conductas Asertivas

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Elija dos “situaciones especiales” en las que usted considere necesaria poner en prácticas habilidades de comunicación asertiva. Describa en el primer espacio la situación, marque con “X” las actitudes que puso en práctica y anote como sintió comunicándose de esta forma.

Conversación / Situación	Actitud que puso en práctica	Como se sintió
1. Situación:	Mirar a los ojos	
	Volumen de la voz moderado	
	Entonación clara	
	Modulación afectiva de la voz	
	Fluidez verbal	
	Postura adecuada	
	Utilizó gestos que muestran interés	
	Respeto la opinión de los demás	
	Respeto el espacio para que la persona se exprese	
	Lo que dijo fue Claro, Explícito y Directo	
2. Situación:	Mirar a los ojos	
	Volumen de la voz moderado	
	Entonación clara	
	Modulación afectiva de la voz	
	Fluidez verbal	
	Postura adecuada	
	Utilizó gestos que muestran interés	
	Respeto la opinión de los demás	
	Respeto el espacio para que la persona se exprese	
	Lo que dijo fue Claro, Explícito y Directo	

Tareas a realizar para cada fase de la Resolución de Problemas / D'Zurilla y Goldfried (1971)

<i>Fases de la resolución</i>	<i>Acciones a realizar</i>
I. Orientación al Problema	<ul style="list-style-type: none"> a) Percepción del Problema b) Valoración de las causas y de la importancia del mismo. c) Saber de cuánto tiempo y esfuerzo dispone.
II. Definición y Formulación del problema	<ul style="list-style-type: none"> a) Buscar información relevante al problema. b) Comprensión del conflicto. c) Establecer las metas. d) Revalorar el problema después de realizar los pasos anteriores.
III. Propuesta de alternativas	<ul style="list-style-type: none"> a) Principio de cantidad: cuantas más alternativas haya, mejor. b) En principio absolutamente todas las alternativas son válidas. c) Establecer variedad de ellas.
IV. Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> a) anticipar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa. b) Comparar unas alternativas con otras según las consecuencias. c) Preparar un plan de acción.
V. Llevar el plan a la práctica y comprobar los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> a) Puesta en práctica del plan b) Autoobservación c) Autoevaluación d) Premiarse, si los resultados fueron satisfactorios para la persona

Autoregistro de Emociones Experimentadas

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación se le muestra un cuadro con una serie de frases que expresan emociones. Verifique diariamente cuales de estas u otras emociones experimenta y anótelas de acuerdo al cuadro azul. Recuerde anotar todas las que logre recordar!!!

Emociones		
Tranquilidad	Confusión	Entusiasmo
Sorpresa	Ira	Miedo
Fatiga	Preocupación	Frustración
Enojo	Comprensión	Culpa
Celos	Tristeza	Felicidad

Día	Emociones experimentadas	Situaciones	Nivel de dolor diario Escala de 0 a 10.
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES

