

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**PROYECTO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA BAJO LA  
MODALIDAD DE PROYECTO DE GRADUACIÓN**

**Título:**

*Elaboración de un Protocolo Clínico para la Intervención Psicológica en Pacientes Candidatos a la  
Realización de un Procedimiento Especializado para el Control del Dolor en el Centro Nacional de  
Control del Dolor y Cuidados Paliativos*

Informe del Proyecto

Proponente:

Angie Taliana Varela Arroyo

Carné B57439

Comité Asesor:

Directora: Dra. Ana María Jurado Solórzano

Lectora: M. Sc. Marcela León Madrigal

Lector: Dr. Mariano Rosabal Coto

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

2022



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 239**

Sesión del Tribunal Examinador celebrada de manera virtual el día martes siete de junio del dos mil veintidós, a las diez horas, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de la:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
Angie Varela Arroyo	B57459	2-2019

Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Proyecto de Graduación**, para optar al grado de **Licenciatura en PSICOLOGÍA**.

El tribunal examinador procede a presentarse y brindar su nombre completo, ubicación, su papel como miembro en el tribunal examinador, además indican que reciben video, audio y datos.

C:\Users\mcastro\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\TRIBUNALES\Tribunales 2012\Psicologia-985.docx

<b>Tribunal Examinador</b>	
M.Sc. Adriana Vindas González	<b>Presidenta</b>
M.Sc. Luis Garnier Zamora	<b>Profesor Invitado</b>
Dra. Ana María Jurado Solórzano	<b>Directora de T.F.G.</b>
Dr. Mariano Rosabal Coto	<b>Miembro del Comité Asesor</b>
M.Sc. Marcela León Madrigal	<b>Miembro del Comité Asesor</b>

C:\Users\mcastro\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\TRIBUNALES\Tribunales 2012\Psicologia-985.docx

**ARTICULO I**

La Presidenta informa que el expediente de la postulante contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumple con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

## ARTICULO II

La postulante hace la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado: **“Elaboración de un protocolo clínico para la intervención psicológica en pacientes candidatos a la realización de un procedimiento especializado para el control del dolor en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos”**.

## ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

## ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, el Tribunal Examinador considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO ( X )    APROBADO CON DISTINCIÓN ( )    NO APROBADO ( )

Observaciones:

---

---

---

## ARTICULO V

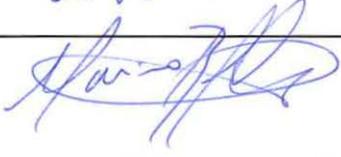
La Presidenta del Tribunal le comunica a la postulante el resultado de la deliberación y la declara acreedora al grado de Licenciatura en PSICOLOGÍA.

Se le indica la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que será oportunamente convocada.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las 11:45 am se levanta la sesión.

**Nombre:**

**Firma:**

M.Sc. Adriana Vindas González	
M.Sc. Luis Garnier Zamora	Luis Garnier
Dra. Ana María Jurado Solórzano	Ana María Jurado Solórzano
Dr. Mariano Rosabal Coto	
M.Sc. Marcela León Madrigal	

Angie Varela Arroyo	
---------------------	--

## *Dedicatoria*

*A mi mamá, Ángela, y a mi papá, Javier.*

*Por siempre estar a mi lado, esto es para ustedes.*

*A Margarita y Claudio.*

*Porque aunque no estén conmigo físicamente,*

*nunca me han dejado de cuidar y apoyar.*

*A Francisco y Flor.*

*Por siempre tenerme en sus oraciones.*

### *Agradecimientos*

A Ana María Jurado, directora de este trabajo Final de Graduación, por acompañarme en este proceso cuando incluso ninguna de las dos sabía qué nos esperaba cuando tuvimos que replantear todo el proyecto y comenzarlo desde cero por segunda vez. Gracias por siempre buscar lo mejor para mi desarrollo profesional y para el de sus estudiantes; por enseñar con amor y con el corazón, buscando formar excelentes futuros profesionales en Psicología. También, agradezco a Mariano y a Marcela, por igualmente formar parte de este proceso, apoyarme en toda esta odisea y por ser ejemplo de que se puede hacer una Psicología seria y comprometida con sus consultantes.

A Javier, Eduardo, Kattia y Erika, por ser un excelente equipo asesor a lo largo de todo este proceso. Gracias por los cafés y los desayunos, por la confianza que tuvieron en mí para realizar este protocolo y por incluirme desde el primer día como una integrante más del equipo de psicología del centro, aunque ya no pudiera asistir presencialmente.

A los amigos que hice durante la carrera, en especial a Mariana y Guadalupe; gracias a su apoyo y empujón extra, finalmente planteé mi segundo anteproyecto: un protocolo clínico.

A Daniel, por su cariño incondicional, su apoyo y por siempre acompañarme desde que estaba iniciando la Universidad.

A mi familia, para mi mamá Ángela y mi papá Javier, por todo el esfuerzo que tuvieron que realizar para que yo lograra llegar hasta aquí; ustedes confiaron en mí cuando incluso yo creía que ya no podía continuar. Gracias infinitas por su apoyo y amor incondicional.

## Tabla de contenidos

<b>UNIVERSIDAD DE COSTA RICA .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>MARCO DE REFERENCIA.....</b>	<b>10</b>
Justificación y relevancia de la problemática .....	10
Antecedentes .....	14
<i>Antecedentes internacionales</i> .....	14
<i>Antecedentes nacionales</i> .....	17
Entidad Interesada en el Proyecto de Graduación .....	20
Marco conceptual .....	21
<i>Dolor</i> .....	21
<i>Control del dolor</i> .....	22
<i>Dolor crónico</i> .....	23
<i>Evaluación psicológica</i> .....	24
<i>Protocolo clínico</i> .....	24
<i>Escalas de medición de intensidad del dolor</i> .....	24
<i>Bloqueo analgésico de nervio</i> .....	25
<i>Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)</i> .....	25
<i>Hipnoterapia</i> .....	26
Objetivo general .....	26
Objetivos específicos.....	26
Objetivo externo.....	27
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>27</b>
Terapias estándar para el abordaje del dolor crónico .....	27
Principales técnicas psicológicas para abordaje de dolor crónico .....	29
Técnicas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso .....	30
Fases principales para la elaboración del Protocolo Clínico .....	31
<i>Fase 1</i> .....	31
<i>Fase 2</i> .....	33
<i>Fase 3</i> .....	35
<i>Fase 4</i> .....	35
Cronograma .....	37
Consideraciones ético-legales .....	38

<b>RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
Lineamientos básicos de la evaluación psicológica .....	38
<i>Evaluación de estrés y ansiedad</i> .....	39
<i>Descarte de simulación o exageración de síntomas</i> .....	42
<i>Devolución de resultados</i> .....	44
Intervención psicológica previa a la realización de un procedimiento especializado para control del dolor .....	49
<i>Introducción y generalidades acerca del dolor</i> .....	51
<i>Promoción de la salud</i> .....	52
<i>Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)</i> .....	57
<i>Hipnosis clínica</i> .....	58
<i>El alivio es posible: repaso y cierre</i> .....	66
Seguimiento psicoterapéutico posterior a la realización del procedimiento especializado para control del dolor	67
<i>Reducción significativa de dolor</i> .....	67
<i>Mínima reducción del dolor</i> .....	68
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>69</b>
Sobre la evaluación psicológica .....	69
Sobre la intervención psicológica desde la TAC.....	71
Sobre la hipnosis .....	72
Sobre el seguimiento post-intervención .....	73
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>73</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>75</b>
A la Escuela de Psicología .....	75
Al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.....	76
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>86</b>
Consentimiento informado CCSS 4-70-03-0560 .....	86
Escala Visual Analógica (VAS) para la evaluación del dolor.....	88
Protocolo Clínico para entrega al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos .....	88
Ficha de Identificación del Paciente.....	89
Examen mental.....	90
Ejemplo de aplicación digital para la práctica de estrategia de relajación autoguiada.....	91
Propuesta de brochure: Promoción de la Salud en la persona con Dolor Crónico .....	91
Ejemplo de menú equilibrado – Nutrición CNCDyCP .....	93

## **RESUMEN**

De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1994), este último se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, descrita en términos de ese daño. Adicionalmente, es de relevancia describir al dolor no sólo como una sensación orgánica somatosensorial, ya que se debe incluir el aspecto emocional relacionado con el sufrimiento, la conducta, la evaluación cognitiva y la memoria del dolor. Por esta razón, es importante resaltar que la intervención interdisciplinaria para el tratamiento del dolor es una necesidad actual a la hora de abordar distintas patologías.

Los centros de salud en el país han incrementado sus esfuerzos para ofrecer una atención interdisciplinaria a quienes padecen distintas enfermedades crónicas, así como también en el Departamento de Cuidados Paliativos. De forma paulatina, han implementado un enfoque de atención más integral en donde se abordan tanto aspectos fisiológicos y biológicos como psicológicos y sociales. Por lo tanto, el campo de la Psicología gradualmente adquiere más relevancia en lo que respecta a abordaje y tratamiento de enfermedades crónicas que impliquen control del dolor y apoyo paliativo, ya que implican situaciones que usualmente interfieren con el desarrollo de las actividades diarias de la persona.

Por este motivo, se decide realizar el presente Trabajo Final de Graduación en conjunto con el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense del Seguro Social, para la elaboración de un Protocolo Clínico para la intervención psicológica en pacientes candidatos a la realización de un procedimiento especializado para el control del dolor. El documento está compuesto por tres secciones principales: lineamientos básicos de la evaluación psicológica, intervención psicológica previa a la realización de un procedimiento especializado para control del dolor y el seguimiento psicoterapéutico posterior a la realización del procedimiento especializado para control del dolor.

En estos casos específicos, los lineamientos básicos para la evaluación psicológica contemplan la apreciación de variables del estrés y la ansiedad, ya que se ha comprobado que estas tienen un rol importante en la percepción del dolor. Además, se considera el descarte de simulación o exageración de síntomas y la forma correcta de realizar la devolución de resultados al equipo médico encargado del caso. La intervención psicológica se propone desde un enfoque Cognitivo Conductual, específicamente de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Adicionales a las técnicas psicológicas, se resalta la importancia de una correcta higiene del sueño, uso de fármacos y una alimentación balanceada, así como también de los beneficios de la terapia física en casos de dolor crónico. También se incluye un robusto apartado sobre el abordaje de la Hipnosis Clínica en el manejo del dolor, y cómo sus numerosos beneficios pueden ayudar a la persona a tener mayor conciencia sobre el grado de dolor que está presentando y el control que puede tener sobre el mismo.

Finalmente, es de suma importancia realizar un seguimiento psicoterapéutico posterior a la realización de un procedimiento intervencionista para el control del dolor crónico, por lo que se detalla con detenimiento cómo se debe realizar un correcto seguimiento psicológico en caso de que el procedimiento intervencionista sea exitoso, o por el contrario, cuando el procedimiento no hubiese cumplido con las expectativas del paciente.

Mediante la elaboración de este documento, se consiguió comprobar que la intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso es una de las más eficaces para el control del dolor crónico, ya que busca crear plena conciencia sobre el dolor y centrarse en aceptar el hecho de que hay un dolor físico que no se irá, pero que el individuo tiene la capacidad de aprender a convivir con él. Adicionalmente, se evidenció que la aplicación de la hipnosis y autohipnosis constituye un soporte previo a la realización del procedimiento intervencionista, ya que se busca instruir al individuo con estrategias que ayuden a que el procedimiento sea aún más efectivo.

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1994), este último se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, descrita en términos de ese daño. Acevedo (2012, en Ornelas, 2015) menciona que es importante describir al dolor no solo como una sensación orgánica somatosensorial, ya que se debe incluir el aspecto emocional relacionado con el sufrimiento, la conducta, la evaluación cognitiva y la memoria del dolor. Debido a lo anterior, es importante resaltar que la intervención interdisciplinaria para el tratamiento del dolor es una necesidad actual a la hora de abordar varias patologías.

Los centros de salud en el país han incrementado sus esfuerzos para ofrecer una atención interdisciplinaria a quienes padecen distintas enfermedades crónicas, así como también en el Departamento de Cuidados Paliativos. De forma paulatina, han implementado un enfoque de atención más integral en donde se abordan tanto aspectos fisiológicos y biológicos como psicológicos y sociales. Por lo tanto, el campo de la Psicología gradualmente adquiere más relevancia en lo que respecta a abordaje y tratamiento de enfermedades crónicas que impliquen control del dolor y apoyo paliativo, ya que implican situaciones que usualmente interfieren con el desarrollo de las actividades diarias de la persona.

Asimismo, el tratamiento del dolor crónico ha avanzado mucho los últimos años, especialmente con la aplicación de nuevas técnicas, como los bloqueos analgésicos de nervios, procedimiento especializado realizado únicamente en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDyCP) de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). El bloqueo de nervio ha mostrado gran eficacia en personas con diferentes tipos de dolor crónico en zonas como la espalda, espalda baja, hombros, piernas, rodillas, manos e incluso la zona perianal, dependiendo del padecimiento que presente la persona usuaria.

Esta modalidad de tratamiento para el dolor requiere una selección idónea de candidatos y candidatas, los cuales deben ser abordados desde un enfoque multidisciplinario en donde no sólo se evalúa la naturaleza del dolor, sino también se valoran factores psicológicos que lo podrían estar generando, manteniendo o

modificando. De hecho, se ha documentado que algunas de estas variables psicológicas correlacionan con el éxito y el fracaso de los procedimientos especializados para el control del dolor (Gallach et al., 2016). Durante el camino de este tipo de intervenciones se ha observado cómo algunas personas tienen una evolución o algún efecto colateral que no está relacionado con lo biológico, sino con situaciones propias de las etapas. Por ejemplo, antes de realizar el bloqueo analgésico hay angustia, miedo, estrés o sugestión, los cuales interfieren en la claridad del procedimiento; por lo que, cuando el profesional en psicología realiza la primera evaluación, logra determinar cuáles son esas emociones, lo que, en algunas ocasiones, implica no recomendar la realización del bloqueo hasta que se desarrolle una intervención terapéutica.

Este proyecto sienta relevancia por su acercamiento a la multidimensionalidad de la psicología (biológico, social, psicológico, emocional, entre otros), pues de hecho el director del departamento de Psicología del CNCDyCP, el Dr. Javier Rojas, asegura que hay áreas muy nuevas relacionadas con el ingreso de tecnología en el área médica (Rojas, comunicación personal, 4 de febrero de 2021). Para hacer un repaso histórico, desde los años 50 esta área sufrió una transformación, sobre todo en el área intensiva e intervencionista, donde se incorporan tecnologías médicas en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y la psicología no se ha quedado atrás.

Además, ciertos elementos que tienen que ver con la atención de la persona usuaria se vinculan con componentes pertenecientes al área psicoemocional. Desde este marco histórico, en los primeros años del CNCDyCP, el trabajo realizado fue solo de soporte emocional básico, que consistía en un acompañamiento a la persona y familia que sufría una enfermedad terminal; sin embargo, con el ingreso de la especialización en medicina paliativa, se incluye una serie de nuevas dimensiones; la psicología, por su lado, crece en la oferta de servicios de diferentes áreas. Por ejemplo, en estos casos, el psicólogo debe valorar cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico que tiene la persona, cuáles son los elementos emocionales que interfieren en que tenga o no tenga dicha adherencia, en que se pueda o no presentar una conducta obsesiva hacia un

fármaco o, incluso, si le gustaría un abordaje terapéutico o no es de su interés. Todo esto se debe considerarse porque el método intervencionista se suele aplicar en el cuarto escalón de alivio del dolor, es decir, cuando ya el usuario o usuaria ha experimentado muchas opciones para el alivio de su dolor, y en esta fase se requiere una preparación previa y posterior obligatoriamente.

Es imprescindible considerar a la persona candidata para un bloqueo desde un enfoque integral, en donde también se valoren expectativas y creencias asociadas al dolor y a la terapia antes, durante y después de la realización del procedimiento; además, se deben definir respuestas que puedan modular la intensidad o frecuencia del dolor y potenciar los beneficios directos o secundarios de la intervención. De igual manera, es importante considerar la individualidad y variabilidad de las características entre quienes presentan algún tipo de dolor crónico.

Debido a esto, se decide realizar el siguiente Proyecto como parte del Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, el cual estará enfocado en la realización de un Protocolo Clínico para la intervención psicológica de las y los pacientes y/o candidatos a la realización de un procedimiento especializado para el control del dolor. Dicho protocolo se elaboró desde un enfoque Cognitivo Conductual, específicamente desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), complementando con Hipnosis, técnica utilizada actualmente en el CNCDyCP. El fin principal del proyecto consiste en fortalecer el departamento de Psicología y de Intervencionismo médico mediante la construcción de un documento que permita guiar de una manera sencilla y específica al profesional del área respectiva, con la finalidad de brindar un acompañamiento antes, durante y después de un procedimiento intervencionista.

## **MARCO DE REFERENCIA**

### Justificación y relevancia de la problemática

Una de las situaciones que a lo largo de la vida suele producir mayor sufrimiento es la enfermedad. Esta realidad es vivida de una manera única por cada persona y, usualmente, se asocia con diferentes factores

y emociones. La medicina ofrece una respuesta concreta al problema del sufrimiento de la persona usuaria mediante los cuidados paliativos, no solo a través del alivio físico del dolor, sino también a través del cuidado integral. Uno de los principales objetivos de la medicina paliativa consiste en saber diagnosticar el sufrimiento para luego tratarlo adecuadamente. Implica considerar a la persona en su integridad, teniendo en cuenta sus aspectos de especial preocupación: manejar adecuadamente los síntomas, mantener el control de sus emociones, reforzar las relaciones personales, entre otros (Antueno & Silberberg, 2018).

De acuerdo con el Ministerio de Salud (2017), las personas con dolor crónico intenso o en situación terminal tienen necesidades específicas que corresponden tanto a la evaluación y tratamiento físico y farmacológico como al abordaje de la ansiedad, la comunicación con el enfermo sobre su condición y el soporte en información adecuado a la familia. Debido a lo anterior, es necesario que el Sistema Nacional de Salud tenga en cuenta estos aspectos para organizarse y hacer frente a estos nuevos retos. Aunado a esto, se han integrado campos de especialización de la psicología de la salud dirigidos a cumplir con los objetivos de los cuidados paliativos. Rojas (2009), director del departamento de psicología del CNCDyCP, menciona que la psicología enfocada en la atención del dolor y cuidados paliativos se especializa en la aplicación de evaluaciones, diagnósticos y tratamientos dirigidos al afrontamiento de síntomas o trastornos emocionales generados a partir de la vivencia de una enfermedad crónica o terminal.

Por la razón anterior, se decide desarrollar este Proyecto de Graduación desde el marco del modelo cognitivo conductual, ya que este enfoque se dirige principalmente a modificar los esquemas de pensamientos y emociones desadaptativas, que la persona tiene respecto a su condición, por unos más adaptativos; restaurar su funcionalidad y mejorar su calidad de vida hasta que el dolor crónico lo permita (Hernández et al., 2018). Además, las variables cognitivas se hallan implicadas en la experiencia del dolor, haciendo necesario conocer su influencia e importancia para ser consideradas en la evaluación de estas y en la posibilidad de su tratamiento (Moretti et al., 2015).

Es de suma importancia explicar y hacer hincapié en los elementos de valoración en este apartado de justificación, ya que incluso las diferentes escuelas hablan de la necesidad de esta antes de algún procedimiento, por ejemplo, en pacientes que son sometidos a trasplante de médula, o a algunas cirugías muy críticas donde se ve afectada la imagen corporal. Este tipo de valoraciones previas han logrado determinar cuáles son los elementos que se necesita reforzar antes de una intervención, los cuales son traídos a la parte del bloqueo analgésico.

También, es vital repasar el componente multidimensional ya mencionado como esquema base de la metodología, aunado al elemento de la simulación, pues se han encontrado personas que presentan este tipo de conductas y cuando se van a realizar algún procedimiento, la simulación tiene un objetivo con ganancia secundaria (por ejemplo, una indemnización o pensión). Debido a lo anterior, una valoración previa permite hacer un filtro donde se aplican instrumentos para evitar que se haga el procedimiento solo por obtener un tipo de ganancia secundaria. Lo anterior, no solo para dar un tratamiento efectivo, sino para que se desenvuelva en un esquema ético y racional (en el entendido que se hace desde un centro de salud público, con pilares sociales).

También, se toma la decisión de utilizar la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) como su base principal, ya que posee gran trayectoria y es de las mayormente comprobadas y avaladas para el abordaje del dolor crónico, cuyos resultados pueden mantenerse hasta por seis meses después de la culminación del proceso terapéutico (Vowles & McCracken, 2008). Se ha demostrado que la aplicación de la TAC mejora la percepción del dolor y disminuye los síntomas de depresión y ansiedad relacionados con el dolor crónico de los usuarios y usuarias (Loebach et al., 2011), además de que es muy probable que la persona se apegue mejor al proceso desde este enfoque, ya que incluye una serie de intervenciones terapéuticas que la animan a mejorar la relación con sus propios síntomas y creencias, logrando así mejorar su calidad de vida incluso conviviendo con dolor crónico (Dahl et al., 2004).

Para el abordaje integral del paciente paliativo o con dolor crónico debe existir un trabajo en conjunto entre la rama médica intervencionista y la psicología, con el fin de realizar una evaluación más detallada. La colaboración entre estas dos áreas profesionales es un punto clave cuando se considera a una persona como candidata a un procedimiento de intervención para el control del dolor, ya que es muy usual que ella realice una exageración de la sintomatología que realmente está presentado, o podría incluso adicionar más síntomas que pueden ser comunes según su enfermedad o padecimiento.

Además, es de suma importancia realizar un seguimiento psicológico previo y posterior a la realización de un procedimiento como el bloqueo analgésico de nervio, para así determinar si la intervención especializada fue efectiva o no, y también para dar un acompañamiento a la persona usuaria en caso de que no se hayan alcanzado los resultados que ella esperaba. Otra razón por la cual es necesario este abordaje psicológico es porque usualmente el candidato o la candidata tiene altas expectativas sobre los resultados del procedimiento y, en ocasiones, dichos resultados no alcanzan esas expectativas, ocasionando sentimientos de frustración, tristeza y ansiedad.

Actualmente, el CNCDyCP no cuenta con un protocolo clínico oficial que incluya lineamientos esenciales para la intervención psicológica de las personas usuarias que requieran la realización de un procedimiento especializado de control del dolor. Este es de vital importancia desde el primer momento que se considera a alguien para este tipo de intervenciones, para así tener un mayor conocimiento sobre su estabilidad psicológica y su percepción, actitudes y pensamientos hacia el dolor.

Debido a esto, brindar la oportunidad para la construcción de un protocolo clínico que permita guiar a un profesional en Psicología en el área de Cuidados Paliativos de una forma clara y concisa, constituye una oportunidad para colaborar con un espacio de múltiples demandas en el trabajo por la calidad de vida de las personas que hacen uso de los servicios brindados por el CNCDyCP.

Además, la elaboración del presente documento implica la posibilidad de generar una nueva plaza profesional en el departamento de Psicología, exclusiva para el seguimiento psicológico de la persona usuaria en el área de Intervencionismo Médico.

### Antecedentes

Con respecto a las intervenciones realizadas anteriormente, relacionadas con protocolos clínicos para el control del dolor crónico y paliativo, se muestran a continuación antecedentes de abordaje práctico e investigación a nivel internacional y nacional en el tema.

#### *Antecedentes internacionales*

A nivel internacional, y en el campo de Psicología, Lacasta (2008) destaca la importancia de la labor de los psicólogos en los equipos de Cuidados Paliativos en el Plan Integral de la Comunidad de Madrid. La autora menciona que el 100% de los psicólogos en los equipos interdisciplinarios realizan intervenciones psicológicas con el enfermo y la familia; el 80% asesora diariamente al equipo en temas emocionales respecto al paciente y su familia; y un 78% se dedica a la coordinación con otros profesionales de atención primaria y secundaria. Además, resalta que el equipo deriva al psicólogo el 51.44% de los casos que atienden anualmente. Sin embargo, a pesar de la alta incidencia de alteraciones emocionales, un porcentaje elevado de estas personas no son valoradas por un psicólogo o no son derivadas con el tiempo suficiente para que pueda procederse a una intervención terapéutica eficaz y, por tanto, no reciben el tratamiento adecuado.

El estudio realizado en España y desarrollado por Almendro et al. (2011), implicó realizar una investigación en una Unidad de Atención al dolor crónico. El artículo muestra el estudio de tratamientos validados para la atención al dolor, así como también métodos de evaluación psicológica individual, como instrumentos y entrevistas para la medición del grado del dolor del paciente y su calidad de vida. La investigación se realiza con 46 participantes adultos diagnosticados, en su mayoría, con fibromialgia. Respecto a los resultados, se muestra que el abordaje de tratamientos que incluían: capacitaciones grupales e

individuales sobre emociones asociadas a la experiencia del dolor, técnicas de relajación y psicoeducación sobre las distintas condiciones y sus tratamientos, no generaba una disminución específica en el nivel de dolor individual, pero sí reportaba mejoras en sus estrategias de afrontamiento y en la manera en la que el dolor interfería en sus vidas cotidianas.

En la línea específica de protocolos para control del dolor, Gallach et al. (2016) realizan un protocolo psicológico para la evaluación de candidatos a un implante neuroestimulador. Este protocolo forma parte del plan de tratamiento multidisciplinario en el Hospital Universitario y Politécnico de Valencia, España; además es desarrollado desde un enfoque psicológico cognitivo-conductual, tomando en cuenta técnicas propias de la TAC y demás estrategias que favorecieran el afrontamiento al dolor, autocontrol, resiliencia, entre otros. En el protocolo se determina el abordaje psicológico del paciente desde el momento en que se le comunica sobre el implante neuroestimulador, hasta incluso un mes después de la colocación del dispositivo.

El estudio de los autores mencionados anteriormente demostró que las y los pacientes con un acompañamiento psicológico constante mostraban una actitud más positiva en todo el proceso de preparación previo a la colocación del implante, e incluso se sentían más seguros de todo el proceso al tener la compañía del profesional encargado de colocar el implante. Además, permite comprobar que el protocolo presentado es una herramienta de gran valor para determinar cuáles son las personas elegibles al procedimiento intervencionista, ya que se requiere tomar en cuenta una serie de factores psicológicos importantes además de una preparación psicológica relevante.

Biurrun y Jusué (1998) crean uno de los primeros protocolos de tratamiento psicológico en pacientes con dolor crónico en Navarra. Dicho protocolo se aplicó durante dos años con pacientes que padecían algún tipo de dolor crónico en la Unidad del Dolor del Hospital de Navarra y también en el servicio de Traumatología de la Clínica Ubarmin, España. A partir de dicha aplicación, los autores concluyen que un seguimiento y una evaluación psicológica pre y post tratamiento para control del dolor son un punto clave

para el éxito del procedimiento, ya que está demostrado que las actitudes y percepciones que la persona tiene hacia el dolor, influyen en la percepción de este.

Previamente se han planteado varios protocolos clínicos para aplicación de hipnosis en el tratamiento del dolor crónico. Específicamente para el dolor crónico lumbar, McCauley et al. (1983) realizan un estudio comparando las estrategias de relajación con un protocolo de entrenamiento en autohipnosis en un grupo de 17 participantes, en donde se demuestra que la hipnosis tiene una mayor adherencia y mayor efecto a largo plazo. En el caso de la fibromialgia, Haanen et al. (1991) realizan un estudio con 40 participantes, en el cual la mitad de ellos recibe ocho sesiones de una hora de práctica en autohipnosis durante un periodo de 3 meses y, la otra mitad, recibe doce sesiones de fisioterapia en la misma cantidad de tiempo. A la hora de realizar el seguimiento, las personas participantes que recibieron hipnosis mostraron resultados significativamente mejores respecto a la fisioterapia, ya que reportaron disminución de dolor muscular, cansancio, trastornos de sueño, angustia, así como mayor grado de satisfacción de los pacientes abordados con hipnosis en comparación con quienes no recibieron el entrenamiento. Este resultado se mantuvo incluso posterior a los tres meses de seguimiento.

Jensen et al. (2005) realizan un estudio controlado con 33 pacientes con dolor crónico secundario a alguna discapacidad. Realizaron evaluaciones antes y después del tratamiento, con una evaluación de seguimiento a los 3 meses de conclusión. Se reporta una mejora significativa en la intensidad del dolor y control sobre el dolor durante y después del tratamiento. Además, Melzack y Perry (1975) y Appel y Bleiberg (2006) demuestran la efectividad de la hipnosis mediante estudios en los que se aplican sesiones a pacientes con diferentes tipos de dolor crónico, donde el dolor de espalda fue el más frecuente de ellos. Las sesiones incluyen entrenamientos en relajación e imaginación guiada y fueron personalizadas para cada persona. Posterior a la finalización del tratamiento, se reporta una mejora altamente significativa en la percepción del dolor y control de este.

