

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGIA

PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“Evaluación neuropsicológica en pacientes con tumores cerebrales del Servicio de  
Neurocirugía del Hospital México”**

**Sustentante:**

Bach. Mauricio Molinari Ulate

Carné: B03971

**Comité Asesor:**

Directora: Dra. Mónica Salazar Villanea


Lectora: Dra. Ana María Jurado Solórzano

Lector: Lic. Luis Enrique Ortega Araya

Asesora Técnica: M.Sc. Rocío Vindas Montoya

Diciembre, 2015

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

  
\_\_\_\_\_

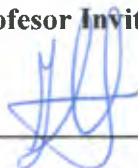
**Ph.D. Juan Carlos Brenes Sáenz**

**Presidente del Tribunal**

  
\_\_\_\_\_

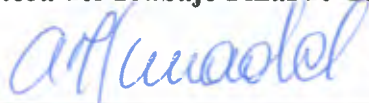
**MSc. Michael Padilla Mora**

**Profesor Invitado**

  
\_\_\_\_\_

**Dra. Mónica Salazar Villanea**

**Directora del Trabajo Final de Graduación**

  
\_\_\_\_\_

**Dra. Ana María Jurado Solórzano**

**Lectora del Trabajo Final de Graduación**

  
\_\_\_\_\_

**Lic. Luis Enrique Ortega Araya**

**Lector del Trabajo Final de Graduación**

  
\_\_\_\_\_

**Bach. Mauricio Molinari Ulate**

**Sustentante**

## RESUMEN

Este documento sistematiza la inserción profesional del sustentante en el Servicio de Neurocirugía y Neuro-Oncología del Hospital México, dentro de la modalidad de Práctica Dirigida como Trabajo Final de Graduación. Las labores iniciaron en agosto del año 2014 y finalizaron en agosto del año 2015, desarrollando habilidades y competencias propias del rol profesional en psicología dentro de la práctica clínica del centro de salud nacional.

Se trabajó primordialmente en el Programa de Cirugía Despierto desde la aproximación de la Neuropsicología, abordando las consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales de la patología tumoral cerebral en el ser humano, y desde la Psicología de la Salud, para promover la calidad de vida. En este programa se intervienen quirúrgicamente a pacientes con tumoración cerebral estando conscientes para lograr la extirpación del tumor previniendo secuelas que puedan producir discapacidad.

Se atendieron bajo supervisión un total de 51 pacientes y 44 familiares, realizando 239 intervenciones que incluyeron sesiones clínicas de atención individual y grupal, visitas generales, asistencia a cirugías, redacción de informes, entre otras. Además, el sustentante brindó rehabilitación neuropsicológica supervisada a dos personas con secuelas cognitivas, emocionales y conductuales, y coordinó la atención de rehabilitación neuropsicológica para otras 13 personas más, como parte del equipo docente del Módulo de Neuropsicología de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica

**Palabras Clave:** Psicología, Neuropsicología, Neurocirugía, Cirugía Despierto, Tumores Cerebrales, Rehabilitación Neuropsicológica.

## DEDICATORIA

*A mi familia, quienes con su apoyo incondicional y proceso de enseñanza constante,  
me han formado como ser humano, consciente de la diversidad de individuos  
que existen en este viaje que llamamos vida y siempre manteniendo  
los valores de la solidaridad, honestidad, humildad y respeto  
para con los demás y conmigo mismo.*

*Para ustedes:*

*Papi, Mami, Adrián, Valeria y Antonio*

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, quienes con su amor y apoyo incondicional me acompañaron durante todo este proceso, acuerpando y discutiendo mis decisiones para mantenerme en el camino hacia esta meta. A mis hermanos, Valeria y Antonio por contagiarme de sus sonrisas cada día, y en especial a mi hermano Adrián, por enseñarme a ser persona y ser mi verdadero maestro en la vida.

A mis hermanos y amigos, Beto, Cabezas, Loria y Víquez, ustedes fueron el bastón que me sostuvo en momentos difíciles; cada conversación, cada abrazo, cada palabra de apoyo, se transformaron en el peor enemigo de los obstáculos.

A la Dra. Mónica Salazar, un ejemplo de persona, quien me contagió de su sabiduría, carisma, amabilidad y cariño. Gracias infinitas por su constante labor para sacar lo mejor de mí, su fe en mis capacidades y su apoyo incondicional. Espero poder seguir contando con usted para futuros proyectos.

A la Dra. Ana María Jurado y la Dra. Ana María Carmiol, por haber sido figuras de apoyo a lo largo de la carrera, además de abrirme las puertas para colaborarles en sus funciones y ser una fuente principal para mantenerme en este recorrido. A ustedes les debo en gran parte por este logro.

A May, por ser mi compañero de trabajo y un ejemplo a seguir por su gran experiencia y sabiduría, fuiste mi mano derecha a nivel académico y a pesar de tomar caminos distintos a nivel profesional, espero que volvamos a trabajar juntos en algún momento. Al resto de mis compañeros de la carrera, Monse, Varela, Nisman, Dani, Naty, Andrés y todos los demás, sé que serán excelentes profesionales en sus respectivas áreas. A Esteban, Jorge y Jose, por ser una fuente de apoyo constante y aconsejarme en cada momento que lo necesitaba.

Al Dr. Juan Carlos Brenes, a quien le agradezco por su colaboración y disposición para obtener parte de los resultados de este proyecto. Realmente aprendí de sus enseñanzas durante el tiempo que trabajamos juntos.

Al Dr. Miguel Esquivel, un ejemplo de esfuerzo, lucha, liderazgo y sabiduría. Es todo un orgullo para mí haber colaborado en sus funciones y le agradezco enormemente por todas sus enseñanzas durante cada proceso de intervención.

A la Dra. Dessiré Gutiérrez, por su manera acogedora de ser y hacerme sentir parte de su equipo de confianza. Mi compañera principal durante las cirugías, cada experiencia compartida con usted quedará siempre en mi memoria. Todo un privilegio haber compartido con usted.

A la M. Sc. Rocío Vindas, quien más que mi asesora técnica, fue mi amiga. Le agradezco por su constante retroalimentación, por ser fundamental en mi formación como psicólogo, por recordarme en todo momento que al frente mío siempre había un ser humano.

A María José y Luis Enrique, por escucharme y apoyarme durante todo el período, además de dejarme grandes enseñanzas. A Berny y Karol, su presencia en el Servicio hace de todos los días un momento de alegría. Al Dr. Gadea y la Dra. Montero, por acogermelo como otro miembro de la institución. Al resto del Servicio de Neurocirugía, asistentes, residentes e internos, por acompañarme diariamente en este recorrido.

A los profesores que me formaron como profesional: Dr. Javier Tapia, Dr. Ignacio Dobles, MSc. Thomas Castelain, MSc. Carlos Saborío, MSc. Michael Padilla, Dra. Vanessa Smith. MSc. Lucía Molina, y todos los demás que influyeron en mi proceso de aprendizaje.

A todas las personas de las que aprendí en este viaje, gracias por confiar en mi trabajo y dejarme colaborar durante sus intervenciones, principalmente a Gisella, Allan, Marco, Jorge y Manrique.

A la Universidad de Costa Rica, por permitirme formar parte de esta gran institución y brindarme todas las herramientas necesarias para convertirme en profesional. Siempre será un orgullo decir “Soy UCR”.

Al Hospital México, por permitir este tipo de proyectos y beneficiar a la población nacional con sus servicios.

## Tabla de Contenidos

TRIBUNAL EXAMINADOR.....	II
RESUMEN.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
Tabla de Contenidos.....	VII
Índice de Figuras.....	X
Índice de Tablas.....	XI
Índice de Abreviaturas.....	XII
1. Introducción.....	1
2. Marco de Referencia.....	3
2.1 Situación Problema.....	3
2.2 Contextualización de la Instancia.....	6
2.3 Antecedentes de la Intervención.....	6
2.4 Marco Conceptual.....	11
3. Objetivos.....	22
3.1 Objetivos Generales.....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	23
3.3 Objetivos Externos.....	24
4. Metodología.....	24
4.1 Población.....	24

4.2 Descripción de funciones y tareas realizadas: .....	25
4.3 Descripción de materiales e instrumentos elaborados: .....	40
4.4 Descripción de las relaciones interdisciplinarias .....	43
4.5 Definición del sistema de supervisión y evaluación .....	45
5. Resultados .....	46
5.1 Sistematización de resultados de alcances por objetivo específico .....	46
5.2 Análisis y discusión de resultados por niveles de impacto .....	59
5.2.1 Macronivel: impacto sobre la institución, las relaciones interdisciplinarias y la visibilización del rol de Psicología.....	59
5.2.2 Mesonivel: atención a pacientes y familiares.....	68
5.2.3 Micronivel: habilidades, competencias y conocimientos adquiridos.....	100
6. Limitaciones .....	104
7. Conclusiones .....	106
8. Recomendaciones.....	110
8.1 A la Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital México:.....	110
8.2 Al Servicio de Neurocirugía: .....	111
8.3 A la Escuela de Psicología.....	112
8.4 A estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica: .....	113
9. Referencias Bibliográficas .....	115
10. Anexos.....	120
Anexo 1: Protocolo de Evaluación Neuropsicológica del Servicio de Neurocirugía ....	121



Anexo 2: Protocolo de Evaluación Neuropsicológica Transoperatoria.....	123
Anexo 3: Aspectos/detalles relevantes por incluir en el informe neuropsicológico .....	124
Anexo 4: Resultados Finales del Juicio de Expertos para la Adaptación de Instrumentos de Síndrome Disejecutivo .....	127
Descripción de cambios, sugerencias e ítems nuevos del Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome.....	127
Descripción de cambios, sugerencias e ítems nuevos de la Escala de Personalidad del Lóbulo Frontal.....	145
Descripción de cambios, sugerencias e ítems nuevos del Inventario de Síntomas Prefrontales.....	177
Anexo 5: Informe Proceso de Rehabilitación Neuropsicológica elaborado por Sebastián May Grosser y Mauricio Molinari Ulate (Sustentante) .....	186
Anexo 6: Informe Proceso de Rehabilitación Neuropsicológica elaborado por Mauricio Molinari Ulate (Sustentante).....	205
Anexo 7. Retroalimentación Cualitativa de Pacientes.....	223

## Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Niveles de Impacto .....	59
<i>Figura 2.</i> Flujograma de Comunicación de Cirugía Despierto (Ortiz, 2014) .....	64
<i>Figura 3.</i> Localización de la lesión .....	75
<i>Figura 4.</i> Porcentaje de sujetos que recibieron los tratamientos registrados antes y después de la cirugía .....	82
<i>Figura 5.</i> Porcentaje de personas que reportan presencia de alteraciones en las variables de Calidad de Vida antes y después de la cirugía.....	96

## Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Resultados por objetivos específicos</i> .....	47
Tabla 2. <i>Registro de Asistencia Sesiones y Visitas</i> .....	60
Tabla 3. <i>Registro de Asistencia a Cirugías</i> .....	66
Tabla 4. <i>Registro de Pacientes y Familiares Atendidos</i> .....	69
Tabla 5. <i>Registro de Evaluaciones</i> .....	69
Tabla 6. <i>Registro de Pacientes Intervenidos en procesos de acompañamiento y Rehabilitación Neuropsicológica</i> .....	72
Tabla 7. <i>Tratamiento Farmacológico de Pacientes de Rehabilitación Neuropsicológica.</i>	73
Tabla 8. <i>Tipo de Glioma vrs. Localización de la lesión de los datos clínicos Pre- Postquirúrgicos</i> .....	81

## Índice de Abreviaturas

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

UCR: Universidad de Costa Rica

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

HAD: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

EuroQoL-5D: Cuestionario de Calidad de Vida (EQ-5D) (Siglas en inglés)

FLOPS: Escala de Comportamiento de Sistema Frontal (FRSBE por sus siglas en inglés), también conocido como Escala de Personalidad del Lóbulo Frontal

ISP: Inventario de Síntomas Prefrontales

BADS: Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome (Evaluación Conductual del Síndrome Disejecutivo) (Siglas en Inglés)

## **1. Introducción**

A mediados del año 2012, el Servicio de Neurocirugía y Neuro-Oncología del Hospital México, en colaboración con la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, abrió las puertas para que estudiantes avanzados de la carrera de Psicología apoyaran las labores de atención y acompañamiento que presentaban los y las pacientes con tumoración cerebral. En la actualidad, dicho departamento carece de un profesional encargado exclusivamente de las funciones del quehacer psicológico.

El objetivo de sostener Prácticas Dirigidas con un enfoque de intervención neuropsicológico, derivó de la incorporación exitosa de Ortega (2013) y Ortiz (2014), quienes trabajaron para hacer frente a esta demanda. Ante la carencia de personal capacitado en neuropsicología, estos Trabajos Finales de Graduación bajo la dirección de la Dra. Mónica Salazar Villanea han sido considerados como pioneros, siendo esta modalidad de Práctica Dirigida una precursora en su estilo, que ha marcado un precedente a nivel nacional al brindar continuidad en la atención hospitalaria con la incorporación de nuevos estudiantes cada año.

Con las primeras experiencias (Ortega, 2013; Ortiz, 2014), se hizo evidente que la cantidad de tareas a realizar en la atención de las necesidades de pacientes superaban la capacidad de una sola persona que se insertara en este ámbito. Ello fue consignado en las limitaciones destacadas por ambos en sus reportes finales donde señalaban que, frente a la gran demanda existente, no se había logrado cumplir con todos los emergentes.

Por ello, en el período 2014-2015 se optó por la inserción profesionalizante de dos personas en un trabajo en equipo coordinado de forma cercana y constante, permitiendo afrontar las crecientes demandas de atención (Quesada, 2015; Molinari, 2015). De esta

manera, la presente práctica se enfocó especialmente en: a) el proceso de diagnóstico, entrevista, atención clínica-psicológica y acompañamiento emocional de pacientes y familiares; b) evaluación neuropsicológica y la sistematización de sus resultados; c) el acompañamiento pre, trans y post operatorio de las personas afectadas por tumores cerebrales; d) la atención mediante rehabilitación neuropsicológica individual y e) la colaboración y coordinación docente de espacios para la compensación de las secuelas de los y las pacientes con rehabilitación cognitiva supervisada dentro del Módulo de Neuropsicología de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.

Cabe destacar que el componente psicoeducativo, desarrollado principalmente por Quesada (2015), brindó también un espacio adicional de formación cuando se participó como apoyo en los talleres con pacientes y familiares. Ante esto, a lo largo de la Práctica Dirigida, el trabajo colaborativo fue fundamental, no solo entre ambos estudiantes sino al tener la oportunidad de ser parte de un equipo de trabajo multidisciplinario.

Mediante la ejecución del presente Trabajo Final de Graduación, se visibilizó la necesidad de continuidad del quehacer psicológico dentro del Servicio de Neurocirugía del Hospital México, al existir una demanda creciente de personas que requieren atención desde esta área. Además, se evidenció la importancia del trabajo interdisciplinario, donde los distintos profesionales aportaron desde sus respectivos ámbitos para la discusión de futuros tratamientos en busca de una mejor calidad de vida de los y las usuarias.

En las siguientes secciones, se presenta la situación problema que justifica la inserción del psicólogo a través de esta Práctica Dirigida; los antecedentes nacionales e internacionales relacionados a la temática en exposición; además de los conceptos y propuestas teóricas que fungieron como base del presente trabajo. Así mismo, se exponen

los objetivos planteados al inicio de la práctica y la metodología mediante la que fue posible llevarla a cabo.

Posteriormente, se muestran los resultados obtenidos a través de las actividades ejecutadas, los cuales se exponen mediante niveles de impactos, empezando por el macronivel, que incluye la labor del rol del psicólogo y su impacto en las diferentes instancias involucradas; seguido por el mesonivel, donde se presenta la labor realizada con pacientes y familiares; y finalmente un micronivel, dirigido a las habilidades, competencias y conocimientos adquiridos y desarrollados por el sustentante.

Por último, se expone una serie de conclusiones y recomendaciones derivadas de las labores realizadas dentro de la Práctica Dirigida. Además, se indica las limitaciones y obstáculos con los que se tuvo que lidiar durante el proceso. En la última sección se presentan los materiales con los que se ejecutaron las distintas actividades y los que fueron desarrollados como parte de los resultados obtenidos.

## **2. Marco de Referencia**

### **2.1 Situación Problema**

A raíz de las dos intervenciones en el campo de la Psicología y la Neuropsicología realizadas anteriormente en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México por estudiantes de Licenciatura de la Universidad de Costa Rica (Ortega, 2013; Ortiz, 2014), se creó una demanda de atención en este servicio, la cual se ha mantenido e incrementado en el tiempo dada la ausencia de una persona profesional en Psicología dedicada exclusivamente a la atención de pacientes con lesión cerebral dentro del Servicio.

Desde entonces se ha dado continuidad a la Práctica Dirigida implementando un enfoque interdisciplinario y permitiendo intervenciones integrales a nivel quirúrgico y en la recuperación de los pacientes con actividades como: el abordaje a nivel clínico, la evaluación de pacientes con dificultades cognitivas, el trabajo interdisciplinario con personal médico, de enfermería, trabajo social, y otras profesiones. Sin embargo, la atención y el seguimiento desde el ámbito psicológico a los y las pacientes intervenidos quirúrgicamente, se supeditaba a una evaluación postquirúrgica, dejando de lado el andamiaje necesario para retomar las actividades cotidianas, tomando en cuenta las posibles secuelas a nivel cognitivo, conductual y emocional.