Nombre: _____ Fecha: _____

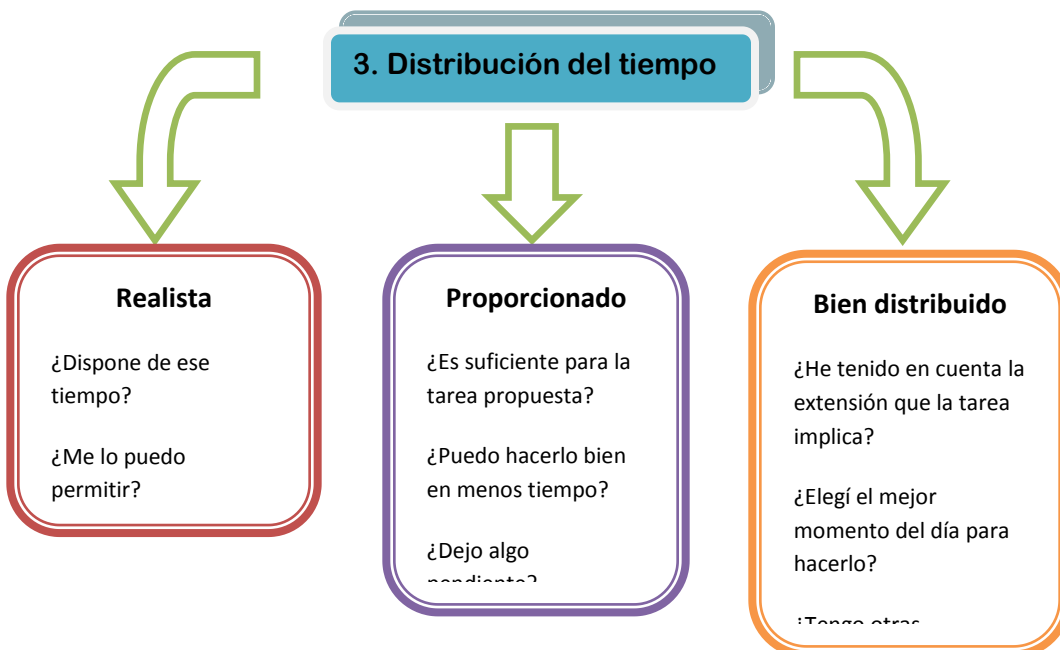
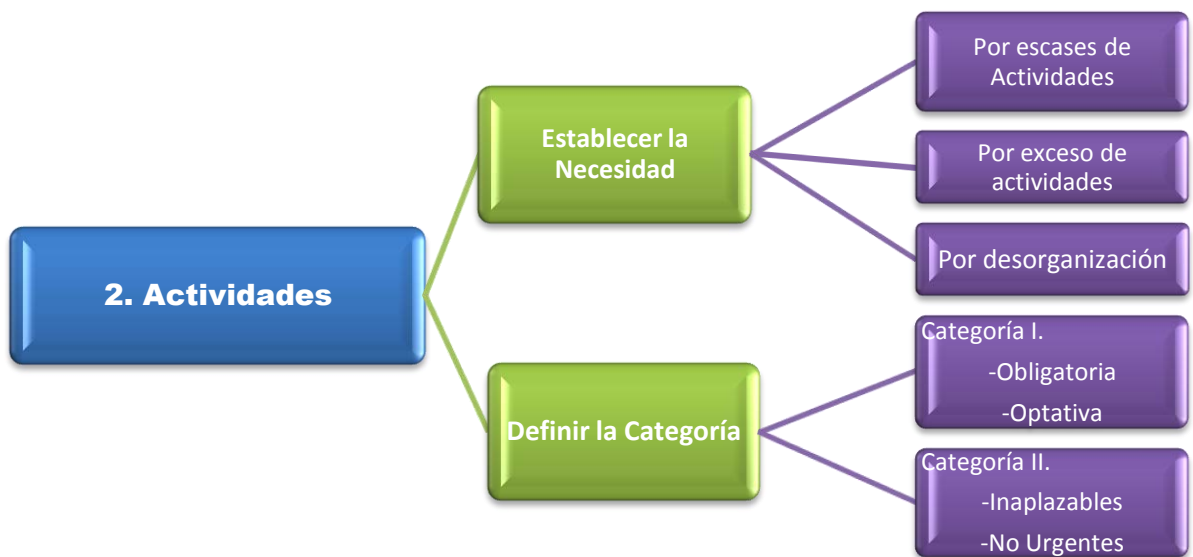
1. **Instrucción:** De las actividades que comprenden estilos de vida saludable, marque con una "X" cuales realiza usted semanalmente y llene los espacios que se indican en cada área.

Actividad	Marque "X"	<i>Promedio de veces que lo realiza</i>		<i>Tiempo de realización</i>	
Ejercicios Físico					
Caminar y/o Correr					
Aeróbicos					
Gimnasio					
Ciclismo					
Natación					
Otros					
Alimentación		<i>Frecuencia de la Actividad</i>			
		<i>Todos los días a la semana</i>	<i>La mayoría de días a la semana (6-4 días)</i>	<i>Algunos días a la semana (3-1 día)</i>	<i>Ningún día a la semana</i>
	Verduras				
	Frutas				
	Harinas (arroz, cereal,)				
	Leche/Queso/ Yogourt				
	Huevos				
	Agua				
Carne/Pollo/ Pescado					
Actividades personales alternativas					
Relajación					
Escuchar música					
Tejer /Pintar/ Bordar					
Ver televisión					
Hablar por teléfono					
Leer					
Ir de compras					
Ir al salón de belleza					
Asistir a algún grupo					