La razón por la que se incluye la conceptualización o el enunciado de la hipnosis en el proyecto es porque se ha demostrado que es una de las mejores técnicas que permite disminuir o mejorar los niveles de ansiedad y estrés que presenta el paciente que está siendo evaluado para la aplicación de un bloqueo de nervios. La técnica forma parte de la atención psicológica previa que puede recibir la persona candidata siempre y cuando cumpla con una serie de requisitos ya establecidos por los profesionales en psicología del CNCDyCP. Todo lo anterior es desde una perspectiva académica, procedimental e instructiva, mas este proyecto no aplicaría o desarrollaría la técnica, es una opción que el profesional psicólogo del centro puede aplicar en el tratamiento terapéutico.

#### *Antecedentes nacionales*

La razón por la cual se desarrolla este Trabajo Final de Graduación se debe, principalmente, a la realización de la Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura de la Carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica, efectuada por Juan Gabriel Ramírez (2018), en la cual se plantea un abordaje de las funciones y labores usuales de un psicólogo en el departamento de Psicología del CNCDyCP. La práctica consistió en el desarrollo de labores como formación y capacitación bibliográfica sobre padecimientos que acompañan la experiencia de dolor como, por ejemplo, formación en trastornos que acompañan el dolor o presencia de terminología médica al trabajar en espacios interdisciplinarios.

Gracias a esta práctica, se otorga el espacio para otros estudiantes de realizar una continuación del trabajo realizado por Ramírez en el CNCDyCP que beneficiaría así a las personas usuarias de los servicios brindados por el centro; también, daría un soporte de gran importancia en el equipo interdisciplinario con el cual se trabaja en el lugar. Sin embargo, debido a la situación actual de la pandemia del Covid-19 y las restricciones sanitarias que se han presentado para los pasantes e internos, el centro brinda la oportunidad de realizar un Trabajo Final de Graduación en modalidad Proyecto para fortalecer el departamento de Psicología y también favorecer al paciente de una forma que no implique un contacto físico directo.

En línea con un protocolo clínico para control del dolor, el principal y único antecedente que se puede encontrar a nivel nacional, relacionado con el tema, corresponde a un Manual de Normas de Atención del Dolor y Cuidados Paliativos del I y II Nivel, decretado por la CCSS en junio del 2001. El documento procura contener las normas generales y específicas que rigen la provisión de servicios, educación, capacitación y disponibilidad de opiáceos para el control del dolor y el cuidado paliativo en el primero y segundo nivel de atención. Su principal fin es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con padecimientos crónicos mediante una atención integral y eficaz por parte de un equipo interdisciplinario (p. 2).

Morales y Saint-Hilaire (2006) realizaron un proyecto de investigación sobre las demandas de personas usuarias y familiares que se presentaron fuera del horario diurno del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDCP) y analizaron si existió alguna deficiencia en la atención de estas debido al horario del Centro para, así, recomendar un mecanismo por el cual se cubran las necesidades no atendidas. Las variables analizadas corresponden a la definición de las demandas desde el punto de vista físico, psicológico, social y material; y la atención, desde el punto de vista de la accesibilidad y la satisfacción. Luego de realizar las entrevistas estructuradas de la muestra con el paciente y cuidador principal, se obtiene que el 95% de la muestra total, que consistió en 440 sujetos, calificó como “excelente” o “buena” la resolución de la demanda presentada al CNCDCP comparada con otros centros de atención. Además, la población participante en el estudio consintió en que la atención del CNCDCP es de mejor calidad que en otros centros. En cuanto a la resolución de necesidades físicas, el 94% de los consultados calificaron al centro como “excelente” o “bueno”; y, en cuanto al tiempo que tomó la resolución de la demanda, un 54% de los consultados dijeron que en menos de treinta minutos tenían la necesidad resuelta gracias a la atención del centro. Adicionalmente, más del 95%, tanto de pacientes como de cuidadores, considera que en el CNCDCP existe un trato excelente y que su formación especializada contribuye a la satisfacción de los usuarios.

Otro estudio a nivel nacional corresponde al desarrollado por Medina et al. (2015), quienes evaluaron los servicios brindados a las personas mayores de 18 años con enfermedad oncológica terminal usuarias del CNCDyCP desde su ingreso hasta su fallecimiento en el periodo 2010-2012. Se encuentra que la mayoría de las personas usuarias de los servicios del centro son mujeres (53%) y el 97% de la población es proveniente de San José. Lo más predominante dentro del período en estudio fue la neoplasia gástrica (14.46%), seguida de la neoplasia de intestino grueso y de hígado y vías biliares (9.41%), además de la neoplasia de mama (7.02%). Respecto a los servicios, los que prestan mayor atención son los de consulta externa (88.84%), visita domiciliar (80.78%) y psicología (43.59%). Dentro de las especialidades que hacen más referencias al CNCDyCP se encuentran Medicina Paliativa y Oncología Médica principalmente, seguidos por Emergencias Médicas, Geriátrica, Hematología, Neurocirugía, entre otros. Además, este estudio permite brindar una idea sobre cuáles son las patologías más recurrentes en el centro; también, destaca que uno de los tres servicios brindados con mayor frecuencia corresponde al servicio de psicología.

Los antecedentes discutidos anteriormente constituyen una evidencia de que los cuidados paliativos son un esfuerzo por conseguir una calidad de vida a la persona con enfermedad crónica (fibromialgia, osteoporosis, cáncer, diabetes, dolor crónico, entre otros). Además, es importante resaltar que hay una notable experiencia positiva de la atención psicológica implementada en ambientes hospitalarios dedicados a la atención y control del dolor, tal y como se puede apreciar en los estudios de Medina et al. (2015) y Morales y Saint-Hilaire (2006) a nivel país; haciendo énfasis en el campo a intervenir, en el Trabajo Final de Graduación realizado por Ramírez (2018). Sin embargo, la revisión de antecedentes nacionales refleja una carencia a nivel de guías formales y oficiales que ayuden al profesional en psicología a abordar terapéuticamente una persona que sea candidata a la realización de un procedimiento especializado para control del dolor, ya que el único protocolo o manual encontrado que tenga relación con este campo fue elaborado hace 20 años.

### Entidad Interesada en el Proyecto de Graduación

El Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDyCP) nació en el año 1999 e inició en las inmediaciones del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Esta unidad funge como autoridad técnica, asesora y funcional en su especialidad y en el ámbito institucional; proporciona atención especializada en medicina del dolor, apoyo emocional y atención psicosocial al enfermo en fase terminal, al enfermo con dolor oncológico, al enfermo con dolor crónico benigno y al enfermo con dolor agudo para ofrecerles una mejor calidad de vida (Solís, 2015).

De acuerdo con Rojas (2009), encargado del departamento de Psicología del CNCDyCP, el centro tiene como objetivo general de trabajo la disminución del sufrimiento emocional y la mejora de la calidad de vida de la población atendida por dolor benigno, agudo, crónico o terminal. El departamento ofrece los siguientes servicios de atención psicológica: consulta externa, atención grupal, interconsulta y visita domiciliar. Según el Manual de Funcionamiento del departamento de psicología, la visión del departamento es:

“Ser un departamento que brinda atención psicológica y social a la persona que sufre dolor de difícil manejo, así como a su grupo familiar, acudiendo a la utilización de recursos propios, coordinación entre redes de atención y la capacitación continua de los profesionales del área de la salud” (Rojas, 2009, p. 2).

La misión del departamento corresponde a:

“Proporcionar atención psicológica y social en forma oportuna y eficiente, como parte de un abordaje multidisciplinario dirigido a aquellas personas atendidas en este Centro, dada la problemática de dolor por cáncer, por enfermedad terminal o enfermedad crónica. Con el objetivo de brindar calidad de vida” (Rojas, 2009, p .2).

### Marco conceptual

A continuación, se presentan los referentes teórico-conceptuales desarrollados desde el campo de la Psicología de la Salud que guiarán el desarrollo y construcción de este Proyecto de Graduación.

#### *Dolor*

El dolor ha sido definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con una lesión real, potencial o descrita en términos de tal lesión. Esta definición incorpora varios elementos: el dolor es una experiencia individual, una sensación que evoca una emoción no tan agradable. Habitualmente, existe un estímulo nocivo que produce daño tisular o eventualmente lo produciría de mantenerse (Dagnino, 1994). Coutaux (2018) resalta que la experiencia dolorosa es un fenómeno complejo que asocia componentes sensoriales, afectivos, cognitivos y conductuales. El autor también caracteriza al dolor como una vivencia subjetiva, por lo que no hay una forma específica para comprenderlo. Factores como experiencias previas o incluso el contexto del paciente pueden variar su percepción y conceptualización del dolor.

En el área de los cuidados paliativos, Alarcón et al. (2009) mencionan que se debe dar una atención integral al tratamiento del dolor porque no corresponde solo a una experiencia fisiológica, ya que está compuesta por factores tanto físicos como emocionales. El correcto tratamiento del dolor busca brindar un apoyo a los familiares y cuidadores, además de procurar el alivio y mejora de la calidad de vida de la persona portadora de dolor crónico. El principal objetivo corresponde a brindar el mayor bienestar alcanzable a todas las personas usuarias.

Zas et al. (2013) desarrollan una breve explicación sobre las formas de clasificar el dolor por su duración y por sus características fisiológicas. Según la primera, el dolor puede clasificarse en:

- Agudo: su duración, por lo general, es inferior a un mes, aunque puede llegar a tres meses con un comienzo definido y una causa reconocible. El tratamiento suele ser sencillo.

- Crónico: existe una fijación del dolor, ya que este persiste luego de tratamientos de escasa dificultad y por un tiempo superior a los tres meses. Es un tipo de dolor que requiere ser trabajado interdisciplinariamente. Hay presencia de mayor ansiedad e incertidumbre.

Según las características fisiológicas, el dolor puede ser:

- Nociceptivo: puede ser somático (cuando se estimulan los receptores de dolor específicos en los tejidos de la piel) o visceral (cuando es ocasionado por la lesión, distensión o inflamación de órganos torácicos, abdominales o pélvicos).
- Neuropático: causado por la lesión o destrucción de los nervios localizados en el sistema nervioso periférico o central. Es descrito de tipo “latigazo” y es de difícil control.
- Mixto: posee características de ambos, nociceptivo y neuropático (Zas et al., 2013).

Debido a la variedad que existe en la vivencia del dolor, se debe conceptualizar desde el punto de vista sintomático y subjetivo; sobre todo, nunca se debe olvidar la forma en que afecta la integridad de esa unidad biopsicosocial que representa un ser humano (Bautista & Jiménez, 2014).

### *Control del dolor*

El dolor crónico es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano. Solamente un análisis cuidadoso de los diferentes elementos que lo componen y el trabajo en conjunto de un equipo multidisciplinar ayudarán a formular un plan de tratamiento que cambie la situación real de los y las pacientes y así, mejorar su calidad de vida.

Astudillo et al. (1998) mencionan que el primer paso para plantear una intervención eficiente en el control del dolor corresponde a la recolección de datos sobre la intensidad, cualificación, posible origen del dolor y los factores que lo agravan y lo alivian. También, se deben tomar en cuenta las consecuencias funcionales, el efecto psicológico, el mecanismo por el cual se genera ese dolor y las ideas que el paciente tiene sobre su dolor y su control.

Debido a que el dolor está asociado con otros síntomas, no se pueden dejar de lado otras posibles condiciones que presente la persona, como, por ejemplo, depresión, insomnio, ansiedad, exceso de preocupación o fatiga. Además, se debe indagar cómo se siente respecto al dolor que está presentando: asustado, enojado, molesto, resignado, irritado o confuso (Astudillo et al., 1998). Este tipo de proceder y un abordaje interdisciplinario llevarán a un tratamiento más amplio y no basado únicamente en evaluaciones físicas y tratamiento farmacológico.

La experiencia del dolor puede afectar la percepción y la expresión de otros síntomas, por lo que es de alta relevancia valorar y tratar de la mejor forma los posibles múltiples síntomas que presente la persona, con el fin de reducir la sensación de amenaza que pueden llegar a representar. Bayes (1994) propone lo siguiente:

- Corregir o atenuar dichos síntomas mediante un tratamiento paliativo cuidadoso e intentar suavizar la preocupación que representan para el paciente.
- Detectar y potenciar los propios recursos del paciente para disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia, aumentando así su percepción de control.
- Procurar aumentar la gama de satisfacciones personales, para ayudarle a mejorar su calidad de vida.

#### *Dolor crónico*

El dolor crónico se puede definir como “dolor persistente o recurrente que dura más de tres meses” (Ortiz & Velasco, 2017). Dependiendo del órgano afectado y de las características del dolor, se puede clasificar en siete tipos con sus subcategorías: primario, oncológico, post quirúrgico, neuropático, orofacial y cefálico, visceral y musculoesquelético (Ortiz & Velasco, 2017).

Es importante resaltar que, en algunas ocasiones, los pacientes se quejan de dolor crónico sin existir una evidencia significativa de daño tisular. A la hora de desarrollar una evaluación psicológica, estas personas demuestran, a menudo, considerables problemas psicológicos subyacentes; por lo que, algunas veces, cuando estos problemas son tratados, el problema de dolor mejora (Ortiz & Velasco, 2017).

### *Evaluación psicológica*

Según Fernández-Ballesteros (2013), la evaluación psicológica es la subdisciplina de la psicología que se ocupa del análisis del comportamiento de un sujeto en concreto o de un grupo específico de sujetos, con objetivos aplicados de diagnóstico, orientación, selección o tratamiento. Es importante destacar que la evaluación psicológica implica una serie de actividades en una secuencia establecida, con las que se pretende dar respuesta a la primera demanda realizada por dicho sujeto o grupo. Además, implica la deducción y verificación de resultados para que, posteriormente, se llegue a las conclusiones del caso.

La fase del proceso de intervención psicológica correspondiente a la evaluación implica una sustanciosa recogida de información, además de la aplicación de instrumentos como distintos test, observaciones y entrevistas. Esta etapa es fundamental, porque permite indagar y plantear objetivos para intervenir de la mejor forma posible (Lemos, 2012).

### *Protocolo clínico*

Según la Metodología para la Elaboración de Guías de Atención y Protocolos de la Caja Costarricense del Seguro Social (2007), un protocolo clínico es un instrumento de orientación o de aplicación que tiene como principal objetivo homologar el proceso de atención a las personas, mejorar la eficiencia y la toma oportuna de decisiones, basado en evidencia científica. Además, pretende fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante el uso de los recursos de manera eficaz y eficiente y sistematizar y simplificar el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.

### *Escalas de medición de intensidad del dolor*

Según Herrero et al. (2018), las escalas de medición de la intensidad del dolor permiten evaluar el estado inicial del paciente y evaluar la efectividad y eficacia de las terapias utilizadas en cada caso. Además, también puede ser útil al realizar análisis estadísticos. Para clasificar el dolor de acuerdo con la intensidad, se utilizan algunas escalas como la escala Descriptiva de Keele, escala Análoga Visual, escala Frutal Análoga, escala Facial y escalas numéricas.

### *Bloqueo analgésico de nervio*

Los bloqueos se realizan con la finalidad de desnervar áreas dolorosas y/o interrumpir las vías dolorosas del sistema nervioso central que conducen las aferencias nociceptivas al cerebro. Así, se consigue eliminar un foco de irritación nociceptiva e interrumpir la percepción del dolor (Gutiérrez, 2005).

Según Catterall y Mackie (2019), los anestésicos locales se unen de forma reversible a un sitio receptor específico dentro del poro de los canales de sodio en los nervios y bloquean el movimiento de iones a través de este poro. Cuando se aplican localmente al tejido nervioso en concentraciones apropiadas, los anestésicos locales pueden actuar en cualquier parte del sistema nervioso y en cualquier tipo de fibra nerviosa, bloqueando de forma reversible los potenciales de acción responsables de la conducción nerviosa. Con bloqueos temporales utilizando anestésicos locales se puede conseguir un alivio del dolor por un periodo de tiempo limitado.

### *Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)*

En los últimos años, la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) se ha posicionado como uno de los enfoques más efectivos para tratamiento del dolor, ya que se dirige mayormente a que la persona se centre en la aceptación de las circunstancias y en actuar, en la medida de lo posible, acorde a lo que es realmente de su importancia, en lugar de solo “ver la vida pasar” mientras a la vez lucha con su dolor (Cazorla, 2017).

Este tipo de terapia forma parte de la llamada “Tercera Generación”. La terapia cognitivo conductual correspondiente a este movimiento es una categoría que incluye una serie de tratamientos psicológicos que entienden el síntoma a partir de su función en un contexto determinado, considerando que el cambio se lleva a cabo por medio de la transformación de las funciones del síntoma y no de su contenido (Dimidjian et al., 2016).

### *Hipnoterapia*

La hipnoterapia es una técnica que se utiliza diariamente en el CNCDyCP, ya sea a nivel grupal o incluso en el momento previo a la realización de un procedimiento especializado de corte intervencionista. Según Kerns et al. (2011), la hipnosis implica una alteración en el estado de conciencia, al que se llega mediante una serie de enunciados realizados en voz alta por el hipnoterapeuta. Con eso, se consigue que el paciente cambie su propia experiencia subjetiva del dolor. Similar a un entrenamiento en relajación, se enseña a los participantes métodos para reconectar con ese estado de hipnosis en cualquier momento. Los métodos para administrar hipnoterapia para el dolor crónico varían ampliamente, sin embargo, todos deben regirse según las pautas para la práctica de Hipnoterapia según la Sociedad Americana de la Hipnosis Psicológica (Kerns et al., 2011).

Lynn et al. (2000) destacan que esta técnica se utiliza como parte vital del tratamiento psicoterapéutico de pacientes con condiciones médicas, especialmente dolor crónico, ya que brinda la habilidad de mejorar los componentes psicológicos asociados con la percepción del dolor.

### Objetivo general

Elaborar un protocolo clínico de intervención psicológica para procedimientos especializados en control del dolor, con el fin de intervenir de forma integral a las personas candidatas a un procedimiento intervencionista en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

### Objetivos específicos

1. Delimitar una estrategia de evaluación psicológica para la valoración de personas usuarias de procedimientos especializados para control del dolor, a través de la identificación de lineamientos básicos a considerar en esta primera fase.
2. Plantear una breve intervención psicológica para aplicar previo a la realización del procedimiento especializado, de acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación psicológica desarrollada.

3. Caracterizar el seguimiento psicoterapéutico posterior a la realización del procedimiento intervencionista, ya sea que este resulte exitoso o, por el contrario, que no refleje un impacto positivo en la condición del paciente.

#### Objetivo externo

Fortalecer los departamentos de Psicología y de Intervencionismo del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, mediante la elaboración de un protocolo clínico que permita realizar una intervención psicológica del paciente candidato a la realización de un procedimiento especializado para control del dolor.

### **METODOLOGÍA**

Según la Metodología para la Elaboración de Guías de Atención establecida por la Caja Costarricense del Seguro Social (2007), un protocolo clínico es un instrumento de aplicación y de orientación que busca resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica o Guía de Atención (p. 6).

El primer punto esencial para la construcción un protocolo clínico es delimitar el problema a abordar, el cual, en este caso, correspondería a la necesidad de estandarizar la valoración y atención psicológica que se brinda a los usuarios que requieran un procedimiento especializado en el CNCDyCP. Por lo tanto, la población meta del presente proyecto corresponde directamente a las personas usuarias mayores de edad que son referidas para valoración psicológica antes de la realización del procedimiento especializado, así como también quienes necesitan de un acompañamiento psicológico durante el desarrollo del procedimiento y posterior a este. Una vez delimitado el problema, se diseña una estrategia e identificación del curso de acción para alcanzar la meta propuesta inicialmente.

#### Terapias estándar para el abordaje del dolor crónico

La terapia que se ha usado más frecuente y tradicionalmente para el tratamiento del dolor es la Cognitivo Conductual. Esta reúne un conjunto de procedimientos conductuales y cognitivos que tienen como objetivo el cambio del patrón de funcionamiento del paciente y de algunos pensamientos irracionales que

están interfiriendo con su vida diaria, asimismo, se busca el control del dolor a través de procedimientos cognitivos (Cazorla, 2017). La terapia Cognitivo Conductual es la que cuenta con mayor evidencia y solidez sobre la eficacia de su uso para el tratamiento del dolor. Los resultados de las personas que se han abordado desde el área médica y psicológica simultáneamente, y desde un enfoque conductual, demuestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos (Moix & Casado, 2011).

El tratamiento del dolor desde la perspectiva cognitiva se basa en una serie de estrategias que tienen como objetivo distraer al paciente de la sensación de dolor o situarlo en un contexto imaginativo que permita al sujeto sobrellevar el dolor de la mejor forma posible y aumentar su calidad de vida (Kerns et al., 2011). Para alcanzar ese objetivo, Vázquez (2012) menciona que el tratamiento debe constar de tres fases principales: psicoeducación, entrenamiento en habilidades y aplicación de habilidades entrenadas, las cuales se describirán brevemente a continuación.

- Psicoeducación: esta etapa consiste en hacer ver a la persona la función que el dolor tiene en el organismo, sus componentes, y cómo puede ayudar el tratamiento a aliviarlo; se busca fortalecer, de esta forma, su adhesión al tratamiento. Además, es importante explicar cuál es el mecanismo de función del dolor y cómo, paso a paso, se puede aprender a sobrellevarlo para mejorar la calidad de vida del paciente.
- Entrenamiento en habilidades específicas: en esta fase, se le enseñan al paciente técnicas basadas en la imaginación; por ejemplo, distracción imaginativa, transformación del contexto, transformación imaginaria del dolor y somatización, las cuales serán definidas en el siguiente apartado. Aquí también comienza el entrenamiento en autoinstrucciones, que tiene como objetivo instruir a la persona a que regule su conducta mediante verbalizaciones que describen las acciones a realizar en cada momento (Vázquez, 2012).
- Aplicación de habilidades entrenadas: se trata de una aproximación a la puesta en práctica de todo lo aprendido en su contexto natural y en las situaciones cotidianas que se dan en su día a día.

### Principales técnicas psicológicas para abordaje de dolor crónico

En los últimos años se ha definido una serie de técnicas psicológicas de enfoque cognitivo conductual cuya efectividad para el abordaje del dolor ha sido comprobada. Estas son utilizadas actualmente por el departamento de Psicología del CNCDyCP; entre ellas, la respiración consciente o diafragmática y la relajación guiada, el manejo de la atención, la reestructuración cognitiva, manejo de emociones y asertividad, establecimiento de objetivos, ejercicio físico e higiene del sueño, entre otras (Moix & Casado, 2011). Cada una de ellas se complementa con la Escala Visual Analógica (VAS), la cual permite medir la intensidad del dolor que presenta la persona (Vicente et al., 2018). El VAS (ver Anexo 1) consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menos intensidad y, en el derecho, la mayor intensidad (Vicente et al., 2018).

Cazorla (2017) realiza una recopilación de las principales técnicas psicológicas utilizadas en el abordaje y control del dolor; dichas técnicas, enumeradas a continuación, son las que se propondrá continuar utilizando como complemento a las técnicas propuestas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) en el protocolo clínico por realizar.

- Distracción imaginativa: el paciente debe imaginar situaciones consideradas de ayuda para alejarse del dolor que sufre en ese momento.
- Transformación de contexto: consiste en que el sujeto sitúe las sensaciones de dolor en un contexto diferente, donde asocie el dolor a un estado emocional distinto que provoque la disminución del mismo.
- Transformación imaginaria del dolor: se enseña al paciente a describir el dolor sin componentes emocionales como, por ejemplo, en términos de si es un dolor intenso, si siente hormigueo o calor, o un tipo de entumecimiento.
- Somatización: aquí se pretende que el individuo describa y analice el dolor en términos objetivos y la distracción de la atención hacia otras actividades que sean susceptibles de tomar la concentración del paciente.

En esta misma línea, es importante no dejar de lado el entrenamiento en autoinstrucciones, con el fin de que la propia persona identifique señales y aprenda a regular poco a poco su conducta. También, es importante considerar los autorregistros, así como las técnicas de autorregulación con el fin de aumentar el control personal sobre estados tanto fisiológicos como emocionales.

### Técnicas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso

Como se mencionó anteriormente, la TAC constituye una de las terapias de gran trayectoria y mayormente comprobadas para el abordaje del dolor crónico, por lo que se utilizarán las siguientes técnicas para fundamentar el presente proyecto:

- Defusión: Araya (2017) destaca que la defusión conlleva el aprendizaje de la “desliteralización” del lenguaje, para relacionarse de forma más flexible y consciente ante las experiencias privadas. El autor también comenta que, mediante este proceso, las personas “aprenden a ver los productos verbales de su mente como lo que son en realidad y no con lo que dicen ser” (p. 28), es decir, aprender a ver los pensamientos como pensamientos y los sentimientos como sentimientos. De esta forma, se cambia la función del lenguaje y se le somete a un mayor control contextual voluntario.
- Yo como contexto: su desarrollo implica favorecer la capacidad de ser observador de los propios procesos mentales y permitir que los productos de la mente estén presentes (Araya, 2017). Se pretende que la persona aprenda que existe una diferencia entre los pensamientos, los sentimientos, los recuerdos y la persona que los tiene. La TAC, en este caso, pretende devolverle al paciente la conciencia sobre sí mismo, lo cual se puede alcanzar mediante la aplicación de Mindfulness.
- Conciencia del presente: es importante fomentar ser flexible en el “aquí y ahora”. El contacto con el presente permite tomar conciencia de lo que sucede sin juzgar o emitir clasificaciones de ningún tipo a los eventos psicológicos. Fijar la atención en el presente permite desarrollar mayor flexibilidad, atención y disposición a las posibilidades que ofrece cada situación (Araya, 2017).

- Aceptación: en la TAC se promueve la aceptación como una forma de potenciar las acciones basada en los valores importantes para la persona. Aquí, se utilizan ejercicios de exposición con el fin de incrementar la disposición y voluntad de actuar de forma flexible, en lugar de rehuir a las experiencias emocionales aversivas (Araya, 2017).
- Compromiso de Acción: la idea es que, una vez que el paciente elige qué es lo que quiere trabajar, sea capaz de desarrollar pasos concretos basados en compromisos, con el fin de poder encaminarse hacia esa dirección. El autor menciona que las acciones basadas en valores son aquellas que son planeadas deliberadamente para plasmar un determinado valor y conllevan un refuerzo intrínseco que tiene lugar aquí y ahora (Araya, 2017, p. 31). Por esta razón, la TAC incluye tareas como modelado, control de estímulo, establecimiento de metas, etc.

#### Fases principales para la elaboración del Protocolo Clínico

Una vez clara toda la información anterior, correspondiente a las técnicas básicas a proponer en el protocolo clínico, especialmente basado en la TAC para control del dolor crónico, el departamento de Psicología del CNCDyCP establece y define cuatro fases principales para la construcción del protocolo de acuerdo con los objetivos específicos planteados, las cuales se detallarán a continuación.

#### *Fase 1*

La revisión sistemática de las referencias a lo largo de la elaboración del proyecto se considera como una técnica eficiente para la identificación y resumen de intervenciones relacionadas con este tema y su respectiva efectividad, así como de la generalización y consistencia de los hallazgos de dicha intervención. Por esa razón, la Fase 1 de la elaboración del protocolo consiste en el análisis de dichas referencias. Para el cumplimiento de cada objetivo previamente planteado, se parte de la realización de un análisis de la literatura científica basada en evidencia, que compruebe la efectividad de cada intervención. Según la Metodología para la Elaboración de Guías de Atención de la CCSS (2007), a la hora de elaborar un protocolo es

importante incluir “cuestiones” relacionadas con efectividad de la intervención, diagnóstico, educación de los y las pacientes y promoción de estilo de vida saludable para los pacientes usuarios del servicio.

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se utilizaron las bibliotecas de la Universidad de Costa Rica y las bases de datos en las que está inscrita, entre ellas, Ebsco Host, Science Direct, Access Medicine y Proquest. Otra fuente importante para la investigación es Internet, en donde se utilizaron bases de datos como Scielo, Dialnet, Redalyc, Unirioja, entre otras. De la misma forma, también se consultaron páginas oficiales de organizaciones que abarcan temas en cuestión, como por ejemplo la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), American Psychological Association (APA), American College of Physicians (ACP) o también la American Hypnosis Association (AHA). Asimismo, se cuenta con material bibliográfico brindado por el Departamento de Psicología del CNCDyCP relacionado con el manejo del dolor crónico y con pacientes en fase terminal.