Dadas estas condiciones, el presente Trabajo Final de Graduación, implementó procesos supervisados de rehabilitación neuropsicológica, posibilitando la atención de pacientes en sus hogares y dentro del centro de salud, en busca de una mejor calidad de vida. Esto incidió en el desarrollo de competencias y habilidades profesionales como: dominio básico en técnicas de rehabilitación cognitiva, flexibilidad en la aplicación de técnicas psicológicas, dominio básico en el abordaje de sistemas familiares, empatía, redacción de informes, planificación, organización, tolerancia a la frustración, etc.

Por otro lado, hasta el momento no existía una sistematización de la información recopilada durante el proceso de las prácticas dirigidas precedentes. Ante esto, se contribuyó con un primer acercamiento a esta labor, obteniendo resultados mediante herramientas estadísticas del progreso del proyecto, con el fin de analizar la labor realizada por el equipo y tomar decisiones para el futuro del programa.

Estos aportes, junto a la continuidad en las labores de evaluación, acompañamiento, intervención en crisis y psicoeducación, permitieron visibilizar la necesidad del quehacer psicológico dentro del área de salud, particularmente en los centros hospitalarios a nivel



nacional, en este caso el Hospital México. Al igual que en los trabajos precedentes, el personal médico y los usuarios(as) manifestaron el beneficio de la incursión de un profesional en psicología, mencionando la importancia de la preparación antes de la cirugía o las estrategias brindadas para retomar su vida familiar y laboral posterior a la intervención quirúrgica.

Gracias al proceso llevado a cabo en este período, se reforzó el vínculo entre el Hospital México y la Universidad de Costa Rica, a través del Servicio de Neurocirugía y la Escuela de Psicología, respectivamente. No solamente se continuó con el programa de prácticas dirigidas, sino que se abrió las puertas para que los y las estudiantes del Módulo de Neuropsicología realizaran sus prácticas profesionalizantes atendiendo, de manera supervisada por el equipo docente, a pacientes a través de la modalidad de rehabilitación neuropsicológica. Lo que permitió brindar un seguimiento a la población intervenida, que hasta el momento era una tarea pendiente.

Finalmente, la necesidad de crear y mantener nuevos espacios de inserción en el campo de la Psicología es indispensable. Desvincular el accionar del psicólogo de la concepción tradicional y cultural que se le ha dado, permite abrir nuevos espacios y caminos en los que la Psicología es capaz y debe, de manera obligatoria, brindar su aporte; lo que en esta Práctica Dirigida se cumplió con éxito.

A continuación, se realiza una breve reseña histórica de la institución donde se llevó a cabo el presente Trabajo Final de Graduación y algunas de las características que sobresalen respecto a los servicios que brindan dentro del marco de la salud a nivel nacional.

## **2.2 Contextualización de la Instancia**

El Hospital México fue inaugurado el 19 de marzo de 1969, iniciando sus labores el mes de septiembre de dicho año. A partir de este momento, el hospital se ha caracterizado por ser un centro de salud Clase A, contando con todas las especialidades y subespecialidades de la medicina moderna. Para Valerio (2010), el Hospital México es el principal centro de salud del país, con un área de atracción del 57% de la población costarricense y con una cifra cercana a los tres mil usuarios por día.

El Servicio de Neurocirugía se instauró en el Hospital México en el año 1969, cuyos primeros médicos neurocirujanos fueron el Dr. Carlos Cabezas, el Dr. Francisco Saborío y el Dr. Carol García. Desde el momento de su incorporación como servicio del centro de salud, se realizan todos los miércoles sesiones de trabajo en donde se discute desde la neurología y la neurocirugía los casos particulares que están siendo atendidos. El Servicio siempre se ha caracterizado por su sacrificio, dedicación y respeto por los y las pacientes, acorde con la Seguridad Social que brinda la institución (Benavides, 2011).

Una vez explicitado el contexto donde se llevó a cabo la Práctica Dirigida, a continuación se exponen los principales antecedentes a nivel nacional e internacional que muestran el estado de la investigación y del trabajo aplicado en relación a la temática desarrollada en este proceso.

## **2.3 Antecedentes de la Intervención**

A nivel internacional, las investigaciones y trabajos relacionados desde la Neuropsicología son abundantes y con gran diversidad de contenidos temáticos y metodológicos, por esta razón se seleccionaron aquellos que más se acercan a la aproximación de lo realizado mediante esta Práctica Dirigida.

En cuanto a la evaluación neuropsicológica, Bernabeu, Cañete, Fournier, López, Barahona, Grau, et. al. (2003) y Bausela (2008) coinciden en que existe un consenso sobre los aspectos o habilidades cognitivas que deben ser evaluadas, tomando en cuenta las diferencias entre la población adulta, adolescente y, especialmente, la niñez, etapa en la que las funciones cognitivas no se han terminado de desarrollar por completo. Para Sanz, Olivares y Barcia (2011) entre los aspectos que deben ser evaluados se consideran las Funciones Ejecutivas, atención, memoria, habilidades visoconstructivas, organización visual y lenguaje. Esta evaluación se realiza mediante una batería de pruebas neuropsicológicas, cuyos resultados deben posteriormente ser analizados para percibir el deterioro cognitivo de pacientes que presentan algún tipo de daño cerebral (Bernabeu, et al., 2003; Sanz, et al., 2011; Zabala, Muñoz & Quemada, 2003).

Actualmente la valoración neuropsicológica no es la única labor desde esta área, Zabala, et al. (2003), Bernabeu, et al. (2003) y Wilson, Gracey, Evans y Bateman (2009) incluyen la rehabilitación cognitiva y neuropsicológica como una intervención centrada en las alteraciones conductuales, cognitivas, emocionales y sociales que surgen como consecuencia del daño cerebral y que están interrelacionadas entre sí. Para Wilson, et al. (2009), mediante este procedimiento se habilita a la persona para que alcance un nivel óptimo de bienestar, reduzca sus dificultades en la vida cotidiana y se les ayuda a regresar a sus ambientes más apropiados. De tal manera que los y las pacientes tengan una mayor autonomía que libere de carga a sus familiares y permita mejorar la calidad de vida de todas las personas involucradas.

En cuanto a las características particulares de pacientes que presentan un tumor cerebral, se han observado alteraciones importantes en todas las funciones neuropsicológicas (Alvarán, Gómez, Aguirre & Darío, 2008; Sanz, et al., 2011). Así mismo, ha quedado clara

la deficiencia a nivel de funciones cognitivas que sufren los y las pacientes post-operatoriamente, lo cual se ha determinado mediante las evaluaciones neuropsicológicas realizadas pre y post-quirúrgicas con los y las pacientes cuyo tumor ha sido operado (Yoshii, Tominaga, Sugimoto, Tsuchida, Hyodo, Yonaha & Kushi, 2008).

Acerca del procedimiento de Cirugía Despierto, Talacchi, Santini, Casagrande, Alessandrini, Zoccatelli y Squintani (2013) consideran como aspectos fundamentales para esta intervención el trabajo en equipo y la buena comunicación entre los y las profesionales presentes. Estos mismos autores hacen énfasis en la labor del profesional en Neuropsicología, quien debe evaluar en tiempo real (durante la cirugía) las respuestas a las indicaciones y preguntas realizadas al paciente durante el procedimiento. Por último, Talacchi, et al. (2013) incluyen dentro del protocolo de intervención la necesidad de realizar una evaluación pre y post operatoria, mediante la cual se requiere evaluar el funcionamiento cognitivo de la persona. Bausela-Casal (2004) brinda ciertos aportes sobre la evaluación neuropsicológica al considerar que existe un grado de acuerdo sobre las características cognitivas y neuropsicológicas que deben ser evaluadas, sin embargo, en cuanto a los instrumentos y herramientas sigue existiendo cierta variedad, destacando como baterías neuropsicológicas más precisas la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska y la Batería Neuropsicológica Halstead-Reitan.

A nivel nacional, en la inserción en el ámbito hospitalario, Alvarado (2008) realizó una intervención con población VIH/SIDA, específicamente con pacientes del sexo femenino, y la prevención de enfermedades en la población adulta joven. En su trabajo se expone la necesidad de la intervención psicológica en el ámbito de los centros de salud, involucrándola como parte del trabajo interdisciplinario fundamental en estas instituciones. En el caso de Alán (2008), se realizó una intervención en el Centro Nacional de Trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar del Hospital México con población en lista de espera para

realizar el trasplante. El acompañamiento familiar durante la espera y hasta el momento del trasplante, además del uso de entrevistas, de tests neuropsicológicos y de sesiones de psicoeducación, hacen de este trabajo un preámbulo para esta práctica.

La inserción en Neuropsicología, específicamente, se da con la labor de Robles (2007) quién realizó una descripción de perfiles neuropsicológicos de pacientes con Esclerosis Múltiple en el Hospital San Juan de Dios, utilizando tests neuropsicológicos que permitieran determinar el grado de deterioro de funciones cognitivas de estos. Así mismo, el aporte de Vindas (2011) al realizar una investigación teórica-bibliográfica con el fin de aportar una “Guía de valoración clínica y neuropsicológica para pacientes epilépticos candidatos a cirugía”, han sido los dos trabajos más cercanos a esta práctica, antes de la inserción de Ortega (2013) y Ortiz (2014).

Ortega (2013) se destacó por la atención de pacientes con diagnóstico de tumoración cerebral y sus familiares desde los aportes de la Neuropsicología y la Psicología Clínica, especialmente con aquellas personas que se intervinieron quirúrgicamente por medio de resección tumoral en Cirugía Despierto. Fue a través de entrevistas iniciales, evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas, entrevistas a familiares de los y las pacientes, que su trabajo empezó a adquirir relevancia; mas su énfasis se consolidó en tareas como: las valoraciones de pacientes candidatos a Cirugía Despierto, la preparación pre-operatoria de los y las pacientes que se intervendría bajo esta modalidad, la evaluación neuropsicológica y el acompañamiento emocional durante este proceso quirúrgico, la evaluación neuropsicológica post-operatoria, la atención psicológica y acompañamiento emocional durante la hospitalización y el acompañamiento psicológico y emocional con los familiares. Durante su trabajo sin embargo, reconoció como limitación asociada a un factor de tiempo y recursos, la imposibilidad de realizar las sesiones psicoeducativas con pacientes y

familiares, las sesiones grupales con los y las pacientes intervenidos por tumores cerebrales y la atención en el servicio de urgencias.

Dada la demanda creada por Ortega (2013), se identificó la necesidad de dar continuidad al proceso con el trabajo realizado por Ortiz (2014), cuya inserción profesional se enfocó en el ámbito de la psicoeducación. Introdujo la construcción de materiales y herramientas de apoyo que permitieran a familiares y pacientes comprender mejor el procedimiento quirúrgico al que se estarían exponiendo y las posibles consecuencias del mismo, además profundizó en la exploración de las herramientas posibles de valoración de las Funciones Ejecutivas de los y las pacientes. Por otro lado, colaboró en el proceso de perfeccionamiento del protocolo de evaluación neuropsicológica que se implementó en un primer momento, dando como resultado un protocolo más elaborado.

Para finalizar con este apartado, Salazar (2012), quien ha dirigido y supervisado las Prácticas Dirigidas mencionadas, afirma la importancia de trabajar sobre la rehabilitación neuropsicológica, al ser “un proceso que mejora el rendimiento en distintas áreas neuropsicológicas y aumentan el bienestar de las personas” (p.126-127). Además, considera como uno de sus objetivos, propiciar un mejor ajuste en el entorno y un funcionamiento personalmente satisfactorio en las actividades cotidianas de la persona, mediante sostener, incrementar o mejorar la capacidad y habilidad cognitiva, emocional y conductual del individuo (Salazar, 2012).

A continuación, se presenta los conceptos y propuestas teóricas desde los cuales parte el presente trabajo.

## 2.4 Marco Conceptual

La presente Práctica Dirigida presentó la misma lógica conceptual de los proyectos que la antecedieron (Ortega, 2013; Ortiz, 2014), haciendo una actualización de los contenidos expuestos en estas y retomando sus estructuras temáticas. Por esta razón, se parte de la consideración del factor psicológico como aspecto fundamental a la hora de concebir la salud, circunscribiéndose al modelo biopsicosocial.

Dicho modelo se caracteriza al irrumpir en la dicotomía biomédica de la salud-enfermedad incluyendo, más allá del factor biológico, otros dos factores: el psicológico y el social. Por tanto, el modelo biopsicosocial se define como:

Un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles (Bishop, 1994, citado en: León, Medina, Barriga, Ballesteros & Herrera, 2004, p. 35)

Partiendo de este modelo, a continuación, se expondrán una serie de conceptos que permitirán tener una mayor claridad en cuanto a las actividades y el trabajo en general que se realizó durante este proyecto.

### *i. Salud*

La salud se entenderá según lo que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones” (2006).

Queda evidenciado que este concepto se adhiere al modelo biopsicosocial desde el cual se partió en esta Práctica Dirigida. La complejidad de los factores que abarca la salud hace que su definición tenga un carácter multidimensional, resquebrajando la concepción de salud vista como la ausencia de enfermedad. A través de esta nueva visión, el foco de

atención se amplía a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, favoreciendo el trabajo multidisciplinario.

Esta concepción de la salud, se descentraliza de las causas patogénicas de la enfermedad al abrirle espacio a los otros factores que la constituyen, como son el factor mental y el social. Desde esta consideración, se habla de que aquellas personas que mantengan un equilibrio o coherencia entre los tres aspectos que la conforman, son más resistentes ante posibles infecciones o altos niveles de estrés, que pueden precipitar en una enfermedad de mayor gravedad (León, et al., 2004 y Oblitas, 2006); de igual manera, quienes descuiden alguno de los factores se verán más propensos a tener algún posible malestar.

Es gracias al posicionamiento desde el modelo Biopsicosocial de la Salud que esta Práctica Dirigida fue llevada a cabo. La inclusión del factor psicológico como uno de los tres pilares de la salud, permite considerar el rol del psicólogo como parte del personal encargado de este ámbito. Así mismo, el modelo ha permitido el origen del concepto que prosigue en descripción.

## *ii. Psicología de la Salud*

Es la vertiente de la Psicología que estudia el comportamiento de la persona y los estilos de vida que afecta su salud física, incluyendo la promoción de salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo, el perfeccionamiento del sistema de salud y la modificación de la opinión pública respecto a ciertos temas de la salud (Brannon, 2007). Su objetivo se centra en ayudar a identificar esos factores de riesgo o condiciones que precipitan a que un individuo padezca una enfermedad crónica que le vaya a perjudicar no sólo su salud, sino también su calidad de vida (Brannon, 2007).



Oblitas (2006), posicionándose desde la Psicología de la Salud, indica que para tratar este tipo de enfermedades crónicas, que son objetivo de esta disciplina, se debe hacer énfasis en cuatro áreas: a) evaluación y rehabilitación neuropsicológica, en aquellos casos en que el o la paciente presente un deterioro cognitivo, b) evaluación y tratamiento psicológico de los problemas físicos originados por la enfermedad, c) tratamiento psicológico con el fin de que el o la paciente se adhieran al tratamiento médico y d) tratamiento psicológico de problemas emocionales que surjan por el diagnóstico de la enfermedad crónica.

Estas cuatro áreas que describe Oblitas (2006), introducen lo que vendría a ser el rol del profesional en Psicología dentro del ámbito de la salud desde esta perspectiva, mencionando los lineamientos desde los cuales el sustentante realizó su Práctica Dirigida. A continuación, se detallará las funciones del profesional en psicología en el ámbito de la Salud.

### ***iii. Rol de la Persona Profesional en Psicología***

Con el surgimiento del modelo biopsicosocial, los y las profesionales en psicología empezaron a abrirse espacios en el ámbito de la Salud. Gracias a la inclusión de los factores mentales y sociales, se abrió un nuevo campo de inserción para la Psicología que el modelo biomédico estaba obstaculizando. A partir de ese momento, la Psicología dejó de ser un área que atendía únicamente los casos en los que la enfermedad física afectaba el factor mental del individuo, para pasar a tener un rol fundamental en la prevención de enfermedades que pueden surgir por el desequilibrio a nivel psicológico.

Buela-Casal (2004), indica que en la actualidad existen ciertas disciplinas que llevan un trabajo interdisciplinario en el ámbito de las ciencias de la salud, en donde la Psicología hace una labor fundamental, por ejemplo: Psiconeuroinmunología, Psicooncología,

Psicología Médica, Medicina Conductual y Medicina Psicosomática. Así mismo, desde estas y otras disciplinas se ha incluido para trabajar en temas como la eutanasia, la intervención en crisis y catástrofes, la prevención e intervención en VIH/SIDA, esto permite demostrar categóricamente su rol a nivel de la salud.

Para Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas (2008):

Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en todos los trastornos y enfermedades. Y a su vez, todos los trastornos y enfermedades, poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico (p. 173).

Por tanto, aquella persona profesional en Psicología que sea incluida en el trabajo interdisciplinario de la salud, deberá ser una promotora en la transmisión de los conocimientos directamente a los y las personas usuarias, tratando no solo de resolver los problemas de los y las pacientes, sino facilitando los recursos teórico-técnicos para convertir a la persona atendida en un agente activo en su propia salud y en la de los demás (Rivero, et al., 2008).

Apoyando la afirmación de Rivero, et al. (2008), Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) exponen que las personas afectadas a nivel oncológico presentan una serie de reacciones psicológicas negativas como resultado de su diagnóstico, tales como: ansiedad, depresión e ira. Por tanto, si la enfermedad deriva en una serie de sintomatologías psicológicas, y los síntomas mentales inciden en los problemas físicos (según el modelo biopsicosocial), la intervención psicológica no solamente es necesaria, sino fundamental para el tratamiento de este tipo de pacientes.