Periodos de sueño	<i>Hora de acostarse</i>	<i>Hora de levantarse</i>	<i>Tiempo real de sueño</i>	<i>Calidad del sueño. Escala de 0 a 10</i>	
Tiempo compartido con su familia y/o amigos.	<i>¿Qué días?</i>		<i>¿Cuánto tiempo?</i>	<i>¿Quiénes conforman el grupo?</i>	
Manejo de la medicación	<i>Siempre cumplo la medicación</i>	<i>La mayoría de veces cumplo la medicación</i>	<i>Algunas veces cumplo la medicación</i>	<i>Pocas veces cumplo la medicación</i>	<i>Nunca cumplo la medicación</i>

RESUMEN: ORGANIZACIÓN EFICAZ DEL TIEMPO
(GAVINO, 2009)

1. Objetivos Finales y/o Intermediarios				
Claros	Operativos	Flexibles	Posibles	Motivadores
Debe de entenderse y comprenderse sin problemas.	Claridad de pasos para cumplirlo.	Posibilidad de adaptarlo al tiempo y las circunstancias que se presentes.	Los esfuerzos que requiere se encuentran dentro de las posibilidades de la persona.	Razones para hacerlo.



Realice su propia Planificación de las Actividades

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucción: Llene el siguiente cuadro completando los procedimientos de planificación de las actividades para tener un estilo de vida más saludable.

<i>Planificador de Actividades</i>		
Descripción general de lo que quiero hacer:		
<i>Objetivo</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo para realizarlas</i>
Objetivo final: Objetivos Intermediarios:		
Descripción general de lo que quiero hacer:		
<i>Objetivo</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tiempo para realizarlas</i>
Objetivo final: Objetivos Intermediarios:		

Anexo 9.



**Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología**

**TALLER: PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE
QUEMARSE POR EL TRABAJO**

Dirigido a:
Equipo de Atención de la
Clínica del Control del Dolor y
Cuidado Paliativo

Impartido por:
Bach. Cindy Valverde Arley A76647

Julio, 2012

INTRODUCCIÓN

La temática del Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo, ha sido un reto para las disciplinas que se encargan de estudiarlo (Administración, Psicología, Trabajo Social, Enfermería, entre otras), debido a las implicaciones fuertemente establecidas con respecto a las cargas laborales desgastantes y cada vez más exigentes que impone el sistema económico y social imperante. Sin embargo, su desarrollo y relevancia ha tomado lugar cada vez más en todos los ámbitos sociales, ya que las consecuencias que este padecimiento trae para la masa trabajadora amenaza con la permanencia y el rendimiento del mismo sistema.

Por esta razón, actualmente se ha fomentado la intervención de distintas ramas profesionales para la atención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en instituciones y empresas, tanto a nivel nacional como internacional, además se ha implementado el estudio de este Síndrome en los contenidos temáticos de las instancias de estudio superior. Entre los estudios realizados en nuestro país se pueden mencionar los siguientes: De Mézerville (2008), Blanco (2008), Jara (2009), Calderón y Cortés (2010), quienes estudian distintas poblaciones en las que se ha presentado el síndrome estudiado en este trabajo.

Para contribuir con la prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en sectores vulnerables como el de Salud, esta propuesta pretende desarrollar la temática del Síndrome de Quemarse por el Trabajo mediante la metodología de taller, el cual se llevará a cabo con el equipo de Clínica del Control del Dolor y Cuidado Paliativo. Este es un conjunto de profesionales de distintas ramas de la salud que trabajan en el Área de Salud Puriscal-Turrubares, entre éstas personas se destaca la participación de la Médico, la Psicóloga, la Enfermera, la Nutricionista, la Farmaceuta, la Secretaria y el Chofer.

El taller consta de tres sesiones, en las que se desarrollaran distintos subtemas que contribuyen con prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo mediante el entrenamiento en habilidades de afrontamiento efectivas para el manejo del estrés laboral.