Los principales temas por investigar consisten en la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Hipnosis, así como su aplicación en el manejo del dolor. El campo de la Psicología de la Salud también es uno de los principales fuertes de la investigación, junto con el enfoque Cognitivo Conductual de esta misma disciplina. El tema de los Procedimientos Intervencionistas para el control del dolor crónico no puede quedar por fuera, se indagó especialmente sobre el mecanismo de acción del *Bloqueo Analgésico de Nervios*, técnica que se realiza con mayor frecuencia en el CNCDyCP. Palabras clave como *protocolo, protocolo clínico, dolor, control del dolor, dolor crónico, psicología, psicología de la salud, psicología y dolor crónico, terapia aceptación y compromiso, hipnosis y dolor crónico*, entre otras, son una ayuda realmente significativa que implica gran respaldo y base teórica para este protocolo clínico dirigido a la aplicación de procedimientos intervencionistas para control del dolor crónico.

La información obtenida en toda la revisión bibliográfica se sistematizó de acuerdo con los objetivos del proyecto de graduación. Primero, se delimitaron los lineamientos básicos para la evaluación psicológica;

se incluyen las baterías de pruebas que se aplican a los pacientes del centro cuando son candidatos a la realización de un procedimiento de intervención: consentimiento informado, ficha clínica, examen mental, entre otros. Además, se definen los aspectos fisiológicos implicados en la toma de decisión de aplicar un procedimiento intervencionista, como el grado de dolor, duración, frecuencia del dolor y el padecimiento o enfermedad que presenta el paciente.

Posteriormente, se definen las técnicas a proponer en la intervención psicológica previo a un procedimiento de intervención, las cuales pertenecen a la Terapia de Aceptación y Compromiso y a la aplicación de la Hipnosis Clínica, todo desde el enfoque psicológico Cognitivo Conductual. Es importante resaltar que en este punto se toman en cuenta lineamientos establecidos por la CCSS en lo que respecta a la aplicación de Hipnosis, ya que solo se seleccionan algunos pacientes como candidatos para este proceso.

Finalmente, se sistematizó la información correspondiente a un seguimiento posterior a la realización del procedimiento intervencionista. En este punto, se incluye información correspondiente al abordaje de ansiedad y depresión, así como técnicas efectivas para el control del dolor crónico desde la Psicología de la Salud y el enfoque Cognitivo Conductual en el caso de que el resultado de la intervención no haya sido el esperado (persistencia del dolor en el área tratada). Caso contrario, si luego de la intervención se logra una disminución significativa del grado de dolor, correspondería un posterior seguimiento psicológico breve para evaluar el estado emocional del paciente ante dicha disminución.

## *Fase 2*

La segunda fase corresponde a la construcción del cuerpo del protocolo clínico para la realización de procedimientos intervencionistas. Este documento se elaborará basado en los protocolos obtenidos en la Fase 1, detallada anteriormente. Será estructurado de acuerdo con los lineamientos establecidos por la CCSS para la construcción de un protocolo clínico: contará con sección de introducción, antecedentes, marco teórico-conceptual, objetivos y metodología; asimismo, detallará punto por punto las fases a seguir para aplicar correctamente el protocolo.

El proyecto se planteará como un flujo de abordaje a la persona candidata a un procedimiento intervencionista (ver Anexo 2), en donde se aplicará una técnica determinada de acuerdo con la fase en la que se encuentre la persona usuaria. De esta forma, el protocolo guiará a la persona a cargo de aplicarlo y se plantea como un documento amigable con cualquier profesional que requiera leerlo o ponerlo en práctica.

Por ejemplo, el primer paso de la fase inicial del protocolo consiste en una evaluación psicológica, en donde se firma el consentimiento informado, se aplica la entrevista inicial, se explora el motivo por el cual la persona fue referida a consulta psicológica y también el por qué es candidata a la realización de un procedimiento intervencionista. Además de eso, se valoran aspectos psicológicos como estrés, depresión y ansiedad por medio de instrumentos de medición de uso estandarizado en la CCSS: Cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI), Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) y la Escala de apreciación del estrés (EAE).

Esta fase inicial es de suma importancia, porque permite al profesional distinguir incluso la simulación y exageración de síntomas por parte del paciente, conducta muy usual en personas que padecen de dolor crónico y que quieren y/o exigen un procedimiento intervencionista cuanto antes. Para este punto, relacionado con la simulación, se utilizan dos instrumentos: el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) y el Listado de Síntomas Breve (LSB-50).

Una vez que la etapa de evaluación fue completada, se puede continuar con la segunda fase del protocolo, la cual correspondería a la intervención psicológica desde la TAC e Hipnosis. Propiamente en la TAC, se diseñan intervenciones específicas según los resultados de la evaluación de la fase anterior para cada persona usuaria, que le ayudan a prepararse para tener un mejor control del dolor crónico, con o sin procedimiento intervencionista.

Los protocolos publicados por las Guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence), el grupo GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) y el American

College of Physicians constituyen una excelente base y guía para la construcción del protocolo clínico por realizarse.

Además de presentarse como documento físico, se entregará una versión digitalizada del protocolo, la cual facilita en gran medida el flujo del proceso terapéutico de los pacientes y permite ubicar de una forma más visual y ágil la fase en la que se encuentra la persona o cuál técnica se aplicará de acuerdo con la situación y condición física de cada paciente.

### *Fase 3*

El acompañamiento y guía de los profesionales encargados del departamento de Psicología e Intervencionismo del CNCDyCP son clave en la correcta elaboración del protocolo. Por ello, en esta fase se entregará una versión preliminar del protocolo clínico al equipo asesor del centro Nacional de Control del Dolor, constituido por el Dr. Javier Rojas, la Msc. Kattia María Jara y el Msc. Eduardo López.

En el momento en que se entrega el documento, se brindará un plazo aproximado de un mes para su respectiva revisión. Posteriormente, se agendará una reunión con el comité del centro, estilo grupo focal. Así, se espera que el comité pueda tomar criterio experto, que los profesionales encargados puedan brindar retroalimentación sobre este protocolo preliminar e indiquen cuáles áreas específicas del documento se podrían reforzar, cuáles necesitan cambios o también cómo podrían mejorar.

### *Fase 4*

Luego de realizar las correcciones respectivas, en esta última fase se entrega el protocolo clínico final al CNCDyCP, listo para su respectiva evaluación y validación por parte de los profesionales del centro.

El proceso de validación es coordinado por el Departamento de Psicología del CNCDyCP una vez que se entregue el protocolo definitivo, en conjunto con el Comité Ético de la misma institución. Ambos aseguran la participación de los usuarios meta que son candidatos a la aplicación del protocolo en los niveles de atención involucrados. El departamento de Psicología realiza una validación de la calidad técnica del documento en conjunto con el Departamento de Intervencionismo del CNCDyCP; para esto, la guía utilizada

para la elaboración de protocolos de la CCSS (2007) sugiere el uso de la técnica FODA, la cual permite identificar las fortalezas y oportunidades con que se cuenta, además las debilidades y amenazas que se puedan presentar.

En la etapa de evaluación se pretende medir la eficacia obtenida en la implementación del protocolo. Siempre es recomendable evaluar y actualizar tres años después de publicarlas y, si es necesario, hacerlo antes, así se reflejan nuevos avances de la evidencia. Se puede revisar y actualizar en su totalidad o en alguna área específica. Es de suma importancia resaltar que el proceso de validación, implementación y evaluación del protocolo será realizado únicamente por el departamento de Psicología e Intervencionismo del Centro Nacional de Control del Dolor a causa de la emergencia nacional de salud debido al Covid-19 (SARS-CoV-2), ya que no se permite la estancia de estudiantes de Psicología en centros médicos de la CCSS, según directriz de Gerencia y del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). El mayor aporte de este Trabajo Final de Graduación consiste en la entrega del nuevo Protocolo Clínico de Intervención Psicológica de Procedimientos Especializados para Control del Dolor, el cual estará completo y listo para su valoración por parte de los responsables correspondientes.

## Cronograma

Tabla 1

### *Cronograma de elaboración del Protocolo Clínico*

<b>Actividad</b>	<b>Mes 1</b>	<b>Mes 2</b>	<b>Mes 3</b>	<b>Mes 4</b>	<b>Mes 5</b>	<b>Mes 6</b>	<b>Mes 7</b>
<b>Revisión bibliográfica.</b>	***	***	***	***	***	***	
<b>Supervisiones con equipo asesor.</b>	***	***	***	***	***	***	
<b>Sistematización de información recopilada.</b>	***	***	***	***	***	***	
<b>Delimitación de técnicas para intervención según la TAC.</b>		***					
<b>Delimitación de los lineamientos para la aplicación de Hipnosis.</b>		***					
<b>Sistematización y organización de la intervención psicológica.</b>		***					
<b>Construcción del documento del Protocolo Clínico.</b>			***				
<b>Elaboración del diagrama de flujo digital del Protocolo.</b>			***				
<b>Entrega del documento al CNCDyCP para su revisión.</b>				***			
<b>Ejecución de las correcciones indicadas por el CNCDyCP.</b>					***		
<b>Elaboración del documento final del Proyecto de Graduación.</b>						***	
<b>Presentación de informe final.</b>						***	
<b>Defensa del Proyecto de Graduación.</b>							***
<b>Entrega del Protocolo Clínico final para el CNCDyCP.</b>							***

### Consideraciones ético-legales

- Para la elaboración del protocolo clínico se tomó en consideración el Código de Ética del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, así como los lineamientos del CNCDyCP.
- Cualquier información obtenida por parte de los profesionales en psicología o intervencionismo del CNCDyCP fue manejado de forma confidencial y únicamente con el fin de comprender más detalladamente el rol de la Psicología en el campo de control del dolor.
- Este Proyecto de Graduación no comprendió un componente investigativo con seres humanos.

## **RESULTADOS**

### Lineamientos básicos de la evaluación psicológica

La fase de evaluación psicológica antes de realizar un procedimiento intervencionista como el bloqueo analgésico de nervio es de suma importancia, ya que a partir de ella se decidirá qué tipo de intervención psicológica se desarrollará previo al bloqueo analgésico o incluso alinear si es necesario o no realizarla. Todo depende de la persona candidata al procedimiento que sea referida al departamento de psicología del CNCDyCP.

Con el fin de que la evaluación psicológica aborde los principales lineamientos establecidos tanto por la CCSS como por el CNCDyCP, esta fase se divide en tres secciones diferentes que corresponden desde la primera sesión con la persona referida, hasta el momento en que se le comparte el diagnóstico al doctor o doctora encargado del caso.

Para el planteamiento de esta fase fue de suma importancia el acompañamiento de la Msc. Kattia Jara, psicóloga clínica del CNCDyCP, encargada de realizar las intervenciones psicológicas en sala séptica mientras el doctor o doctora realiza el bloqueo analgésico, y también del Msc. Eduardo López, profesional en psicología con amplia experiencia en aplicación de pruebas y detección de simulación de síntomas.

### *Evaluación de estrés y ansiedad*

Esta primera fase corresponde al contacto inicial que se tendrá con la persona, por lo que es también importante tomar en consideración ciertos aspectos que se tienen que implementar de manera obligatoria según los lineamientos de la CCSS.

Tal y como si fuese un proceso psicológico como cualquier otro, es necesario que el usuario/usuario firme el consentimiento informado (Anexo 1). Este documento debe ser completado por todo funcionario de la CCSS antes de desarrollar cualquiera de las actividades sujetas de consentimiento escrito por parte de las personas usuarias de los servicios de salud brindados por la Institución, de conformidad con el Artículo 75, inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud, el Artículo 40 del Reglamento del Expediente de Salud, el Artículo 12 del Reglamento de Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social (CENDEISS, 2019).

Posteriormente, se debe completar la ficha de identificación de la persona usuaria (Anexo 3), además del examen mental. La ficha de identificación es un documento que, adicional a las notas pertenecientes al registro de la persona, reúne la información básica de esta y permite identificarla con mayor facilidad. El examen mental (Anexo 4) corresponde a una parte de la historia clínica que ayuda a identificar los signos y síntomas psicopatológicos para un adecuado diagnóstico (Rojas, 2014).

Una vez que se ha completado la primera parte, se continúa con la evaluación de la persona referida mediante la aplicación de la prueba llamada ALSAQ-40 (Amyotrophic Lateral Sclerosis Assessment Questionnaire). Esta prueba consiste en un “autorreporte” del estado de salud del paciente y se utiliza principalmente para medir el bienestar subjetivo de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y la condición de la enfermedad de la neurona motora (Oxford University Innovation, 2016). Además, permite indagar sobre los padecimientos fisiológicos que presenta el individuo y cómo estos interfieren diariamente en su estado emocional en cualquier otro caso de dolor crónico.

En este caso específico, se utilizarán solo los 10 ítems relacionados a las actividades propias del día a día y su dificultad para el desarrollo de estas. La intensidad de la dificultad es evaluada mediante una escala Likert, en donde la primera opción a la izquierda corresponde a “nunca me genera dificultad” y la última opción a la derecha “siempre me genera dificultad o no consigo hacerlo del todo”.

Tabla 2

*ALSAQ-40*

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre / No consigo realizarlo del todo
1. Se me hace difícil caminar distancias cortas, por ejemplo, alrededor de la casa.	<input type="checkbox"/>				
2. He caído mientras caminaba.	<input type="checkbox"/>				
3. Caminar me ha fatigado.	<input type="checkbox"/>				
4. He perdido el equilibrio mientras caminaba.	<input type="checkbox"/>				
5. He tenido que concentrarme mientras camino.	<input type="checkbox"/>				
6. Se me hace difícil ponerme de pie.	<input type="checkbox"/>				
7. He tenido dificultad para utilizar brazos y manos.	<input type="checkbox"/>				
8. He encontrado dificultad en girar y moverme de la cama.	<input type="checkbox"/>				
9. He tenido dificultad para bañarme o ir al baño.	<input type="checkbox"/>				
10. He encontrado dificultad al hacer trabajos en la casa.	<input type="checkbox"/>				

Una vez aplicado el ALSAQ-40, es importante finalizar con la valoración del grado de ansiedad, depresión y/o estrés que puede presentar el paciente por medio de instrumentos de medición estandarizados.

En esta sección se utilizará la batería de pruebas descrita en la Tabla 3.

Tabla 3

*Instrumentos de medición*

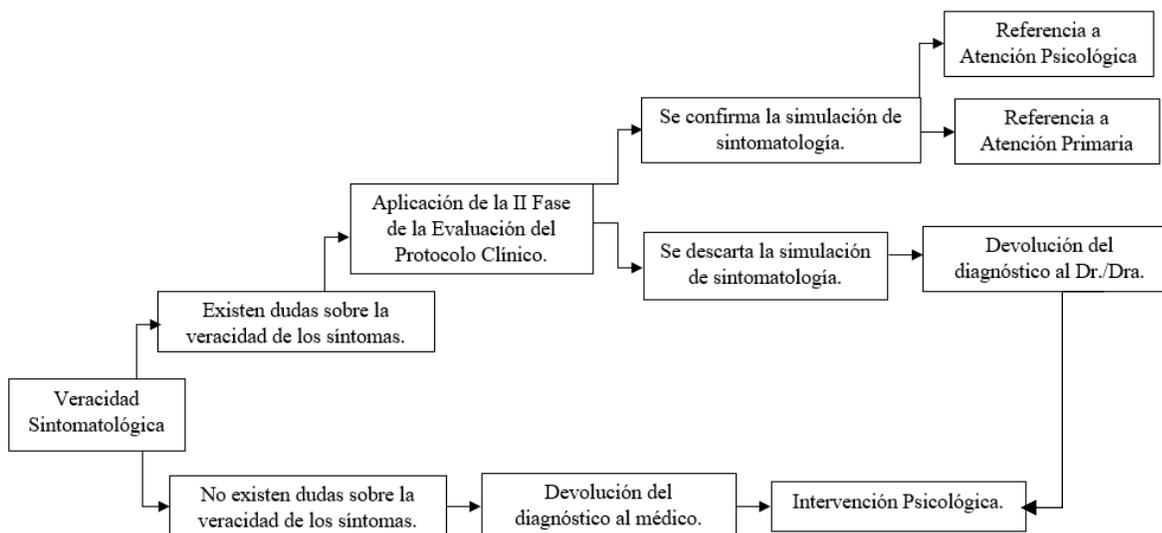
<b>STAI</b> (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo)	Es un instrumento desarrollado por Spielberg, Gorshuch y Lushene en el año 1970. Fue diseñado para medir la ansiedad específicamente; cuenta con dos escalas de autoevaluación, las cuales miden dos conceptos independientes de la ansiedad: estado y rasgo. Cada escala tiene 20 ítems, que se puntúan en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3) (Villarreal et al., 2019).
<b>EAE</b> (Escala de Apreciación del Estrés)	Este instrumento está elaborado para medir el estrés por medio de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos de nerviosismo, de inquietud o de frustración (Hernández, 2018). Consta de cuatro escalas independientes: escala general de estrés, de acontecimientos estresantes en ancianos, de estrés sociolaboral y de estrés en la conducción.
<b>IDER</b> (Inventario de Depresión Estado-Rasgo)	El IDER consta de dos secciones de diez ítems en formato tipo Likert cada una. Los anclajes respectivos los siguientes: Nada (1), Algo (2), Bastante (3) y Mucho (4) para estado; y Casi nunca (1), Algunas veces (2), A menudo (3) y Casi siempre (4) para rasgo. Dichas subescalas tienen como objetivo principal la evaluación del grado de afectación concurrente (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión, considerando para ello cuatro áreas: distimia y eutimia estado, que evalúan el grado de afectación negativa y positiva (respectivamente) presentes en el momento de la evaluación; y distimia y eutimia rasgo, que se enfocan en la frecuencia de la ausencia de afectividad negativa y positiva (respectivamente) (Domínguez & Merino, 2018).
<b>EVA</b> (Escala Visual Analógica)	Se utiliza para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor. La Escala Visual Analógica permite medir la intensidad del dolor que presenta la persona. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma (Anexo 2). En el izquierdo se ubica la ausencia o menos intensidad, y en el derecho la mayor intensidad (Vicente et al, 2018).

Una vez que el profesional encargado del caso culmine la primera parte de la evaluación, debe realizar un análisis de los resultados obtenidos en la primera fase y presentar una primera impresión diagnóstica al profesional médico. Dependiendo de estos resultados, se continúa o no con la segunda fase de

evaluación correspondiente a la veracidad sintomatológica. A continuación, la Figura 1 orienta el proceso según el criterio del profesional.

Figura 1

*Veracidad Sintomatológica*



*Nota.* Elaboración propia

Si existen dudas sobre la veracidad de los síntomas partiendo de los resultados obtenidos en esta primera fase, se deberá aplicar la segunda fase de evaluación del protocolo clínico, la cual se describe en el próximo apartado, con el fin de definir si hay presencia o no de exageración o simulación de síntomas. En el caso contrario, el profesional en psicología podrá realizar la devolución del diagnóstico al médico y continuar con la etapa de intervención psicológica.

*Descarte de simulación o exageración de síntomas*

Existen varios criterios diferenciales para determinar si una persona con dolor crónico está simulando o exagerando su sintomatología. Solano et al. (2018) indican una lista de criterios diferenciales ante la sospecha de simulación de dolor crónico, los cuales se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4

*Criterios diferenciales ante sospecha de simulación de dolor crónico*

<b><i>Evidencia de incentivos externos contingentes con patrón de exageración o simulación de síntomas</i></b>	- Existencia de una retribución económica, por ejemplo, relacionada a incentivos de aseguradoras o incapacidades.
<b><i>Evidencia procedente de la evaluación física</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay evidencia de que las limitaciones o capacidades demostradas en una evaluación física normal son consistentes con un patrón de exageración o producción de quejas y síntomas.</li> <li>- Discrepancia entre las pruebas médicas objetivas y la valoración subjetiva de dolor de la persona (sesgos en el rendimiento físico que no son compatibles con la lesión, quejas incongruentes con la evidencia fisiopatológica).</li> </ul>
<b><i>Evidencia procedente de la evaluación por autoinforme</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de discrepancias cuando el paciente es formalmente evaluado a lo que presenta en el autoinforme.</li> <li>- Las quejas no son consistentes con la evaluación clínica o no siguen un patrón fisiológico de la patología propia del dolor.</li> <li>- No hay compatibilidad entre los síntomas mencionados por el usuario y su conducta habitual, observable y objetivable.</li> </ul>

*Nota.* Fuente: Solano et al. (2018).

Además de los criterios diferenciales a tomar en cuenta, también es necesario aplicar una batería de pruebas correspondientes a exageración y simulación de síntomas. Para esta parte de la evaluación se utilizan tres instrumentos en específico: el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI), el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) y el Listado de Síntomas Breve (LSB-50).

Tabla 5

*Instrumentos para evaluación de simulación de síntomas*

---

<b><i>Inventario de Evaluación de la Personalidad</i></b>	Consiste en un cuestionario diseñado para proporcionar información clave sobre las variables clínicas de las personas evaluadas. Está estructurado en 4 escalas principales y 10 subescalas, las cuales reflejan las características principales de cada una de las escalas y los síntomas que las definen. Las puntuaciones altas o bajas en cada una significan que la persona presenta con mayor frecuencia e intensidad las características propias de esa subescala (Ortiz et al., 2011).
<b><i>Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas</i></b>	Está compuesto por 75 ítems de verdadero o falso y se caracteriza por ser una herramienta breve y con una interpretación de resultados bastante sencilla. Su puntuación total permite establecer sospecha de simulación de síntomas. Posteriormente, el análisis de las evaluaciones en las puntuaciones de las escalas que lo componen (psicosis, deterioro neurológico, trastornos amnésicos, trastornos afectivos) permite observar qué sintomatología se presenta de forma atípica o, también, de qué manera el individuo intenta simular un trastorno en particular (González & Santamaría, 2015).
<b><i>Listado de Síntomas Breve</i></b>	Su objetivo es la identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicosomáticos en adultos. Se compone de 7 escalas principales (sensibilidad obsesiva, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, sueño estricto y sueño ampliada); 2 subescalas (sensibilidad y obsesión-compulsión) y 1 escala de riesgo psicopatológico. Permite la obtención de 3 índices globales (índice global de severidad, número de síntomas positivos e índice de intensidad de los síntomas positivos) (Rivera & Abuín, 2018).

---

*Devolución de resultados*

El Expediente Digital Único en Salud (EDUS) es el repositorio de la CCSS que contiene los datos de la persona en formato digital y donde se almacenan e intercambian de manera segura. EDUS puede ser accedido por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva;

su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integralidad la atención de cuidados de salud (CCSS, 2021).

Mediante el EDUS, el psicólogo podrá emitir su criterio profesional y su devolución al médico una vez que haya concluido la fase de evaluación psicológica; así, el médico podrá tener acceso a esta información cada vez que lo considere necesario. En la Figura 2, se muestra la pantalla inicial del EDUS de una persona usuaria del servicio de psicología por primera vez.

En la sección llamada “Problema”, aparecen los diagnósticos previamente registrados en las sesiones psicológicas. En “Nuevo problema de atención”, se coloca el motivo por el cual la persona fue referida a consulta psicológica; en este caso, corresponde a una evaluación psicológica previa a la realización de un procedimiento intervencionista para el control del dolor. Posteriormente, aparecen las secciones llamadas “Subjetivo”, “Objetivo” y “Análisis” (Figura 3).

Figura 2  
EDUS – Problema

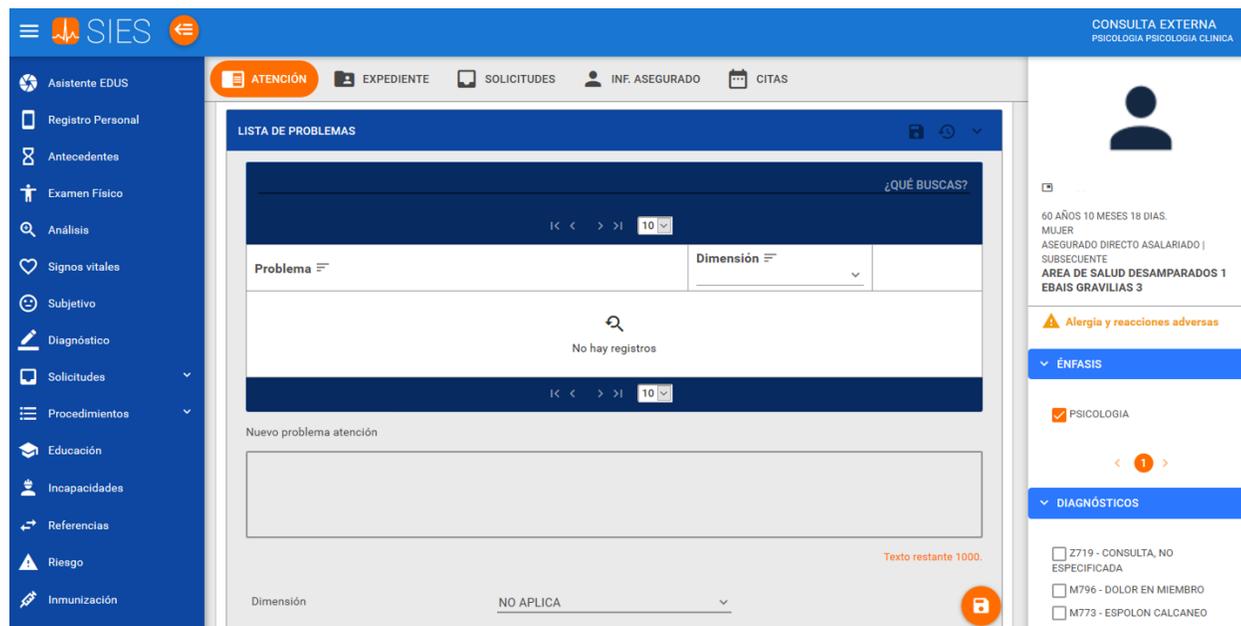


Figura 3

## EDUS – Objetivo y análisis

Entrega de condones 0

**SUBJETIVO (MOTIVO CONSULTA)**

**OBJETIVO**

**ANÁLISIS**

**PLAN DE SEGUIMIENTO**  
Periodicidad de la citas

CONSULTA EXTERNA  
PSICOLOGIA PSICOLOGIA CLINICA

60 AÑOS 10 MESES 18 DÍAS  
MUJER  
ASEGURADO DIRECTO ASALARIADO I  
SUBSECUENTE  
ÁREA DE SALUD DESAMPARADOS 1  
EBASIS GRAVILIAS 3

**Alergia y reacciones adversas**

**ÉNFASIS**

PSICOLOGIA

**DIAGNÓSTICOS**

Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA  
 M796 - DOLOR EN MIEMBRO  
 M773 - ESPOLÓN CALCÁNEO  
 M140 - COXARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL  
 S801 - CONTUSIÓN DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

La sección “Subjetivo” corresponde al motivo de consulta. Se debe colocar específicamente quién es el profesional y área que lo refiere, así como por qué está siendo referido. Es importante colocar también cuáles pruebas serán aplicadas e indicar que se valorará la presencia de depresión y ansiedad. El apartado de “Objetivo” refiere a los resultados del examen mental, por lo que es relevante detallar aspectos como la apariencia de la persona usuaria o su actitud durante la sesión, su atención, lenguaje y comprensión del motivo de referencia.

En “Análisis” se describe sintéticamente la sesión del día. Es de suma importancia colocar el resultado de las pruebas aplicadas de forma concisa y sin transcribir o copiar y pegar cada una de las pruebas, así como la lista de los instrumentos que fueron utilizados. En este apartado se deben integrar los resultados de una forma puntual, pero siempre respetando la privacidad de la persona usuaria, ya que lo que se coloque en este expediente podrá ser visto por cualquier profesional de la salud que necesite atender a la persona en siguientes ocasiones.

Posterior al análisis, en el apartado de “Plan de Seguimiento” se detalla la periodicidad de las citas, la cual usualmente corresponde a un mes. En atención actual se coloca “Sin Riesgo”, puesto que la primera sesión corresponde a una evaluación psicológica. Adicional a estos dos puntos, se encuentra la sección de “Alta en Especialidad”, en donde se debe colocar “No” y como observación se coloca la fecha de la segunda cita de consulta de seguimiento (Figura 4).

Finalmente se encuentra el apartado de “Diagnóstico” en donde se recomienda colocar el código CIE-10 de un diagnóstico general, por ejemplo “F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada” o también “F43.2 trastornos de adaptación” (Figura 5).