Por último, específicamente en cuanto a la labor de los y las profesionales en Psicología de la salud, Brannon (2007) indica que el trabajo está circunscrito a una

combinación de la psicoeducación, la investigación y, en particular, proporcionar distintos servicios a las personas a nivel privado o público, en conjunto con profesionales de la salud como terapeutas físicos, enfermeros, médicos, etc.

#### *iv. Neuropsicología*

Al considerar el rol del psicólogo dentro de distintas áreas de la salud, como las descritas al inicio del concepto anterior, Salazar (2012) describe a la Neuropsicología como “el área de conocimiento especializado que estudia el desarrollo normativo y las consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales de la lesión cerebral en los seres humanos a lo largo del ciclo vital” (p. 124).

En cuanto a la labor neuropsicológica, Salazar (2012) menciona que la Neuropsicología debe posibilitar que aquellos pacientes con lesiones cerebrales puedan afrontar las demandas del entorno en sus diferentes niveles: funcional, laboral, académico y social, aprovechando las habilidades que mantienen y rehabilitando aquellas que se han deteriorado por la lesión. Por otro lado, Boake (2008) indica que el profesional en esta área debe proveer servicios que incluyan las consultas y las intervenciones a personas con desórdenes mentales, sobre todo por su experiencia en la integración de información conductual, psicológica y neurológica.

De acuerdo a Gil (2007) (citado en Ortega, 2013), la Neuropsicología se destaca por tener los siguientes tres objetivos: a) Diagnósticos: con los cuales se pretende conocer la disfunción del paciente en cuanto a su comportamiento y pensamientos, tomando en cuenta la lesión que padece y haciendo uso de las imágenes neurológicas que se puedan proporcionar; b) Terapéuticos: se caracteriza por la comprensión del trastorno y el análisis del mismo, promoviendo una reeducación con la información detallada y obtenida; y c)

Cognoscitivos: está relacionada con la relación entre la neurología del comportamiento y las ciencias humanas.

*v. Evaluación Neuropsicológica*

Para cumplir con los objetivos destacados en el párrafo anterior, la evaluación neuropsicológica resulta ser una herramienta fundamental. Se considera esta evaluación como aquella que provee información adicional sobre la salud del paciente y se usa principalmente para el diagnóstico, manejo del paciente, las intervenciones, la rehabilitación y para dar de alta a la persona; es entonces una evaluación objetiva y comprensiva de una amplia gama de áreas relacionadas con funciones cognitivo-conductuales (Zillmer, 2008).

Esta evaluación es considerada como una herramienta ideal para que los y las profesionales en Neuropsicología identifiquen, cuantifiquen y describan los cambios en el comportamiento que se relacionan con los aspectos cognitivos, permitiéndoles realizar recomendaciones para el tratamiento y la rehabilitación de los y las pacientes. De igual manera, esta herramienta puede brindar información sobre el impacto de la lesión cerebral en la persona a nivel educativo, social y profesional (Zillmer, 2008). Para Tirapu (2007), el objetivo de estas evaluaciones ha dejado de centrarse específicamente en la identificación de la alteración de las funciones que se regulan mediante la corteza cerebral; actualmente se dirigen hacia las necesidades del tratamiento de los y las pacientes que tienen afectadas las funciones cerebrales superiores.

Dadas estas consideraciones, Tirapu (2007) enfatiza en la necesidad y la importancia que se le debe dar a los programas de rehabilitación cognitiva, concepto al que se atenderá posteriormente en el presente apartado.

## **vi. Evaluación Psicológica**

La evaluación psicológica ofrece un análisis del comportamiento cuyo objetivo está destinado al diagnóstico, orientación, selección o tratamiento (Fernández-Ballesteros, 2000). Es importante aclarar en esta conceptualización que el proceso de evaluación psicológica no se reduce a la aplicación de tests, sino que es el proceso más general de observación y entrevistas, en el que se inicia con la recolección de datos, formulación de una hipótesis y por último se llega a una conclusión; la aplicación de tests viene a ser un medio por el cual se pueden obtener resultados que permitan confirmar las hipótesis del caso (Fernández-Ballesteros, 2000).

Mientras la evaluación neuropsicológica se centra en las áreas encargadas de las funciones cognitivo-conductuales y su nivel de funcionamiento, la evaluación psicológica nos permite indagar sobre las características personales, habilidades, datos biográficos, intereses e incidentes críticos, que se comunican entre la persona entrevistada y quien entrevista ya sea de manera verbal o no verbal (Fernández-Ballesteros, 2004 citado en Ortega, 2013).

En esta práctica, se hizo uso de ambos tipos de evaluación, adquiriendo toda la información pertinente del paciente que permita brindarle un servicio más integral con el fin de obtener los mejores resultados posibles.

## **vii. Tumores Cerebrales**

Es a través de ambos tipos de evaluación que se ha obtenido la información pertinente de los y las pacientes diagnosticados con tumoración cerebral.

Los tumores cerebrales son aquellos que se originan en el cerebro, es importante hacer énfasis en esta característica, dado que en muchas ocasiones ciertos tumores que se encuentran en el cerebro son resultado de otros presentes en otra parte del cuerpo, siendo que a este tipo de tumores se les denomina Tumores Cerebrales por Metástasis (National Cancer Institute, 2013).

Los tumores consisten en células extra que el cuerpo no necesita o células viejas y dañadas que no han muerto como debían. Esta extra generación de células o baja mortalidad de las mismas, producen una masa de tejido que es conocida como tumor (National Cancer Institute, 2013). Existen dos tipos de tumores: benignos (aquellos que no están formados por células cancerígenas) y malignos (contienen células cancerígenas). Para el primer tipo resaltan las características quirúrgicas de ser de fácil extracción y difícilmente vuelven a surgir, no se propagan a otras partes del cuerpo, aunque pueden perjudicar a la persona ya que en ciertas situaciones le generan presión en sitios de gran relevancia o están ubicados en zonas que, al realizar su extracción, pueden conllevar algún tipo de lesión en áreas funcionales no afectadas directamente por el tumor. El segundo tipo presentan un crecimiento veloz, incluyendo la invasión que hacen en otras zonas y su aparición normalmente hace que la vida de la persona peligre (National Cancer Institute, 2013).

La mayoría de los tumores cerebrales nacen en las células gliales, razón por la cual se les denomina gliomas. En adultos, los principales tipos de tumores son: astrocitoma (nace en los astrocitos y normalmente se ubica en el cerebro), meningioma (nace en las meninges, normalmente es benigno) y los oligodendrogliomas (nace en los oligodendrocitos y es más común en adultos de mediana edad) (National Cancer Institute, 2013).

La sintomatología más común que va de la mano de los tumores cerebrales se relaciona con dolores de cabeza, náuseas y vómitos, cambios en el lenguaje, la visión y la audición, problemas en el equilibrio y para caminar, cambios en la personalidad y la capacidad de concentración, problemas de memoria, convulsiones, insensibilidad u hormigueo en los brazos y piernas (National Cancer Institute, 2013)

#### *viii. Cirugía Despierto*

Una de los procedimientos para revertir las lesiones causadas por los tumores cerebrales, descritos anteriormente, es la Cirugía Despierto. Esta es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el o la médico neurocirujano procede a remover el tumor cerebral del paciente, mientras éste se mantiene consciente y responde a una serie de instrucciones, tareas y preguntas que le realiza el personal. Se realiza con el fin de identificar si el área cortical que se está interviniendo es esencial para el desarrollo de alguna función cognitiva (Talacchi, et al., 2013).

El procedimiento permite realizar un mapeo cerebral, mediante la estimulación eléctrica de las zonas cerebrales que se van a operar, con el fin de detectar el funcionamiento de las mismas, así mismo este mapeo incluye una evaluación cognitiva de las respuestas que genere el paciente (Talacchi, et al., 2013). El personal a cargo debe estar constituido por un equipo interdisciplinario que incluya profesionales en: terapia de lenguaje, neuropsicología, neurología, enfermería y neurocirugía.

A nivel nacional, esta modalidad se lleva a cabo únicamente en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México. Como bien se ha expuesto, el trabajo a nivel neuropsicológico es único en el país, apoyando la labor de este departamento y sobresaliendo del resto de centros de salud. Esta inserción y la modalidad descrita, permite que este

procedimiento se acerque a los estándares internacionales, buscando la calidad de vida de los y las pacientes, afectando en menor medida procesos cognitivos fundamentales como resultado de la intervención.

#### ***ix. Funciones Ejecutivas***

El término de Funciones Ejecutivas (FE) no puede entenderse como un proceso cognitivo unitario. Es un concepto psicológico que abarca un conjunto de habilidades que controlan y regulan otras habilidades y conductas (Ardila & Ostrosky, 2012; Lozano & Ostrosky, 2011). Entre las funciones que abarcan se encuentran la anticipación, la selección de metas, planeación, iniciación de la actividad, autorregulación, flexibilidad mental, control de la atención, inhibición, así como la coordinación de la cognición y la emoción/motivación (Lozano & Ostrosky, 2011; Ardila & Ostrosky, 2008; Flores & Ostrosky, 2008; Rojas, Lorenzana, Luviano, Yáñez, Ruiz & Hernández, 2007).

La importancia de las FE en la vida cotidiana de la persona radica en la capacidad de los individuos para afrontar las situaciones inusuales o novedosas; así mismo permiten inhibir una serie de conductas que pueden afectar sus relaciones sociales (Ardila & Ostrosky, 2012).

En la actualidad existe una gran controversia acerca de la neuroanatomía de estas funciones. Si bien es cierto que la corteza prefrontal se ha visto como una de las áreas que más interviene en estos procesos, se ha encontrado que sus conexiones aferentes y eferentes hacia otras estructuras posteriores, corticales y subcorticales son trascendentales para su funcionamiento; debido a lo anterior, las FE se consideran que son mediadas por redes dinámicas y flexibles que no se pueden localizar en un área particular (Ardila & Ostrosky, 2012; Ardila & Ostrosky, 2008; Lozano & Ostrosky, 2011; Flores & Ostrosky, 2008). Esto



ha llevado a considerar que la corteza prefrontal juega un papel muy importante en lo que es el control y el monitoreo de las FE y por eso el daño en esta zona afecta desde alteraciones a nivel emocional y la conducta social, hasta el pensamiento abstracto y la metacognición (Flores & Ostrosky, 2008; Ardila & Ostrosky, 2008).

Actualmente, la lesión en la corteza prefrontal, que en algún momento se le conoció como “síndrome frontal”, no puede considerarse como un daño propio de esta área, ya que su afectación produce características cognitivas y conductuales muy diversas. Ante esto, surge la denominación de Síndrome Disejecutivo, nombre que abarca un mayor espectro de alteraciones frontales y ejecutivas que no se especifican en una región anatómica particular (Flores & Ostrosky, 2008)

Esta conceptualización de Síndrome Disejecutivo permite enfocar distintos procesos y mecanismos cognitivos, desviándose de la necesidad de ubicar el daño en una zona particular (Flores & Ostrosky, 2008). De igual manera, esta nueva definición del daño concuerda con la diferenciación necesaria que se hace entre las FE y las funciones de los lóbulos frontales, donde las primeras son un constructo psicológico abarcador de distintas funciones y las segundas se relacionan con términos anatómicos e incluyen áreas funcionalmente distintas (Ardila & Ostrosky, 2012)

Ante la importancia indudable de las FE en la vida cotidiana, la recuperación de estas habilidades afectadas por la intervención quirúrgica de los tumores cerebrales debe trabajarse, entendiendo los alcances y limitaciones del proceso de rehabilitación neuropsicológica.

## ***x. Rehabilitación Neuropsicológica***

El apoyo y acompañamiento a personas con tumoración cerebral que sufren afectaciones de las funciones ejecutivas y presentan Síndrome Disejecutivo, no pueden quedarse únicamente en el diagnóstico y la evaluación cognitiva de los y las pacientes. En esta Práctica Dirigida se implementó la aproximación supervisada al proceso de rehabilitación neuropsicológica (RN) cuyo objetivo consiste en “sostener, incrementar o mejorar la capacidad y las habilidades cognitivas, emocionales y conductuales del individuo para permitir un mejor ajuste a su entorno y un funcionamiento más adecuado y personalmente satisfactorio en su vida cotidiana” (Salazar, 2012). De manera similar, Zabala, et al. (2003) indican que el objetivo de la RN se centra en el incremento de la autonomía de las y los pacientes y su calidad de vida, además de disminuir la carga familiar, aspecto que no estaba siendo considerado en la definición anterior.

En las prácticas anteriores el impacto de la labor neuropsicológica se centró en el proceso de evaluación en sus diferentes momentos (pre, trans y post operatoria) y el trabajo a nivel psicoeducativo. Mediante esta Práctica Dirigida, se brindó un abordaje neuropsicológico integral a muchos de los y las pacientes, buscando estimular la recuperación de algunas de sus funciones y habilidades afectadas por la lesión, mejorando su calidad de vida.

## **3. Objetivos**

### **3.1 Objetivos Generales**

- i. Evaluar neuropsicológicamente (cognitiva, conductual y emocionalmente) pacientes del Servicio de Neurocirugía del Hospital México

- ii. Proporcionar información sobre el estado neuropsicológico de los y las pacientes con tumoración cerebral al personal médico del Servicio de Neurocirugía del Hospital México.

### **3.2 Objetivos Específicos**

*a. Objetivos en Continuidad (derivados de la demanda generada por las Prácticas Dirigidas antecedentes)*

- i. Adquirir competencias asociadas a la entrevista, el diagnóstico, la atención clínica psicológica y el manejo de pacientes y familiares en el servicio de Neurocirugía y de la Unidad de Neuro-oncología del Hospital México.
- ii. Participar en el proceso de aplicación y entrenamiento de un protocolo de valoración neuropsicológico para el servicio de atención de Neurocirugía y de Neuro-oncología del Hospital México.
- iii. Participar y colaborar en el espacio ya creado para una persona profesional en Psicología con el equipo del Servicio de Neurocirugía en el proceso de la preparación y acompañamiento emocional de los y las pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, antes y durante la cirugía.
- iv. Colaborar en la valoración neuropsicológica breve a pacientes en la sala de cirugía mediante la aplicación del Protocolo de Evaluación Neuropsicológica Transoperatoria utilizado por Ortega (2013).
- v. Aportar observaciones neuropsicológicas en el trabajo multidisciplinario y las sesiones de interconsulta propias de la práctica clínica del servicio de atención de Neurocirugía y de la Unidad de Neuro-oncología del Hospital México.

*b. Objetivos Nuevos (creados a partir de los resultados y necesidades identificadas en las Prácticas Dirigidas antecedentes)*

- i. Colaborar en la definición de los lineamientos y orientaciones generales basadas en evidencia para la compensación de las secuelas de los y las pacientes, en una aproximación a la rehabilitación cognitiva en convenio con el Módulo de Neuropsicología de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.
- ii. Sistematizar los resultados obtenidos por Ortega (2013) y Ortiz (2014), en cuanto a la valoración de los instrumentos utilizados para la evaluación neuropsicológica.
- iii. Participar y apoyar el proceso de psicoeducación de los y las pacientes y sus familiares.
- iv. Presentar un informe con los resultados y la información obtenida luego de tres años de iniciado este proyecto, con el fin de consolidar la labor neuropsicológica en el servicio y abrir un espacio definitivo para continuar solventando la demanda.

### **3.3 Objetivos Externos**

- i. Dar seguimiento y garantizar la continuidad de atención de las necesidades asociadas a la práctica clínica de la Psicología y la Neuropsicología en la atención de la población que sufre tumores cerebrales y sus demandas de servicios de intervención.
- ii. Posibilitar la atención de la necesidad expresa actual de valorar las FE y las secuelas percibidas en la vida cotidiana.

## **4. Metodología**

### **4.1 Población**

A. Beneficiarios directos: los y las usuarias del Servicio de Neurocirugía y sus familiares, durante el período de Agosto 2014 a Agosto 2015, referidos por los y las

médicos cirujanos para realizar una evaluación psicológica o neuropsicológica e intervenciones psicoeducativas.

- B. Beneficiarios indirectos: el personal del Hospital México, especialmente las y los médicos cirujanos, personal administrativo, enfermería, entre otros, del Servicio de Neurocirugía.

El primer grupo fue usuario de servicios como evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas, acompañamiento emocional, apoyo psicoeducativo antes, durante y después de la cirugía, intervención en situaciones de crisis, rehabilitación neuropsicológica, entre otras.

El personal médico y administrativo del Servicio de Neurocirugía fue el principal beneficiario indirecto de las tareas y actividades realizadas. La información sobre el estado cognitivo, conductual y emocional de las y los usuarios y una presentación psicoeducativa, fueron los principales beneficios que obtuvieron. El personal de psicología y psiquiatría en el Servicios de Emergencias y Psiquiatría recibió colaboración en la atención de pacientes y familiares, así como el acercamiento a la evaluación de secuelas neuropsicológicas.

#### **4.2 Descripción de funciones y tareas realizadas:**

A continuación, se describirán las tareas y actividades realizadas por medio de las cuales el sustentante cumplió con los objetivos planteados durante el período de Agosto 2014 a Agosto 2015. Así mismo, se detallarán las habilidades, competencias y conocimientos adquiridos en relación con cada una de las tareas.

Cabe indicar que cada una de las actividades expuestas en el presente apartado, fueron supervisadas y realizadas en colaboración con el equipo asesor, particularmente por la Dra. Mónica Salazar como directora del Trabajo Final de Graduación y la M. Sc. Rocío

Vindas como Asesora Técnica, así como por parte del personal médico del Servicio de Neurocirugía del Hospital México.