Se debe mencionar que esta propuesta mantiene como eje transversal la Promoción de la Salud, por medio de la puesta en práctica de estilos de vida saludable que favorezcan el desempeño en el trabajo que realiza el equipo de atención de la Clínica.

Por ser una intervención corta, el desarrollo del taller enfatizará en el entrenamiento en habilidades individuales, como la administración del tiempo, la relajación, establecimiento de actividades alternativas, entre otros aspectos, quedando fuera de los alcances del mismo la intervención organizacional e interpersonal.

A continuación se presentará los aspectos básicos que componen esta propuesta de taller, entre estos aspectos se incluye el marco teórico que respalda la intervención, los objetivos que pretende obtener el mismo, así como el espacio de descripción de las sesiones, esperando que esta corresponda a un abordaje integral que sea del mayor provecho para los participantes del mismo.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo General:

- Promover estilos de afrontamiento adaptativos en el manejo del estrés laboral y la prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, para el personal de la Clínica del Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal.

Objetivos Específicos:

1. Instruir al personal de la Clínica del Dolor en la adquisición de conocimientos acerca del estrés laboral y el Síndrome de Quemarse por el Trabajo.
2. Fomentar la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento adaptativas, que potencien el rendimiento laboral y favorezca un estilo de vida saludable.
3. Incentivar la construcción de espacios alternativos que colaboren con el bienestar del equipo de atención de la Clínica del Dolor, por medio de actividades que permitan el reconocimiento emocional de sus labores.

METODOLOGÍA

a) Descripción de los sujetos participantes

Las personas que participarán en el presente Taller corresponden al equipo de atención de la Clínica del Control del Dolor y Cuidado Paliativos de Área de Salud Desconcentrada Puriscal-Turrubares.

El equipo está compuesto por una Doctora, una Enfermera, una Psicóloga, una Nutricionista, una Farmaceuta, una Secretaria y un Chofer, algunos de ellos tienen solamente la mitad de la jornada asignada al servicio de la Clínica del Dolor, otros están a tiempo completo.

b) Descripción del lugar de las sesiones

Las sesiones de Taller se desarrollarán en el consultorio de la Psicóloga, el cual cuenta con espacio suficiente para las personas que lo van a recibir, que son un total de 7 personas. Además del espacio, las condiciones de iluminación, privacidad y cercanía al lugar de trabajo del equipo favorecerá que se lleve a cabo el taller en este lugar.

Previamente se le consultó a la Psicóloga de la Clínica, quien estuvo de acuerdo en que fuera en su consultorio donde se impartiera las sesiones del Taller.

c) Previsión de posibles inconvenientes y formas posibles de resolverlos

Entre los posibles inconvenientes que se pueden presentar se encuentran los problemas con la utilización del equipo audiovisual (dificultades de conexión o problemas con el abastecimiento de luz, por ejemplo), por lo que, con el fin de prevenir tales situaciones se llevarán fotocopias de las presentaciones de power point, así como, carteles con la información contenida en la presentación; que permitan realizar la exposición del material teórico de la mejor manera posible, sin que se vaya a limitar por ello, la comprensión de los participantes.

Asimismo, se pueden presentar resistencias por parte de ciertas personas, para participar en los ensayos de conducta. Esto se trabajará desde el inicio del taller, haciendo énfasis en

la importancia que juegan los ensayos en la apropiación del conocimiento por parte de ellos(as) mismos(as). De esta forma, la facilitadora será muy enfática a la hora de exponer las reglas para los talleres, y de ser necesario, estas se traerán a colación a través de los diferentes momentos; especialmente para recalcar aspectos como el respeto mutuo y la confidencialidad.

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES DEL TALLER

Sesión 1: Conociendo el Síndrome de Quemarse por el Trabajo en mi realidad laboral.

a) Objetivo general de la sesión:

- Instrumentar a las(os) participantes en los principios conceptuales del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

b) Objetivos específicos

- c. Establecer el encuadre de trabajo a seguir dentro del taller.
- d. Orientar acerca de los fundamentos conceptuales y características principales del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.
- e. Estimular el aprendizaje a través de la realización de actividades participativas que ejemplifiquen la temática desarrollada.

c) Descripción del procedimiento

Esta sesión se desarrollará en tres fases, un primer momento destinado a la realización del encuadre, establecimiento de las reglas y objetivos del taller, en segunda instancia se procederá a la exposición de conceptos y aspectos importantes del Síndrome de

Quemarse y en la tercera fase se desarrollarán las dinámicas grupales concernientes al abordaje de la temática.