Figura 4

EDUS – Plan de seguimiento y Alta en especialidad

The screenshot displays the SIES EDUS interface. The top navigation bar includes 'ATENCIÓN', 'EXPEDIENTE', 'SOLICITUDES', 'INF. ASEGURADO', and 'CITAS'. The left sidebar lists various modules such as 'Registro Personal', 'Antecedentes', 'Examen Físico', 'Análisis', 'Signos vitales', 'Subjetivo', 'Diagnóstico', 'Solicitudes', 'Procedimientos', 'Educación', 'Incapacidades', 'Referencias', 'Riesgo', 'Inmunización', 'Perinatal', and 'Formularios'. The main content area is divided into three sections: 'ANÁLISIS' (empty text area), 'PLAN DE SEGUIMIENTO' (with a 'Periodicidad de la citas' text area), and 'ALTA EN LA ESPECIALIDAD' (with 'Alta en la especialidad' radio buttons set to 'NO' and an 'Observación' text area). The 'Atención actual' section has radio buttons for 'SIN RIESGO' (selected) and 'CON RIESGO'. A 'Texto restante 255.' indicator is visible below the observation field. The right sidebar shows patient information: 'CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA PSICOLOGIA CLINICA', a profile icon, age '40 AÑOS 10 MESES 18 DÍAS', gender 'MUJER', and insurance details. It also lists 'Alergia y reacciones adversas', 'ÉNFASIS' (with 'PSICOLOGIA' checked), and 'DIAGNÓSTICOS' (with several unchecked checkboxes).

Figura 5

## EDUS – Diagnóstico

The screenshot shows a web interface for entering a diagnosis. At the top, there is a header with a pencil icon and the word "Diagnósticos". Below this is a navigation bar with four tabs: "REGISTRO" (highlighted in orange), "HISTÓRICO", "VE01", and "AYUDA". The main form area contains several fields: a large text input for "Diagnóstico\*" with a plus sign in the top right corner; a checkbox for "Dx de seguimiento:"; a section for "Riesgo excluido \*" with four radio button options: "LABORAL", "TAURINO", "TRANSITO", and "NO APLICA"; a checkbox for "Defecto Congénito/ Malformación:"; and a large text area for "Observaciones" with a "Texto restante 500." indicator in the bottom right corner. At the bottom of the form is a blue button with a right-pointing arrow and the text "DIAGNÓSTICOS REGISTRADOS".

Es sumamente importante que el profesional encargado sea lo más cauteloso posible con lo que se coloca tanto en análisis como en diagnóstico, especialmente cuando hay sospecha de la veracidad de los síntomas. En estos casos específicos, no se debe colocar por ningún motivo el diagnóstico de simulación, ya que podría tener un impacto negativo en sus próximas consultas médicas a partir de ese momento. Por ejemplo, en una consulta médica externa, el médico puede observar dicho diagnóstico y, aunque no haya ningún indicador de simulación, puede comenzar a dudar.

En estos casos, se puede colocar que la persona está simulando o exagerando los síntomas en el apartado de análisis, pero nunca escribirlo textual. Por ejemplo: “El paciente presenta síntomas que no son congruentes con un episodio depresivo severo o episodio ansioso” o también: “Los resultados de las pruebas no son congruentes con lo reportado por la persona usuaria, por lo que el análisis no es concluyente”. Además, es importante siempre tener en mente que, si hay sospecha de simulación, se deben valorar rasgos de trastornos de personalidad.

### Intervención psicológica previa a la realización de un procedimiento especializado para control del dolor

Una vez concluida la etapa de evaluación psicológica y realizada la devolución correspondiente, se comienza con la fase de intervención psicológica breve previa a la realización de un procedimiento intervencionista para control del dolor. Esta sección del protocolo está enfocada en un abordaje cognitivo conductual emocional, basado en estilo de vida saludable y de autoeficacia. Las técnicas utilizadas para la intervención pertenecen a la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), que constituye una de las terapias de gran trayectoria y mayormente comprobadas para el abordaje del dolor crónico.

El objetivo principal de esta intervención es brindar un espacio psicoeducativo y psicoterapéutico que fortalezca las estrategias interpersonales para que la persona usuaria consiga aliviar el grado de intensidad de dolor. La intervención se organiza en tres niveles principales:

- Promoción de la salud: implementación de acciones integrales que permitan a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.
- Intervención en salud desde la TAC: intervención psicológica inmediata para la mitigación y tratamiento del dolor.
- Hipnosis clínica: técnica terapéutica en la que un profesional en la salud guía a la persona usuaria a llegar a un estado de relajación, usualmente a través del uso de la respiración, relajación muscular y la imaginación.

Aplicar estas acciones de forma diaria mejorará la calidad de vida de la persona usuaria y, además, ayudará a que el grado de dolor presentado disminuya progresivamente, de acuerdo con la implementación de dichas prácticas. Es importante resaltar que este protocolo está dirigido a personas profesionales en psicología, por lo que no se brindan detalles específicos sobre cómo aplicar la Terapia de Aceptación y Compromiso o la Hipnosis Clínica.

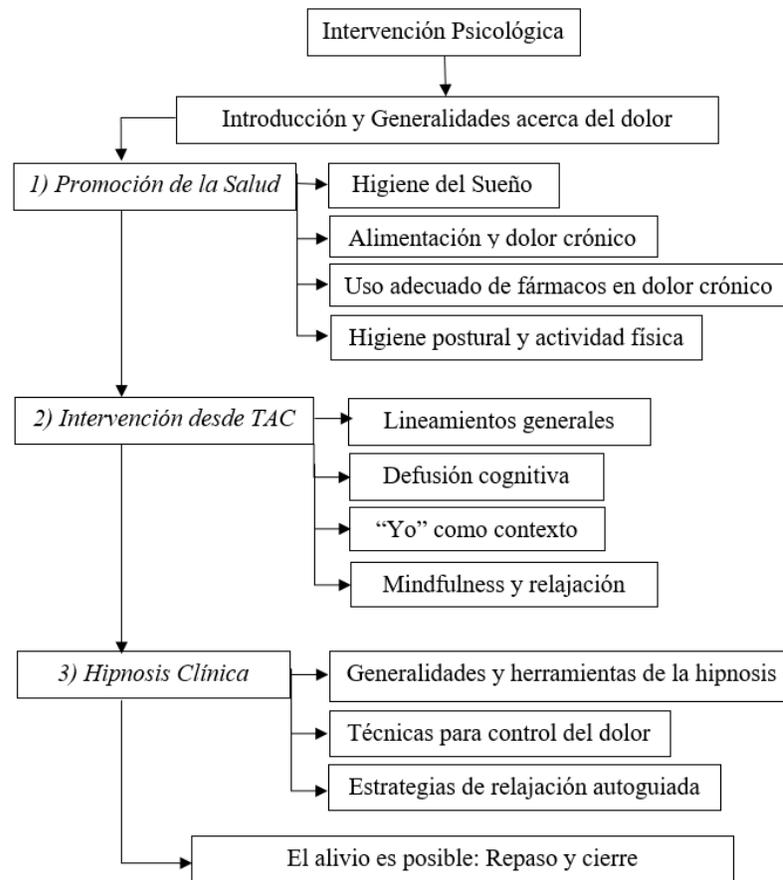
Esta etapa consistirá en la ejecución de 13 sesiones en total. La primera sesión corresponde a una introducción breve y una discusión sobre aspectos administrativos y las generalidades acerca del dolor.

Posteriormente, se iniciará con la fase de promoción de la salud, que abarca cuatro sesiones de una hora cada una, seguido de la intervención psicológica desde la TAC con cuatro sesiones adicionales, y se concluye con las últimas tres sesiones referentes a las generalidades sobre la hipnosis y su práctica, además de estrategias de relajación autoguiada. Finalmente, la sesión de cierre corresponde a una síntesis de todo lo abordado en el proceso y el cierre de la segunda fase del protocolo. La Figura 6 refleja de manera general la organización que tendrá esta segunda fase.

Adicionalmente, en la presente sección es de suma importancia considerar la posibilidad de solicitar atención psicológica para la familia de la persona usuaria que ofrece el CNCDyCP, adicional a la intervención individual. Lo anterior se recomienda debido a que se tiene conocimiento de que la respuesta ante un padecimiento de dolor crónico variará no sólo en el entorno individual, sino también en el familiar, por lo que las estrategias de afrontamiento ante esta nueva situación deberían modificarse conforme a las necesidades específicas. Ante una enfermedad crónica, la estructura y la dinámica familiar cambia y los roles y relaciones entre sus integrantes también se ven modificados a nuevos patrones y situaciones.

Figura 6

*Estructura de la intervención psicológica del protocolo clínico*



*Introducción y generalidades acerca del dolor*

En esta primera sesión se detallarán los temas principales por abordar a lo largo de toda la intervención. Inicialmente, se hablará de las generalidades relacionadas con el dolor; se busca que sea un espacio mayormente psicoeducativo para que la persona tenga una mayor comprensión sobre qué es el dolor, cuáles son los tipos de dolor y cuáles son las características generales de las principales enfermedades/padecimientos que implican dolor crónico y que además son abordadas por el CNCDyCP. Posteriormente, se explicarán los temas que se desarrollarán en las sesiones psicológicas siguientes a la introductoria y el enfoque desde el cual se estará trabajando (TAC):

- ¿Qué es el dolor?

- ¿Qué implica y cuáles elementos lo componen?
- Clasificación del dolor según su duración y características fisiológicas.
- ¿Cuál es el objetivo del abordaje integral del dolor en el tratamiento de dolor crónico?
- Propuesta de abordaje según Bayes (1994):
  - Corregir o atenuar dichos síntomas mediante un tratamiento paliativo cuidadoso e intentar suavizar la preocupación que representan para la persona consultante.
  - Detectar y potenciar los propios recursos del usuario para disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia, aumentando así su percepción de control.
  - Procurar aumentar la gama de satisfacciones personales, para ayudarle a mejorar su calidad de vida.
- Explicación de las tres fases de la intervención psicológica y su respectiva división:
  - Promoción de la salud.
  - Terapia de Aceptación y Compromiso
  - Hipnosis Clínica.

### *Promoción de la salud*

#### Higiene del sueño

Padecer de algún tipo de dolor crónico conlleva una reducción considerable de la calidad de vida de la persona, lo que implica, a su vez, una disminución significativa de la calidad del sueño, interferencia a nivel social y de la realización de actividades diarias, disminución de la capacidad cognitiva y una predisposición al padecimiento de ansiedad y/o depresión (Mencías & Rodríguez, 2012).

La calidad del sueño está comenzando a considerarse como un factor crítico y además independiente del resto de comorbilidades relacionadas con el dolor crónico. El dolor produce una mala calidad de sueño y este último, a su vez, conlleva un incremento en la intensidad de percepción del dolor. Además, ciertos fármacos que suelen usarse en el tratamiento de la persona con algún tipo de dolor crónico afectan la calidad del sueño.

Para esta sección se recomienda observar el video de la charla TED “Dormir es tu Superpoder”, por Matt Walker. Dicho video puede encontrarse en el siguiente enlace: [https://www.ted.com/talks/matt\\_walker\\_sleep\\_is\\_your\\_superpower?language=es](https://www.ted.com/talks/matt_walker_sleep_is_your_superpower?language=es). A partir de este video, es importante reforzar sus dos ideas principales para tener un descanso provechoso:

- Ser lo más estricto posible con la rutina de sueño. Lo ideal es siempre acostarse y despertarse a la misma hora, todos los días.
- Mantener la habitación donde se duerme a una baja temperatura. Si no es posible que esté realmente frío, entonces intentar que esté fresco o a temperatura ambiente, ya que entre más calor esté haciendo, más difícil será tener un sueño reparador.

#### Alimentación y dolor crónico

El departamento de Nutrición del CNCDyCP es el encargado de realizar esta sesión con el paciente candidato al procedimiento intervencionista. Para sistematizar esta sección fue vital el apoyo de la coordinadora de dicho departamento, la Dra. Luisa Abarca Picado.

El primer punto por desarrollar en esta sesión corresponde a dar a conocer las consecuencias que tiene la obesidad para la salud del individuo que posee algún tipo de enfermedad o dolor crónico. Se busca que la persona usuaria comprenda e identifique por qué la obesidad constituye un factor de riesgo para el dolor, especialmente por dos motivos principales (Flores, 2021):

- Carga mecánica: el peso corporal está directamente relacionado con la carga sobre el sistema musculoesquelético. El sobrepeso y la obesidad aumentan de dos a cuatro veces el riesgo de padecer clínicamente dolor importante en las articulaciones a 2 años en comparación con peso normal, y así progresivamente en caso de un grado mayor de obesidad, lo cual está directamente relacionado con la compresión y aumento de carga a las articulaciones.

- **Inflamación:** Flores (2021) define la inflamación como un estado que fomenta la nocicepción en los tejidos musculoesqueléticos dañados con el fin de sanar un tejido específico. Dicho estado puede ser sin duda un activador de dolor en la obesidad y, contrario a su propósito, la inflamación se activa por los factores de estrés mecánico relacionados con la obesidad.

Posterior a conocer el impacto de la obesidad en una persona con dolor crónico, el segundo tema por desarrollar corresponde a la determinación de los alimentos de un menú equilibrado. Se entiende y reconoce que cada persona tiene un plan alimenticio diferente que dependerá no solo de su estilo de vida, sino también de otros padecimientos de salud como alergias o intolerancias. Sin embargo, es importante brindar una guía básica que explique al usuario en qué consiste realmente una alimentación variada y consciente, por lo que en esta sección se aborda el tema de las porciones de los alimentos y además se presenta un ejemplo de menú que progresivamente la persona puede incorporar en su día (Anexo 7).

Es un hecho que la modificación del estilo de vida sigue siendo una herramienta fundamental para el abordaje del alivio del dolor crónico desde la nutrición, por lo que el último tema a abordar en esta sesión es identificar cuáles son los estilos de vida que podría adaptar el paciente en su día a día. Para esto se aborda el tema de alimentación consciente y además cuáles son esas actividades que realmente implican un estilo de vida saludable:

- **Alimentación consciente:** es una forma de mantener en equilibrio el cuerpo físico con la mente y las emociones. Se trata de realmente concentrarse en la comida, reconociendo lo que se está consumiendo y así detectar el momento en el que se siente satisfecho y se debe dejar la ingesta. Su principal premisa es aprender a escuchar al cuerpo, a ser consciente del hambre física y de cuándo está saciado para guiar la decisión de comenzar a comer y también de parar.

La alimentación consciente puede aplicarse, por ejemplo, apagando el televisor mientras se está comiendo, no utilizando el celular a la hora de la comida, comer en la mesa, comer pausado y disfrutando los alimentos, entre otros.

- Actividades para un estilo de vida saludable: para este punto es importante resaltar que dichas actividades dependerán de lo que la persona considere placentero y lo que le genere una sensación de bienestar general. Por ejemplo, hacer ejercicio no solo es ir a un gimnasio a levantar pesas, también puede ser bailar, estirar o jugar con alguna mascota. Además, se puede considerar cocinar algo saludable, leer o meditar.

#### Uso adecuado de fármacos en el dolor crónico

El dolor crónico constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta. Para su abordaje, la OMS sugiere el uso de la escalera analgésica para unificar criterios profesionales del caso y además definir cuál es la mejor estrategia de abordaje para la persona usuaria, tomando en cuenta que en algún momento podría ser necesario aumentar la potencia del tratamiento en forma gradual y controlada.

La escalera analgésica se representa a través de cuatro escalones ascendentes que indican el aumento en la intensidad del dolor y, a la vez, señalan los medicamentos que, de acuerdo con su potencia analgésica, pueden ayudar a aliviarlo (Miller, 2004).

- Primer escalón: corresponde a casos de dolor leve o moderado. En este nivel se recomienda el uso de analgésicos no opiáceos y, de acuerdo con el caso, se pueden agregar o no medicamentos coadyuvantes para tratar los síntomas asociados. Se pueden usar analgésicos como acetaminofén y la aspirina en combinación con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (Miller, 2004).
- Segundo escalón: casos en donde el dolor persiste o aumenta. Aquí se usan los opioides débiles, que pueden combinarse con acetaminofén o con AINES. Son efectivos tanto en dolor localizado como en dolor generalizado. Estos opioides se pueden prescribir incluso en dosis altas dependiendo de la presencia de efectos colaterales (Miller, 2004).

- Tercer escalón: se presenta en pacientes que tienen dolor moderado o severo. Estos casos deben ser tratados con opioides de alta efectividad junto con los coadyuvantes correspondientes. Por su dosificación y relación riesgo-beneficio, los opioides son la clase más importante de analgésicos en el manejo de dolor moderado a severo.
- Cuarto escalón: cuando los tratamientos farmacológicos resultan ineficaces o no tienen el resultado esperado es fundamental comenzar el tratamiento más adecuado tras el diagnóstico, ya que la cronificación del proceso desencadena la aparición de mecanismos centrales y periféricos de sensibilización y modulación que amplifican la percepción del dolor. Esta situación hace necesaria la aplicación de procedimientos intervencionistas, que deben considerarse parte del abordaje multidisciplinar.

En esta sesión de la intervención se abordarán los siguientes temas relacionados con el uso adecuado de los fármacos en el dolor crónico:

- La escalera analgésica.
- Proceso de producción del dolor: ¿cómo se origina?
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
- Opioides.
- Posibles efectos secundarios.
- Interacciones con otros tratamientos.
- Almacenamiento adecuado de los fármacos.

#### Higiene postural y actividad física

La higiene postural corresponde al conjunto de consejos, normas y actitudes posturales, dinámicas y estáticas, que tienen como fin mantener la alineación de todo el cuerpo para evitar posibles lesiones. Su principal objetivo es aprender una serie de reglas y de hábitos que ayudarán a proteger la espalda en las actividades del día a día (Merchán, 2020).

Los seres humanos están programados genéticamente, al nacer con el movimiento, con la capacidad de moverse. Es necesario educar y transformar esta cualidad con el paso de los años, especialmente desde edades tempranas para que así, de manera mecánica, se logren hábitos y actitudes posturales armónicas. En esencia, la higiene postural actúa principalmente corrigiendo posturas erróneas y dando asesoría ergonómica y preventiva para evitar ciertas consecuencias como fatiga o dolor muscular en espalda y piernas (Merchán, 2020). En esta sección de la fase de promoción de la salud, se abordan los siguientes temas:

- ¿Qué es la higiene postural?
- Factores que intervienen directamente en una adecuada higiene postural.
- Cuál es la finalidad de la higiene postural.
- Normas principales de higiene postural y ergonomía: al estar de pie, al estar sentado, al levantarse y sentarse, para la posición de acostado y para el transporte de objetos.
- Exposición de práctica de ejercicios de higiene postural.
- Tareas de práctica en casa.

#### *Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)*

La Terapia de Aceptación y Compromiso es una de las terapias de la tercera generación que, aplicada a personas con dolor crónico, “busca modificar la función que desempeñan las cogniciones y sensaciones no placenteras asociadas al dolor por medio de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos” (Reyes, 2021, p. 7).

De esta forma, el objetivo principal de una intervención basada en la TAC consiste en que la persona logre la aceptación de experiencias negativas asociadas al dolor, haciendo uso de estrategias basadas en atención plena para así flexibilizar patrones de respuesta, en función de valores y metas personales.

Reyes (2021) propone seguir el siguiente flujo de procesos básicos: *aceptación* activa y consciente de experiencias, sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o su forma; *defusión* cognitiva como método

para remover la excesiva cualidad literal del pensamiento; promoción de un *contacto con el momento presente* focalizado y flexible, teniendo un sentido del propio “yo” como *contexto* para tener claridad de cuáles son los valores personales y, además, comprometerse a actuar de manera consecuente con estos.

Los temas abordados en las cuatro sesiones pertenecientes a la intervención psicológica desde la TAC están basados en el plan de acción planteado por Reyes (2021), los cuales corresponden a:

#### Sesión #1

- Lineamientos generales de la TAC.
- Aceptación de los momentos de la vida: experiencias, sentimientos, emociones. Ansiedad, lucha, huida y efectos.

#### Sesión #2

- Defusión cognitiva: “desliteralización” del lenguaje, ¿cómo aprender a percibir los pensamientos como pensamientos, y sentimientos como sentimientos? ¿Cómo tomar distancia con el pensamiento?

#### Sesión #3

- El “yo” como contexto, proceso y contenido y la consciencia del presente: “aquí y ahora”.
- Flexibilidad psicológica: resiliencia y automotivación. Establecimiento de un plan de actuación/acción: ¿cuáles son mis valores personales y cuáles son mis voluntades?

#### Sesión #4

- Técnicas de mindfulness y relajación: respiración consciente, relajación autógena, ejercicios prácticos de meditación, técnicas de exposición con imaginación guiada.

#### *Hipnosis clínica*

La hipnosis clínica es una técnica terapéutica en la que un profesional de la salud guía a una persona a pasar a un estado de relajación mediante el uso de la respiración, la relajación muscular y la imaginación. Con la hipnosis, la persona entra en un estado natural de atención focalizada, ya que disminuye la atención a

los estímulos externos y se focaliza en un solo estímulo, aumentando la atención hacia el interior (Montgomery & Schnur, 2005).

Esta técnica es realmente efectiva porque, al utilizarla, la mente se encuentra más receptiva a sugerencias, las cuales tendrán un impacto significativo posterior a la sesión. De esta forma, se facilita lograr cambios en los pensamientos, sentimientos, conductas, percepciones y sensaciones, todos dirigidos hacia la salud y bienestar general de la persona usuaria (Moix, 2002).

Los objetivos principales del uso de la hipnosis en el tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico corresponden a la disminución del dolor, reducción de la medicación y, además, reducción de los síntomas de ansiedad y depresión (Montgomery & Schnur, 2005). Para esta sección del protocolo, es necesario que el profesional aborde los siguientes temas en las tres sesiones planteadas:

#### Generalidades y herramientas de la Hipnosis

- ¿Qué es la hipnosis?

En el año 2014, el Comité Ejecutivo de la APA propone una definición que afirma que “la hipnosis es un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión” (Franquelo, Hernández & Capafons, 2022, p.82). Adicionalmente, la Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada (AAHEA) aunó las ideas de distintos autores para definir la hipnosis como constructo social con distintas connotaciones que han variado a través del tiempo. De este modo, es común usar el término hipnosis para referir “una interacción social en la que las personas que participan (hipnotizadoras e hipnotizadas) asumen roles basados en formas de influencia social” (p.82). Es decir, los participantes asumen un acuerdo que dará lugar a un proceso donde la persona hipnotizadora tratará de influir mediante sugerencias hipnóticas en los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas hipnotizadas (Franquelo, Hernández & Capafons, 2022).

- La hipnosis en Costa Rica:

En el caso de nuestro país, la hipnosis aún tiene bastante camino por recorrer. La evidencia más reciente implementada en Costa Rica corresponde a la investigación realizada por Quirós en el año 2013, la cual corresponde a la aplicación de la hipnosis clínica para el manejo del dolor relacionado con la fibromialgia. Es de suma importancia resaltar lo indicado por Quirós (2013) respecto a la necesidad del abordaje multidisciplinario en estos casos, ya que la hipnosis parece ser una opción prometedora para el tratamiento del dolor pero siempre de la mano con la psicología (con el enfoque cognitivo conductual), medicina del dolor y farmacología.

Adicional al estudio anterior, Vargas (2005) realizó una revisión bibliográfica sobre estudios para el tratamiento del dolor con técnicas no farmacológicas, especialmente la aplicación de la hipnosis. El autor comenta que la hipnosis se presenta como el instrumento más efectivo en el tratamiento del dolor y la ansiedad, pero siempre debe complementarse con el criterio médico y farmacológico. También Vargas realiza otro estudio en el año 2004, relacionado con la hipnosis aplicada a niños quemados con diagnóstico de síndrome de estrés postraumático, en donde la técnica hipnótica, permite conocer los procesos defensivos en el trauma, lo cual permite el diseño del tratamiento adecuado a cada niño y niña.

- Hipnosis clínica y sus diferentes aplicaciones:

Respecto a su eficacia y distintas aplicaciones, existen varias investigaciones acordes con la mejora de la eficacia y a eficiencia de los tratamientos a los que se considera a la hipnosis como una técnica coadyuvante para el tratamiento de diversos trastornos, ya sean de índole médica o psicológica en niños y adultos. Franquelo, Hernández & Capafons (2022) comentan que la hipnosis clínica ha demostrado ser eficaz en el manejo del dolor con un efecto moderado-alto, además en el tratamiento de la ansiedad, de la obesidad y en el tabaquismo. También es eficiente en el tratamiento de trastornos gastrointestinales cuando se combina con otras técnicas o en la preparación para una cirugía.

- Objetivos de la hipnosis en el abordaje del dolor crónico:

Son tres los objetivos principales de la aplicación de la hipnosis en el abordaje del dolor crónico. El primero corresponde a una disminución considerable de la ansiedad, ya que el dolor y la ansiedad van de la mano. Dado que en la mayoría de las ocasiones durante la hipnosis se dan sugerencias de relajación y por tanto la ansiedad disminuye, se podría pensar que la hipnosis disminuye el dolor mediante la reducción directa de la ansiedad (Moix, 2002).

En segundo lugar están las creencias, las cuales juegan un papel clave en toda intervención psicológica, especialmente la autoeficacia y la creencia en la propia capacidad de sugestionabilidad, y también la expectativa de los resultados (Moix, 2002). El autor menciona que si se empieza la hipnosis con sugerencias muy simples que la mayoría de los sujetos son capaces de realizar, la autoeficacia de las personas aumenta y los resultados conseguidos mediante la hipnosis también (p.529).

Por último se encuentra la redirección de la atención, ya que Moix (2002) menciona que existen determinadas hipótesis que “apuntan que mediante la hipnosis se consigue que los estímulos dolorosos sean procesados a nivel inconsciente, mientras a nivel consciente se procesan las sugerencias. Esto es, cuando mediante la hipnosis se dan sugerencias, por ejemplo, de que el sujeto visualice una escena agradable, dicha escena se procesaría a nivel consciente ocupando la poca capacidad del canal consciente, mientras las señales dolorosas se desplazarían al nivel inconsciente para ser procesadas, por tanto, el sujeto no sería “consciente”, valga la redundancia, de que está sintiendo dolor. Podríamos decir que la analgesia hipnótica reduce la percepción explícita del dolor mientras la percepción implícita resta intacta” (p.530).

#### Técnicas de control del dolor: sugerencias

- Sugestiones visuales
  - Tamaño y forma del dolor: consiste en dar forma y tamaño al dolor y progresivamente ir reduciendo el tamaño de este, hasta finalmente conseguir que el dolor “ocupe menos espacio”.

- Luces de colores en el cuerpo: el sujeto debe visualizar el dolor con un color concreto y el resto del cuerpo con un color diferente. El color seleccionado para las zonas donde no hay dolor se va extendiendo lentamente hasta que “elimina” el color del dolor.
- Símbolos y metáforas: Montgomery y Schnur (2005) mencionan que bastantes personas usuarias de los servicios de salud suelen utilizar metáforas como “mi dolor es como si me clavaran clavos en la espalda”. Estos símbolos se pueden utilizar durante las sugerencias de la hipnosis, por ejemplo, en este caso se le podría sugerir al sujeto que visualice cómo los “clavos” salen de su espalda.
- Sugestiones sensoriales
  - El guante de anestesia: el objetivo de este ejercicio consiste en conseguir que la mano de la persona se sienta anestesiada mediante sugerencias de entumecimiento y, de esta forma, pueda visualizarla como un “guante de anestesia” (Montgomery & Schnur, 2005). Una vez que se alcance este primer objetivo, se le sugiere al paciente que al tocar otras partes del cuerpo donde también siente dolor, estas también serán anestesiadas y el dolor disminuirá o desaparecerá progresivamente.
  - Desplazamiento del dolor: también se pueden utilizar sugerencias de desplazamiento para conseguir el “traslado” de las sensaciones dolorosas de una zona corporal a otra. Esta técnica específica es bastante útil puesto que en ocasiones hay zonas del cuerpo en donde la persona puede percibir que el dolor es más tolerable.
  - Sustitución del dolor: este tipo de sugestión consiste en sustituir las sensaciones de dolor por otras que sean más tolerables, por ejemplo, una sensación de vibración, de presión o de calor.
- Sugestiones cognitivas
  - Distracción ante el dolor: mientras el sujeto se encuentra bajo hipnosis, se le sugiere que realice diferentes tareas mentales; por ejemplo, una suma o una resta sencilla o incluso recitar un párrafo de un texto o poema

que conozca previamente. Montgomery & Schnur (2005) comentan que este tipo de sugestión se ha utilizado esencialmente en casos de dolor agudo, principalmente durante procedimientos médicos estresantes.