*a. Entrevistas clínicas y encuadre inicial:*

A cada uno de los y las pacientes intervenidos se les entrevistó con el fin de indagar información pertinente para la toma de decisiones en cuanto a su abordaje. Esta tarea se enfocó en los siguientes aspectos:

- Datos Sociodemográficos: edad, sexo, nacionalidad, estado civil, escolaridad, domicilio, oficio, condición de asegurado, lateralidad, estado laboral actual (pensionado, incapacitado, desempleado, activo), idiomas, medio para contactarlo.
- Historial Médico: historia médica previa (cirugías, internamientos, enfermedades, entre otras), presencia de convulsiones, antecedentes patológicos familiares, tratamiento farmacológico actual, accidentes/lesiones previas, psicopatologías previas y actuales, diagnóstico actual.
- Historial Psicológico: breve historia de vida, redes de apoyo, herramientas de afrontamiento a la ansiedad, manifestaciones emocionales de su estado de salud actual, pasatiempos, cambios percibidos a nivel conductual, emocional o cognitivo y dinámica familiar.

Mediante el encuadre inicial, se explicó el motivo por el cual había sido referido a Psicología, cómo se desarrolla el procedimiento para ser intervenido mediante la modalidad de Cirugía Despierto, las diferentes áreas y profesionales involucrados dentro del equipo, y finalmente la necesidad de evaluaciones y entrevistas como herramientas para la toma de decisiones respecto a su abordaje.

En la medida de lo posible, estas actividades se llevaron a cabo en espacios que mantuvieran la confidencialidad de la información con el fin de mantener la privacidad del usuario. Así mismo, los datos obtenidos fueron claves en la toma de decisiones en conjunto con los demás profesionales de la salud, de manera que se le brindara la mejor intervención en busca de su calidad de vida.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: manejo de entrevista psicológica clínica y encuadre inicial, manejo del tiempo, empatía, intervención en crisis, flexibilidad en cuanto a herramientas terapéuticas, revisión previa del expediente médico, conocimientos de Neuropsicología.

*b. Entrevistas a Familiares de pacientes:*

Se le solicitó a cada una de las personas atendidas que acudiera con algún familiar, cuidador o persona cercana, con el fin de complementar las entrevistas. Mediante esta se obtuvo información relevante acerca de la historia de vida, características personales, cambios a nivel neuropsicológico (emocionales, conductuales o cognitivos), desenvolvimiento en el entorno cotidiano o cualquier otro detalle de relevancia.

Esta técnica fue fundamental en la comprensión de aspectos como la conciencia de enfermedad, dinámica familiar o cambios sufridos como consecuencia de la lesión, ya que en muchas ocasiones el acompañante conocía aspectos que el o la usuaria no mencionaba.

Así mismo, se logró establecer un vínculo con el sustentante que influyó en la buena comunicación para la actualización del estado de salud del usuario.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: manejo de entrevista psicológica clínica, empatía, intervención en crisis, abordaje de los sistemas familiares, principios de Neuropsicología.

*c. Evaluaciones Psicológicas y Neuropsicológicas:*

Fue necesaria la administración de pruebas y subpruebas psicológicas y neuropsicológicas como: Cuestionario de Calidad de Vida EuroQoL-5D, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y las presentes en el protocolo de evaluación Pre/Trans/Post quirúrgico elaborado por Ortega (2013) como: Test Barcelona – Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica, Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS), Neuropsi Atención y Memoria, Neuropsi Breve en Español, Trail Making Test (TMT) y el Test de Colores y Palabras Stroop. La aplicación de estas herramientas estuvo supervisada en todo momento por la Asesora Técnica de la Práctica Dirigida y se contó con el espacio físico adecuado para el control de las condiciones ambientales, minimizando la intervención de posibles distractores.

El protocolo fue utilizado únicamente en casos referidos como candidatos a Cirugía Despierto, por lo que las evaluaciones realizadas a las y los demás pacientes del servicio se llevó a cabo mediante el Neuropsi Breve en Español (Ostrosky, Gómez, Matute, Rosseli, Ardila & Pineda, 2007).

A continuación se describen los tres tipos de evaluaciones realizadas:



- Valoraciones Prequirúrgicas: principalmente se realizaron a pacientes candidatos a Cirugía Despierto, sin embargo en algunos casos el personal médico refirió usuarios beneficiarios de otro tipo de intervenciones. Esta evaluación consistió en la principal función del sustentante, quien tomó en cuenta la información obtenida mediante la entrevista psicológica inicial, tanto del paciente como del familiar. De esta manera, el sustentante y la Asesora Técnica, evaluaron la capacidad de atención y seguimiento de instrucciones, conciencia de enfermedad, orientación en tiempo y espacio y, fundamentalmente, el manejo de ansiedad. Luego se analizó la información y, junto al personal del equipo de Anestesia y Psiquiatría, se tomaron las respectivas decisiones acerca de ser o no intervenido mediante esta modalidad.
- Valoraciones Transoperatorias: consistió en la aplicación de subpruebas del protocolo diseñado por Ortega (2013), con ayuda de un dispositivo electrónico portátil para facilitar la presentación de los estímulos. El médico cirujano era quien indicaba el momento en el que se debía iniciar con dicha valoración. Se presentaron dos casos en que el usuario se intervino bajo estimulación cortical con anestesia general, por lo que la evaluación transoperatoria consistió en observar si se presentaba algún tipo de movimiento en distintas zonas del cuerpo.
- Valoraciones Postquirúrgicas: como parte del proceso de seguimiento de los y las pacientes se procuró realizar una evaluación 2 o 3 meses posteriores a la cirugía, sin embargo, se presentaron casos en lo que este período fue mayor. Esta intervención, consistió en una entrevista clínica realizada tanto al usuario como a la persona acompañante, valorando los mismos aspectos que en la entrevista prequirúrgica y adicionalmente aquellos necesarios para valorar la evolución desde la intervención quirúrgica. Se aplicó el protocolo diseñado por Ortega (2013).

- Valoración Post-rehabilitación: el único caso atendido en el centro de salud para un proceso de rehabilitación neuropsicológica, fue reevaluado con el protocolo de evaluación citado anteriormente. Esto permitió realizar una comparación de los resultados del usuario posterior a la cirugía y después de las sesiones de rehabilitación recibidas.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: aplicación e interpretación de pruebas psicológicas y neuropsicológicas, así como sus sustento teórico-clínicos, análisis en conjunto de información obtenida mediante entrevistas, pruebas y evaluaciones, dominio de principios básicos neuropsicológicos, neuroanatómicos, neuroquirúrgicos y neurológicos, coordinación y comunicación multidisciplinaria para determinar el tratamiento. Elaboración de informes clínicos psicológicos.

*d. Acompañamiento emocional a pacientes intervenidos bajo Cirugía Despierto y sus familiares:*

En los días previos a la intervención quirúrgica, se realizó una sesión con los y las pacientes y familiares con el fin de brindar las técnicas necesarias para el manejo de la ansiedad y sus síntomas. Las herramientas empleadas fueron, principalmente, técnicas de relajación muscular progresiva y de respiración diafragmática, las cuales se explicaron y practicaron con el y la paciente hasta lograr integrar todos los pasos. En algunos casos se realizaron ensayos similares a las tareas que serían evaluadas, con el fin de observar el rendimiento y así realizar los ajustes necesarios en caso de que existiera alguna dificultad para ejecutar las tareas asignadas.

Así mismo, se hizo uso de una presentación digital mediante la cual se mostró las diferentes etapas del proceso quirúrgico y los posibles sonidos presentes durante el mismo, esto con el fin de familiarizar al paciente al evento. El orden secuencial de esta herramienta presentó los diferentes escenarios, desde la salida del cuarto, el cambio de ropa, el ingreso a sala, la espera en pasillo, la aplicación de anestesia, la acomodación, la presentación del personal médico y enfermeros, el proceso de estimulación y el ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva de Neurocirugía (UTI). La Bach. María José Quesada realizó modificaciones en esta herramienta con el fin de mejorar su formato y presentación.

Posteriormente, los días de las cirugías, el sustentante acudió al centro hospitalario desde tempranas horas de la mañana, para brindar al paciente el respectivo acompañamiento emocional previo a la intervención. Durante ese espacio se evaluó su estado actual y se practicaron las técnicas de relajación anteriormente aprendidas. Estas técnicas se mantuvieron durante todo el período quirúrgico, interviniendo en la contención y apoyo cuando fuera requerido. Una vez finalizada la cirugía, se contactó de manera inmediata a los familiares del paciente para informar acerca de la finalización de la intervención.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: dominio en técnicas de relajación, específicamente relajación muscular progresiva y respiración diafragmática, empatía y cercanía al usuario. Se desarrollaron con flexibilidad habilidades clínicas asociadas a la escucha activa, la validación de sentimientos y el acompañamiento emocional.

*e. Psicoeducación a pacientes y familiares:*

El proceso psicoeducativo fue una labor constante en la mayoría de intervenciones con los y las pacientes y sus familiares. Esta herramienta se implementó en distintos períodos durante la instancia hospitalaria del usuario que a continuación se describen:

- Período Prequirúrgico: se realizaron sesiones de psicoeducación durante la misma sesión de entrenamiento de las técnicas de relajación, abordando aspectos como el detalle del proceso quirúrgico y las dudas de parte de las y los usuarios y familiares sobre la lesión, esto último junto al personal médico.
- Período Postquirúrgico: se acudió a visitar al paciente durante su estancia hospitalaria posterior a la cirugía, donde junto al familiar, se indicaba lo sucedido durante la intervención y el procedimiento a seguir en este momento. Se abordaban dudas y se realizaba una evaluación breve para conocer el estado del paciente.
- Período Post-rehabilitación: se le explicó todo el proceso que se llevó a cabo durante las 8 sesiones, la necesidad de mantenerse aplicando las estrategias entrenadas y motivándolo a continuar con las prácticas de salud mental incorporados en su repertorio.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: dominio básico en neuroanatomía, neurología y neurocirugía, dominio en cuanto a secuelas y funciones neuropsicológicas, dominio en técnicas de reestructuración cognitiva, uso de material psicoeducativo, dominio en técnicas de comunicación asertiva con familiares y pacientes.

*f. Elaboración de informes neuropsicológicos:*

Al finalizar cada evaluación neuropsicológica, se integraban impresiones con la supervisora técnica M. Sc. Rocío Vindas, quien finalmente redactó los resultados obtenidos. Para esto se integraron los datos de la entrevista clínica, historial médico, psicológico e historia de vida, así como los resultados cuantitativos de las subpruebas para cada área evaluada (atención, lenguaje, memoria, habilidades visoespaciales y funciones ejecutivas) y el puntaje obtenido a partir de la escala de ansiedad y depresión (HADs) y el cuestionario de calidad de vida (EuroQoL). Así mismo, se integró un resumen mencionando las dificultades cognitivas y el estado afectivo-emocional de la persona consultante, para una mayor facilidad en la comunicación con el personal médico (en los casos que así lo requerían, se indicaba si la intervención bajo estimulación cortical despierto era apta o no para el usuario).

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: habilidad en la sistematización de la información, dominio básico en la redacción de informes psicológicos, dominio básico del vocabulario utilizado por el personal de salud en centros hospitalarios, dominio de principios básicos en neurología, neurocirugía y neuropsicología.

*g. Acompañamiento emocional a pacientes y familiares internados en el Servicio:*

Esta actividad se realizó con la población que necesitó ser internada en el Servicio de Neurocirugía para ser intervenida quirúrgicamente bajo modalidades distintas a la Cirugía Despierto. La mayor parte de los casos fueron referidos por el personal médico residente o asistente, quienes solicitaban colaboración desde la psicología para abarcar algún tema particular que estaba interfiriendo con la buena comunicación entre el o la paciente y el personal médico.

Para estos casos, el sustentante, supervisado por la Asesora Técnica, brindó el soporte emocional necesario tanto a familiares y pacientes, además intervino en la expresión de dudas del usuario al médico, o bien, en la solicitud de nuevos tratamientos o comodidades que no habían sido atendidas hasta el momento. Así mismo, en ocasiones se logró coordinar reuniones con los Jefes del Servicio o los y las médicos tratantes de los y las pacientes, con el fin de que explicaran y aclararan todas las dudas respecto al tratamiento.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: intervención en crisis, técnicas de comunicación asertiva, flexibilidad en la aplicación de técnicas psicológicas, trabajo en equipo, habilidad en la aplicación de técnicas psicológicas en diferentes espacios físicos.

*h. Participación interdisciplinaria en las visitas y sesiones clínicas del Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-oncología:*

Se participó activamente con el personal del Servicio de Neurocirugía en las visitas de pacientes referidos e internados, con el fin de conocer su estado actual y el procedimiento a seguir. Al inicio se acudía únicamente a las visitas generales, las cuales se realizaban todos los miércoles, posteriormente se les acompañó todos los lunes para conocer los nuevos casos ingresados. En muchas ocasiones se brindó información acerca del estado psicológico del paciente o datos relevantes para brindar la mejor intervención.

Así mismo, la asistencia a las sesiones clínicas del Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-oncología fue regular. Todos los miércoles y viernes se discutían los respectivos casos con el fin de definir el tratamiento a seguir; en estas discusiones se intervino para aportar acerca del estado psicológico del paciente, para definir el mejor tratamiento para su calidad de vida.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: trabajo en equipo, comunicación asertiva, habilidad en la explicación de términos psicológicos a profesionales de otras áreas, dominio básico de técnicas radio y quimioterapéuticas, dominio básico en principios neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsicológicos, habilidad para la discusión de temas relacionados a la salud del paciente.

*i. Contribución al criterio de expertos para la adaptación de los instrumentos de Síndrome Disejecutivo:*

Como seguimiento de la labor realizada por Ortiz (2014) para la adaptación de la Escala de personalidad del Lóbulo Frontal (FLOPS), del Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADDS) y del Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP), se aportó en los ajustes a los ítems de acuerdo a los resultados de las entrevistas cognitivas realizadas previamente en el Servicio de Neurocirugía. Para esto se elaboraron varias tablas donde indicaban las adaptaciones realizadas y el ítem nuevo propuesto que sería evaluado mediante el criterio de expertos (Ver Anexo 4).

Además, se coordinó el juicio de expertos, el cual estaba constituido por el Dr. Miguel Esquivel, la Dra. Dessire Gutiérrez, la Dra. Ericka Torres, la Dra. Patricia Montero, la M. Sc. Rocío Vindas y la Dra. Mónica Salazar, que dio como resultado ítems adaptados de las anteriores pruebas a la población del Hospital México.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: dominio básico de la entrevista cognitiva, sistematización digital de información y resultados.
---

*j. Atención de pacientes por medio de rehabilitación neuropsicológica:*

Se ofreció la posibilidad de atender a dos pacientes para brindarles el servicio de rehabilitación neuropsicológica posterior a la cirugía (ver Anexos 5 y 6). Para el caso atendido dentro del centro de salud, supervisado por la Asesora Técnica M. Sc. Rocío Vindas, se realizaron 8 sesiones que comprendieron 2 evaluaciones neuropsicológicas mediante el Protocolo de Evaluación elaborado por Ortega (2013) y su respectiva entrega de resultados, además de 6 sesiones donde se implementaron técnicas, estrategias y herramientas cognitivas con el fin de optimizar, compensar y/o restaurar las funciones cognitivas afectadas por la cirugía o la lesión.

El otro usuario atendido, fue a través del Módulo de Neuropsicología de la Escuela de Psicología. Se le visitó a su hogar para realizar un total de 7 sesiones, implementando



estrategias de compensación para su déficit motor, espacios de expresión emocional y evaluaciones de algunas áreas cognitivas comprometidas.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: dominio básico en técnicas de rehabilitación cognitiva, flexibilidad en la aplicación de técnicas psicológicas, dominio básico en el abordaje de sistemas familiares, empatía, coordinación de citas, redacción de informes.

*k. Colaboración en la coordinación y realización de talleres psicoeducativos:*

Ante la posibilidad brindada en esta Práctica Dirigida para que dos estudiantes realizaran labores distintas en el Servicio de Neurocirugía, el sustentante mantuvo la labor de colaborar en la aplicación de talleres psicoeducativos realizados por la Bach. María José Quesada. La labor consistió en coordinar con los y las pacientes y familiares para que acudieran a la actividad, además de acompañar las sesiones y brindar aportes durante los talleres para complementar la información que se estaba trabajando.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: habilidad en la coordinación de sesiones, trabajo en equipo, dominio básico en el manejo de grupos.

*l. Sistematización y análisis de bases de datos:*

Se elaboró una sistematización y análisis de los datos clínicos registrados a lo largo del Proyecto de Prácticas Dirigidas, con el fin de ofrecer información acerca de las características y variables pertinentes de los y las pacientes que han sido atendidos durante los últimos tres años. Mediante esta estrategia, se ofreció un espacio de discusión y toma de decisiones en el equipo de salud del Servicio de Neurocirugía para las futuras intervenciones y los servicios que se ofrecen a través de este programa.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: dominio básico en técnicas estadísticas, dominio básico en análisis estadístico, sistematización de información, dominio básico en el uso de los programas Excel y SPSS, redacción de informes técnicos.

*Actividades emergentes*

Además de las actividades anteriormente descritas, el proceso de práctica permitió la realización de otra serie de tareas no contempladas al inicio. A continuación se describen las mismas:

*a. Presentación psicoeducativa al personal médico del Servicio de Neurocirugía acerca de Funciones Ejecutivas y Secuelas del Cuerpo Calloso:*

El personal médico solicitó la realización de una exposición que explicara los temas que se estaban trabajando por parte del sustentante durante las intervenciones con las y los usuarios, con el fin de comprender el sustento teórico y finalidad de las tareas aplicadas desde el área de psicología. Para esto se escogió investigar sobre las secuelas

neuropsicológicas de pacientes con lesiones en cuerpo calloso o cuyas intervenciones quirúrgicas afectarían dicha estructura anatómica; además se les brindó información sobre las funciones ejecutivas, su concepto y su relación con el proceder quirúrgico de los médicos.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: revisión de artículos científicos y búsqueda bibliográfica, habilidades para la exposición elocuente y el análisis de casos, dominio básico en principio neuropsicológicos, neurológicos y neuroquirúrgicos.