Actividades Iniciales:

-Bienvenida al taller (5 min): El objetivo de esta actividad es crear un clima agradable para los participantes, de forma que se potencie la asistencia a los siguientes talleres, así como, la cohesión grupal que motive una activa participación a las actividades realizadas. Resultando esencial el refuerzo verbal otorgado a los participantes por asistir al taller.

Posteriormente se realizará una dinámica de presentación; para ello se repartirá una hoja que incluye gustos y preferencias (Ver anexo 1), que los participantes deben llenar, una vez realizado esto la facilitadora leerá las características escritas sin mencionar el nombre, de manera que los participantes adivinen quien es la persona que corresponda a esas características sin conocer su nombre.

-Presentación de las reglas y pautas a seguir durante las sesiones del taller (10 min): Para explicar las normas de funcionamiento del grupo, a cada participante se le hará entrega de un documento donde se expliciten las mismas, a la vez, las facilitadoras irán explicando uno por uno cada uno de los aspectos a considerar (ver anexo 2).

-Exposición de la agenda del día (5min): Se expondrán los objetivos generales y específicos del taller, así como la agenda de la sesión, en ella se explicitará el tema a trabajar, los objetivos de la misma, así como, las actividades a realizar con su respectivo tiempo de duración.

➤ Recursos: Documento con reglas y pautas para cada sesión, documento de agenda, folders.

Desarrollo de la Temática

-Ejercicio de evaluación: Cada participante describirá en una hoja, lo que entiende por Síndrome de Quemarse por el Trabajo, esta descripción puede estar dada mediante un dibujo, palabra o definición corta que debe ser explicada por cada uno, de esta manera se recopilarán en un Papelógrafo para que sean analizadas en conjunto.

-Presentación Power Point: Mediante la presentación se expondrá a las(os) participantes el concepto del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, los factores desencadenantes y las consecuencias que este síndrome provoca. Se aclararán todas las preguntas que se formulen a lo largo de la exposición.

-Plenaria: Después de la exposición se abrirá el espacio para que las y los compañeros compartan sus opiniones respecto a lo presentado sobre este Síndrome. De manera que se dé a conocer la claridad de la información que recibieron.

-Trabajando en equipo: Para fomentar el trabajo en equipo se invitará a las(os) participantes a realizar una actividad en la que tendrán que construir una máquina por medio de señales, es decir, sin el uso del lenguaje verbal, de manera que cada uno ocupe un lugar específico para el buen funcionamiento de la misma, haciendo una reflexión final del papel individual que ocupa cada una(o) en el lugar de trabajo y la función general que conforman todos.

- Materiales: Hoja de evaluación y presentación power point.

Actividad de cierre

-Video: Como actividad de cierre se proyectará de un video el cual tiene como objetivo sensibilizar al equipo de trabajo de la Clínica del Dolor sobre la problemática que conlleva adquirir las consecuencias de este Síndrome para los profesionales y la necesidad de prevenirlas a tiempo.

-Comentario de Cierre: Se realizará una reflexión sobre el video presentado tomando en cuenta todas las personas relacionadas con el servicio de salud que se brinda. Se agradece la asistencia y se deja la invitación abierta para la próxima sesión.

- Materiales: Video

Sesión 2: Estrategias de afrontamiento

a) Objetivo General:

- Instruir a los participantes acerca de las principales estrategias de afrontamiento eficaces para canalizar de forma efectiva el estrés laboral.

b) Objetivos específicos:

1. Brindar orientación psicoeducativa acerca de los estilos de afrontamiento eficaces para manejar el estrés laboral.
2. Fomentar la realización de actividades individuales que impliquen la adquisición de estilos de afrontamiento adaptativos para los profesionales.

c) Descripción del procedimiento:

Actividades iniciales (10 min)

-*Saludo y Bienvenida*: Se les dará la bienvenida para la segunda sesión del taller, la cual iniciará dando a conocer la agenda del día y el tema y los objetivos que se pretenden alcanzar en esta.