- Nuevas estrategias de afrontamiento: la hipnosis constituye un momento ideal para que la persona se visualice a sí misma afrontando de forma positiva su problema, utilizando las estrategias que se recomiendan durante la intervención psicoterapéutica desde la TAC.
- Disociación: estas sugerencias se pueden emplear preferiblemente cuando la persona debe permanecer en reposo e inactiva; por ejemplo, durante la realización de un procedimiento intervencionista para control del dolor como el bloqueo de nervios. La sugerencia es que el sujeto se visualice o experimente a sí mismo en otra situación, tiempo o lugar que sea familiar y agradable para él.

#### Estrategias de relajación autoguiada

Cruz (2004) menciona que la hipnosis aplicada de forma correcta puede ayudar a alcanzar un estado de relajación rápido y efectivo. Para esto, es importante aplicarla en conjunto con otra terapia y además enseñarle a la persona a utilizar la autohipnosis para reforzar las sugerencias programadas.

El primer punto importante para tomar en cuenta en la autohipnosis es la respiración; constituye un factor clave para sus resultados. Cruz (2004) resalta que la inhalación y la exhalación deben hacerse únicamente por la nariz, es decir, con la boca cerrada, para lograr relajar el cuerpo e iniciar el enfoque hacia el presente.

El neurólogo Heinrich Schultz consideraba que la mayoría de las personas son capaces de alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas, especialmente de las sensaciones de peso y calor (Ruiz et al., 2012). Por lo tanto, tomando en cuenta la propuesta de Cruz sobre la respiración y el pensamiento de Schultz sobre las sensaciones físicas, se plantea la siguiente serie de pasos que la persona debe practicar para una sesión de autohipnosis basada en sugerencias como principal técnica de control del dolor:

- Sentarse cómodamente, cerrar suavemente los ojos y colocar una mano sobre el abdomen, con el dedo meñique justo encima del ombligo. El abdomen debe elevarse con cada inspiración. Al espirar, el abdomen vuelve a su posición original. Para que sea más fácil realizar la respiración abdominal, se debe intentar llevar el aire hasta la parte más baja de los pulmones. También, puede ser de ayuda intentar presionar el “cinturón” con el abdomen al inspirar. Es importante recordar que se trata de llevar el aire hasta la zona final de los pulmones, no de coger mucha cantidad de aire. Si no se logra respirar diafragmáticamente estando sentado o sentada, se puede comenzar por una posición reclinada o tumbado boca arriba. Una estrategia bastante útil al inicio es colocar un pequeño libro sobre el abdomen y comprobar cómo el objeto sube y baja mientras se respira con esta técnica.
- Inhalar siempre por la nariz y exhalar por la nariz o por la boca. Si existe algún problema que impida inhalar correctamente por la nariz, puede hacerse por la boca intentando no abrirla demasiado.
- Inhalar por la nariz durante tres segundos utilizando el diafragma, exhalar por la nariz o por la boca durante tres segundos y hacer una breve pausa antes de volver a inspirar. Puede ser aconsejable imaginar que la tensión escapa con el aire espirado. Para mantener el ritmo, puede ser útil contar de 1 a 3 (inspiración), volver a contar de 1 a 3 (espiración), contar 1 para la pausa y volver a empezar. Hay algunas personas a las que les resulta más cómodo hacer la pausa después de inspirar, es decir, inspiración-pausa-espiración. Si se respira más despacio, no hay problema. Es importante tomar en cuenta que las respiraciones no deben ser demasiado profundas.
- Luego de la práctica de la respiración diafragmática, se comienza con la relajación autógena de Grado Inferior, el cual se compone de siete ejercicios que mediante autosugestión dan lugar a sensaciones de reposo, pesadez y calor en brazos y piernas, y descenso del ritmo cardíaco y respiratorio. Díaz et al. (2012) plantean las indicaciones expuestas en la Tabla 6 para realizar los ejercicios del Ciclo Inferior.

Tabla 6

### *Ejercicios de relajación autógena*

---

Ejercicio	Instrucción
Ejercicio de reposo	Lleva a un estado de calma al cuerpo y a la mente. Se suelen emplear frases como: “estoy tranquilo, mi cuerpo y mi mente están tranquilos”.
Ejercicio de peso	Se provoca la sensación de peso en las extremidades. Se suele emplear la frase: “mis brazos y piernas están muy pesados”.
Ejercicio de calor	Se provoca un aumento de la temperatura en las extremidades. Una fórmula típica es: “mis brazos y piernas están calientes”.
Ejercicio de respiración	Se producen una inspiración y espiración tranquilas. Se emplea la frase: “mi respiración es tranquila y regular”.
Ejercicio para el corazón	Se pone la concentración en los latidos del corazón. Se emplean frases como: “mi corazón late regularmente”.
Ejercicio abdominal	Se dirige la atención al plexo solar. Se emplea la frase: “mi abdomen es una corriente de calor”.
Ejercicio de la cabeza	Se dirige la concentración a la cabeza con frases tipo: “mi mente está clara”.

---

- Posterior a la relajación progresiva de ciclo inferior, se comienzan a implementar las sugerencias. Tal y como se mencionó en el apartado anterior, dichas sugerencias pueden ser visuales, sensoriales y cognitivas. Algunos ejemplos que pueden ser útiles corresponden a dirigir la vista al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación, dar forma a valores abstractos como esperanza, amor o valentía, imaginarse uno mismo con determinados propósitos, por ejemplo “voy a afrontar con éxito esta situación” (Díaz et al., 2012).

Como en cualquier otro procedimiento de relajación, la práctica correcta de las estrategias de relajación autoguiadas requiere seguir una serie de indicaciones generales en la forma de proceder. Díaz et al. (2012) comentan que es importante no avanzar con un nuevo ejercicio hasta que no se haya dominado el

anterior; por ejemplo, no avanzar con la relajación progresiva hasta que se haya dominado de forma correcta la respiración diafragmática o pasar de practicar una sugestión sensorial a otra cognitiva rápidamente.

Finalmente, también se pueden recomendar distintas aplicaciones digitales que están disponibles para descargar en los teléfonos celulares y que son bastante útiles para practicar la respiración diafragmática o algún tipo de relajación, por ejemplo, *Wim Hof Method*, *Headspace* o *Meditation Nest*. Estas aplicaciones se pueden encontrar fácilmente y de forma gratuita en cada tienda de “Apps” del dispositivo móvil, independientemente de su sistema operativo. Para observar un ejemplo de cómo funcionan estas aplicaciones, referirse al Anexo 5.

#### *El alivio es posible: repaso y cierre*

En la sesión de cierre es sumamente importante repasar los puntos clave de cada etapa de la intervención, ya que es lo que la persona tendrá que continuar llevando a la práctica incluso en el momento en que está siendo realizado el procedimiento intervencionista. El objetivo principal de este apartado es hacer un recabado de información y reflexionar junto con el usuario sobre todo lo que aprendió en este tiempo y sobre las nuevas herramientas que ahora tiene para enfrentar su dolor de una mejor forma.

En el caso de promoción de la salud, sería ideal realizar la entrega de un *brochure* informativo que contenga las principales recomendaciones referentes a sueño, alimentación, fármacos e higiene postural. De esta forma, la persona usuaria tendrá una guía tangible que contenga todo lo revisado en la etapa psicoeducativa de la intervención y la importancia de su práctica. El Anexo 6 contiene una propuesta de *brochure* que puede ser entregado en esta sesión.

Adicional a lo anterior, se debe realizar un repaso claro y conciso de las estrategias psicológicas para abordar el dolor, tanto las correspondientes a la Terapia de Aceptación y Compromiso como las de autohipnosis y sugestión. Se busca crear consciencia de que, contrario a lo que sucedía antes de la

intervención, ahora sí se cuenta con una adecuada estrategia de afrontamiento al dolor que se puede practicar de forma diaria.

### Seguimiento psicoterapéutico posterior a la realización del procedimiento especializado para control del dolor

Posterior a la finalización de la etapa de intervención psicológica basada en la TAC y la hipnosis, se realiza el bloqueo analgésico de nervio en sala séptica por parte del equipo de medicina paliativa. El procedimiento es bastante rápido, tiene una duración aproximada de 30 minutos y, luego de su finalización, la persona puede volver el mismo día a su casa de habitación sin ningún problema.

Dando respuesta al objetivo número tres de este proyecto y además fortaleciendo su objetivo externo, una semana después de la realización del bloqueo analgésico de nervio se realiza el seguimiento en una cita post bloqueo con la especialidad de medicina y además con el departamento de psicología del CNCDyCP. Esta cita es de suma importancia porque el médico a cargo del caso estará encargado de realizar referencias a otras especialidades con el fin de aumentar el éxito del procedimiento. Por ejemplo, puede realizar una referencia al departamento de Terapia Física. Aquí se pueden valorar dos escenarios diferentes: reducción significativa del dolor o mínima reducción del dolor. A continuación, se describe el abordaje de cada una de las situaciones con sus propias particularidades.

#### *Reducción significativa de dolor*

En caso de que el procedimiento sea exitoso y se hayan cumplido las expectativas tanto del usuario como del médico a cargo acerca de la disminución del grado de dolor, se seguirá la siguiente serie de pasos:

- Aplicación de la Escala Visual Analógica para conocer cuál es el grado de percepción e intensidad actual que tiene la persona frente a su dolor luego del procedimiento intervencionista.
- Exploración de las actividades propias del día a día, para distinguir si la dificultad que el usuario manifestaba antes de la intervención psicológica y el procedimiento analgésico disminuyó de forma significativa. Se

evalúan los aspectos de: dificultad al caminar distancias cortas, caídas, pérdida de equilibrio, dificultad al ponerse de pie, dificultad al bañarse o ir al sanitario y dificultad al hacer tareas diarias del hogar.

- Exploración de las relaciones interpersonales, ya sea con conocidos o con familiares, con el fin de conocer si dichas relaciones han constituido una red de apoyo importante después del procedimiento en caso de que se necesitara ayuda con actividades diarias.
- Se ofrece agendar una segunda sesión psicoterapéutica para seguimiento de acuerdo con la condición y criterio propio de la persona usuaria. Se aclara que posteriormente, el profesional en psicología junto con el usuario o usuaria podrán agendar una sesión de cierre o de alta en la especialidad.

#### *Mínima reducción del dolor*

Este es el escenario más complejo con respecto al anterior, pues implica que el resultado del bloqueo analgésico no resultó ser el que se esperaba. La persona puede reportar una mínima reducción del dolor que ya presentaba o, incluso, puede ser que perciba el grado de dolor igual que antes. Si esta es la situación que acontece luego del procedimiento intervencionista, se siguen los pasos descritos a continuación:

- Aplicación de la Escala Visual Analógica para conocer cuál es el grado de percepción e intensidad actual que tiene la persona frente a su dolor posterior a la realización del procedimiento intervencionista, para así definir si realmente el dolor no disminuyó o se percibe una leve mejoría.
- Exploración de las actividades propias del día a día, para distinguir si la dificultad que el usuario manifestaba antes de la realización de la intervención psicológica y el procedimiento analgésico disminuyó de forma significativa. Se evalúan los aspectos de: dificultad al caminar distancias cortas, caídas, pérdida de equilibrio, dificultad al ponerse de pie, dificultad al bañarse o ir al sanitario y dificultad al hacer tareas diarias del hogar.
- Exploración de las relaciones interpersonales, ya sea con conocidos o con familiares, con el fin de conocer si dichas relaciones han constituido una red de apoyo importante después del procedimiento en caso de que se necesitara ayuda con actividades diarias.

- Retomar el plan de acción desde la Terapia de Aceptación y Compromiso planteado en la sección de Intervención Psicológica: se inicia con la aceptación de los momentos de la vida y se pueden utilizar las siguientes preguntas para conocer las emociones del usuario: ¿cómo me siento ante esta experiencia?, ¿qué emociones me genera?, ¿me siento frustrado o frustrada?, ¿tengo ansiedad en estos momentos?
- De la misma forma que en la fase de la intervención, se procura garantizar que las emociones de la persona usuaria inicialmente sean validadas para que después consiga alcanzar la aceptación del dolor crónico, en donde hay plena consciencia de que el dolor no se irá, pero también se tiene la capacidad de controlarlo y aliviarlo por él mismo o ella misma.
- Al igual que el primer escenario, el profesional en psicología ofrece y recomienda agendar una segunda sesión psicoterapéutica para seguimiento, de acuerdo con la condición y criterio propio de la persona usuaria. El tema de abordaje recomendado en esta sesión corresponde al “yo como contexto” y la consciencia del presente “aquí y ahora”, ya que orienta al usuario a comenzar por segunda vez un proceso de autoconocimiento y autoconsciencia posterior al procedimiento intervencionista realizado. Este proceso tiene como objetivo que la persona experimente su “yo” como un contexto en el cual suceden sus acciones y sus pensamientos pero que, en su esencia, es mucho más que ese pensamiento de dolor, ansiedad o frustración que posee ante la idea de reducción de dolor que finalmente, no sucedió.

## **DISCUSIÓN**

### Sobre la evaluación psicológica

En el contexto del dolor crónico no es viable evaluar únicamente una variable específica, ya que se cuenta con evidencia que respalda que cada una de las variables psicológicas presentes en una persona con dolor crónico están directamente relacionadas entre sí. Gracias a la revisión bibliográfica realizada, se puede confirmar que variables como el estrés, la depresión y la ansiedad están directamente relacionadas con el grado e intensidad de dolor que puede manifestar sentir la persona, así como también con la actitud que presente el usuario ante dicho dolor.

Por este motivo, es de suma importancia resaltar que existe la posibilidad de que, en ocasiones, las pruebas de evaluación aplicadas en esta etapa, como el STAI, el EAE o el IDER, constituyan los mayores indicadores de que una persona necesite de forma urgente, o no, un procedimiento intervencionista para el control del dolor, especialmente cuando se comparan con los resultados de los exámenes fisiológicos previamente realizados.

Si bien pueden arrojar resultados relativamente “normales” asociados a la ansiedad o depresión en una persona, también es posible que dichos resultados aparezcan bastante alterados; justo en ese momento es clave la observación y análisis del profesional en psicología a cargo del caso. La comparación entre lo que indican los exámenes fisiológicos y las pruebas psicológicas ayuda al profesional a sospechar si hay o no simulación de síntomas, especialmente para obtener un beneficio secundario a partir de la realización del bloqueo analgésico, por ejemplo, una incapacidad laboral, consideración familiar o una consideración del jefe para un cambio de funciones laborales.

La simulación de síntomas en el contexto del dolor crónico es una situación realmente frecuente y compleja que representa un desafío profesional. Implica un amplio conocimiento en diferentes instrumentos y criterios que faciliten identificar cuándo realmente se está presentando un caso de simulación. Por ese motivo, es importante que la evaluación sea realizada desde una perspectiva multidimensional e interdisciplinaria.

Es sumamente relevante adoptar criterios fiables y válidos para mejorar la atención psicológica al usuario candidato a la realización de un procedimiento intervencionista, para optimizar la calidad tanto de la evaluación psicológica como de la intervención posterior. Asimismo, mediante la aplicación de estos criterios se garantiza que la información de la persona que se agrega en el perfil EDUS será certera y confiable para futuros profesionales y próximas consultas interdisciplinarias, siguiendo los lineamientos éticos establecidos por la CCSS.

## Sobre la intervención psicológica desde la TAC

La clave de un abordaje eficaz y eficiente del dolor crónico es la multidisciplinariedad y también la transdisciplinariedad. El bienestar de la persona no radica únicamente en no sentir dolor, ya que su estilo de vida y rutina diaria también tienen una gran influencia en el bienestar general del individuo y, por ende, en el alivio de este dolor. Es importante definir cuáles son los recursos propios con los que cuenta el usuario y utilizarlos a su favor para enseñar al paciente a tener más “control” sobre la percepción de dolor que manifiesta. Un pequeño cambio como apartar treinta minutos de la mañana para salir a tomar sol o realizar un ejercicio de respiración diafragmática, puede cambiar la mentalidad con la que se inicia el día y además crear autoconsciencia sobre “cómo me estoy sintiendo”, “qué emoción me genera este momento y este espacio”, “cuál es el grado de dolor que tengo en el momento”, “cuál sugestión me es más útil para disminuirlo”, entre otros.

La intervención desde la TAC busca crear plena consciencia sobre el dolor, al entender que este es crónico y que, aunque se realice un procedimiento intervencionista para su control, aún puede ser de grado significativo. Este enfoque se centra en aceptar el hecho de que hay un dolor físico que no se irá, pero que el individuo tiene la capacidad de aprender a convivir con él. Este punto específico no define al paciente como persona, ya que esta es más que un concepto y manifestación de dolor y puede tomar acciones para cambiar la percepción que tenga ante él.

Además, es importante resaltar que durante las sesiones de la intervención se pueden revisar múltiples técnicas y estrategias de autohipnosis para control y alivio del dolor, como los diferentes tipos de sugestiones o el entrenamiento en la relajación autógena, pero si la persona no se compromete también a practicar dichas estrategias en su día a día, no se notará una mejora en el alivio del dolor. La idea principal de brindar estas herramientas es que la persona cuente con estrategias fuera del espacio de terapia para tener más autoconocimiento y más “control” sobre su dolor y cómo aliviarlo, y crear consciencia de que cuanto

más se practiquen los ejercicios se podrá conocer mejor qué sugestión o técnica ayudará más a sentir menos dolor.

### Sobre la hipnosis

La hipnosis es una de las técnicas más utilizadas para control del dolor, ya que se cuenta con evidencia que indica que la práctica de estrategias de hipnosis y autohipnosis ayuda a tener mayor conocimiento de dónde está ese dolor y cómo la persona, por sí misma, lo puede disminuir; así lo demuestran los estudios que compara un grupo tratado con hipnosis con un grupo control. Además de esto, es efectiva tanto en dolor crónico como también en dolor oncológico.

La aplicación de la hipnosis y autohipnosis constituye un soporte previo a la realización del procedimiento intervencionista, ya que se busca instruir al individuo con estrategias que ayuden a que el bloqueo analgésico de nervio sea aún más efectivo. Esta técnica es un excelente coadyuvante en procedimientos invasivos para el control del dolor y no solo previo a su realización, sino también durante el mismo.

El hecho de que la persona tenga un conocimiento previo sobre cómo aplicar las sugestiones constituye una gran ventaja, puesto que justo en el momento en que la intervención está siendo realizada, tendrá la capacidad de disociar e imaginarse a sí mismo en otro lugar o situación que sea agradable para él, en caso de que realmente los niveles de ansiedad aumenten en ese instante.

Actualmente aún existen interrogantes respecto a la hipnosis que están pendientes por resolver, por ejemplo, por qué es eficaz en algunas personas y en otras no, o cuáles son los mecanismos responsables de la disminución del dolor a través de la hipnosis. Sin embargo, basándose en la evidencia, se puede considerar que las puertas para la incorporación de la hipnosis en el tratamiento del dolor deberían ampliarse, e incluso no limitarse a procedimientos analgésicos, porque podría ser útil en otros campos y con otros procedimientos invasivos, como endoscopias, punciones, intervenciones quirúrgicas, entre otros.

### Sobre el seguimiento post-intervención

Si bien el seguimiento posterior a la intervención podría abarcar solo una sesión en donde se repasan aspectos básicos y se valora la percepción actual del dolor que presenta la persona, también podría ser un escenario bastante diferente, en donde no se cumplen las expectativas que el usuario tenía del procedimiento, al no disminuir el dolor tanto como se hubiera querido.

Es de suma importancia la validación emocional en esta etapa y también en ambos escenarios: si el procedimiento fue eficaz, entonces se está reforzando este nuevo pensamiento y concepto que la persona tiene sobre su dolor; pero si realmente no existe un alivio significativo de este, al validar la frustración, tristeza o ansiedad se tiene un punto de partida para trabajar en la aceptación de la situación presente.

### **CONCLUSIONES**

A continuación, se presentan las principales conclusiones al respecto del desarrollo del presente protocolo clínico.

Primeramente, cabe mencionar la viabilidad de la realización de proyectos de graduación en el contexto de manejo del dolor crónico desde la psicología, específicamente en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo. Por medio de este proyecto, se demostró la posibilidad de realizar inserciones profesionales en dicha institución, así como también documentos e instrumentos que aporten gran valor para el profesional en psicología.

Asimismo, al realizar el presente documento quedó en evidencia la necesidad del uso de un marco de comprensión del dolor desde un enfoque integral. Este enfoque permite a los profesionales de diferentes disciplinas comprender mejor la sintomatología del dolor y también los tratamientos e intervenciones necesarias para promover una mejor calidad de vida en la persona usuaria del centro, no solo tomando en cuenta los aspectos fisiológicos, sino también los psicológicos, sociales e incluso espirituales.

También, es importante destacar que, gracias a la construcción de este protocolo quedó evidenciado el rol tan importante que cumple el profesional en psicología en una unidad de control del dolor crónico, desde la evaluación psicológica hasta en la misma sala séptica. Sin embargo, gracias a la rotación realizada por los distintos servicios del CNCDyCP, se pudo notar que aún existen ideas erróneas sobre el servicio de psicología, ya que se tiene la idea de que cuando se realiza una referencia a este departamento es porque la persona está “loca” o que sin duda alguna está simulando o exagerando la sintomatología de su dolor.

Aunado a lo anterior, quedó evidencia de la importancia de que el profesional en psicología tenga amplio conocimiento sobre cuáles son los criterios diferenciales de la simulación de sintomatología dolorosa, ya que este tema en el contexto de dolor crónico es un problema frecuente y complejo al que el profesional en psicología se puede enfrentar en la práctica cotidiana, representa un gran desafío profesional que requiere de instrumentos y criterios objetivos y específicos que faciliten la distinción de dichos criterios.

Específicamente relacionado con la Terapia de Aceptación y Compromiso, se evidenció que esta constituye uno de los mejores enfoques para el abordaje integral del dolor crónico debido a que parte de una aceptación del vivir con dolor y resignificar dicha situación, ya que usualmente se tiene la idea de que vivir con dolor implica grandes limitaciones en su día a día. Sin embargo, es sumamente importante continuar demostrando la eficacia de las técnicas pertenecientes a la TAC mediante futuros estudios, ya que se evidenció una gran faltante de la aplicación de este enfoque y sus vastos resultados en nuestro país. Se requieren programas institucionales que impliquen un cambio en el abordaje y enfoque terapéutico para también cambiar la forma de conceptuar el dolor y darle una visión integral, que no quede encerrado en el aspecto fisiológico.

Debido a la revisión bibliográfica realizada, se logró demostrar que la hipnosis constituye una intervención eficaz para el control de los síntomas, ya que tiene ventajas de larga duración gracias a las estrategias de relajación autoguiada y no implica efectos secundarios. Se evidenció, también, que la técnica

es altamente efectiva si se combina simultáneamente con la aplicación de la terapia cognitivo conductual, justo como se recomienda en el protocolo llevado a cabo. Es importante la investigación futura sobre la eficacia clínica de la hipnosis en el manejo del dolor crónico y que no quede limitada a un tipo de dolor en específico, sino que también su práctica sea considerada en un dolor oncológico, por ejemplo.

La atención a pacientes con dolor crónico implica el trabajo sobre el dolor en sí, pero también sobre múltiples problemáticas simultáneamente. Ramírez (2019) explica que al ser la condición dolorosa una variable que hace que otros aspectos de la vida de las personas que la padecen fluctúe constantemente, también fluctúan los diversos aspectos de la vida de la persona consultante, tanto en su dinámica familiar como su vida laboral y social. El abordaje de personas con una condición de dolor crónico implica el conocimiento de una amplia gama de condiciones de salud mental o también situaciones por las que el usuario puede estar pasando actualmente. Por ese motivo, la promoción de un estilo de vida saludable que abarque distintas áreas como nutrición, terapia física o actividades diferentes, que le permitan a la persona desarrollarse y crecer, constituye también una forma de abordar el control del dolor crónico.

Finalmente, queda evidenciado por medio de la construcción de este documento que el trabajo interdisciplinario del profesional en psicología con otros profesionales de diferentes especialidades es sumamente provechoso. No solo se garantiza un manejo biopsicosocial de una patología específica; también, permite que profesionales de medicina paliativa o medicina del dolor, nutrición, farmacología y terapia física tengan visibilidad y conocimiento de la importancia de la labor del psicólogo en este contexto específico.

## **RECOMENDACIONES**

### A la Escuela de Psicología

- Estrechar los lazos con instituciones como el CNCDyCP, tanto para la ejecución de Proyectos de Graduación o Prácticas Dirigidas, como para prácticas en general dentro de la carrera, como el caso de los módulos.

- Abogar por la enseñanza de la psicología desde la evidencia. Una psicología que esté comprometida con las personas debería partir de los resultados y también ofrecer al consultante la mejor atención demostrada científicamente.
- Promover un enfoque de abordaje biopsicosocial que incluya una visión integral del ser humano.
- Tomar en cuenta todos los aportes y conclusiones que surgen a partir de la realización del Trabajo Final de Graduación, ya que estos aportes o recomendaciones se desprenden de situaciones reales que viven los estudiantes mientras realizan su proyecto de graduación.
- Incentivar de forma equitativa las cuatro modalidades actualmente existentes para obtener la licenciatura, explicando claramente en qué consisten y cuáles son sus alcances y limitaciones.
- Proponer la realización de trabajos finales de graduación desde un enfoque interdisciplinario. La psicología debe estar abierta para trabajar con áreas diferentes, ya sea que pertenezcan o no al área de salud.
- Reflexionar sobre los nuevos espacios laborales en los que se puede insertar el nuevo profesional en psicología, ya que cada vez el mercado está más exigente y restrictivo.

#### Al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos

- Al igual que con la Escuela de Psicología, se recomienda seguir estrechando estos lazos de colaboración entre ambas instituciones y continuar con la recepción de estudiantes para la realización de sus Trabajos Finales de Graduación, ya sea en modalidad Práctica Dirigida o Proyecto, con el fin de fomentar la formación integral y biopsicosocial del nuevo profesional en psicología.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario con las otras áreas del CNCDyCP, garantizando que la rotación realizada por el estudiante abarque tanto los aspectos básicos que trata determinado profesional en su área como una explicación de cuál es la patología abordada, por qué se trabaja el caso de determinada forma y por qué es importante que el trabajo realizado en determinada área sea complementado con abordaje psicológico.

- Finalmente, que la atención brindada a la persona usuaria del CNCDyCP sea desde la evidencia, ya que existen patologías específicas que necesitan abordarse con técnicas cuya efectividad ha sido respaldada a nivel científico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, W., Díaz, E., García, J. M., Mendinueta, C., Granja, P., de la Fuente, C., Orbegozo, A., Urdaneta, E., Salinas, A., Montiano, E., Gonzáles, J. R., & Torres, L. M. (2009). Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. *Revista de la sociedad española del dolor*, 16(4), 246-255.
- Almendro, M., Clariana, S., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B., del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213-227. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200003>
- Antueno, P., & Silberberg, A. (2018). Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. *Bioética en práctica*, 22(2), 367-380. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.12>
- Appel, P. R., & Bleiberg, J. (2006). Pain reduction is related to hypnotizability but not to relaxation or to reduction of suffering: A preliminary investigation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2-3), 153-161. <https://doi.org/10.1080/00029157.2005.10401512>
- Araya, D. (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso para el tratamiento del dolor crónico no oncológico: Una revisión sistemática de la literatura*. [Trabajo Final de especialidad, Universidad de Costa Rica].
- Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., & Gabilondo, S. (1998). Principios básicos para el control del dolor total. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 29-40.
- Bautista, S. G., & Jiménez, A. (2014). Epidemiología del dolor crónico. *Medicina Familiar*, 16(4), 69-72.
- Bayes, R. (1994). Dolor y sufrimiento: diferencias y evaluaciones. *Cuadernos Gerontológicos. Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología*, 3(2), 61-66.