*b. Coordinación docente con el Módulo de Neuropsicología de la Universidad de Costa Rica para la atención de pacientes por medio de rehabilitación neuropsicológica:*

Con el fin de abarcar un mayor rango de usuarios para ser atendidos en rehabilitación neuropsicológica, la Universidad de Costa Rica, por medio del Módulo de Neuropsicología a cargo de la Dra. Mónica Salazar y el Lic. Luis Enrique Ortega y el Servicio de Neurocirugía del Hospital México posibilitaron la atención de nuevos pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente y demandaban la necesidad de trabajar sus secuelas a nivel cognitivo, conductual y emocional.

Ante esto, el sustentante intermedió la comunicación entre el centro hospitalario y la universidad para brindar la información necesaria de contacto y estado de salud de los y las pacientes, a las y los practicantes que atenderían sus casos. Además, se debió intervenir en varias ocasiones para referir nuevamente a algunos pacientes debido a que se habían

deteriorado o necesitaban un nuevo tratamiento farmacológico. El sustentante formó parte del equipo docente aportando a la comprensión y manejo de los casos.

Habilidades, competencias y conocimientos implicados: habilidad en la coordinación, intermediario entre Hospital México y Universidad de Costa Rica, dominio básico en rehabilitación neuropsicológica, dominio básico en principios psiquiátricos, neuroquirúrgicos y neuropsicológicos, habilidad en la atención de pacientes y familiares, habilidades en comunicación asertiva.

### **4.3 Descripción de materiales e instrumentos elaborados:**

Con el fin de sistematizar y ordenar el material e información resultante de las diversas tareas realizadas a lo largo del período de práctica, fue necesaria la confección de diversos materiales. Estos fueron elaborados con la colaboración y supervisión de la Asesora Técnica M. Sc. Rocío Vindas y la Directora Dra. Mónica Salazar. Por otro lado, se crearon materiales para mejorar la administración de la información brindada por el equipo de neuropsicología, en busca de facilitar al personal del servicio la búsqueda de esta información.

A continuación se describen los materiales elaborados:

- a. *Carpeta con documentación del mapeo cortical de los y las pacientes intervenidos bajo Cirugía Despierto desde Agosto 2013 hasta Agosto 2015:*

Para cada intervención quirúrgica bajo la modalidad de paciente despierto, el equipo en sala registra las áreas cerebrales que fueron estimuladas y la respuesta evocada. Estas láminas son incluidas al expediente médico del paciente respectivo, por lo que localizarlas

en algunos casos se dificulta, debido a la complejidad administrativa de solicitar los documentos. Ante esto, se decidió buscar todas las láminas de mapeo cortical y acomodarlas en una carpeta localizada en el Aula del Servicio de Neurocirugía para que el equipo tenga mayor facilidad de acceso.

*b. Carpeta con informes de los procesos de rehabilitación neuropsicológica, tanto el realizado en el Hospital México como los desarrollados bajo el Módulo de Neuropsicología de la Universidad de Costa Rica:*

Se adjuntaron todos los informes elaborados de rehabilitación neuropsicológica con el fin de que el personal médico y psicológico tenga acceso al trabajo realizado con las y los usuarios favorecidos. Esto permitirá conocer las herramientas utilizadas y las diferentes secuelas observadas, las cuales pueden haber sido omitidas por el personal del hospital al no observar el desenvolvimiento de los y las pacientes en su entorno cotidiano.

*c. Presentación digital psicoeducativa sobre Funciones Ejecutivas y Secuelas del Cuerpo Calloso:*

Con el fin de mostrar al personal del Servicio de Neurocirugía la labor que se estaba realizando desde la Psicología, fue solicitada una presentación que explicara las Funciones Ejecutivas, término poco conocido por otras ramas, para familiarizarse con el concepto ya que muchas de las y los usuarios de dicho departamento sufren secuelas en este nivel. Además, dadas las cirugías realizadas a través del Cuerpo Calloso, se solicitó una búsqueda de literatura y su debida divulgación sobre posibles secuelas a nivel psicológico. Este material se encuentra en una carpeta en Dropbox, a la cual los jefes del Servicio y la Asesora Técnica tienen acceso.

*d. Perfil Laboral de Profesional en Neuropsicología para puesto en Servicio de Neurocirugía:*

Con la colaboración de la Bach. María José Quesada, se confeccionó un documento con las tareas, competencias y requisitos que debe realizar y tener el profesional a cargo del puesto de Psicología en el Servicio de Neurocirugía. Esto permitirá al personal institucional escoger a la persona candidata más óptima para darle continuación a las labores realizadas hasta el momento por los y las practicantes.

*e. Tablas con ítems nuevos de los instrumentos de Síndrome Disejecutivo:*

Luego de realizar el criterio de expertos conformado por el Dr. Miguel Esquivel, la Dra. Dessire Gutiérrez, la Dra. Patricia Montero, la Dra. Ericka Torres, la Dra. Mónica Salazar y la M. Sc. Rocío Vindas, se crearon tres tablas para cada uno de los instrumentos que se esperan sean adaptados para la población costarricense: Flops, BADs, ISP. En dichas tablas se anotan los cambios realizados y el ítem nuevo propuesto por los expertos (ver Anexo 4).

*f. Informe técnico sobre la sistematización de la labor realizada por los y las estudiantes practicantes de psicología en el período de Agosto 2012 a Agosto 2015:*

Se realizó la entrega y discusión oral de un informe técnico que refleja la sistematización de las bases de datos que se han ido desarrollado durante el período comprendido entre 2012 y 2015. Esto tuvo como objetivo expresar y afirmar la necesidad de contratar un profesional en psicología en el Servicio de Neurocirugía debido a la demanda existente.

Para la elaboración de este documento, se utilizaron las dos bases de datos elaboradas a lo largo del período mencionado en el párrafo anterior. La primera incluye a la población que ha sido atendida a lo largo del período de prácticas dirigidas (Agosto 2012 a Agosto 2015) y que fueron evaluados(as) una única vez; y la segunda se conformó por aquellos usuarios(as) que fueron valorados antes y después de la cirugía. Como resultado de estas bases de datos, se dividió la muestra en tres subgrupos: pacientes atendidos durante el período 2012-2015, pacientes beneficiados con rehabilitación neuropsicológica, pacientes valorados antes y después de la cirugía. Para las dos primeras submuestras, se obtuvieron únicamente estadísticos descriptivos de las variables incluidas en la base de datos; en el tercer caso, se realizó una comparación del rendimiento pre y post quirúrgico de quienes recibieron ambas valoraciones (el proceso de análisis se presenta de manera más específica en el mesonivel del apartado de resultados).

#### **4.4 Descripción de las relaciones interdisciplinarias**

Para realizar las labores de manera exitosa fue necesario el trabajo en equipo con una serie de profesionales del área de salud y funcionarios del centro hospitalario. Gracias a esta labor multidisciplinaria, el sustentante desarrolló habilidades, competencias y conocimientos, además benefició el servicio brindado a las y los pacientes y sus familiares.

Las sesiones clínicas del Servicio de Neurocirugía y de la Unidad de Neurooncología, así como las visitas médicas a pacientes, fueron las principales actividades donde las relaciones interdisciplinarias se fortalecieron y permitieron al sustentante desarrollarse. Estos espacios permitieron el aporte de la Psicología y la Neuropsicología en la discusión de los casos y posibles tratamientos.

El personal multidisciplinario con el cual se compartió durante este período pertenecen a las siguientes especialidades: Neurocirugía, Neurología, Radiología, Psiquiatría, Psicología, Oncología Médica, Enfermería, Intensivistas, Emergenciología, Medicina General, Estudiantes de Medicina, Secretarias, entre otros. Esta variedad permitió tomar decisiones fundamentadas desde las distintas ramas en busca de la mejor calidad de vida de las y los usuarios.

A continuación se mencionarán los Servicios con los que se realizaron las diferentes funciones durante la práctica, o bien a quienes se les colaboró de alguna manera con sus labores (se excluye el Servicio de Neurocirugía al ser considerado el sustentante como parte del mismo):

1. Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental (enfermeras en salud mental, psiquiatras, psicólogos(as), secretarias administrativas, residentes)
2. Personal de Sala de Operaciones (enfermeros(as), auxiliares, instrumentistas y técnicos)
3. Servicio de Anestesia (anestesiólogos(as) y residentes)
4. Servicio de la Unidad de Intervención Intensiva del Servicio de Neurocirugía (Intensivistas, enfermeros(as), asistentes de pacientes, y residentes)
5. Servicio de Emergencias (Personal de limpieza y seguridad, emergenciólogos(as), residentes, psicóloga, estudiantes de medicina y enfermeros(as))
6. Servicio de Neurología (neurólogos(as) y residentes)
7. Servicio de Radiología (neuroradiólogos, radiólogos y residentes)
8. Servicio de Otorrinolaringología (otorrinolaringólogos(as) y residentes)



9. Servicio de Psico-oncología (psico-oncólogos(as))
10. Servicio de Oncología Médica (oncólogos(as) y residentes)
11. Servicio de Radioterapia (radioterapeutas)
12. Servicio de Trabajo Social (trabajadores sociales)

#### **4.5 Definición del sistema de supervisión y evaluación**

Las supervisiones clínicas se llevaron a cabo con la Asesora Técnica, la M. Sc. Rocío Vindas, quien es psicóloga del Servicio de Emergencias del Hospital México. Con ella se desarrolló un sistema de supervisión diario y/o semanal y se coordinó la elaboración de informes y el uso de una bitácora para facilitar el proceso. De manera directa, la persona que se encargó de velar por las labores realizadas del sustentante, fue el Dr. Miguel Esquivel, Jefe del Servicio de Neurocirugía.

Así mismo, existió un proceso paralelo de supervisión a cargo de la Directora de la práctica, Dra. Mónica Salazar y uno de los lectores, Lic. Luis Enrique Ortega, realizando reuniones al menos una vez por mes durante todo el lapso que contempló el proyecto.

La evaluación estuvo a cargo de manera directa por el Dr. Miguel Esquivel, quien veló por el cumplimiento de los objetivos planteados, en particular el impacto que la labor realizada tuvo en las personas atendidas y el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital. Es importante mencionar que una vez al mes se reunió el equipo conformado por la Dra. Mónica Salazar, el Lic. Luis Enrique Ortega, la M. Sc. Rocío Vindas, la Dra. Patricia Montero, la Dra. Dessire Gutiérrez y el Dr. Miguel Esquivel, a quienes se les presentó informes constantes de la práctica.

## **5. Resultados**

### **5.1 Sistematización de resultados de alcances por objetivo específico**

A continuación se presenta el detalle de indicadores y actividades que evidencian el cumplimiento de los objetivos específicos del presente Trabajo Final de Graduación. Se especifican también las dificultades que surgieron y la solución respectiva, así como las habilidades y competencias adquiridas gracias a estas intervenciones.

**Tabla 1. Resultados por objetivos específicos**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Actividades</b>	<b>Dificultades afrontadas y respectiva solución</b>	<b>Competencias Desarrolladas</b>
<b>1. Adquirir competencias asociadas a la entrevista, el diagnóstico, la atención clínica psicológica y el manejo de pacientes y familiares en el servicio de Neurocirugía y de la Unidad de Neuro-oncología del Hospital México.</b>	Se realizaron un total de 334 intervenciones (atención en crisis y contención a pacientes y familiares, evaluaciones, participación en cirugías, informes y notas de expediente, sesiones de rehabilitación neuropsicológicas, entre otras).	Se realizó un entrenamiento en la aplicación de la entrevista clínica y encuadre inicial. Se definió y coordinó el servicio brindado de acuerdo a los requerimientos del paciente. Se generaron espacios para la contención y evaluación de pacientes y familiares durante su estancia hospitalaria y consulta externa.	El espacio físico no siempre contaba con las condiciones necesarias para mantener la confidencialidad y privacidad de las personas atendidas, por lo que en ocasiones hubo que lidiar con constantes distracciones.	Adaptación y flexibilidad a las condiciones de trabajo en un centro de salud público costarricense.  Mayor dominio y destreza para la entrevista clínica y el manejo de pacientes y familiares.

Objetivo Específico	Indicadores	Actividades	Dificultades afrontadas y respectiva solución	Competencias Desarrolladas
<p><b>2. Participar en el proceso de aplicación y entrenamiento de un protocolo de valoración neuropsicológico para el servicio de atención de Neurocirugía y de Neuro-oncología del Hospital México.</b></p>	<p>Se realizaron un total de 22 evaluaciones neuropsicológicas con el Protocolo de Evaluación elaborado por Ortega (2013) (10 prequirúrgicas, 11 postquirúrgicas y 1 post-rehabilitación). Se elaboraron 22 informes respectivos a cada evaluación aplicada.</p>	<p>Se administró el Protocolo de Evaluación Neuropsicológica en valoración pre y post quirúrgicas. Se incluyó el respectivo informe de cada valoración.</p>	<p>El tiempo de administración del protocolo de evaluación y la entrevista clínica no siempre se adecuaba a los requerimientos de los usuarios. En muchas ocasiones se presentaban constantes interrupciones del personal médico durante la aplicación de los protocolos.</p> <p>Fue también una dificultad la alta demanda de referencias para la valoración neuropsicológica y la poca capacidad de respuesta debido a la cantidad de trabajo y limitación temporal del personal de psicología. Ello impedía cumplir con la demanda de forma expedita.</p>	<p>Manejo de la frustración ante situaciones adversas en la realización de las labores.</p> <p>Comprensión de que la evaluación incluye más datos no incorporados en un protocolo de pruebas.</p> <p>Mayor habilidad para el manejo de instrumentos de valoración y análisis de resultados de subpruebas neuropsicológicas.</p>
			<p>Se buscó ajustar la evaluación de pacientes de acuerdo a sus</p>	<p>Reconocimiento de las condiciones clínicas y</p>

Objetivo Específico	Indicadores	Actividades	Dificultades afrontadas y respectiva solución	Competencias Desarrolladas
			<p>capacidades y secuelas, en ocasiones dividiendo en dos sesiones la valoración o bien acortando el tiempo de entrevista clínica. Se coordinó con el personal médico las evaluaciones para evitar interrupciones. Se debió además escoger los casos prioritarios para valorar y coordinar con el personal. médico mayor tiempo de anticipación en las referencias</p>	<p>secuelas asociadas al diagnóstico tumoral y otras patologías neuroquirúrgicas.</p>

Objetivo Específico	Indicadores	Actividades	Dificultades afrontadas y respectiva solución	Competencias Desarrolladas
<p><b>3. Participar y colaborar en el espacio ya creado para una persona profesional en Psicología con el equipo del Servicio de Neurocirugía en el proceso de la preparación y acompañamiento emocional de los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, antes y durante la cirugía.</b></p>	<p>Se colaboró en la preparación y acompañamiento emocional a pacientes y familiares en 8 ocasiones, antes y durante la cirugía.</p>	<p>Se coordinó y activó las diversas funciones de los miembros del equipo de Cirugía Despierto. Además se ejecutó el plan multidisciplinario de acompañamiento emocional durante la cirugía. También se preparó mediante estrategias y herramientas para el control emocional al paciente. Y se implementó el material psicoeducativo del procedimiento de Cirugía Despierto a pacientes y familiares.</p>	<p>La preparación fue realizada, en la mayoría de ocasiones, en condiciones ambientales no aptas para las técnicas utilizadas. Por otro lado, la rotación del personal de sala cirugía impedía dar un seguimiento a los lineamientos para cumplir con las condiciones necesarias para esta intervención en particular.</p>	<p>Manejo de la estancia hospitalaria de pacientes en espera de cirugía.</p> <p>Acompañamiento afectivo-emocional a usuarios durante la cirugía.</p> <p>Comprensión de las diversas herramientas personales de cada paciente para afrontar la situación.</p> <p>Empoderamiento para brindar instrucciones al personal</p>

Objetivo Específico	Indicadores	Actividades	Dificultades afrontadas y respectiva solución	Competencias Desarrolladas
			<p>los lineamientos requeridos en Cirugía Despierto</p>	<p>multidisciplinario encargado de la sala de cirugía.</p>
				<p>Adquisición de habilidades y herramientas para reducir la ansiedad de los pacientes durante la cirugía.</p>

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Actividades</b>	<b>Dificultades afrontadas y respectiva solución</b>	<b>Competencias Desarrolladas</b>
<b>4. Colaborar en la valoración neuropsicológica breve a pacientes en sala de cirugía mediante la aplicación del Protocolo de Evaluación Neuropsicológica utilizado por Ortega (2013).</b>	Se asistió en la valoración neuropsicológica de 8 pacientes intervenidos bajo la modalidad de Cirugía Despierto y se acompañó a 2 pacientes intervenidos bajo anestesia general.	Se dio seguimiento a la aplicación del protocolo quirúrgico en 8 ocasiones. Además, se acompañó en la cirugía a 2 pacientes que por indicaciones médicas fueron intervenidos bajo estimulación cortical sedados.	Existe la necesidad de contar con un medio tecnológico propio del Servicio de Neurocirugía para aplicar las subpruebas requeridas.  Fue necesario que el personal aportara sus recursos personales para hacer posible la valoración.	Flexibilidad para ajustar la valoración a las condiciones específicas del usuario.  Mayor destreza en la aplicación de pruebas.  Reconocimiento de observación y entrevista previa como herramientas fundamentales para este tipo de casos.