-*Encuadre*: Se realizará una recapitulación breve sobre los ejes temáticos abordados la semana anterior, de manera que se puedan observar los conocimientos adquiridos que obtuvieron las(os) participantes. Posteriormente la facilitadora retomará los principales aspectos trabajados y aprendizajes obtenidos.

Desarrollo de la temática

-*Introducción*: Se realizará de manera verbal la presentación del tema y evaluación inicial a las(os) participantes sobre las estrategias de afrontamiento. Para la evaluación se dividirán en dos grupos, cada uno de las personas que componen los grupos debe pasar de manera individual al frente, donde estarán colocados los papelógrafos, y escribirán una acción que consideren que se puede incluir como estrategia de afrontamiento.

-Exposición Teórica: De acuerdo con las propuestas de Gil-Monte y Peiró (1997) se desarrollará el concepto de Afrontamiento, los estilos de afrontamiento que existen y las técnicas individuales que se pueden implementar para prevenir el Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Entre las técnicas se profundizará en la organización eficaz del tiempo y la implementación de actividades personales recreativas.

-Solución de Caso: En la división en la que se encuentra el grupo, se repartirán dos casos para que cada uno pueda identificar las características relacionadas con el Burnout que presentaban las personas, los cuales pueden estar facilitando el establecimiento del síndrome, así como plantear una solución de prevención para no llegar a experimentar las consecuencias. Una vez leído, seleccionado las características del caso y establecida la posible solución, dos personas del grupo lo expondrán a los demás.

-Plenaria: La actividad culmina aplicando la situación anterior al caso personal de cada participante y señalando mediante una lluvia de ideas los recursos que utilizaría para su afrontamiento (no para su solución).

- Materiales: Presentación Power Point y Papelógrafos, Pilots.

Actividad de Cierre

-Entrega de Planificador de actividades: Se les pedirá que realicen una lista de las actividades recreativas que cada uno considere importante implementar dentro de sus actividades cotidianas, para insertarlas en la “Tarjeta de Vacunas Semanal”, de manera que puedan calificar al final de la semana cuantas medidas se aplicó para mantener su estabilidad corporal, mental y emocional. Además se les entregará un planificador de actividades para facilitar el cumplimiento de las mismas.

Nota: La “Tarjeta de Vacunas Semanal” será revisada la siguiente sesión.

Sesión 3: Manejo Emocional de las Actividades Laborales

a) Objetivo general:

- Facilitar un espacio grupal para la identificación de emociones relacionadas a las actividades laborales que realiza el personal de la Clínica de Control del Dolor cotidianamente.

b) Objetivo específico:

1. Determinar la relación que tienen nuestra labor profesional con el área emocional de cada persona en la atención del Dolor y el Cuidado Paliativo.
2. Facilitar actividades de sensibilización en relación a las actividades laborales y las experiencias emocionales que éstas evocan en el personal de la Clínica.
3. Fomentar las estrategias de descarga emocional con la utilización de recursos a nivel individual y grupal.

c) Descripción del Procedimiento:

Actividades Iniciales:

-Apertura de la Sesión y Agenda: En este espacio se dará la bienvenida a las(os) presentes, agradeciendo la asistencia y señalando que será el último taller impartido. Además se dará a conocer la agenda de la sesión y los objetivos que se pretenden alcanzar en la misma.

-Actividad de Sensibilización con la Temática: De manera individual cada uno pasará al frente y sacará de la caja una imagen, la cual tiene una expresión emocional explícita que tendrá que dramatizar a manera de mímica, para que las(os) compañeras(os) identifiquen la emoción que está expresando.

Desarrollo de la Temática

-Exposición teórica: Mediante la presentación Power Point, se expondrá la importancia de reconocer nuestras emociones frente al trabajo, así como mantener activas las estrategias de descarga emocional necesarias para la reorientación de sentimientos evocados a partir

de las actividades laborales que se realizan durante la jornada. También se darán a conocer técnicas como el control de la activación y las distintas formas de apoyo social en el trabajo.