- Biurrun, A., & Jusué, G. (1998). Presentación de un tratamiento psicológico (grupal cognitivo-conductual) en pacientes con dolor crónico en Navarra. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 21(1), 55-63.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2007). *Metodología para la elaboración de Guías de Atención y Protocolos*. Área de Atención Integral a las Personas.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2021). Ley Edus – Expediente Digital Único en Salud. <https://www.ccss.sa.cr/edus/informacion-edus.html>
- Catterall, W., & Mackie, K., (2019). *Local Anesthetics. The Pharmacological Basis of Therapeutic*. McGraw-Hill Education.
- Cazorla, C. (2017). *Revisión sistemática de la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso para pacientes con dolor crónico*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Jaén].
- Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. (2019). *Consentimiento General -4-70-03-0560- CCSS*. <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/?s=consentimiento>
- Coutaux, A. (2018). El dolor y su tratamiento en adultos. *EMC-Tratado de Medicina*, 23(1), 5-20.
- Cruz, O. F. (2004). *Aplicación de la hipnosis clínica a estudiantes del centro de práctica “Unidad de Apoyo”, para ser utilizada como herramienta alternativa en psicoterapia*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala].
- Dagnino, J. (1994). Definiciones y clasificaciones del dolor. *ARS Médica*, 23(3). <https://doi.org/10.11565/arsmed.v23i3.1034>
- Dahl, J., Wilson, K., & Nilsson A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Advancement of Behavior Therapy*, 35(4), 785-801. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80020-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80020-0)

- Dimidjian, S., Arch, J. J., Scheneider, R., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering Meta-Analysis, Meaning and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of “Third Wave” Cognitive and Behavioural Therapies. *Behaviour Therapy*, 47(6), 886-905. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>
- Domínguez, M., & Merino, C. (2018). Efectos de método en el Inventario de Depresión Estado-Rasgo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(2), 253-267. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4151>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudios de caso* (2ª edición). Ediciones Pirámide.
- Flores, J. (2021). Revisión Bibliográfica: Manejo del Dolor Crónico en el Paciente Obeso. *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" – Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa*.
- Franquelo, M. A., Hernández-Mendo, A., & Capafons, A. (2022). Eficacia de la Hipnosis en Psicología del Deporte: una revisión sistemática. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 22(1), 81-99
- Gallach, E., Canós, M. A., & Morales, M. (2016). Protocolo psicológico para la evaluación de candidatos a implante de neuroestimulador. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 23(6), 307-315.
- González, H., & Santamaría P. (2015). *SIMS. Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas*. Tea Ediciones.
- Gutiérrez, A. (2005). Tratamiento del Dolor: Técnicas Locorregionales. Bloqueos. *Unidad multidisciplinaria para el estudio y tratamiento del dolor. Oncología*, 28(3), 144-146.

- Haanen, H. C., Hoenderdos, H. T., Van Romunde, L. K., Hop, W. C., Mallee, C., Terwiel, J. P., & Hekster, G. B. (1991). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, *18*(1), 72-75.
- Hernández, G., Gómez, A., Becerra, A., & Hernández, P. (2018). Intervención Cognitiva Conductual en un caso de Lumbalgia. *Revista del Hospital Juárez de México*, *85*(2), 94-99.
- Hernández, M. (2018). *La Ansiedad y el Estrés como factores que inciden en el proceder del cuidador primario familiar de los pacientes de Alzheimer en el Grupo Ermita Zona 1*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala].
- Herrero, V., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, V., & Capdevilla, L. (2018). Valoración del dolor: Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, *25*(4), 228-236.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. Classification of Chronic Pain*. IASP Press. **Error! Hyperlink reference not valid.**
- Jensen, M. P., Hanley, M. A., Engel, J. M., Romano, J. M., Barber, J. B., Cardenas, D. D., Kraft, G. H., Hoffman, A. J., & Patterson, D. R. (2005). Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: A case series. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *53*(2), 198-228. <https://doi.org/10.1080/00207140590927545>
- Kerns, R. D., Sellinger, J., & Goodin, B. R. (2011). Psychological Treatment of Chronic Pain. *The Annual Review of Clinical Psychology*, *7*, 411-434. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430>
- Lacasta, M. A. (2008). Los Psicólogos en los Equipos de Cuidados Paliativos en el Plan Integral de la Comunidad de Madrid. *Psicooncología*, *5*(1), 171-177.
- Lemos, V. (2012). La evaluación infantil: Desafíos y propuestas. XV Congreso Latinoamericano de ALAMOC. *Perspectivas en Psicología*, *5*(1), 98-107.

- Loebach, J., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J., Stoddard, J., Petkus, A., Solomon, B., Lehman, D., Liu, L., Lang A., & Atkinson, J. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *International Association for the Study of Pain, 152*, 2098-2107.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48*, 235-255.
- McCauley, J. D., Thelen, M. H., Frank, R. G., Willard, R. R., Callen, K. E. (1983). Hypnosis compared to relaxation in the outpatient management of chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 64*(11), 548-552.
- Medina, A., Sanabria, K., & Ávalos, D. (2015). Servicios brindados a los usuarios mayores de 18 años con enfermedad oncológica terminal en el Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Costa Rica, desde su ingreso hasta su fallecimiento, 2010-2012. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD, 5*(2), 71-79. [https://doi.org/10.15517/rc\\_ucr-hsjd.v5i2.18887](https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v5i2.18887)
- Melzack, R., & Perry, C. (1975). Self-regulation of pain: The use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain. *Experimental Neurology, 46*(3), 452-469. [https://doi.org/10.1016/0014-4886\(75\)90119-3](https://doi.org/10.1016/0014-4886(75)90119-3)
- Mencías, A. B., & Rodríguez, J. L. (2012). Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. *Revista de la sociedad española del dolor, 19*(6), 332-334.
- Merchán, A. (2020). Higiene postural y prevención del dolor de espalda en escolares. *NPunto – Revista para profesionales en Salud, 3*(27), 4-22. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5ee22d3e553d3NPvolumen27-4-22.pdf>

- Miller, E. (2004). The World Health Organization Analgesic Ladder. *American College of Nurse-Midwives*, 49(6), 542-545.
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor 2017-2021*. Dirección de Servicios de Salud. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/3681-plan-nacional-de-cuidados-paliativos-2018/file>
- Moix, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Revista de la sociedad española del dolor*, 9(8), 525-532.
- Moix, J., & Casado, M. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 22(11), 41-50.
- Montgomery, G., & Schnhur, J. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25(89), 3-8.
- Morales, C., & Saint-Hilaire, C. (2006). Demandas de Pacientes y Familiares que se presentaron fuera del Horario Diurno del Centro Nacional de Control del dolor y Cuidados Paliativos en octubre y noviembre del 2004. *Universidad Estatal a Distancia*.
- Moretti, L., Medrano, L., & Basler, H-D. (2015). Validación del Cuestionario de Lugar de Control del Dolor en estudiantes argentinos con cefaleas recurrentes. *Pensamiento Psicológico*, 13(1), 27-38.
- Ornelas, P. (2015). *Manejo Psicológico del Dolor. Alternativas Psicológicas de Intervención en Problemas de Salud*. El Manual Moderno S. A.
- Ortiz, M., Santamaría, P., Cardenal, V., & Sanchez, M. (2011). *Inventario de Evaluación de la Personalidad*. Tea Ediciones.

- Ortiz, L., & Velasco, M. (2017). Dolor crónico y psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 866-873.
- Oxford University Innovation. (2016). *Amyotrophic Lateral Sclerosis Assessment Questionnaire (ALSAQ)*. <https://innovation.ox.ac.uk/outcome-measures/amyotrophic-lateral-sclerosis-assessment-questionnaire-alsaq/>
- Quirós, M. (2013). Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 1-24.
- Ramírez, J. (2019). *Inserción profesional en el abordaje psicológico de pacientes con enfermedades crónicas y terminales y sus familiares en el Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo de la C.C.S.S.* [Práctica Dirigida de Licenciatura, Universidad de Costa Rica].
- Reyes, M. L. (2021). *Implementación de una Intervención Basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para Pacientes con Dolor Crónico Adaptada al Contexto del CRS Cordillera Oriente*. [Tesis de Magíster, Pontificia Universidad Católica de Chile].
- Rivera, L., & Abuín, M. (2018). *LSB-50 – Listado de Síntomas Breve*. Tea Ediciones.
- Rojas, J. (2009). *Manual de Funcionamiento del Departamento de Psicología*. Caja Costarricense de Seguro Social - Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Rojas, Z. (2014). *El Examen Psiquiátrico del Paciente*. <http://www.binasss.sa.cr> > bhp>Examenpsiquiatria
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Solano, E., Robledo, R., Fenollosa, P., Izquierdo, R., & Canós, M. (2018). Dolor y simulación: reto diagnóstico y terapéutico. *Revista de la sociedad española del dolor*, 25(4), 237-241.

- Solís, M. (2015). *Red de control y cuidados paliativos de Costa Rica es modelo en el mundo. Blog de Comunicación*. CCSS. <https://www.ccss.sa.cr/noticia?red-de-control-del-dolor-y-cuidados-paliativos-de-costa-rica-es-modelo-en-el-mundo>
- Vargas, W. (2005). Consideraciones psicológicas sobre la hipnosis aplicada al manejo del dolor. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 4(8), 1-34.
- Vargas, W. (2004). Hipnosis aplicada a niños quemados con diagnóstico de síndrome de estrés postraumático. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 3(6), 1-22.
- Vicente, M., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, V., & Capdevilla L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228-236. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>
- Villarreal, J., Fandiño, K., & Ortiz, L. (2019). Prevalencia De Ansiedad En Población Universitaria De La Ciudad De Bucaramanga, Según El Cuestionario De Ansiedad Estado - Rasgo (STAI). Facultad de psicología. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Vowles, K. E., & McCracken, M. L. (2008). Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3) 397-407.
- Zas, V., Rodríguez, J., & Silvia, E. (2013). *El dolor y su manejo en los cuidados paliativos*. (8ª edición). Panorama Cuba y Salud.

# ANEXOS

## Consentimiento informado CCSS 4-70-03-0560



Caja Costarricense de Seguro Social

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Establecimiento de Salud:	Servicio:	Especialidad:
---------------------------	-----------	---------------

Este formulario debe ser completado por todo funcionario de la CCSS antes de desarrollar cualquiera de las actividades sujetas de consentimiento informado escrito por parte de las personas usuarias de los servicios de salud que brinda la Institución, de conformidad con el Artículo 75, inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud, el Artículo 40 del Reglamento del Expediente de Salud, el Artículo 12 del Reglamento de Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social y las demás normas afines a la materia.

El suscrito (a), \_\_\_\_\_, en mi condición de  usuario,  padre o madre,  tutor,  garante o representante legal de \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento informado para que:

#### I. AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS O PROGRAMAS

1. Se practique por parte del personal autorizado del centro de salud, los procedimientos o programas que a continuación se detallan:

Procedimiento	Riesgos principales del procedimiento
1.1	1.1
1.2	1.2
1.3	1.3
1.4	1.4

#### II. AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACIÓN DE ESTUDIANTES

2. Los estudiantes cubiertos por el Reglamento para la Actividad Clínica Docente de la CCSS, claramente identificados y en compañía del tutor, puedan participar en los exámenes y procedimientos que me sean realizados en los servicios de salud institucionales, con excepción de \_\_\_\_\_; todo bajo la supervisión del docente encargado.

Si Autoriza  No Autoriza

Por tanto, hago constar que de previo a la firma de este consentimiento informado, se han cumplido las siguientes condiciones:



### III. CONDICIONES DEL CONSENTIMIENTO

- 1. Recibí información suficiente y comprensible sobre los beneficios y riesgos relacionados con los procedimientos o actividades propuestas, por parte de un profesional quien manifiesta ser funcionario calificado del establecimiento de salud.
- 2. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas a satisfacción. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de brindar mi consentimiento.

Aclaro, eso sí, en cualquier momento podré cambiar de opinión y cancelar la presente autorización total o parcialmente, de lo cual se dejará constancia escrita en el expediente, sin que ello signifique que se afectarán mis derechos.

### IV. FIRMAS DEL FUNCIONARIO Y DEL USUARIO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del profesional que solicita el Consentimiento Informado	Cédula o identificación	Firma	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del usuario, representante legal/garante o persona en quien delega	Cédula o identificación	Firma o huella digital	Fecha

Si quien otorga el consentimiento informado no pudiese firmar, deberá imprimir su huella digital, aportar dos testigos (as) y que hablen su mismo idioma, quienes deben firmar la siguiente declaración.

Asimismo, quienes deleguen de manera libre y manifiesta su derecho a consentir en otra persona vinculada a ella por consanguinidad o afinidad, deben hacerlo frente a dos testigos, quienes deberán registrar su firma en el siguiente apartado.

### V. FIRMA DE LOS TESTIGOS

Nosotros los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o actividad propuesta en \_\_\_\_\_ (nombre de la persona que delega).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre completo del testigo 1	Cédula o identificación	Firma	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre completo del testigo 2	Cédula o identificación	Firma	Fecha

Si se requiriese practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento informado, se deberán de utilizar formularios adicionales e incorporarlos al Expediente de Salud.



Caja Costarricense del Seguro Social  
Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos

**PROTOCOLO CLÍNICO PARA LA INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA EN PACIENTES CANDIDATOS A LA  
REALIZACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO  
ESPECIALIZADO PARA EL CONTROL DEL DOLOR**

Mayo, 2022



**Elaborado por:**

Br. Angie Taliana Varela Arroyo. Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.

**Revisado por:**

Dra. Ana María Jurado Solórzano

Dr. Mariano Rosabal Coto

M. Sc. Marcela León Madrigal



# Introducción

De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1994), este último se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, descrita en términos de ese daño. Acevedo (2012, en Ornelas, 2015) menciona que es importante describir al dolor no solo como una sensación orgánica somatosensorial, ya que se debe incluir el aspecto emocional relacionado con el sufrimiento, la conducta, la evaluación cognitiva y la memoria del dolor. Debido a lo anterior, es importante resaltar que la intervención interdisciplinaria para el tratamiento del dolor es una necesidad actual a la hora de abordar varias patologías.

Los centros de salud en el país han incrementado sus esfuerzos para ofrecer una atención interdisciplinaria a quienes padecen distintas enfermedades crónicas, así como también en el Departamento de Cuidados Paliativos. De forma paulatina, han implementado un enfoque de atención más integral en donde se abordan tanto aspectos fisiológicos y biológicos como psicológicos y sociales. Por lo tanto, el campo de la Psicología gradualmente adquiere más relevancia en lo que respecta a abordaje y tratamiento de enfermedades crónicas que impliquen control del dolor y apoyo paliativo, ya que implican situaciones que usualmente interfieren con el desarrollo de las actividades diarias de la persona.

Asimismo, el tratamiento del dolor crónico ha avanzado mucho los últimos años, especialmente con la aplicación de nuevas técnicas, como los bloqueos analgésicos de nervios, procedimiento especializado realizado únicamente en el

# ÍNDICE

Introducción.....	2
Objetivos.....	6
Marco conceptual.....	7
Lineamientos básicos de la evaluación psicológica.....	15
Intervención psicológica previa a la realización de un procedimiento especializado para control del dolor.....	25
Seguimiento psicoterapéutico posterior a la realización del procedimiento especializado para el control del dolor.....	37
Anexos.....	41
Bibliografía.....	49

Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDyCP) de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). El bloqueo de nervio ha mostrado gran eficacia en pacientes con diferentes tipos de dolor crónico en zonas como la espalda, espalda baja, hombros, piernas, rodillas, manos e incluso la zona perianal, dependiendo del padecimiento que presente la persona usuaria.

Esta modalidad de tratamiento para el dolor requiere una selección idónea de candidatos y candidatas, los cuales deben ser abordados desde un enfoque multidisciplinario en donde no sólo se evalúa la naturaleza del dolor, sino también se valoran factores psicológicos que lo podrían estar generando, manteniendo o modificando. De hecho, se ha documentado que algunas de estas variables psicológicas correlacionan con el éxito y el fracaso de los procedimientos especializados para el control del dolor (Gallach et al., 2016). Durante el camino de este tipo de intervenciones se ha observado cómo algunas personas tienen una evolución o algún efecto colateral que no está relacionado con lo biológico, sino con situaciones propias de las etapas. Por ejemplo, antes de realizar el bloqueo analgésico hay angustia, miedo, estrés o sugestión, los cuales interfieren en la claridad del procedimiento; por lo que, cuando el profesional en psicología realiza la primera evaluación, logra determinar cuáles son esas emociones, lo que, en algunas ocasiones, implica no recomendar la realización del bloqueo hasta que se desarrolle una intervención terapéutica.

Este proyecto sienta relevancia por su acercamiento a la multidimensionalidad

de la psicología (biológico, social, psicológico, emocional, entre otros), pues de hecho el director del departamento de Psicología del CNCDyCP, el Dr. Javier Rojas, asegura que hay áreas muy nuevas relacionadas con el ingreso de tecnología en el área médica (Rojas, comunicación personal, 4 de febrero de 2021). Para hacer un repaso histórico, desde los años 50 esta área sufrió una transformación, sobre todo en el área intensiva e intervencionista, donde se incorporan tecnologías médicas en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y la psicología no se ha quedado atrás.

Además, ciertos elementos que tienen que ver con la atención del paciente se vinculan con componentes pertenecientes al área psicoemocional. Desde este marco histórico, en los primeros años del CNCDyCP, el trabajo realizado fue solo de soporte emocional básico, que consistía en un acompañamiento a la persona y familia que sufría una enfermedad terminal; sin embargo, con el ingreso de la especialización en medicina paliativa, se incluye una serie de nuevas dimensiones; la psicología, por su lado, crece en la oferta de servicios de diferentes áreas. Por ejemplo, en estos casos, el psicólogo debe valorar cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico que tiene la persona, cuáles son los elementos emocionales que interfieren en que tenga o no tenga dicha adherencia, en que se pueda o no presentar una conducta obsesiva hacia un fármaco o, incluso, si le gustaría un abordaje terapéutico o no es de su interés. Todo esto se debe considerar porque el método intervencionista se suele aplicar en el cuarto escalón de alivio del dolor, es decir, cuando ya el paciente ha experi-

mentado muchas opciones para el alivio de su dolor, y en esta fase se requiere una preparación previa y posterior obligatoriamente.

Es imprescindible considerar a la persona candidata para un bloqueo desde un enfoque integral, en donde también se valoren expectativas y creencias asociadas al dolor y a la terapia antes, durante y después de la realización del procedimiento; además, se deben definir respuestas que puedan modular la intensidad o frecuencia del dolor y potenciar los beneficios de la intervención. De igual manera, es importante considerar la individualidad y variabilidad características entre quienes presentan algún tipo de dolor crónico.

Debido a esto, se decide realizar el siguiente Proyecto como parte del Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, el cual estará enfocado en la realización de un Protocolo Clínico para la intervención psicológica de las y los pacientes y/o candidatos a la realización de un procedimiento especializado para el control del dolor. Dicho protocolo se elaboró desde un enfoque Cognitivo Conductual, específicamente desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), complementando con Hipnosis, técnica utilizada actualmente en el CNCDyCP. El fin principal del proyecto consiste en fortalecer el departamento de Psicología y de Intervencionismo médico mediante la construcción de un documento que permita guiar de una manera sencilla y específica al profesional del área respectiva, con la finalidad de brindar un acompañamiento antes, durante y después de un procedimiento intervencionista.

## Objetivos

- Delimitar una estrategia de evaluación psicológica para la valoración de personas usuarias de procedimientos especializados para control del dolor, a través de la identificación de lineamientos básicos a considerar en esta primera fase.
- Plantear una breve intervención psicológica para aplicar previo a la realización del procedimiento especializado, de acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación psicológica desarrollada.
- Caracterizar el seguimiento psicoterapéutico posterior a la realización del procedimiento intervencionista, ya sea que este resulte exitoso o, por el contrario, que no refleje un impacto positivo en la condición del paciente.

## Marco Conceptual

### *Dolor*

El dolor ha sido definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con una lesión real, potencial o descrita en términos de tal lesión. Esta definición incorpora varios elementos: el dolor es una experiencia individual, una sensación que evoca una emoción no tan agradable. Habitualmente, existe un estímulo nocivo que produce daño tisular o eventualmente lo produciría de mantenerse (Dagnino, 1994). Coutaux (2018) resalta que la experiencia dolorosa es un fenómeno complejo que asocia componentes sensoriales, afectivos, cognitivos y conductuales. El autor también caracteriza al dolor como una vivencia subjetiva, por lo que no hay una forma específica para comprenderlo. Factores como experiencias previas o incluso el contexto del paciente pueden variar su percepción y conceptualización del dolor.

En el área de los cuidados paliativos, Alarcón et al. (2009) mencionan que se debe dar una atención integral al tratamiento del dolor porque no corresponde solo a una experiencia fisiológica, ya que está compuesta por factores tanto físicos como emocionales. El correcto tratamiento del dolor busca brindar un apoyo a los familiares y cuidadores, además de procurar el alivio y mejora de la calidad de vida de la persona portadora de dolor crónico. El principal objetivo corresponde a brindar el mayor bienestar alcanzable a todas las personas usuarias.

Zas et al. (2013) desarrollan una breve explicación sobre las formas de clasificar

el dolor por su duración y por sus características fisiológicas. Según la primera, el dolor puede clasificarse en:

- Agudo: su duración, por lo general, es inferior a un mes, aunque puede llegar a tres meses con un comienzo definido y una causa reconocible. El tratamiento suele ser sencillo.
- Crónico: existe una fijación del dolor, ya que este persiste luego de tratamientos de escasa dificultad y por un tiempo superior a los tres meses. Es un tipo de dolor que requiere ser trabajado interdisciplinariamente. Hay presencia de mayor ansiedad e incertidumbre.

Según las características fisiológicas, el dolor puede ser:

- Nociceptivo: puede ser somático (cuando se estimulan los receptores de dolor específicos en los tejidos de la piel) o visceral (cuando es ocasionado por la lesión, distensión o inflamación de órganos torácicos, abdominales o pélvicos).
- Neuropático: causado por la lesión o destrucción de los nervios localizados en el sistema nervioso periférico o central. Es descrito de tipo “latigazo” y es de difícil control.
- Mixto: posee características de ambos, nociceptivo y neuropático (Zas et al., 2013).

Debido a la variedad que existe en la vivencia del dolor, se debe conceptualizar desde el punto de vista sintomático y subjetivo; sobre todo, nunca se debe olvi-

dar la forma en que afecta la integridad de esa unidad biopsicosocial que representa un ser humano (Bautista & Jiménez, 2014).

### *Control del Dolor*

El dolor crónico es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano. Solamente un análisis cuidadoso de los diferentes elementos que lo componen y el trabajo en conjunto de un equipo multidisciplinar ayudarán a formular un plan de tratamiento que cambie la situación real de los y las pacientes y, así, mejorar su calidad de vida.

Astudillo et al. (1998) mencionan que el primer paso para plantear una intervención eficiente en el control del dolor corresponde a la recolección de datos sobre la intensidad, cualificación, posible origen del dolor y los factores que lo agravan y lo alivian. También, se deben tomar en cuenta las consecuencias funcionales, el efecto psicológico, el mecanismo por el cual se genera ese dolor y las ideas que el paciente tiene sobre su dolor y su control.

Debido a que el dolor está asociado con otros síntomas, no se pueden dejar de lado otras posibles condiciones que presente la persona, como, por ejemplo, depresión, insomnio, ansiedad, exceso de preocupación o fatiga. Además, se debe indagar cómo se siente respecto al dolor que está presentando: asustado, enojado, molesto, resignado, irritado o confuso (Astudillo et al., 1998). Este tipo de proceder y un abordaje interdisciplinario llevarán a un tratamiento más amplio

y no basado únicamente en evaluaciones físicas y tratamiento farmacológico.

La experiencia del dolor puede afectar la percepción y la expresión de otros síntomas, por lo que es de alta relevancia valorar y tratar de la mejor forma los posibles múltiples síntomas que presente el paciente, con el fin de reducir la sensación de amenaza que pueden llegar a representar. Bayes (1994) propone lo siguiente:

- Corregir o atenuar dichos síntomas mediante un tratamiento paliativo cuidadoso e intentar suavizar la preocupación que representan para el paciente.
- Detectar y potenciar los propios recursos del paciente para disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia, aumentando así su percepción de control.
- Procurar aumentar la gama de satisfacciones personales, para ayudarle a mejorar su calidad de vida.

### *Dolor crónico*

El dolor crónico se puede definir como “dolor persistente o recurrente que dura más de tres meses” (Ortiz & Velasco, 2017). Dependiendo del órgano afectado y de las características del dolor, se puede clasificar en siete tipos con sus subcategorías: primario, oncológico, post quirúrgico, neuropático, orofacial y cefálico, visceral y musculoesquelético (Ortiz & Velasco, 2017).

Es importante resaltar que, en algunas ocasiones, los pacientes se quejan de do-

lor crónico sin existir una evidencia significativa de daño tisular. A la hora de desarrollar una evaluación psicológica, estas personas demuestran, a menudo, considerables problemas psicológicos subyacentes; por lo que, algunas veces, cuando estos problemas son tratados, el problema de dolor mejora (Ortiz & Velasco, 2017).

### *Evaluación Psicológica*

Según Fernández-Ballesteros (2013), la evaluación psicológica es la subdisciplina de la psicología que se ocupa del análisis del comportamiento de un sujeto en concreto o de un grupo específico de sujetos, con objetivos aplicados de diagnóstico, orientación, selección o tratamiento. Es importante destacar que la evaluación psicológica implica una serie de actividades en una secuencia establecida, con las que se pretende dar respuesta a la primera demanda realizada por dicho sujeto o grupo. Además, implica la deducción y verificación de resultados para que, posteriormente, se llegue a las conclusiones del caso.

La fase del proceso de intervención psicológica correspondiente a la evaluación implica una sustanciosa recogida de información, además de la aplicación de instrumentos como distintos test, observaciones y entrevistas. Esta etapa es fundamental, porque permite indagar y plantear objetivos para intervenir de la mejor forma posible (Lemos, 2012).

## *Protocolo Clínico*

Según la Metodología para la Elaboración de Guías de Atención y Protocolos de la Caja Costarricense del Seguro Social (2007), un protocolo clínico es un instrumento de orientación o de aplicación que tiene como principal objetivo homologar el proceso de atención a las personas, mejorar la eficiencia y la toma oportuna de decisiones, basado en evidencia científica. Además, pretende fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante el uso de los recursos de manera eficaz y eficiente y sistematizar y simplificar y el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.

## *Escalas de medición de intensidad del dolor*

Según Herrero et al. (2018), las escalas de medición de la intensidad del dolor permiten evaluar el estado inicial del paciente y evaluar la efectividad y eficacia de las terapias utilizadas en cada caso. Además, también puede ser útil al realizar análisis estadísticos. Para clasificar el dolor de acuerdo con la intensidad, se utilizan algunas escalas como la escala Descriptiva de Keele, escala Análoga Visual, escala Frutal Análoga, escala Facial y escalas numéricas.

## *Bloqueo Analgésico de Nervio*

Los bloqueos se realizan con la finalidad de desnervar áreas dolorosas y/o inte-

rrumpir las vías dolorosas del sistema nervioso central que conducen las aferencias nociceptivas al cerebro. Así, se consigue eliminar un foco de irritación nociceptiva e interrumpir la percepción del dolor (Gutiérrez, 2005).

Según Catterall y Mackie (2019), los anestésicos locales se unen de forma reversible a un sitio receptor específico dentro del poro de los canales de sodio en los nervios y bloquean el movimiento de iones a través de este poro. Cuando se aplican localmente al tejido nervioso en concentraciones apropiadas, los anestésicos locales pueden actuar en cualquier parte del sistema nervioso y en cualquier tipo de fibra nerviosa, bloqueando de forma reversible los potenciales de acción responsables de la conducción nerviosa. Con bloqueos temporales utilizando anestésicos locales se puede conseguir un alivio del dolor por un periodo de tiempo limitado.

### *Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)*

En los últimos años, la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) se ha posicionado como uno de los enfoques más efectivos para tratamiento del dolor, ya que se dirige mayormente a que el paciente se centre en la aceptación de las circunstancias y en actuar, en la medida de lo posible, acorde a lo que es realmente de su importancia, en lugar de solo “ver la vida pasar” mientras a la vez lucha con su dolor (Cazorla, 2017).

Este tipo de terapia forma parte de la llamada “Tercera Generación”. La terapia cognitivo conductual correspondiente a este movimiento es una categoría que incluye una serie de tratamientos psicológicos que entienden el síntoma a partir de su función en un contexto determinado, considerando que el cambio se lleva a cabo por medio de la transformación de las funciones del síntoma y no de su contenido (Dimidjian et al., 2016).

### *Hipnoterapia*

La hipnoterapia es una técnica que se utiliza diariamente en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, ya sea a nivel grupal o incluso en el momento previo a la realización de un procedimiento especializado de corte intervencionista. Según Kerns et al. (2011), la hipnosis implica una alteración en el estado de conciencia, al que se llega mediante una serie de enunciados realizados en voz alta por el hipnoterapeuta. Con eso, se consigue que el paciente cambie su propia experiencia subjetiva del dolor. Similar a un entrenamiento en relajación, se enseña a los participantes métodos para reconectar con ese estado de hipnosis en cualquier momento. Los métodos para administrar hipnoterapia para el dolor crónico varían ampliamente, sin embargo, todos deben regirse según las pautas para la práctica de Hipnoterapia según la Sociedad Americana de la Hipnosis Psicológica (Kerns et al., 2011).