<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Actividades</b>	<b>Dificultades afrontadas y respectiva solución</b>	<b>Competencias Desarrolladas</b>
<b>5. Aportar observaciones neuropsicológicas en el trabajo multidisciplinario y las sesiones de interconsulta propias de la práctica clínica del servicio de atención de Neurocirugía y de la Unidad de Neuro-oncología del Hospital México.</b>	Se asistió a un total de 64 sesiones clínicas del Servicio de Neurocirugía y 36 de la Unidad de Neuro-oncología, además de 3 participaciones en las sesiones del Servicio de Emergencias. Así mismo, se estuvo presente en 66 Visitas del Servicio de Neurocirugía.	Se participó como miembro activo del Servicio de Neurocirugía en las Sesiones Clínicas y Visitas Médicas. Además, se atendió a los usuarios referidos por el personal médico para ser evaluados psicológicamente, brindándoles la información acerca de su estado para ejecutar un plan quirúrgico u otro tipo de tratamiento.	Se evidenció poca familiarización con los términos y el proceder del psicólogo por parte del personal médico, interfiriendo la comunicación y coordinación entre las disciplinas.  Por lo que fue necesario mantener una comunicación constante con los médicos cirujanos para una mejor comprensión de la información y así colaborar en la aplicación de las observaciones psicológicas.	Empoderamiento para realizar intervenciones en sesiones con distintos profesionales del área de salud.  Reconocimiento del trabajo en equipo y la necesidad de comunicación entre las diversas áreas vinculadas.  Integración de los aportes de la Psicología y la Neuropsicología en la atención de pacientes con patología cerebral.

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Actividades</b>	<b>Dificultades afrontadas y respectiva solución</b>	<b>Competencias Desarrolladas</b>
<b>6. Colaborar en la definición de los lineamientos y orientaciones generales basadas en evidencia para la compensación de las secuelas de los pacientes, en una aproximación a la rehabilitación cognitiva en convenio con el Módulo de Neuropsicología de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.</b>	Se atendieron un total de 15 pacientes bajo la modalidad de rehabilitación neuropsicológica (14 mediante el Módulo de Neuropsicología y 1 en el Hospital México).	Se coordinó con el Módulo de Neuropsicología de la Universidad de Costa Rica la atención de pacientes referidos por el Servicio de Neurocirugía del Hospital México. Así mismo, se atendieron usuarios intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Neurocirugía en busca de la optimización, compensación o restauración de sus recursos cognitivos.	La demanda laboral y limitación temporal impidieron al personal en psicología brindar los espacios necesarios para la rehabilitación neuropsicológica dentro de la institución. Lo anterior, se ve perjudicado por la ausencia de un profesional capacitado para brindar rehabilitación neuropsicológica en el Servicio de Neurocirugía, a pesar de la gran cantidad de pacientes con diversos diagnósticos que lo necesitan.	Habilidades en la implementación de estrategias cognitivas para la optimización, compensación o restauración de recursos cognitivos tras las secuelas del daño cerebral.  Creatividad a la hora de implementar estrategias cognitivas en la rehabilitación.  Mayor destreza en la coordinación entre personal médico y psicológico.

Objetivo Específico	Indicadores	Actividades	Dificultades afrontadas y respectiva solución	Competencias Desarrolladas
				<p data-bbox="376 219 536 575">Flexibilidad en la implementación de técnicas terapéuticas de acuerdo al requerimiento del usuario.</p> <p data-bbox="676 203 746 591">Mayor habilidad en el manejo de familiares.</p>

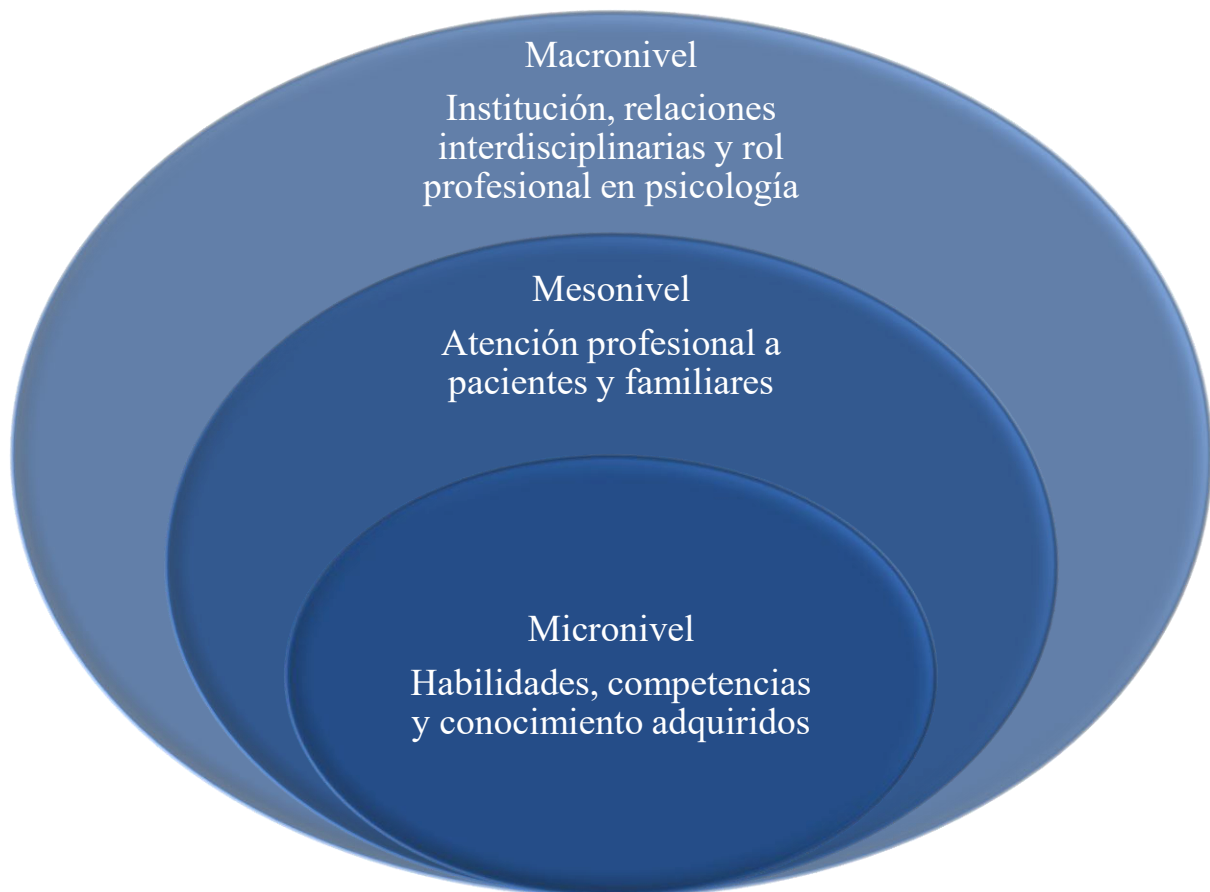
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Actividades</b>	<b>Dificultades afrontadas y respectiva solución</b>	<b>Competencias Desarrolladas</b>
<b>7. Sistematizar los resultados obtenidos por Ortega (2013) y Ortiz (2013), en cuanto a la valoración de los instrumentos utilizados para la evaluación neuropsicológica.</b>	Se realizó una sistematización de la población valorada desde mediados del año 2012 hasta mediados del 2015, incluyendo la comparación entre el rendimiento pre y postquirúrgico de los pacientes que completaron ambas valoraciones.	Se analizó la información recopilada durante 3 años de las valoraciones neuropsicológicas realizadas y se describió la población atendida hasta el momento y sus secuelas sociales, emocionales y cognitivas.	La falta de preparación del sustentante en relación al análisis estadístico y la pérdida de datos por la no aplicación de diversas subpruebas que fueron incluidas mediante la mejora del protocolo de evaluación, fueron los principales obstáculos para cumplir con este objetivo.	Mayor destreza en el análisis estadístico y de resultados de pruebas neuropsicológicas.
			Fue necesaria la participación del profesor Dr. Juan Carlos Brenes para realizar la sistematización de los datos, ajustándose a la información recopilada hasta el momento.	

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Actividades</b>	<b>Dificultades afrontadas y respectiva solución</b>	<b>Competencias Desarrolladas</b>
<b>8. Participar y apoyar el proceso de psicoeducación de los pacientes y sus familiares.</b>	Se realizó un total de 8 intervenciones psicoeducativas prequirúrgicas a pacientes y familiares y 15 durante la rehabilitación neuropsicológica. Además se colaboró en 4 Talleres Psicoeducativos realizados en el Servicio de Neurocirugía	Se colaboró en la coordinación de talleres psicoeducativos con usuarios y familiares del Servicio de Neurocirugía, además de realizar aportes los temas trabajados en estas actividades.	La desactualización de los datos de los pacientes impidió contactar a la mayoría. Además la ausencia de un espacio físico para la realización de talleres, dificultó esta actividad.	Mayor habilidad en el manejo de grupos.  Adquisición de mayor cantidad de herramientas para la elaboración de talleres.  Reconocimiento de la psicoeducación como un medio fundamental en la atención de pacientes y familiares.

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Actividades</b>	<b>Dificultades afrontadas y respectiva solución</b>	<b>Competencias Desarrolladas</b>
<p><b>9. Presentar un informe con los resultados y la información obtenida luego de tres años de iniciado este proyecto, con el fin de consolidar la labor neuropsicológica en el servicio y abrir un espacio definitivo para continuar solventando la demanda.</b></p>	<p>Se elaboró un informe con los resultados de la sistematización elaborada como parte del Objetivo 6, que se presentó al personal del Servicio de Neurocirugía. Además se realizó un perfil laboral para el puesto de Psicología en el Servicio de Neurocirugía, como consecuencia de dicho documento.</p>	<p>Se realizó una presentación describiendo el trabajo realizado luego de tres años de intervención en el Servicio de Neurocirugía, incluyendo los resultados obtenido mediante la sistematización de las bases de datos.</p>	<p>Al ser un proyecto en progreso, muchas variables fueron incorporadas con el avance de las prácticas dirigidas, razón por la cual el registro de datos no se encuentra completo, perjudicando los resultados presentes en el informe.</p> <p>Fue necesario enfocarse en las principales tareas desarrolladas por los practicantes (evaluaciones, acompañamiento, psicoeducación, etc.) para consolidar la necesidad del área de psicología en el Servicio de Neurocirugía.</p>	<p>Habilidad en la presentación y sistematización de información y datos estadísticos.</p>

## 5.2 Análisis y discusión de resultados por niveles de impacto

A continuación, se presentará el análisis de los alcances obtenidos según los niveles de impacto que tuvieron las actividades y objetivos planteados y realizados, además de su vinculación con los diferentes profesionales o entidades involucradas (Ver Figura 1)



**Figura 1. Niveles de Impacto**

### 5.2.1 Macronivel: impacto sobre la institución, las relaciones interdisciplinarias y la visibilización del rol de Psicología

En la presente sección se analizan las actividades y funciones que se llevaron a cabo para visibilizar el rol del psicólogo y su impacto generado en los diferentes servicios de atención en que el sustentante se desempeñó. Tanto a nivel Institucional, entre el Hospital

México y la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, como en las y los funcionarios con los que se trabajó de manera interdisciplinaria.

*i. Servicio de Neurocirugía*

Como ya ha sido expuesto en secciones anteriores, la mayor parte de las actividades se realizaron en este servicio de atención, por lo que a través de estas se generaron múltiples relaciones interdisciplinarias que fueron visibles a lo largo de todas las semanas a través de la participación en: sesiones clínicas, sesiones de casos nuevos, visitas a pacientes del Servicio, sesiones clínicas de la Unidad de Neuro-oncología y sesiones académicas. En la Tabla 2 se muestra la asistencia a estas actividades.

**Tabla 2. Registro de Asistencia Sesiones y Visitas**

Actividad	Registro de Asistencia
Sesiones Clínicas y de Casos Nuevos	64
Visitas a pacientes	66
Sesiones Clínicas de la Unidad de Neuro-Oncología	36
Sesiones Académicas	2
Total	168

En estos espacios, el sustentante colaboró con aportes teórico-prácticos desde la psicología, así como aquellos extraídos a raíz de las valoraciones realizadas a pacientes y familiares, permitiendo brindar información al personal médico sobre el status familiar, cognitivo, conductual y emocional de las y los usuarios, resolviendo en muchos casos dudas claves para futuros tratamientos o estadía en el hospital. Estas intervenciones permitieron una mejor relación entre personal médico y pacientes, así como una atención de calidad a los y las usuarias.

En un inicio, las valoraciones eran referidas únicamente por una pequeña parte del personal del Servicio de Neurocirugía, posteriormente estas fueron en aumento, siendo



solicitados por profesionales de distintas áreas. Sin embargo, dados los recursos limitados de tiempo y disponibilidad para la supervisión fuera de los horarios preestablecidos, no se logró abarcar todas las solicitudes.

Dado lo anterior, fue necesario realizar un ajuste en el horario del sustentante, donde se mantuviera con el cumplimiento de sus objetivos principales, y en la medida de lo posible, atendiendo la demanda creciente. Para esto fue fundamental el apoyo de la supervisora técnica M. Sc. Rocío Vindas, coordinando los espacios físicos y temporales para brindar la atención a la mayor cantidad de pacientes posibles semanalmente; esto a pesar de los obstáculos institucionales presentes. Así mismo, en ocasiones fue necesario asistir fuera del horario establecido en el inicio de la práctica, con el fin de dar mayor disponibilidad a las y los pacientes.

Se describen a continuación los aportes principales brindados al Servicio de Neurocirugía:

- Según las particularidades de la persona atendida y su condición de patología y/o daño cerebral del usuario, se integraron los aportes psicológicos y neuropsicológicos que permitieran un manejo y abordaje integral del caso.
- Se destacó la relación existente entre la labor de la Medicina y la Psicología, específicamente en este caso, entre el quehacer neuroquirúrgico y la neuropsicología, de tal manera que se brinde un manejo desde el enfoque biopsicosocial de las y los pacientes.
- Fue necesario enfatizar en la consideración de un entorno y ambiente hospitalario en pro de la Salud Mental, como factor esencial de la salud y en la recuperación y calidad de vida de las y los consultantes.

- Se hizo hincapié en la importancia de considerar aspectos de la historia de vida de las y los pacientes a nivel cultural, social, familiar, religioso, económico, laboral, entre otros, como variables esenciales en la comprensión de la persona y posibles herramientas para afrontar su situación actual.
- Se aportó en la atención mediante las herramientas y técnicas psicológicas a las personas y familiares que enfrentaron situaciones como: malas noticias, pronósticos reservados, diagnósticos de enfermedades y lesiones, hospitalizaciones, necesidad de pensionarse o incapacitarse, ajuste de su puesto a nivel laboral, entre otras, las cuales presentaron un impacto emocional en cada una de ellas y quienes le rodean.
- Se intercedió en la comunicación bidireccional médico-paciente, facilitando el intercambio de información y aclaración de dudas, en busca de una mejor toma de decisiones por ambas partes.

Lo anterior permitió que el personal médico reconociera las variables psicológicas como fundamentales en la toma de decisiones sobre tratamientos a seguir, siempre en busca de una mejor calidad de vida de la persona usuaria. Además, se evidenció un aprendizaje sobre principios psicológicos y neuropsicológicos por parte del personal, reforzado por las presentaciones educativas realizadas por el sustentante.

Otro aspecto a destacar en el trabajo interdisciplinario realizado, fue la apertura de parte del personal médico para compartir situaciones emocionales personales al sustentante, por lo que también fue necesario intervenir mediante la contención y escucha activa en estos casos.

Por último, la tarea de coordinación realizada por el sustentante para la realización de las evaluaciones a los candidatos para Cirugía Despierta, fue otra de las intervenciones claves del proceso. En todas las situaciones requeridas, se realizaba el contacto con los y las

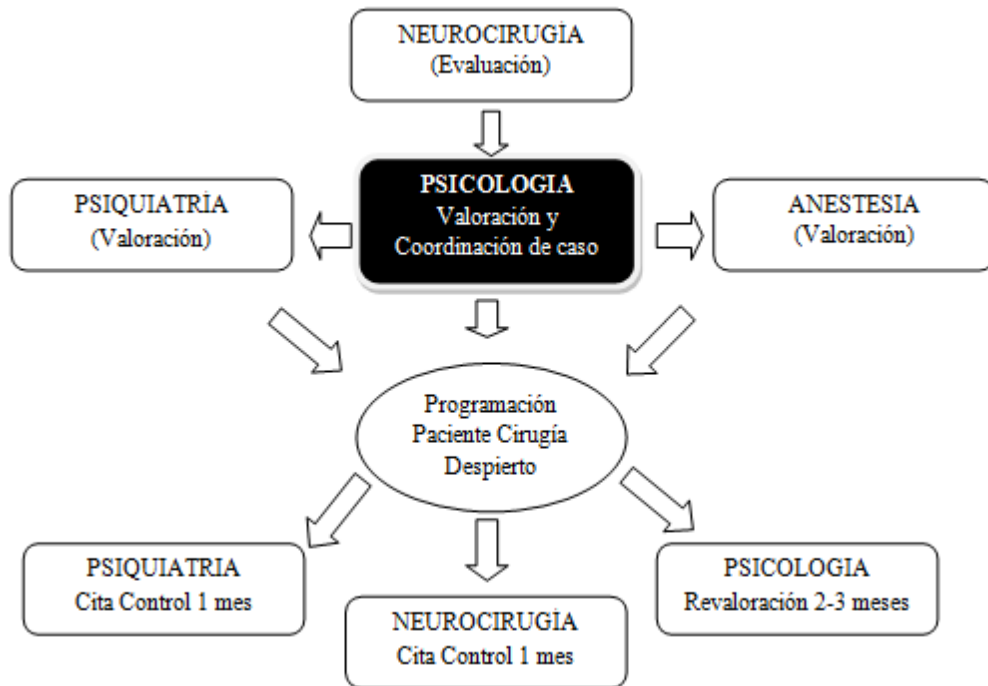
profesionales en anestesiología y psiquiatría para comentarles el caso, haciendo énfasis en su estado psicológico y la valoración realizada, con el fin de que bajo los criterios que les rigen tuviesen más información para decidir la posibilidad de ser intervenido bajo esta modalidad.