-Me identifico con las emociones: Por medio de un dibujo personal, se describen las emociones que se experimentan con más regularidad las personas del equipo, de acuerdo a las experiencias que el trabajo presenta. Además se señalarán de forma específica entre aquellas emociones que se han experimentado externa e internamente en las situaciones que el trabajo le presenta.

-Plenaria: Se realizará un recuento de las emociones que expresa el personal de la Clínica con respecto a las labores que realizan cada uno, mediante una lluvia de ideas que se registrarán en un Papelógrafo, con lo cual se realizará una devolución final de lo expresado.

Actividad de Cierre:

-Imagino para relajarme: Para poner en práctica las estrategias de afrontamiento ante el estrés, se llevará a cabo un ejercicio de respiración con imaginación siguiendo las pautas establecidas por Blanco (2008), para que las(os) trabajadores de la Clínica aprendan a relajarse de una forma sencilla y sin invertir grandes cantidades de tiempo.

-Cierre y Agradecimiento: Se agradecerá la presencia a los talleres de prevención, haciendo énfasis en el fomento de la realización de las actividades

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blanco, M. (2008). *Propuesta de un manual cognitivo conductual emocional para la inoculación del estrés laboral dirigido a gerentes de una empresa privada costarricense*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Calderón, R. y Cortés, A. (2010). *Análisis del síndrome de Burnout en los médicos de los servicios de emergencias de los Hospitales México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y San Juan de Dios durante el segundo semestre del 2009*. Tesis para optar por el grado de Magister Scientiae en Gerencia de la Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública. San José, Costa Rica.
- De Mezerville, C. (2008). *Síndrome del Burnout y estilos de afrontamiento en psicólogos y psicólogas Clínicos: Una aproximación cognitivo conductual emocional*. Tesis para optar por grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Gil-Monte, P. (2006). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo(Burnout)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis, S. A.
- Jara, M. (2009). *Análisis de la relación de la incidencia del síndrome de Burnout en la calidad de la atención que brindan los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en el hospital nacional psiquiátrico*. Tesis para optar por el grado de Magister Scientiae en Gerontología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

ANEXOS

GUSTOS Y PREFERENCIAS

- Iniciales de Nombre:
- Edad:
- Color preferido:
- Comida favorita:
- Deporte que le llama más la atención:
- Deporte que practica:
- Partido político de preferencia:
- Programa de televisión:
- Pasatiempo (hobby):
- Actitud que más le molesta de las demás personas:
- Entre todas, cual es su mejor habilidad:

1. Asistencia: Es sumamente importante que asistas a todas las sesiones. Debido a que el ser un taller compuesto por varias sesiones, los temas tratados en la siguiente sesión le permitirán comprender mejor e integrar las temáticas vistas anteriormente. De esta forma, asistir de forma continua le permitirá obtener un mayor aprovechamiento del taller.

2. Puntualidad: Es de vital importancia que todos seamos puntuales, pues se cuenta con un tiempo limitado para realizar cada una de las sesiones, y el tiempo de cada una se encuentra ya estructurado con el fin de brindarle un mejor aprovechamiento. De modo que, no se puede retrasar el comienzo de la sesión ni estar repitiendo las instrucciones que ya se han dicho, cada vez que ingresa alguien que llego tarde.

3. Participación en el grupo: Es importante que cada uno fomente una actitud de participación activa para trabajar en el grupo, aportar su opinión, presentarse de forma voluntaria cuando a la hora de realizar ensayos de conducta, así como, aportar desde su experiencia personal.

4. Confidencialidad: Este aspecto hace referencia a la importancia de que lo que se habla, trate y haga en las sesiones del taller, se queda en las sesiones del taller, con el fin de crear un clima de confianza y apertura mutua.

5. Hablar en primera persona: Todas las aportaciones y comentarios que se realicen deben hacerse desde la primera persona.

6. Escucha empática: Se debe enfatizar que el taller será un espacio donde nos regiremos por las normas de respeto mutuo, está totalmente prohibido juzgar, sancionar, hacer burlarse de alguna persona.