## **Lineamientos básicos de la Evaluación Psicológica**

La fase de evaluación psicológica antes de realizar un procedimiento intervencionista como el bloqueo analgésico de nervio es de suma importancia, ya que a partir de ella se decidirá qué tipo de intervención psicológica se desarrollará previo al bloqueo analgésico o incluso alinear si es necesario o no realizarla. Todo depende del paciente candidato al procedimiento que sea referido al departamento de psicología del CNCDyCP.

Con el fin de que la evaluación psicológica aborde los principales lineamientos establecidos tanto por la CCSS como por el CNCDyCP, esta fase se divide en tres secciones diferentes que corresponden desde la primera sesión con la persona referida, hasta el momento en que se le comparte el diagnóstico al doctor o doctora encargado del caso. A continuación, se describen los pasos a seguir en cada etapa para su correcta consecución.

### Evaluación de estrés y ansiedad

- Firma del consentimiento informado (ver Anexo 1).
- Completar la ficha de identificación de la persona usuaria (ver Anexo 2).
- Completar el examen mental de la persona usuaria (ver Anexo 3).
- Aplicar extracto de 10 ítems de la prueba ALSAQ-40, relacionados a las actividades propias del día a día y su dificultad para el desarrollo de las mismas.

Tabla 1

ALSAQ-40

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre / No consigo realizarlo del todo
1. Se me hace difícil caminar distancias cortas, por ejemplo, alrededor de la casa.	<input type="checkbox"/>				
2. He caído mientras caminaba.	<input type="checkbox"/>				
3. Caminar me ha fatigado.	<input type="checkbox"/>				
4. He perdido el equilibrio mientras caminaba.	<input type="checkbox"/>				
5. He tenido que concentrarme mientras camino.	<input type="checkbox"/>				
6. Se me hace difícil ponerme de pie.	<input type="checkbox"/>				
7. He tenido dificultad para utilizar brazos y manos.	<input type="checkbox"/>				
8. He encontrado dificultad en girar y moverme de la cama.	<input type="checkbox"/>				
9. He tenido dificultad para bañarme o ir al baño.	<input type="checkbox"/>				
10. He encontrado dificultad al hacer trabajos en la casa.	<input type="checkbox"/>				

- Aplicar la siguiente batería de pruebas correspondiente a la valoración del grado de ansiedad, depresión y/o estrés que podría presentar la persona usuaria:

Tabla 2

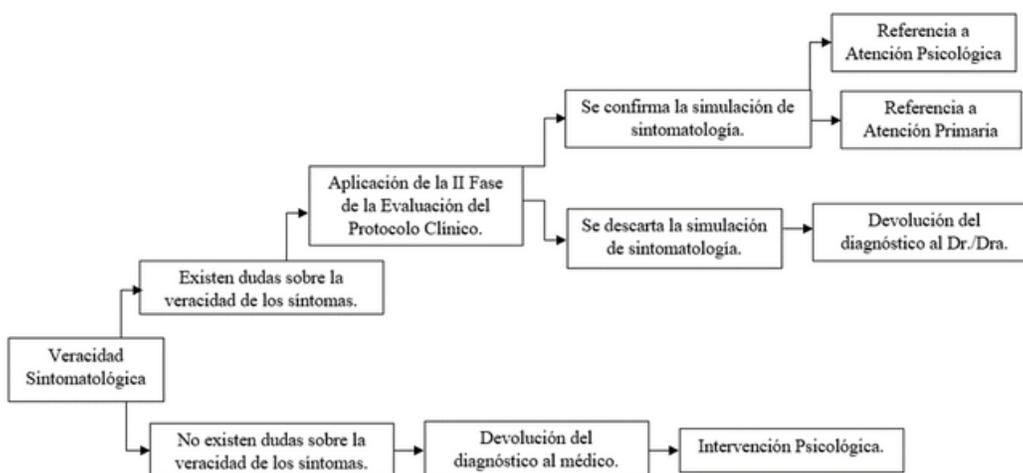
*Instrumentos de medición*

<b>STAI</b>	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo
<b>EAE</b>	Escala de Apreciación del Estrés
<b>IDER</b>	Inventario de Depresión Estado-Rasgo
<b>EVA</b>	Escala Visual Analógica

- Realizar análisis de los resultados obtenidos en la primera fase y presentar una primera impresión diagnóstica al profesional médico.
- Decidir, de acuerdo al análisis realizado previamente, si se continúa o no con la segunda fase de evaluación psicológica correspondiente a la veracidad sintomatológica. La Figura 1 orienta el proceso de evaluación según el criterio del profesional.

Figura 1

*Veracidad Sintomatológica*



- Si existen dudas sobre la veracidad de los síntomas partiendo de los resultados obtenidos en esta primera fase, se deberá aplicar la segunda fase de evaluación del protocolo clínico, la cual se describe en el próximo apartado, con el fin de definir si hay presencia o no de exageración o simulación de síntomas. En el caso contrario, el profesional en psicología podrá realizar la devolución del diagnóstico al médico y continuar con la etapa de intervención psicológica.

### Descarte de simulación o exageración de síntomas

- Descartar la presencia de alguno de los siguientes criterios diferenciales ante la sospecha de simulación de dolor crónico:
  - Evidencia de incentivos externos contingentes con patrón de exageración o simulación de síntomas.
  - Evidencia procedente de la evaluación física.
  - Evidencia procedente de la evaluación por autoinforme.
- Aplicar los siguientes instrumentos para la evaluación de simulación de síntomas:
  - Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI).
  - Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS).
  - Listado de Síntomas Breve (LSB-50).

## Devolución de Resultados

- Mediante el EDUS, el o la profesional en Psicología debe emitir su criterio profesional y su devolución al médico una vez que haya concluido la fase de evaluación psicológica.
- En la sección llamada “Problema”, aparecen los diagnósticos previamente registrados en las sesiones psicológicas. En “Nuevo problema de atención”, se coloca el motivo por el cual la persona fue referida a consulta psicológica; en este caso, corresponde a una evaluación psicológica previa a la realización de un procedimiento intervencionista para el control del dolor. Posteriormente, aparecen las secciones llamadas “Subjetivo”, “Objetivo” y “Análisis” (Figura 3).

Figura 2

### EDUS – Problema

The screenshot displays the EDUS (SIES) interface for the 'Problema' section. The top navigation bar includes 'CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA PSICOLOGIA CLINICA'. The main content area is titled 'LISTA DE PROBLEMAS' and features a search bar with the text '¿QUÉ BUSCAS?'. Below the search bar, there is a table with columns for 'Problema' and 'Dimensión'. The table currently shows 'No hay registros'. A 'Nuevo problema atención' section is visible below the table. The right sidebar displays patient information: '60 AÑOS 10 MESES 18 DIAS. MUJER ASEGURADO DIRECTO ASALARIADO | SUBSECUENTE AREA DE SALUD DESAMPARADOS 1 EBAIS GRAVILIAS 3'. Below this, there is a section for 'Alergia y reacciones adversas' and a list of diagnoses under 'DIAGNÓSTICOS', including 'Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA', 'M796 - DOLOR EN MIEMBRO', and 'M773 - ESPOLÓN CALCÁNEO'.

## Devolución de Resultados

- Mediante el EDUS, el o la profesional en Psicología debe emitir su criterio profesional y su devolución al médico una vez que haya concluido la fase de evaluación psicológica.
- En la sección llamada “Problema”, aparecen los diagnósticos previamente registrados en las sesiones psicológicas. En “Nuevo problema de atención”, se coloca el motivo por el cual la persona fue referida a consulta psicológica; en este caso, corresponde a una evaluación psicológica previa a la realización de un procedimiento intervencionista para el control del dolor. Posteriormente, aparecen las secciones llamadas “Subjetivo”, “Objetivo” y “Análisis” (Figura 3).

Figura 2

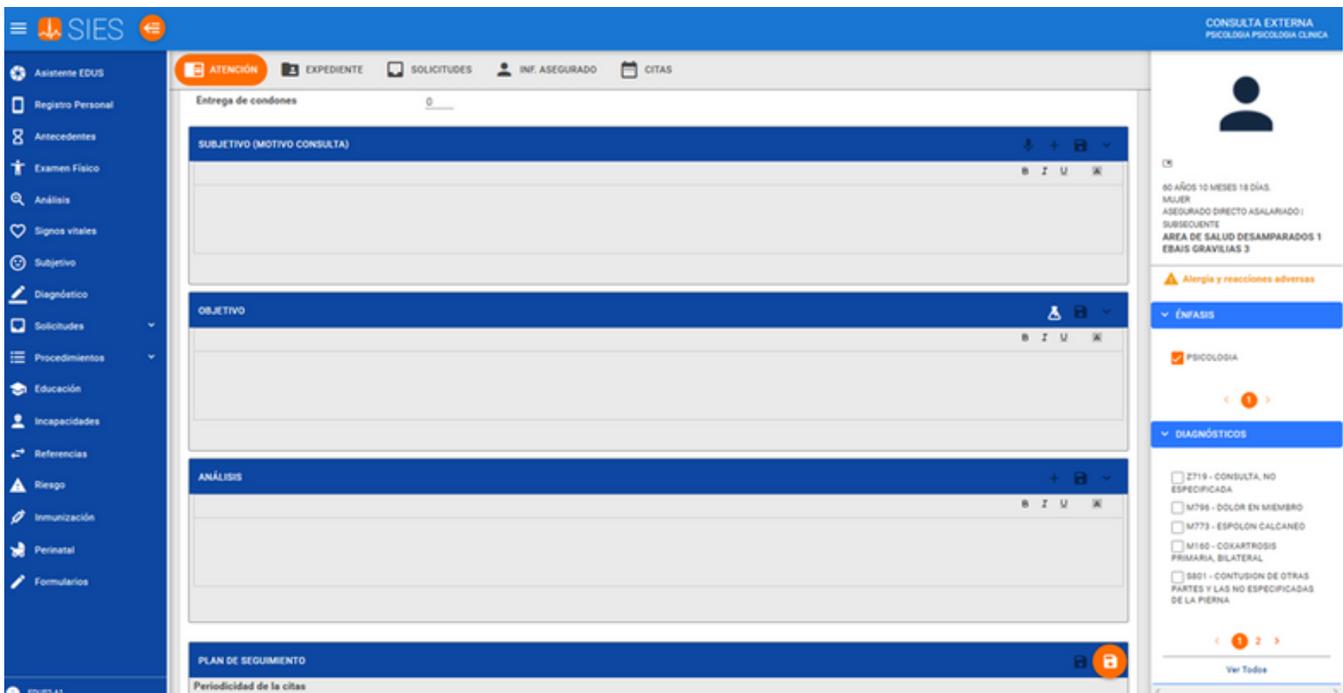
### EDUS – Problema

The screenshot displays the EDUS interface for the 'Problema' section. The top navigation bar includes 'SIES' and 'CONSULTA EXTERNA'. The left sidebar lists various clinical functions. The main area shows a 'LISTA DE PROBLEMAS' table with columns for 'Problema' and 'Dimensión'. Below the table is a 'Nuevo problema atención' section with a text input field. The right sidebar displays patient information: '60 AÑOS 10 MESES 18 DIAS. MUJER ASEGURADO DIRECTO ASALARIADO | SUBSECUENTE AREA DE SALUD DESAMPARADOS 1 EBAIS GRAVILIAS 3'. It also shows a list of diagnoses under 'DIAGNÓSTICOS', including 'Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA', 'M796 - DOLOR EN MIEMBRO', and 'M773 - ESPOLÓN CALCÁNEO'.

- La sección “Subjetivo” corresponde al motivo de consulta. Se debe colocar específicamente quién es el profesional y área que lo refiere, así como por qué está siendo referido. Es importante colocar también cuáles pruebas serán aplicadas e indicar que se valorará la presencia de depresión y ansiedad. El apartado de “Objetivo” refiere a los resultados del examen mental, por lo que es relevante detallar aspectos como la apariencia de la persona usuaria o su actitud durante la sesión, su atención, lenguaje y comprensión del motivo de referencia.

Figura 3

*EDUS – Objetivo y análisis*



- En “Análisis” se describe sintéticamente la sesión del día. Es de suma importancia colocar el resultado de las pruebas aplicadas de forma concisa y sin transcribir o copiar y pegar cada una de las pruebas, así como la lista de los instrumentos que fueron utilizados. En este apartado se deben integrar los resultados de una forma puntual, pero siempre respetando la privacidad de la persona usuaria, ya que lo que se coloque en este expediente podrá ser visto por cualquier profesional de la salud que necesite atender a la persona en siguientes ocasiones.
- Posterior al análisis, en el apartado de “Plan de Seguimiento” se detalla la periodicidad de las citas, la cual usualmente corresponde a un mes. En atención actual se coloca “Sin Riesgo”, puesto que la primera sesión corresponde a una evaluación psicológica. Adicional a estos dos puntos, se encuentra la sección de “Alta en Especialidad”, en donde se debe colocar “No” y como observación se coloca la fecha de la segunda cita de consulta de seguimiento (Figura 4).

Figura 4

EDUS – Plan de seguimiento y Alta en especialidad

The screenshot displays the SIES EDUS interface. On the left is a navigation menu with options like 'Asistente EDUS', 'Registro Personal', 'Antecedentes', 'Examen Físico', 'Análisis', 'Signos vitales', 'Subjetivo', 'Diagnóstico', 'Solicitudes', 'Procedimientos', 'Educación', 'Incapacidades', 'Referencias', 'Riesgo', 'Inmunización', 'Perinatal', and 'Formularios'. The main content area is titled 'ANÁLISIS' and contains three sections: 'PLAN DE SEGUIMIENTO' with a 'Periodicidad de las citas' field, 'Atención actual' with radio buttons for 'SIN RIESGO' and 'CON RIESGO', and 'ALTA EN LA ESPECIALIDAD' with radio buttons for 'SI' and 'NO' and an 'Observación' text area. The right sidebar shows patient information: 'CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA PSICOLOGIA CLINICA', a profile icon, '60 AÑOS 10 MESES 18 DIAS. MUJER. ASEGURADO DIRECTO ASALARIADO. SUSECUNTE. AREA DE SALUD DESAMPARADOS 1. EBASIS GRAVILIAS 3', a warning for 'Alergia y reacciones adversas', and a list of 'DIAGNÓSTICOS' including '2719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA', 'M796 - DOLOR EN MIEMBRO', 'M773 - ESPOLÓN CALCÁNEO', 'M180 - COXARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL', and 'S901 - CONTUSIÓN DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIELNA'. A 'Ver Todos' link is at the bottom of the sidebar.

- Finalmente se encuentra el apartado de “Diagnóstico” en donde se recomienda colocar el código CIE-10 de un diagnóstico general, por ejemplo “F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada” o también “F43.2 trastornos de adaptación” (Figura 5).

Figura 5

EDUS – Diagnóstico

Diagnósticos

REGISTRO HISTÓRICO VE01 AYUDA

Diagnóstico\*

Dx de seguimiento:

Riesgo excluido \*:

LABORAL  TAURINO  TRANSITO  NO APLICA

Defecto Congénito/ Malformación:

Observaciones

Texto restante 500.

> DIAGNÓSTICOS REGISTRADOS

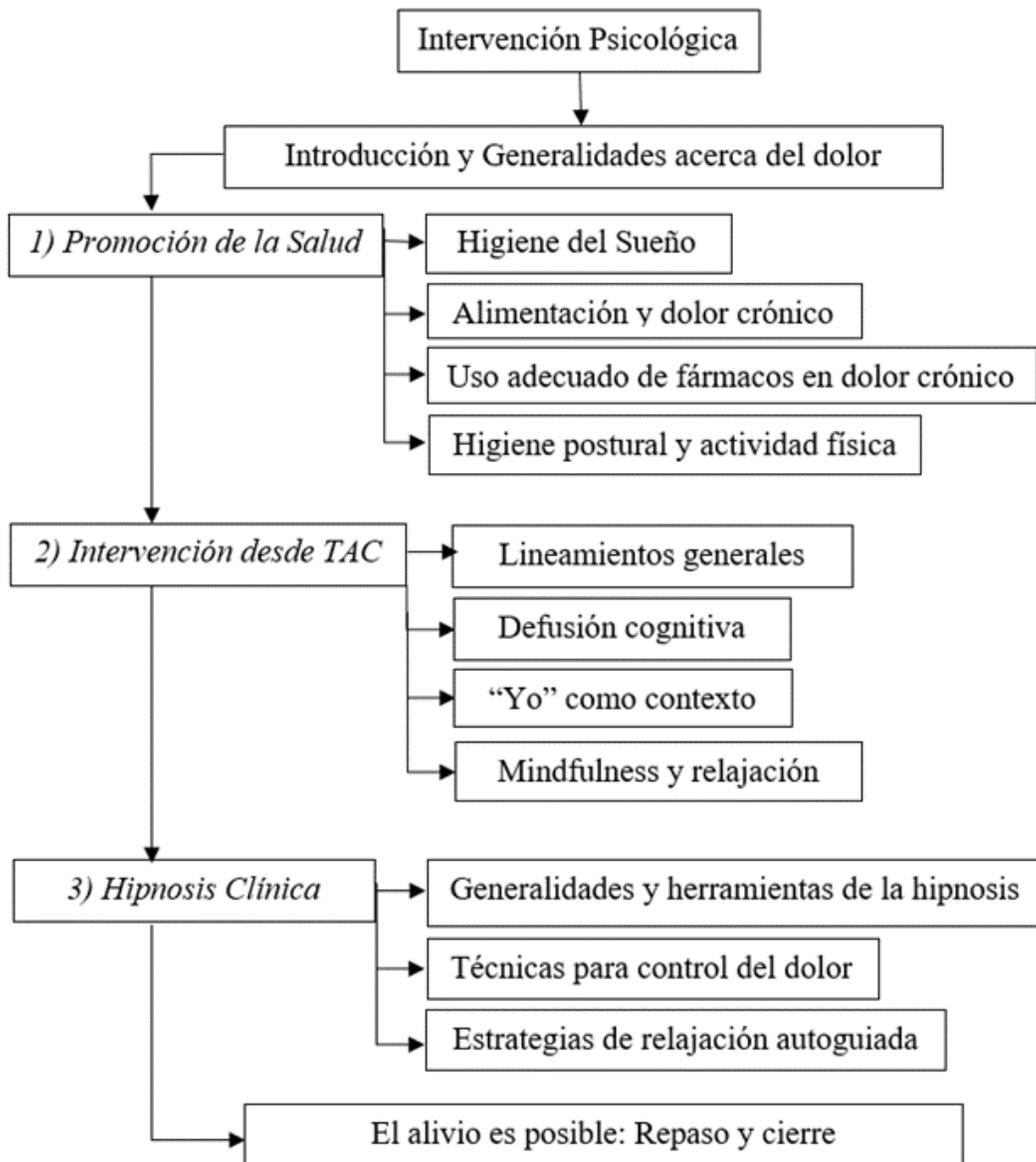
- Es sumamente importante que el profesional encargado sea lo más cauteloso posible con lo que se coloca tanto en análisis como en diagnóstico, especialmente cuando hay sospecha de la veracidad de los síntomas. En estos casos específicos, no se debe colocar por ningún motivo el diagnóstico de simulación, ya que podría tener un impacto negativo en sus próximas consultas médicas a partir de ese momento. Por ejemplo, en una consulta médica externa, el médico puede observar dicho diagnóstico y, aunque no haya ningún indicador de simulación, puede comenzar a dudar.
- En estos casos, se puede colocar que la persona está simulando o exagerando los síntomas en el apartado de análisis, pero nunca escribirlo textual. Por ejemplo: “El paciente presenta síntomas que no son congruentes con un episodio depresivo severo o episodio ansioso” o también “Los resultados de las pruebas no son congruentes con lo reportado por la persona usuaria, por lo que el análisis no es concluyente”

## **Intervención psicológica previa a la realización de un procedimiento especializado para control del dolor**

Esta etapa consistirá en la ejecución de 13 sesiones en total. La primera sesión corresponde a una introducción breve y una discusión sobre aspectos administrativos y las generalidades acerca del dolor. Posteriormente, se iniciará con la fase de promoción de la salud, que abarca cuatro sesiones de una hora cada una, seguido de la intervención psicológica desde la TAC con cuatro sesiones adicionales, y se concluye con las últimas tres sesiones referentes a las generalidades sobre la hipnosis y su práctica, además de estrategias de relajación autoguiada. Finalmente, la sesión de cierre corresponde a una síntesis de todo lo abordado en el proceso y el cierre de la segunda fase del protocolo. La Figura 6 refleja de manera general la organización que tendrá esta segunda fase del protocolo.

Figura 6

Estructura de la intervención psicológica del protocolo clínico



## Introducción y generalidades acerca del dolor

- En esta sesión se deben detallar los temas principales por abordar a lo largo de toda la intervención. Inicialmente se debe indicar cuáles son las generalidades relacionadas con el dolor; se busca que sea un espacio psicoeducativo para que la persona usuaria tenga una mayor comprensión sobre qué es el dolor, cuáles son los tipos de dolor y cuáles son las características generales de las principales enfermedades/padecimientos que implican dolor crónico y que además son abordadas por el CNCDyCP.
- Posteriormente, se deben explicar los temas que se desarrollarán en las sesiones psicológicas siguientes a la introductoria, además del enfoque desde el cual se estará trabajando (TAC):
  - ¿Qué es el dolor?
  - ¿Qué implica y cuáles elementos lo componen?
  - Clasificación del dolor según su duración y características fisiológicas.
  - ¿Cuál es el objetivo del abordaje integral del dolor en el tratamiento de dolor crónico?
  - Propuesta de abordaje según Bayes (1994):
    - Corregir o atenuar dichos síntomas mediante un tratamiento paliativo cuidadoso e intentar suavizar la preocupación que representan para la persona consultante.
    - Detectar y potenciar los propios recursos del usuario para disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia, aumentando así su percepción de control.

- Explicación de las 3 fases de la intervención psicológica:
  - Promoción de la salud.
  - Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC).
  - Hipnosis Clínica.

## Promoción de la Salud

### *Higiene del sueño*

- La sesión comienza realizando un énfasis en cómo la calidad del sueño se considera un factor crítico e independiente del resto de comorbilidades relacionadas con el dolor crónico. Es importante resaltar que El dolor produce una mala calidad de sueño y este último, a su vez, conlleva un incremento en la intensidad de percepción del dolor. Además, ciertos fármacos que suelen usarse en el tratamiento de la persona con algún tipo de dolor crónico afectan la calidad del sueño.
- Una vez explicado claramente el motivo por el cual se incluye la higiene del sueño en la presente intervención, se recomienda observar el video de la charla TED “Dormir es tu Superpoder”, por Matt Walker. Dicho video puede encontrarse en el siguiente enlace:  
[https://www.ted.com/talks/matt\\_walker\\_sleep\\_is\\_your\\_superpower?language=es](https://www.ted.com/talks/matt_walker_sleep_is_your_superpower?language=es). A partir de este video, es importante reforzar sus dos ideas principales para tener un descanso provechoso:
  - Ser lo más estricto posible con la rutina de sueño. Lo ideal es siempre acostarse y despertarse a la misma hora, todos los días.

- Mantener la habitación donde se duerme a una baja temperatura. Si no es posible que esté realmente frío, entonces intentar que esté fresco o a temperatura ambiente, ya que entre más calor esté haciendo, más difícil será tener un sueño reparador.

### *Alimentación y dolor crónico*

- Este tema es desarrollado por el departamento de Nutrición del CNCDyCP.
- El primer punto por desarrollar en esta sesión corresponde a dar a conocer las consecuencias que tiene la obesidad para la salud del individuo que posee algún tipo de enfermedad o dolor crónico. Se busca que la persona usuaria comprenda e identifique por qué la obesidad constituye un factor de riesgo para el dolor, especialmente por dos motivos principales (Flores, 2021): carga mecánica e inflamación.
- El segundo tema por desarrollar corresponde a la determinación de los alimentos de un menú equilibrado. Es importante brindar una guía básica que explique al usuario en qué consiste realmente una alimentación variada y consciente, por lo que en esta sección se aborda el tema de las porciones de los alimentos y además se presenta un ejemplo de menú que progresivamente la persona puede incorporar en su día (Anexo 4).
- El último tema en esta sesión es identificar cuáles son los estilos de vida que podría adaptar el paciente en su día a día. Para esto se aborda el tema de alimentación consciente y además cuáles son esas actividades que realmente implican un estilo de vida saludable.

### *Uso adecuado de fármacos en el dolor crónico*

- Este tema está a cargo del departamento de Farmacología del CNCDyCP.
- En esta sesión de la intervención se deben desarrollar los siguientes temas relacionados con el uso adecuado de los fármacos en el dolor crónico:
  - La escalera analgésica.
  - Proceso de producción del dolor: ¿cómo se origina?
  - Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
  - Opioides.
  - Posibles efectos secundarios.
  - Interacciones con otros tratamientos.
  - Almacenamiento adecuado de los fármacos.

### *Higiene postural y actividad física*

- Este tema está a cargo del departamento de Terapia Física del CNCDyCP. El o la profesional en el área deberá desarrollar los siguientes temas:
  - ¿Qué es la higiene postural?
  - Factores que intervienen directamente en una adecuada higiene postural.
  - Cuál es la finalidad de la higiene postural.
  - Normas principales de higiene postural y ergonomía: al estar de pie, al estar sentado, al levantarse y sentarse, para la posición de acostado y para el transporte de objetos.
  - Exposición de práctica de ejercicios de higiene postural.
  - Tareas de práctica en casa asignadas por el o la profesional.

## Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso

- Los temas abordados en las cuatro sesiones pertenecientes a la intervención psicológica desde la TAC están basados en el plan de acción planteado por Reyes (2021), los cuales corresponden a:
  - *Sesión #1.* Lineamientos generales de la TAC y aceptación de los momentos de la vida: experiencias, sentimientos, emociones. Ansiedad, lucha, huida y efectos.
  - *Sesión #2.* Defusión cognitiva: “desliteralización” del lenguaje, ¿cómo aprender a percibir los pensamientos como pensamientos, y sentimientos como sentimientos? ¿Cómo tomar distancia con el pensamiento?
  - *Sesión #3.* El “yo” como contexto, proceso y contenido y la consciencia del presente: “aquí y ahora”. Flexibilidad psicológica: resiliencia y automotivación. Establecimiento de un plan de actuación/acción: ¿cuáles son mis valores personales y cuáles son mis voluntades?
  - *Sesión #4.* Técnicas de mindfulness y relajación: respiración consciente, relajación autógena, ejercicios prácticos de meditación, técnicas de exposición con imaginación guiada.

## Hipnosis Clínica

Para esta sección del protocolo, es necesario que el profesional aborde los siguientes temas en las cuatro sesiones planteadas:

## *Generalidades y herramientas de la hipnosis*

- ¿Qué es la hipnosis?
- Hipnosis en Costa Rica.
- Hipnosis clínica y sus diferentes aplicaciones.
- Objetivos de la hipnosis en el abordaje del dolor crónico.

## *Técnicas de control del dolor: sugerencias*

- Sugestiones visuales: tamaño y forma del color, luces de colores en el cuerpo, símbolos y metáforas.
- Sugestiones sensoriales: el guante de anestesia, desplazamiento del dolor, sustitución del dolor.
- Sugestiones cognitivas: distracción ante el dolor, nuevas estrategias de afrontamiento, disociación.

## *Estrategias de relajación autoguiada*

Se plantea la siguiente serie de pasos que la persona debe practicar para una sesión de autohipnosis basada en sugerencias como principal técnica de control del dolor:

- Sentarse cómodamente, cerrar suavemente los ojos y colocar una mano sobre el abdomen, con el dedo meñique justo encima del ombligo. El abdomen debe elevarse con cada inspiración. Al espirar, el abdomen vuelve a su posición original. Para que sea más fácil realizar la respiración abdominal, se debe intentar llevar el aire hasta la parte más baja de los pulmones. También, puede ser de ayuda intentar presionar el “cinturón” con el abdomen al inspirar.