Así mismo, la necesidad de mantener un control ambiental en sala de cirugía para brindar a la persona intervenida un ambiente más manejable ante la situación estresante, obligó al sustentante trabajar con el personal de enfermería, medicina y técnicos presentes en el mismo instante quirúrgico. Reduciendo en la medida de lo posible, los factores que pudieran provocar ansiedad en el o la paciente.

## *ii. Programa de Cirugía Despierto*

En este caso, el sustentante dio continuidad a la labor realizada por Ortega (2013) y Ortiz (2014) en la coordinación y ejecución de tareas de las intervenciones quirúrgicas bajo estimulación cortical despierto. El procedimiento referido anteriormente, en el que se debía mantener una comunicación constante entre anestesia, psiquiatría y psicología, se siguió

basando en el flujograma presentado por Ortiz (2014) que se presenta a continuación:



**Figura 2. Flujograma de Comunicación de Cirugía Despierto (Ortiz, 2014)**

Como parte fundamental de las tareas del sustentante en este programa, se realizó la valoración neuropsicológica previa con el Protocolo de Evaluación elaborado por Ortega (2013). Una vez analizados los resultados, junto a la información obtenida mediante la entrevista clínica, se tomaba una decisión en conjunto con la supervisora técnica para ver si el o la paciente podía enfrentar el procedimiento o no.

Otras de las actividades claves, fue el entrenamiento y la preparación prequirúrgica de los y las pacientes realizado por el sustentante. Los días previos a la cirugía, se trabajó con el o la paciente y familiares sobre el uso de estrategias de relajación, como respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, y se les instó a practicarlas durante el internamiento. Así mismo, se simulaban algunas de las pruebas que se utilizarían con el fin de ver el estado basal del usuario y reportarlo previamente al médico cirujano. Finalmente, se hizo uso de la presentación educativa diseñada con los pasos que se llevarían a cabo

durante la cirugía. Esta herramienta fue diseñada por Ortiz (2014) y mejorada por la Bach. María José Quesada durante su período de práctica, con el fin de que el sustentante brindara un mejor servicio.

Como parte de la mejora en la intervención de cirugía despierto, se discutieron los aspectos que debían ser evaluados para considerar a una persona como candidata para enfrentar esta situación. Dicha discusión dio como resultado la necesidad de una evaluación más sencilla y breve para pacientes agudos, en la que Psiquiatría realizaría un tamizaje previo y lo comentaría con Psicología para su respectiva evaluación. A continuación, se presenta la división de los casos considerados como agudos (los cuales necesitarían de esta nueva intervención) y los no agudos (que mantendrían el procedimiento planteado hasta el momento):

- a. Pacientes Agudos, dos tipos:
  - i. Los que presentan hipertensión endocraneana y/o edema severo. Se realizan anestesiados.
  - ii. Los que presentan edemas tratables con esteroides. Buscar una manera más rápida de evaluación para ver la posibilidad de Cirugía Despierto.
- b. Pacientes no Agudos, dos tipos (presentan Gliomas de Bajo Grado):
  - i. Ideales: que cumplan los criterios de las distintas áreas.
  - ii. No ideales: pueden hablar y moverse, sin embargo a nivel emocional no toleran el procedimiento debido a la presencia de sintomatología como ansiedad, depresión, psicosis, agresividad, imposibilidad de mantener atención o seguir instrucciones.

Para concretar estos criterios, se realizó una sesión en la que participaron el Dr. Miguel Esquivel, la Dra. Dessiré Gutiérrez, la Dra. Patricia Montero, la Dra. Mónica Salazar, la M. Sc. Rocío Vindas, el Lic. Luis Enrique Ortega y el Bach. Mauricio Molinari; además de una búsqueda bibliográfica de artículos científicos que discutieran esta temática.

Para terminar con esta sección, se presenta en la Tabla 3 la cantidad de cirugías a las que asistió el sustentante, incluyendo aquellas que se realizaron bajo anestesia general:

**Tabla 3. Registro de Asistencia a Cirugías**

Tipo de Cirugía	Registro de Asistencia
Estimulación Cortical Despierto	8
Estimulación Cortical Bajo Anestesia General	2
Bajo Anestesia General (vía transcallosa)	1
Total	11

### *iii. Servicio de Emergencias*

Según el mismo sistema de inducción de las Prácticas Dirigidas anteriores, Ortega (2013) y Ortiz (2014), el sustentante inició su incursión y entrenamiento en el Servicio de Emergencia, ámbito principal de trabajo de la supervisora técnica. Este primer momento, permitió evaluar los conocimientos y habilidades clínicas, así como brindar un acercamiento a los términos y entorno hospitalario. Por otro lado, se recibió entrenamiento en entrevista clínica, intervención en crisis, comunicación de malas noticias y abordajes terapéuticos en circunstancias de emergencia.

El afrontamiento de las situaciones vividas en esta primera inserción, fue clave para el buen desenvolvimiento en las actividades futuras. Las situaciones altamente estresantes y su demanda de atención inmediata, permitieron al sustentante obtener habilidades y competencias fundamentales para sus próximas intervenciones, no solamente durante la

estancia hospitalaria, sino como profesional. El proceso educativo y de aprendizaje brindado por la supervisora técnica M. Sc. Rocío Vindas, fue de alta exigencia, aportando con su saber teórico-práctico al estudiante.

Además, durante las visitas generales del Servicio de Neurocirugía, se acudía a este departamento para conocer a los y las pacientes referidas. Ante esto, el trabajo interdisciplinario con residentes e internos del Servicio de Emergencias permitió la colaboración del sustentante en algunas intervenciones, incluyendo su participación en tres sesiones académicas.

***iv. Servicio de Psiquiatría, Psicológica Clínica y Salud Mental***

En ocasiones fue posible el acompañamiento en las intervenciones realizadas por parte de la Dra. Patricia Montero, Jefa de Psiquiatría, así como de la observación en las labores de la Dra. Ericka Torres y la Dra. Karina Fallas, con quienes se colaboró en algunos de los casos. Este espacio fue fundamental en el entrenamiento inicial, además de fortalecer las relaciones multidisciplinarias que debían desarrollarse en el espacio de la Práctica.

***v. Dirección del Hospital México y Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica***

El trabajo que está siendo descrito, constituye la tercera inserción de un estudiante de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica que realiza labores en el Servicio de Neurocirugía. Gracias al aporte de los proyectos antecesores, se contó con el aval del Director del Hospital México, quien colaboró en el convenio formal entre ambas instituciones para que esta pudiera ser realizada.

Además, como aporte del presente proyecto, se coordinó entre ambas instancias y con el Módulo de Neuropsicología, dirigido por la Dra. Mónica Salazar, la atención de

pacientes mediante acompañamientos supervisados para rehabilitación neuropsicológica, ampliando el rango de usuarios beneficiados por este tipo de iniciativas.

### **5.2.2 Mesonivel: atención a pacientes y familiares**

En este nivel se describirá las actividades realizadas directamente con las personas atendidas y sus familiares. Además, se presenta el avance en la adaptación de los instrumentos relacionados con el Síndrome Disejecutivo y la retroalimentación cualitativa de algunas personas intervenidas, a través de cartas personales enviadas al sustentante.

Finalmente, se presentan algunos datos de sistematización y análisis de las bases de datos elaboradas a lo largo de los diversos períodos de Prácticas Dirigidas. Para esto se utilizaron herramientas estadísticas que permitieran procesar los datos clínicos obtenidos a través de las evaluaciones neuropsicológicas, las entrevistas clínicas y las observaciones realizadas a los y las usuarias. Al ser un proceso en construcción y en desarrollo, algunas variables clínicas no fueron incluidas inicialmente. Además, al no ser una investigación, los datos aquí mostrados no son concluyentes pero son pertinentes para la toma de decisiones clínicas del Servicio de Neurocirugía respecto a la posible protocolización de intervenciones, ajustes al Protocolo de Evaluación Neuropsicológica (Ortega, 2013), criterios de exclusión para candidatos a Cirugía Despierto, registro y control de variables para futuras decisiones sobre la calidad de vida de los y las usuarias, etc.

#### ***i. Actividades realizadas***

Los resultados se presentan en la Tabla 4 que indican la actividad, el Servicio donde se llevó a cabo y la cantidad de intervenciones. Para empezar se indica el total de personas beneficiadas por la labor del sustentante de acuerdo a los registros, sin embargo es



importante considerar que muchos usuarios fueron atendidos de manera breve, por lo que fue difícil mantener el conteo de las personas beneficiadas en su totalidad.

**Tabla 4. Registro de Pacientes y Familiares Atendidos**

Servicio	Pacientes	Familiares	Total
Neurocirugía	45	37	82
Emergencias	6	7	13
Total	51	44	95

Como se ilustra en la tabla anterior, un total de 95 personas se vieron beneficiadas por las labores del sustentante, incluyendo intervenciones como evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas, intervención en crisis, cirugías, sesiones de rehabilitación neuropsicológica, entre otras.

En muchos casos, se debió intervenir entre la comunicación de pacientes y médicos tratantes, así como colaborar en agilizar trámites administrativos como la solicitud de expedientes o incapacidades. Este tipo de labores no fueron registradas.

**Tabla 5. Registro de Evaluaciones**

Tipo de Evaluación	# de Intervenciones
Prequirúrgicas	11
Transquirúrgicas	8
Postquirúrgicas	11
Total	30

\*Para la mayor parte de evaluaciones se utilizó el Protocolo de Evaluación Neuropsicológica elaborado por Ortega (2013), sin embargo en una ocasión se evaluó mediante el Neuropsi Atención y Memoria Breve

\*No se incluyen las evaluaciones realizadas sin protocolo, debido a que se encontraron dificultades claras en lenguaje, orientación témporo-espacial o presencia de síntomas neuropsiquiátricos en la entrevista clínica previa, contraindicadas para la aplicación del mismo.

Tal y como se observa en la Tabla 5, se realizaron un total de 30 evaluaciones neuropsicológicas. Cada una de ellas se acompañó de procesos previos de entrevista para

valorar la aparición de convulsiones y su estado psicológico, con la presencia de dificultades familiares, laborales o crisis de ansiedad y/o depresión. Se brindaron también sesiones psicoeducativas, entrenamientos prequirúrgicos, así como acompañamiento emocional durante y posterior a la cirugía.

Con el fin de mantener una mejor comunicación con el personal médico, para cada evaluación realizada se elaboró un informe técnico donde se indicaban los datos obtenidos mediante la entrevista clínica, los resultados de la subprueba por área evaluada (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, habilidades visoconstructivas y tamizaje afectivo-emocional), un breve resumen enfatizando las dificultades cognitivas y emocionales presentes y las recomendaciones para el seguimiento del tratamiento. Como resultado de esto, se confeccionaron un total de 21 informes digitales, los cuales se incluyeron en el expediente respectivo de cada paciente.

*ii. Aportes al proceso de adaptación de instrumentos de valoración de Síndrome Disejecutivo*

Como seguimiento al objetivo planteado en la Práctica Dirigida de Ortiz (2014) se contribuyó en la meta del Servicio de Neurocirugía de contar con un proceso de adaptación de instrumentos para la valoración de Síndrome Disejecutivo. Se sistematizaron las sugerencias obtenidas mediante las entrevistas cognitivas a los ítems de cada una de las escalas. En esta tarea fue relevante la participación del Lic. Jorge Ortiz y el Bach. Mauricio Molinari, quienes se encargaron de realizar las sugerencias de nuevos ítems a través de lo planteado por las y los entrevistados, para posteriormente exponerlo al criterio de juicio de expertos, quienes tomaron la decisión final sobre la posible adaptación en redacción y contenido (conformado por el Dr. Miguel Esquivel, la Dra. Dessiré Guitérrez, la Dra. Mónica

Salazar, la Dra. Patricia Montero, la Dra. Ericka Torres y la M. Sc. Rocío Vindas). La propuesta final de ítems nuevos se puede observar en las tablas presentes en el Anexo 4

Para que el proceso de adaptación sea finalizado en su totalidad, es necesario retomar los resultados aquí expuestos y continuar con los pasos respectivos para concluir con esta tarea.

### ***iii. Retroalimentación cualitativa de pacientes***

Para sistematizar algunos de los beneficios percibidos por las y los pacientes, se les ofreció a las personas usuarias, que lo desearan, escribir una carta detallando sus observaciones en relación a la intervención recibida y sugerencias para mejorar el servicio (ver Anexo 7).

Quienes participaron de esta actividad, se centraron básicamente en los beneficios que obtuvieron a través del servicio brindado. Entre las frases que más sobresalen de sus comunicaciones, se destacan las siguientes:

- “gran ayuda para luchar contra mi enfermedad”.
- “me han ayudado mucho a mi desempeño laboral actual”.
- “mejoría importante en mi relación con mis hijos y esposa”.
- “me prepararon para estar sin miedo”.
- “suma importancia que se sigan implementando este tipo de actividades, ya que esto le da confianza y seguridad a los pacientes”.

### ***iv. Sistematización de datos clínicos mediante herramientas estadísticas***

Se conformaron dos bases de datos para el registro de las variables de las personas usuarias: la primera incluye a la población que ha sido atendida a lo largo del período de

prácticas dirigidas (Agosto 2012 a Agosto 2015) y que fueron evaluados(as) una única vez; y la segunda se conformó por aquellos usuarios(as) que fueron valorados antes y después de la cirugía. A través de estas, se dividió a la población en tres submuestras para sistematizar los datos clínicos y estadísticos descriptivos relevantes.

En primer lugar se presenta la información de las personas atendidas mediante rehabilitación neuropsicológica, posteriormente se muestran algunos datos clínicos de pacientes atendidos durante el período activo del proyecto (2012-2015). Por último, se realizó una aproximación comparativa de los rendimientos según evaluaciones neuropsicológicas antes y después de la cirugía.

*a. Personas beneficiarias de procesos de Rehabilitación Neuropsicológica*

Como ya ha sido expuesto, la coordinación y atención de pacientes mediante procesos supervisados de acompañamiento y rehabilitación neuropsicológica fue una de las tareas realizadas. Para ello fue fundamental el contacto con la Dra. Mónica Salazar, directora del presente trabajo y docente encargada del Módulo de Neuropsicología de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Así mismo, la supervisora técnica se mantuvo anuente a supervisar y colaborar en la atención de un caso bajo esta misma modalidad, dentro de la institución.

**Tabla 6. Registro de Pacientes Intervenido en procesos de acompañamiento y Rehabilitación Neuropsicológica**

Rehabilitación Neuropsicológica	
Modalidad de Intervención	# de Pacientes
Estudiantes del Módulo de Neuropsicología	13
Sustentante como estudiante del Módulo de Neuropsicología	1
Sustentante dentro del Hospital México	1
<b>Total</b>	<b>15</b>

\*Cada una de las intervenciones presentó un informe técnico con los resultados obtenidos, para un total de 15 documentos.

De los 15 pacientes atendidos mediante rehabilitación neuropsicológica, el 53,3% son hombres y el 47,7% mujeres, con un rango de edad entre los 21 y los 65 años (el 46,6% se encontraba en la década de los 30). Un 53,3% era de Heredia, el 26,7% de San José, los restantes 3 eran oriundos de Alajuela, Cartago y Guanacaste. Además, el 60% estaba casado, mientras que un 26,7% eran solteros y el restante 13,3% estaban separados o divorciados. El nivel educativo presentado fue alto, destacando el 57,1% con estudios universitarios completos o incompletos, solamente un caso reportó no haber recibido ningún tipo de educación institucionalizada.

Es importante destacar que el 66,7% fueron beneficiados por el Programa de Cirugía Despierto. Además, un 40% ya habían tenido una neurocirugía previamente y el 26,7% habían recibido radioterapia o quimioterapia.

Uno de los factores priorizados en la psicoeducación fue la comprensión de las diferencias entre las convulsiones y crisis de ansiedad con sus respectivos manejos, basados en la evidencia clínica de que el 60% de los pacientes reportaron sufrir o haber sufrido crisis convulsivas o ataques de ansiedad. Este alto porcentaje se relaciona con la alta demanda en cuanto al consumo de anticonvulsivantes (ver Tabla 7.)

Por otro lado, el consumo de antidepresivos y ansiolíticos muestran la necesidad de atender de manera integral al paciente, sin centrarse únicamente en sus secuelas funcionales a nivel cognitivo.