- Es importante recordar que se trata de llevar el aire hasta la zona final de los pulmones, no de coger mucha cantidad de aire. Si no se logra respirar diafragmáticamente estando sentado o sentada, se puede comenzar por una posición reclinada o tumbado boca arriba. Una estrategia bastante útil al inicio es colocar un pequeño libro sobre el abdomen y comprobar cómo el objeto sube y baja mientras se respira con esta técnica.
- Inhalar siempre por la nariz y exhalar por la nariz o por la boca. Si existe algún problema que impida inhalar correctamente por la nariz, puede hacerse por la boca intentando no abrirla demasiado.
- Inhalar por la nariz durante tres segundos utilizando el diafragma, exhalar por la nariz o por la boca durante tres segundos y hacer una breve pausa antes de volver a inspirar. Puede ser aconsejable imaginar que la tensión escapa con el aire espirado. Para mantener el ritmo, puede ser útil contar de 1 a 3 (inspiración), volver a contar de 1 a 3 (expiración), contar 1 para la pausa y volver a empezar. Hay algunas personas a las que les resulta más cómodo hacer la pausa después de inspirar, es decir, inspiración-pausa-expiración. Si se respira más despacio, no hay problema. Es importante tomar en cuenta que las respiraciones no deben ser demasiado profundas.
- Luego de la práctica de la respiración diafragmática, se comienza con la relajación autógena de Grado Inferior, el cual se compone de siete ejercicios que mediante autosugestión dan lugar a sensaciones de reposo, pesadez y calor en brazos y piernas, y descenso del ritmo cardíaco y respiratorio. · Ruiz et al. (2012) plantean las indicaciones expuestas en la siguiente tabla para realizar los ejercicios del Ciclo Inferior.

Tabla 3

*Ejercicios de relajación autógena*

Ejercicio	Instrucción
Ejercicio de reposo	Lleva a un estado de calma al cuerpo y a la mente. Se suelen emplear frases como: “estoy tranquilo, mi cuerpo y mi mente están tranquilos”.
Ejercicio de peso	Se provoca la sensación de peso en las extremidades. Se suele emplear la frase: “mis brazos y piernas están muy pesados”.
Ejercicio de calor	Se provoca un aumento de la temperatura en las extremidades. Una fórmula típica es: “mis brazos y piernas están calientes”.
Ejercicio de respiración	Se producen una inspiración y espiración tranquilas. Se emplea la frase: “mi respiración es tranquila y regular”.
Ejercicio para el corazón	Se pone la concentración en los latidos del corazón. Se emplean frases como: “mi corazón late regularmente”.
Ejercicio abdominal	Se dirige la atención al plexo solar. Se emplea la frase: “mi abdomen es una corriente de calor”.
Ejercicio de la cabeza	Se dirige la concentración a la cabeza con frases tipo: “mi mente está clara”.

- Posterior a la relajación progresiva de ciclo inferior, se comienzan a implementar las sugerencias. Tal y como se mencionó anteriormente, dichas sugerencias pueden ser visuales, sensoriales y cognitivas. Algunos ejemplos que pueden ser útiles corresponden a dirigir la vista al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación, dar forma a valores abstractos como esperanza, amor o valentía, imaginarse uno mismo con determinados propósitos, por ejemplo “voy a afrontar con éxito esta situación”.

- Es importante no avanzar con un nuevo ejercicio hasta que no se haya dominado el anterior; por ejemplo, no avanzar con la relajación progresiva hasta que se haya dominado de forma correcta la respiración diafragmática o pasar de practicar una sugestión sensorial a otra cognitiva rápidamente.
- Finalmente, se pueden recomendar distintas aplicaciones digitales que están disponibles para descargar en los teléfonos celulares y que son bastante útiles para practicar la respiración diafragmática o algún tipo de relajación, por ejemplo, *Wim Hof Method*, *Headspace* o *Meditation Nest*. Estas aplicaciones se pueden encontrar fácilmente y de forma gratuita en cada tienda de “Apps” del dispositivo móvil, independientemente de su sistema operativo. Para observar un ejemplo de cómo funcionan estas aplicaciones, referirse al Anexo 5.

#### El alivio es posible: repaso y cierre

- En la sesión de cierre es sumamente importante repasar los puntos clave de cada etapa de la intervención, ya que es lo que la persona tendrá que continuar llevando a la práctica incluso en el momento en que está siendo realizado el procedimiento intervencionista.
- El objetivo principal de este apartado es hacer un recabado de información y reflexionar junto con el usuario sobre todo lo que aprendió en este tiempo y sobre las nuevas herramientas que ahora tiene para enfrentar su dolor de una mejor forma.
- En el caso de promoción de la salud, sería ideal realizar la entrega de un brochure informativo que contenga las principales recomendaciones referentes a sueño, alimentación, fármacos e higiene postural. De esta for-

- ma, la persona usuaria tendrá una guía tangible que contenga todo lo revisado en la etapa psicoeducativa de la intervención y la importancia de su práctica. El Anexo 6 contiene una propuesta de brochure que puede ser entregado en esta sesión.
- Se debe realizar un repaso claro y conciso de las estrategias psicológicas para abordar el dolor, tanto las correspondientes a la Terapia de Aceptación y Compromiso como las de autohipnosis y sugerencias. Se busca crear consciencia de que, contrario a lo que sucedía antes de la intervención, ahora sí se cuenta con una adecuada estrategia de afrontamiento al dolor que se puede practicar de forma diaria.

## **Seguimiento psicoterapéutico posterior a la realización del procedimiento especializado para control del dolor**

Posterior a la finalización de la etapa de intervención psicológica basada en la TAC y la hipnosis, se realiza el bloqueo analgésico de nervio en sala séptica por parte del equipo de medicina paliativa. El procedimiento es bastante rápido, tiene una duración aproximada de 30 minutos y, luego de su finalización, la persona puede volver el mismo día a su casa de habitación sin ningún problema.

Una semana después de la realización del bloqueo analgésico de nervio se realiza el seguimiento en una cita post bloqueo con la especialidad de medicina y además con el departamento de psicología del CNCDyCP. Esta cita es de suma importancia porque el médico a cargo del caso estará encargado de realizar referencias a otras especialidades con el fin de aumentar el éxito del procedimiento. Por ejemplo, puede realizar una referencia al departamento de Terapia Física. Aquí se pueden valorar dos escenarios diferentes: reducción significativa del dolor o mínima reducción del dolor. A continuación, se describe el abordaje de cada una de las situaciones con sus propias particularidades.

### Reducción significativa del dolor

En caso de que el procedimiento sea exitoso y se hayan cumplido las expectativas tanto del usuario como del médico a cargo acerca de la disminución del grado de dolor, se seguirá la siguiente serie de pasos:

- Aplicación de la Escala Visual Analógica para conocer cuál es el grado de percepción e intensidad actual que tiene la persona frente a su dolor luego del procedimiento intervencionista.
- Exploración de las actividades propias del día a día, para distinguir si la dificultad que el usuario manifestaba antes de la intervención psicológica y el procedimiento analgésico disminuyó de forma significativa. Se evalúan los aspectos de: dificultad al caminar distancias cortas, caídas, pérdida de equilibrio, dificultad al ponerse de pie, dificultad al bañarse o ir al sanitario y dificultad al hacer tareas diarias del hogar.
- Exploración de las relaciones interpersonales, ya sea con conocidos o con familiares, con el fin de conocer si dichas relaciones han constituido una red de apoyo importante después del procedimiento en caso de que se necesitara ayuda con actividades diarias.
- Se ofrece agendar una segunda sesión psicoterapéutica para seguimiento de acuerdo con la condición y criterio propio de la persona usuaria. Se aclara que posteriormente, el profesional en psicología junto con el usuario o usuaria podrán agendar una sesión de cierre o de alta en la especialidad.

### Mínima reducción del dolor

Este es el escenario más complejo con respecto al anterior, pues implica que el resultado del bloqueo analgésico no resultó ser el que se esperaba. La persona puede reportar una mínima reducción del dolor que ya presentaba o, incluso, puede ser que perciba el grado de dolor igual que antes. Si esta es la situación que acontece se siguen los pasos descritos a continuación:

- Aplicación de la Escala Visual Analógica para conocer cuál es el grado de percepción e intensidad actual que tiene la persona frente a su dolor posterior a la realización del procedimiento intervencionista, para así definir si realmente el dolor no disminuyó o se percibe una leve mejoría.
- Exploración de las actividades propias del día a día, para distinguir si la dificultad que el usuario manifestaba antes de la realización de la intervención psicológica y el procedimiento analgésico disminuyó de forma significativa. Se evalúan los aspectos de: dificultad al caminar distancias cortas, caídas, pérdida de equilibrio, dificultad al ponerse de pie, dificultad al bañarse o ir al sanitario y dificultad al hacer tareas diarias del hogar.
- Exploración de las relaciones interpersonales, ya sea con conocidos o con familiares, con el fin de conocer si dichas relaciones han constituido una red de apoyo importante después del procedimiento en caso de que se necesitara ayuda con actividades diarias.
- Retomar el plan de acción desde la Terapia de Aceptación y Compromiso planteado en la sección de Intervención Psicológica: se inicia con la aceptación de los momentos de la vida y se pueden utilizar las siguientes preguntas para conocer las emociones del usuario: ¿cómo me siento ante esta experiencia?, ¿qué emociones me genera?, ¿me siento frustrado o frustrada?, ¿tengo ansiedad en estos momentos?
- De la misma forma que en la fase de la intervención, se procura garantizar que las emociones de la persona usuaria inicialmente sean validadas para que después consiga alcanzar la aceptación del dolor crónico, en donde hay plena consciencia de que el dolor no se irá, pero también se tiene la capacidad de controlarlo y aliviarlo por él mismo o ella misma.

- Al igual que el primer escenario, el profesional en psicología ofrece y recomienda agendar una segunda sesión psicoterapéutica para seguimiento, de acuerdo con la condición y criterio propio de la persona usuaria. El tema de abordaje recomendado en esta sesión corresponde al “yo como contexto” y la consciencia del presente “aquí y ahora”, ya que orienta al usuario a comenzar por segunda vez un proceso de autoconocimiento y autoconsciencia posterior al procedimiento intervencionista realizado. Este proceso tiene como objetivo que la persona experimente su “yo” como un contexto en el cual suceden sus acciones y sus pensamientos pero que, en su esencia, es mucho más que ese pensamiento de dolor, ansiedad o frustración que posee ante la idea de reducción de dolor que finalmente, no sucedió.

# Anexos

## 1. Consentimiento informado CCSS 4-70-03-0560



Caja Costarricense de Seguro Social

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Establecimiento de Salud:	Servicio:	Especialidad:
---------------------------	-----------	---------------

Este formulario debe ser completado por todo funcionario de la CCSS antes de desarrollar cualquiera de las actividades sujetas de consentimiento informado escrito por parte de las personas usuarias de los servicios de salud que brinda la Institución, de conformidad con el Artículo 75, inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud, el Artículo 40 del Reglamento del Expediente de Salud, el Artículo 12 del Reglamento de Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social y las demás normas atinentes a la materia.

El suscrito (a), \_\_\_\_\_, en mi condición de  usuario,  padre o madre,  tutor,  garante o representante legal de \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento informado para que:

#### **I. AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS O PROGRAMAS**

1. Se practique por parte del personal autorizado del centro de salud, los procedimientos o programas que a continuación se detallan:

<b>Procedimiento</b>	<b>Riesgos principales del procedimiento</b>
1.1 _____	1.1 _____
1.2 _____	1.2 _____
1.3 _____	1.3 _____
1.4 _____	1.4 _____

#### **II. AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACIÓN DE ESTUDIANTES**

2. Los estudiantes cubiertos por el Reglamento para la Actividad Clínica Docente de la CCSS, claramente identificados y en compañía del tutor, puedan participar en los exámenes y procedimientos que me sean realizados en los servicios de salud institucionales, con excepción de \_\_\_\_\_; todo bajo la supervisión del docente encargado.

Si Autoriza  No Autoriza

Por tanto, hago constar que de previo a la firma de este consentimiento informado, se han cumplido las siguientes condiciones:



### III. CONDICIONES DEL CONSENTIMIENTO

- 1. Recibi información suficiente y comprensible sobre los beneficios y riesgos relacionados con los procedimientos o actividades propuestas, por parte de un profesional quien manifiesta ser funcionario calificado del establecimiento de salud.
- 2. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas a satisfacción. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de brindar mi consentimiento.

Aclaro, eso sí, en cualquier momento podré cambiar de opinión y cancelar la presente autorización total o parcialmente, de lo cual se dejará constancia escrita en el expediente, sin que ello signifique que se afectarán mis derechos.

### IV. FIRMAS DEL FUNCIONARIO Y DEL USUARIO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del profesional que solicita el Consentimiento Informado	Cédula o identificación	Firma	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del usuario, representante legal/garante o persona en quien delega	Cédula o identificación	Firma o huella digital	Fecha

Si quien otorga el consentimiento informado no pudiese firmar, deberá imprimir su huella digital, aportar dos testigos (as) y que hablen su mismo idioma, quienes deben firmar la siguiente declaración.

Asimismo, quienes deleguen de manera libre y manifiesta su derecho a consentir en otra persona vinculada a ella por consanguinidad o afinidad, deben hacerlo frente a dos testigos, quienes deberán registrar su firma en el siguiente apartado.

### V. FIRMA DE LOS TESTIGOS

Nosotros los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o actividad propuesta en  (nombre de la persona que delega).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre completo del testigo 1	Cédula o identificación	Firma	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre completo del testigo 2	Cédula o identificación	Firma	Fecha

Si se requiriese practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento informado, se deberán de utilizar formularios adicionales e incorporarlos al Expediente de Salud.

## 2. Ficha de Identificación del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ VAS: \_\_\_\_\_

Redes de Apoyo: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

### 3. Examen Mental

Apariencia general, actitud y comportamiento

---

---

Afecto

---

---

Pensamiento

---

---

Sensopercepción y capacidad intelectual

---

---

Memoria, juicio, conciencia de enfermedad (insight) y confiabilidad

---

---

#### 4. Ejemplo de menú equilibrado - Nutrición CNCDyCP

Porciones Diarias	
1	Lácteos
2	Frutas
4	Vegetales
5	Harinas
9	Proteínas

	Desayuno	Merienda AM	Almuerzo	Merienda PM	Cena	Merienda opcional
	1 harina 2 proteínas Vegetales	1 fruta 1 lácteo	2 harinas 3 proteínas Vegetales	1 harina 1 proteína	1 harina 3 proteínas Vegetales	1 fruta
<b>Ejemplo #1</b>	•1/3 unidad de plátano maduro con queso. •2 huevos picados con tomate y cebolla.	•2 rebanadas de piña. •1 yogurt.	•1 taza de puré de papa. •Filete de pescado Brócoli.	•1 paquete de galleta soda. •1 lata de atún pequeña.	•Chalupas: 2 tortillas con carne o pollo. •2 cucharadas de queso. •Tomate.	•1 manzana.
<b>Ejemplo #2</b>	•½ taza de gallo pinto. •Huevo con espinaca, tomate, cebolla, queso.	•1/2 taza de fresas con una cajita de leche.	•1/3 taza de arroz. •½ taza de frijoles. •1 bistec encebollado. Tomate.	•Sándwich de jamón y queso.	•½ taza de camote. •1 filete de pollo. •Ensalada. •Vegetales.	•1 banano pequeño.
<b>Ejemplo #3</b>	•2 tostadas de pan con jalea. •2 huevos picados con vegetales.	•1 banano pequeño. •1 yogurt.	•½ elote. •½ taza de papas. •2 muslos de pollo sudados con zanahoria.	•Quesadilla: tortilla de trigo pequeña con queso.	•1 filete de pescado. •½ papa asada. •Ensalada. •Vegetales.	•½ taza de mango.

## 5. Ejemplo de aplicación digital para la práctica de estrategia de relajación autoguiada

The School of Self. (2016, 13 de febrero). Relax and Breathe: Do nothing for 10 minutes [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=aXItOYOslRY>

## 6. Propuesta de brochure: Promoción de la Salud en la persona con Dolor Crónico

### Relajación autógena

Estos son los ejercicios principales de la relajación autógena, podemos utilizar las frases mientras estamos practicando este tipo de relajación:

- Reposo: "Estoy tranquilo/a. Mi cuerpo y mi mente están tranquilos."
- Peso: "Mis brazos y piernas están muy livianos/muy pesados".
- Calor: "Mis brazos y piernas están calientes. Siento cómo el calor se distribuye a lo largo de mis brazos".
- Respiración: "Mi respiración es tranquila y regular".
- Abdomen: Se dirige la atención al área del abdomen. "Mi abdomen es una corriente de calor/es una fuente de luz".
- Cabeza: Se dirige la concentración a la cabeza. "Mi mente está clara".



Centro Nacional de Control del  
Dolor y Cuidados Paliativos  
CCSS

### Promoción de la Salud en la persona con Dolor Crónico

#### UBICACIÓN

Barrio Aranjuez, San José.

#### CORREO ELECTRÓNICO

cscncdcp@ccss.sa.cr

#### CENTRAL TELEFÓNICA

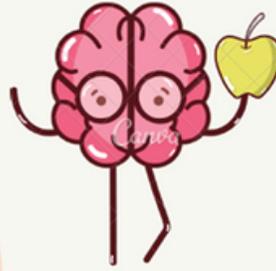
2103-9601



Realizado por: Bach. Angie Varela A.

## Respiración diafragmática

- Sentarse cómodamente en un lugar tranquilo y sin distracciones.
- Colocar una mano sobre el abdomen. El abdomen debe elevarse con cada inhalación.
- Recordar que se intenta llevar el aire hasta la zona final de los pulmones, no de inspirar la mayor cantidad de aire.
- Inhalar siempre por la nariz y exhalar por la boca.
- Practicar inhalar durante 3 segundos, exhalar durante otros 3 segundos y tomar una breve pausa antes de inhalar de nuevo.
- Las respiraciones no deben ser demasiado profundas, lo importante es practicar la técnica despacio y correctamente.



## ALIMENTACIÓN CONSCIENTE

Es una forma de mantener en equilibrio el cuerpo físico con la mente y las emociones. Se trata de realmente concentrarse en la comida, reconociendo lo que se está comiendo y así detectar el momento en el que se siente satisfecho y se debe dejar de comer. Su principal premisa es aprender a escuchar al cuerpo, a ser consciente del hambre física y de cuándo está saciado para guiar la decisión de comenzar a comer y también de parar.

La alimentación consciente puede aplicarse, por ejemplo, apagando el televisor mientras se está comiendo, no utilizando el celular a la hora de la comida, comer en la mesa, comer pausado y disfrutando la comida, entre otros.



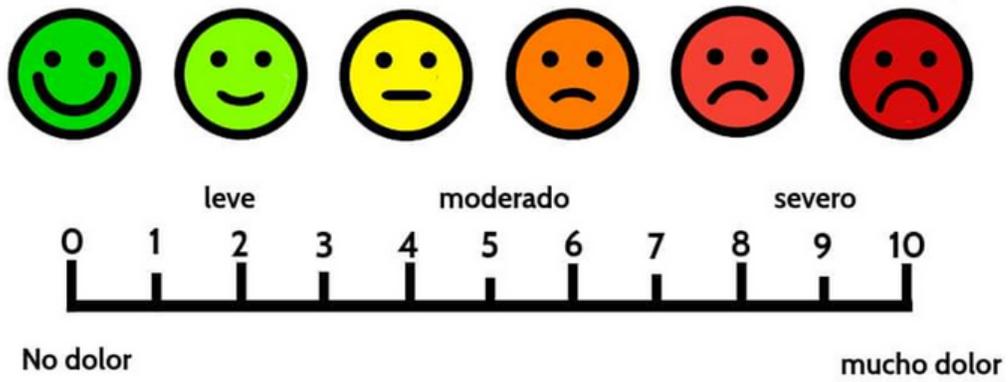
## ACTIVIDAD FÍSICA Y ACTIVIDADES RECREATIVAS

Es un hecho que la modificación del estilo de vida sigue siendo una herramienta fundamental para el abordaje del alivio del dolor crónico. ¿Cuáles son esas actividades que puedo practicar diariamente?

Es importante que estas actividades me generen placer y bienestar. La actividad física no sólo es ir al gimnasio, también puede ser bailar, estirar el cuerpo, leer o meditar.

En caso de alguna duda, se recomienda contactar al profesional en Psicología encargado de la sesión.

## 7. Escala Visual Analógica (EVA)



## Referencias Bibliográficas

Alarcón, W., Díaz, E., García, J. M., Mendinueta, C., Granja, P., de la Fuente, C., Orbegozo, A., Urdaneta, E., Salinas, A., Montiano, E., Gonzáles, J. R., & Torres, L. M. (2009). Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. *Revista de la sociedad española del dolor*, 16(4), 246-255.

Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., & Gabilondo, S. (1998). Principios básicos para el control del dolor total. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 29-40.

Bautista, S. G., & Jiménez, A. (2014). Epidemiología del dolor crónico. *Medicina Familiar*, 16(4), 69-72.

Bayes, R. (1994). Dolor y sufrimiento: diferencias y evaluaciones. *Cuadernos Gerontológicos. Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología*, 3(2), 61-66.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2007). Metodología para la elaboración de Guías de Atención y Protocolos. Área de Atención Integral a las Personas.

Catterall, W., & Mackie, K., (2019). Local Anesthetics. *The Pharmacological Basis of Therapeutic*. McGraw-Hill Education.

Cazorla, C. (2017). Revisión sistemática de la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso para pacientes con dolor crónico. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Jaén].

Coutaux, A. (2018). El dolor y su tratamiento en adultos. *EMC-Tratado de Medicina*, 23(1), 5-20.

Dagnino, J. (1994). Definiciones y clasificaciones del dolor. *ARS Médica*, 23(3). <https://doi.org/10.11565/arsmed.v23i3.1034>

Dimidjian, S., Arch, J. J., Scheneider, R., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering Meta-Analysis, Meaning and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of “Third Wave” Cognitive and Behavioural Therapies. *Behaviour Therapy*, 47(6), 886-905. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudios de caso (2ª edición)*. Ediciones Pirámide.

Flores, J. (2021). Revisión Bibliográfica: Manejo del Dolor Crónico en el Paciente Obeso. *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" – Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa*.

Gallach, E., Canós, M. A., & Morales, M. (2016). Protocolo psicológico para la evaluación de candidatos a implante de neuroestimulador. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 23(6), 307-315.

Gutiérrez, A. (2005). Tratamiento del Dolor: Técnicas Locorregionales. Bloqueos. Unidad multidisciplinaria para el estudio y tratamiento del dolor. *Oncología*, 28(3), 144-146.

Herrero, V., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, V., & Capdevilla, L. (2018). Valoración del dolor: Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228-236.

International Association for the Study of Pain. (1994). Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. Classification of Chronic Pain. IASP Press. <https://www.iasp-in.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>

Kerns, R. D., Sellinger, J., & Goodin, B. R. (2011). Psychological Treatment of Chronic Pain. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 411-434. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430>

Lemos, V. (2012). La evaluación infantil: Desafíos y propuestas. XV Congreso Latinoamericano de ALAMOC. *Perspectivas en Psicología*, 5(1), 98-107.

Ornelas, P. (2015). Manejo Psicológico del Dolor. Alternativas Psicológicas de Intervención en Problemas de Salud. El Manual Moderno S. A.

Ortiz, L., & Velasco, M. (2017). Dolor crónico y psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 866-873.

Reyes, M. L. (2021). Implementación de una Intervención Basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para Pacientes con Dolor Crónico Adaptada al Contexto del CRS Cordillera Oriente. [Tesis de Magíster, Pontificia Universidad Católica de Chile].

Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Desclée De Brouwer.

Zas, V., Rodríguez, J., & Silvia, E. (2013). El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. (8ª edición). Panorama Cuba y Salud.

Ficha de Identificación del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ VAS: \_\_\_\_\_

Redes de Apoyo: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional en Psicología: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Examen mental

1. Apariencia general, actitud y comportamiento

---

---

2. Afecto

---

---

3. Pensamiento

---

---

4. Sensopercepción y capacidad intelectual

---

---

5. Memoria, juicio, conciencia de enfermedad (insight) y confiabilidad

---

---

---

## Ejemplo de aplicación digital para la práctica de estrategia de relajación autoguiada.

The School of Self. (2016, 13 de febrero). *Relax and Breathe: Do nothing for 10 minutes* [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=aXItOY0sLRY>

### Propuesta de brochure: Promoción de la Salud en la persona con Dolor Crónico

#### Relajación autógena

Estos son los ejercicios principales de la relajación autógena, podemos utilizar las frases mientras estamos practicando este tipo de relajación:

- Reposo: "Estoy tranquilo/a. Mi cuerpo y mi mente están tranquilos.
- Peso: "Mis brazos y piernas están muy livianos/muy pesados".
- Calor: "Mis brazos y piernas están calientes. Siento cómo el calor se distribuye a lo largo de mis brazos".
- Respiración: "Mi respiración es tranquila y regular".
- Abdomen: Se dirige la atención al área del abdomen. "Mi abdomen es una corriente de calor/es una fuente de luz".
- Cabeza: Se dirige la concentración a la cabeza. "Mi mente está clara".



Centro Nacional de Control del  
Dolor y Cuidados Paliativos  
CCSS

## Promoción de la Salud en la persona con Dolor Crónico

#### UBICACIÓN

Barrio Aranjuez, San José.

#### CORREO ELECTRÓNICO

[cscncdcp@ccss.sa.cr](mailto:cscncdcp@ccss.sa.cr)

#### CENTRAL TELEFÓNICA

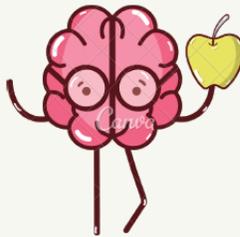
2103-9601



Realizado por: Bach. Angie Varela A.

## Respiración diafragmática

- Sentarse cómodamente en un lugar tranquilo y sin distracciones.
- Colocar una mano sobre el abdomen. El abdomen debe elevarse con cada inhalación.
- Recordar que se intenta llevar el aire hasta la zona final de los pulmones, no de inspirar la mayor cantidad de aire.
- Inhalar siempre por la nariz y exhalar por la boca.
- Practicar inhalar durante 3 segundos, exhalar durante otros 3 segundos y tomar una breve pausa antes de inhalar de nuevo.
- Las respiraciones no deben ser demasiado profundas, lo importante es practicar la técnica despacio y correctamente.



### ALIMENTACIÓN CONSCIENTE

Es una forma de mantener en equilibrio el cuerpo físico con la mente y las emociones. Se trata de realmente concentrarse en la comida, reconociendo lo que se está comiendo y así detectar el momento en el que se siente satisfecho y se debe dejar de comer. Su principal premisa es aprender a escuchar al cuerpo, a ser consciente del hambre física y de cuándo está saciado para guiar la decisión de comenzar a comer y también de parar.

La alimentación consciente puede aplicarse, por ejemplo, apagando el televisor mientras se está comiendo, no utilizando el celular a la hora de la comida, comer en la mesa, comer pausado y disfrutando la comida, entre otros.



### ACTIVIDAD FÍSICA Y ACTIVIDADES RECREATIVAS

Es un hecho que la modificación del estilo de vida sigue siendo una herramienta fundamental para el abordaje del alivio del dolor crónico. ¿Cuáles son esas actividades que puedo practicar diariamente?

Es importante que estas actividades me generen placer y bienestar. La actividad física no sólo es ir al gimnasio, también puede ser bailar, estirar el cuerpo, leer o meditar.

En caso de alguna duda, se recomienda contactar al profesional en Psicología encargado de la sesión.



Ejemplo de menú equilibrado – Nutrición CNCDyCP

Porciones Diarias	
1	Lácteos
2	Frutas
4	Vegetales
5	Harinas
9	Proteínas

	Desayuno	Merienda AM	Almuerzo	Merienda PM	Cena	Merienda opcional
	1 harina 2 proteínas Vegetales	1 fruta 1 lácteo	2 harinas 3 proteínas Vegetales	1 harina 1 proteína	1 harina 3 proteínas Vegetales	1 fruta
<b>Ejemplo #1</b>	•1/3 unidad de plátano maduro con queso. •2 huevos picados con tomate y cebolla.	•2 rebanadas de piña. •1 yogurt.	•1 taza de puré de papa. •Filete de pescado Brócoli.	•1 paquete de galleta soda. •1 lata de atún pequeña.	•Chalupas: 2 tortillas con carne o pollo. •2 cucharadas de queso. •Tomate.	•1 manzana.
<b>Ejemplo #2</b>	•½ taza de gallo pinto. •Huevo con espinaca, tomate, cebolla, queso.	•1/2 taza de fresas con una cajita de leche.	•1/3 taza de arroz. •½ taza de frijoles. •1 bistec encebollado. Tomate.	•Sándwich de jamón y queso.	•½ taza de camote. •1 filete de pollo. •Ensalada. •Vegetales.	•1 banano pequeño.
<b>Ejemplo #3</b>	•2 tostadas de pan con jalea. •2 huevos picados con vegetales.	•1 banano pequeño. •1 yogurt.	•½ elote. •½ taza de papas. •2 muslos de pollo sudados con zanahoria.	•Quesadilla: tortilla de trigo pequeña con queso.	•1 filete de pescado. •½ papa asada. •Ensalada. •Vegetales.	•½ taza de mango.