**Tabla 7. Tratamiento Farmacológico de Pacientes de Rehabilitación Neuropsicológica**

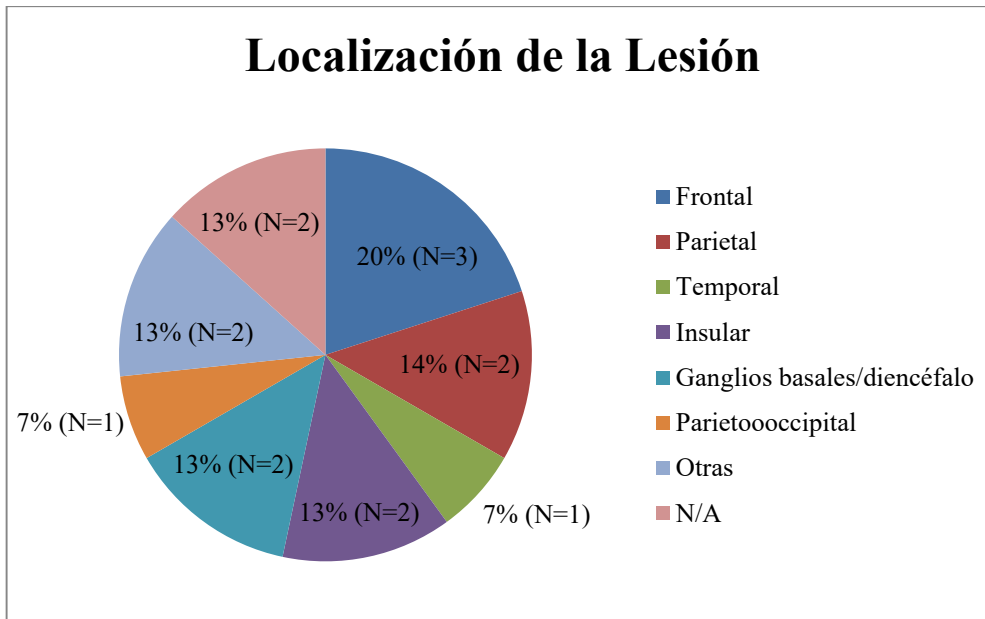
Tipo de Medicamento	# de Pacientes	Porcentaje
Antoconvulsivantes	8	66,7%
Antidepresivos	5	41,7%
Ansiolíticos	3	33,3%

\*Únicamente 12 de los 15 pacientes del programa de rehabilitación, reportaron su medicación

En cuanto al estado funcional de las personas atendidas, un 60% reportó percibir secuelas funcionales y un 20% indicó ser dependiente, mismo porcentaje de quienes mencionaron presentar dificultades para realizar actividades instrumentales (ninguno las presentó para actividades básicas). Finalmente, el 53,3% manifestó contar con estrategias compensatorias respecto a sus secuelas.

El 80% fue diagnosticado con un tumor cerebral o glioma, el restante 20% del total de pacientes atendidos en rehabilitación neuropsicológica, se dividió en lesiones tipo aneurisma (n=1) y demencia fronto-temporal (n=2). El tipo de tumor predominante fue el Oligodendroglioma para el 33,3%, luego los otros tres casos se dividieron en Glioblastoma Multiforme, Astrocitoma y Oligoastrocitoma; el 33,3% presentaron grado II de su lesión, un 20% grado III y otro 20% grado IV.

Un 66,7% presentaban su lesión en el hemisferio izquierdo y la localización a nivel cortical y subcortical se puede observar en la *Figura 3*.



**Figura 3. Localización de la lesión**

Respecto a los pacientes que fueron atendidos por el sustentante, en los Anexos 5 y 6 se encuentran los informes finales de ambas intervenciones. El primer caso atendido se realizó en colaboración con el estudiante Sebastián May Grosser y a través del Módulo de Neuropsicología; el segundo fue atendido dentro del Hospital México, con la constante supervisión y apoyo de la M. Sc. Rocío Vindas. La cantidad de sesiones para cada uno de los procesos fue de 7 y 8 respectivamente, llevadas a cabo en el hogar del paciente y en el centro de salud.

La primera intervención abordó las siguientes temáticas: recuperar mediante estrategias compensatorias la funcionalidad instrumental en relación a la hemiparesia izquierda de la paciente, diferenciar mediante reestructuración cognitiva y psicoeducación las crisis de ansiedad y las crisis convulsivas, buscar una mejor adherencia al tratamiento y brindar un espacio de expresión y validación emocional respecto a las situaciones vividas durante el proceso de intervención.

La segunda intervención se dirigió a la implementación de estrategias compensatorias de los déficits en memoria y automonitoreo, se intervino mediante psicoeducación el tema de la higiene del sueño y se brindaron herramientas en el manejo de límites y autocontrol emocional, trabajando con las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.

*b. Pacientes atendidos(as) por el Proyecto de Prácticas Dirigidas*

Como se mencionó al inicio del apartado de Resultados, los siguientes datos derivan de los registros clínicos de pacientes que fueron atendidos desde Agosto 2012 hasta Agosto 2015. Es importante indicar que muchos pacientes no fueron agregados a la sistematización debido a que no se les realizó valoración mediante el Protocolo de Evaluación elaborado por Ortega (2013), ya sea porque el protocolo estaba en proceso de elaboración, o bien limitaciones institucionales impidieron su ejecución. Este tipo de obstáculos imposibilitó la inclusión de algunas subpruebas y el ingreso de variables en la sistematización de la base de datos, por lo que se reportan como datos perdidos (a pesar de ser realmente datos que por ser un proyecto en proceso de desarrollo no se registraron en un inicio).

Del total de 49 personas ingresadas en la sistematización de la base de datos, el 59,2% son hombres y el 40,8% mujeres, con un promedio de edad de 39 años, en un rango entre los 14 y 65. El 30,6% habitaban en Heredia, un 28,6% en Alajuela, 18,4% en San José, 12,2% en Guanacaste, un 6,1% en Puntarenas y el restante 4% se dividió entre Cartago y Limón.

En relación a su estado civil, el 57,1% se encontraba casado, 24,5% solteros, un 12,2% divorciados o separados, el resto estaban en unión libre. El 40,8% no tenía hijos. El 34,7% tenía estudios universitarios o técnico, el 26,5% completó o estuvo en primaria, mientras que un 20,4% no completó la secundaria y un 8,2% sí lo hizo, solamente dos



personas no indicaron haber recibido educación institucional. El promedio de años de escolaridad estuvo en 7,50 y solamente un 12,2% hablaba más de un idioma.

El diagnóstico de glioma fue predominante, presente en un 67,3%, luego los angioma o hemangioma cavernosos en el 8,2%, linfoma en un 6,1%, la demencia fronto-temporal en el 4,1%, los restantes se dividieron entre meningioma, quiste neuroepitelial, trauma craneoencefálico, tejido necrótico por infarto cerebral, aneurisma, carcinoma y craneofaringioma (un sujeto respectivamente).

El 71,4% presentó la lesión en el hemisferio izquierdo, muy por encima del 20,4% en el derecho y un único caso a nivel medial; para tres sujetos esta localización no se documentó. A nivel cortical y subcortical, encontramos que el 49% involucró la región frontal (frontal, frontoparietal o frontotemporal), el 12,2% la parietal (parietal o parietooccipital), un 8,2% se presentó en la región insular, 14,3% en el lóbulo temporal (incluyendo la región temporoparietal), en dos casos se localizó en los ganglios basales/diencéfalo, en un sujeto en la arteria comunicante posterior y otro a nivel del III ventrículo. Para los restantes casos no se registró esta variable.

Volviendo a la patología de tumor cerebral, encontramos que el oligodendroglioma fue el diagnóstico más común (16,3%), luego el astrocitoma en el 14,2% de los casos, los glioblastomas multiformes se observaron en el 8,2%, mientras que los oligoastrocitomas en dos sujetos. Es importante destacar que para algunas de las personas no se logró encontrar de forma accesible el resultado de la biopsia, o bien el expediente no fue enviado por el encargado, obstáculos que impidieron el registro de algunos datos.

En la misma línea, los gliomas de bajo grado se registraron en mayor cantidad (30,6%, n=15, fueron grado II), sin embargo el porcentaje de alto grado representó a un

26,6% (n=13), 8,2% (n=4) fueron grado III y 18,4% (n=9) grado IV. Otro dato importante a tomar en cuenta, es que en el 8,2% (n=4) de los y las pacientes que han sido intervenidos a través de las prácticas dirigidas, se les diagnosticó metástasis. Para los casos restantes no se pudo localizar la biopsia o bien su condición de patología no aplicaba para esta característica.

Para las variables de radioterapia/quimioterapia y si había recibido o no alguna neurocirugía al momento de la evaluación, fue posible recoger los datos de 44 sujetos. El 14,3% indican haber recibido alguno o ambos tratamientos (radioterapia y/o quimioterapia) antes de la cirugía y un 24,5% ya habían sido intervenidos neuroquirúrgicamente. De toda la submuestra (N=49), el 53,1% se vieron beneficiados por la cirugía bajo estimulación cortical despierto; esto indica que aproximadamente la mitad del trabajo realizado en las prácticas dirigidas se extendió a otra población que inicialmente no estaba contemplada.

Uno de los datos más relevantes que se obtienen a través de este análisis descriptivo, es que un 68,9% de los sujetos reportaron tener convulsiones previas a la cirugía. Este porcentaje valida la importancia de la psicoeducación en este tema, razón por la cual el trabajo de la Bach. María José Quesada fue fundamental para atender a esta población. Un 18,4% de los pacientes se beneficiaron del primer taller psicoeducativo dirigido especialmente al tema de las crisis convulsivas y/o crisis de ansiedad. Para las siguientes intervenciones psicoeducativas, en las que el sustentante colaboró, un 18,4% participó del segundo taller y un 8,2% en el tercero. Estas actividades permitieron atender una demanda que hasta el momento estaba pendiente por parte del Proyecto de Prácticas Dirigidas, razón por la cual la función de la Bach. María José Quesada, enriqueció el trabajo con los y las pacientes y familiares.

Se registró el tratamiento farmacológico de 39 sujetos, de ellos el 66,7% estaba tomando anticonvulsivantes, relacionándose con el alto porcentaje que presentaba

convulsiones. Para el 14,3% de los casos, la medicación antidepresiva y ansiolítica era parte de sus tratamientos.

Un 79,6% reportó tener conciencia de su enfermedad y un 49% presentar secuelas funcionales. Ahora bien, el porcentaje de sujetos que manifestó conservar su independencia funcional antes de la cirugía fue de 67,3%. Sin embargo, un 16,3% necesitaba la colaboración de otra persona. Un 22,4% de personas expresó que no podían realizar actividades instrumentales y un único caso que se le dificultaban sus tareas cotidianas. Finalmente, el 26,5% reportó tener estrategias compensatorias respecto a las secuelas de su patología. Todas estas variables fueron obtenidas a través de entrevista clínica y observación, bajo la supervisión y colaboración de la M. Sc. Rocío Vindas.

A través de las evaluaciones y los informes realizados a algunas de las personas atendidas (N=31), se presentará el porcentaje de ellos que mostraron alguna dificultad en las funciones cognitivas valoradas. Las alteraciones se presentaron en el 71% en la función de atención, el 83,9% en memoria, un 32,3% en lenguaje, 71% en funciones ejecutivas y un 38,7% con cambios conductuales y/o emocionales. En el caso de las habilidades visoconstructivas fue posible registrar alteraciones en el 28,6% de los 28 casos a los que se les pudo obtener la información. Estos datos se obtuvieron a través de los informes realizados posteriores a la evaluación prequirúrgica y notas de expedientes. Cabe destacar que esta sistematización es relevante para las decisiones clínicas futuras del Servicio de Neurocirugía en la previsión y atención de las secuelas típicamente reportadas.

### *c. Sistematización comparativa de datos clínicos pre y post quirúrgicos*

A diferencia de las muestras anteriormente descritas, esta submuestra de participantes estuvo conformada por personas a quienes se les brindó una evaluación pre y

post quirúrgica como parte del servicio. Específicamente, se sistematizaron los datos clínicos de 20 personas, el 55% hombres y el 45% mujeres, cuyo promedio de edad fue de 40 años. Un 35% eran vecinos de Alajuela, 30% de Heredia, 15% de San José, 15% de Guanacaste y un 5% de Cartago. Un 10% de la muestra cambió su estado civil ( $n=2$ ;  $p=0,001$ ) un caso de Casado a Unión Libre, mientras que el otro cambió de estar Divorciado/Separado a Unión Libre.

El 95% fueron intervenidos mientras estaban despiertos mediante estimulación cortical, mientras que a un 5% se le realizó el procedimiento bajo anestesia general. Respecto a la lateralidad, el 85% de las personas tenían una dominancia manual derecha y el 15% izquierda.

Su grado de escolaridad varió considerablemente. Por ejemplo, un 30% completó sólo la educación primaria (una persona indicó tener primaria incompleta), un 15% completó la secundaria y un 10% tenía secundaria incompleta; mientras que un 40% dijo tener algún grado universitario. En general, el 60% presentó más de diez años de escolaridad y un 20% era bilingüe (Español/Inglés).

En cuanto al diagnóstico de su padecimiento, el 95% presentaron Gliomas, mientras que un individuo fue diagnosticado con un Angioma Caveroso. De estas lesiones, el 80% se ubicaron en el hemisferio izquierdo y un 20% en el derecho, con la siguiente distribución lobular: un 60% en el lóbulo frontal y área frontotemporal, 15% en el parietal, 10% en el área insular, el restante 15% se dividió entre las áreas parietooccipital, temporal y ganglios basales/diencéfalo.

El 35% presentó un Oligodendroglioma (6 de ellos grado II y uno grado III), 15% Glioblastoma Multiforme (todos grado IV), otro 15% Astrocitoma (todos grado II) y un

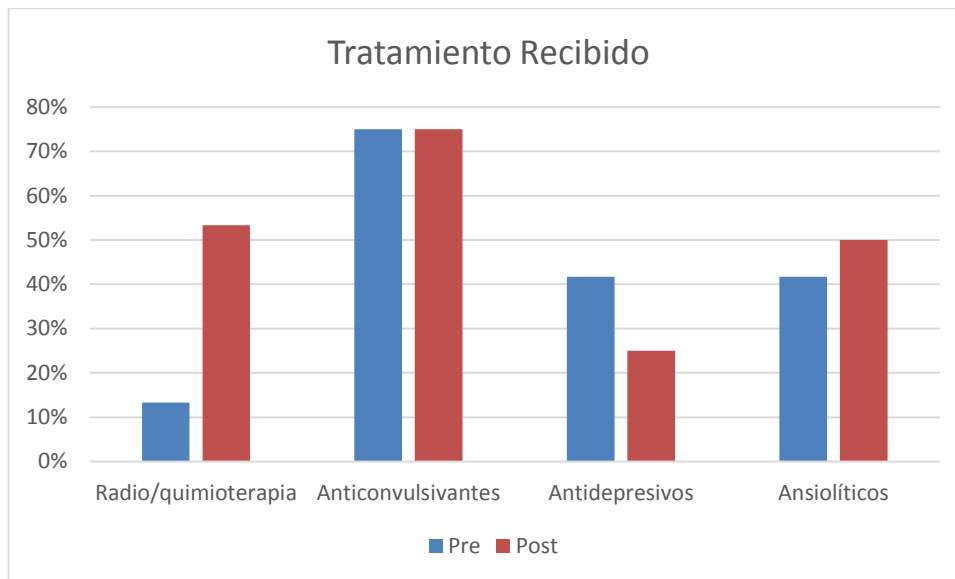
único caso con Oligoastrocitoma (Grado III). A continuación se presenta una tabla que muestra la sistematización del tipo glioma y su localización:

**Tabla 8. Tipo de Glioma vrs. Localización de la lesión de los datos clínicos Pre-Postquirúrgicos**

Patología\Localización	Frontal	Parietooccipital	Insultar	Temporal	Parietal	Frontotemporal	Total
Glioblastoma Multiforme	3	0	0	0	0	0	3
Astrocitoma	2	0	0	1	0	0	3
Oligodendroglioma	2	1	2	0	1	1	7
Oligoastrocitoma	1	0	0	0	0	0	1
Angioma Cavernoso	0	0	0	0	1	0	1
Total	8	0	2	1	2	1	15

Del 75% que reportó tratamiento con radioterapia o quimioterapia (N=15), 2 mencionaron haber recibido terapia previo a la cirugía, mientras que de las 13 personas restantes, 8 de ellas reportaron haber recibido el tratamiento posterior a la cirugía.

En la sistematización, 12 personas reportaron su tratamiento farmacológico, indicando consumir anticonvulsivantes antes y después a la intervención quirúrgica. Una persona debió iniciar el tratamiento posterior a la cirugía, mientras que otra dejó de tomarlos. Para los antidepresivos, el 41,7% los tomaba previo al procedimiento quirúrgico, bajando a un 25% posterior al mismo; solamente una persona que no la tomaba, la necesitó después de la cirugía. En cuanto a los ansiolíticos, el porcentaje se mantiene similar antes y después de la cirugía, aumentando levemente en el período postquirúrgico (50% lo consumían).



**Figura 4. Porcentaje de sujetos que recibieron los tratamientos registrados antes y después de la cirugía**

El total de participantes reportó tener conciencia de la enfermedad (N=15) y un 64,3% reportaron presentar secuelas funcionales tanto antes como después de la cirugía ( $p=0,02$ ). Una persona manifestó presentar secuela después de la intervención, mientras que otra percibió que dejó de tenerla posterior a la misma. En cuanto a la variable de dependencia funcional, 71,4% dijo mantenerse como independiente a nivel funcional tanto antes como después de la cirugía. El 14,3% dijo ser dependiente de otra persona posterior al procedimiento quirúrgico, mismo porcentaje que reportó haber dejado de serlo luego del tratamiento. En cuanto a las actividades instrumentales (como por ejemplo manejo del dinero, compras en el supermercado, estudiar, trabajar, etc), el 71,4% de las personas no presentaron dificultades para realizarlas. Un 21,4% dejó de realizar estas actividades después de la cirugía, mientras que a un 7,1% las volvió a realizar después del procedimiento. Para el caso de las actividades básicas, la totalidad de los sujetos (N=14) no tenían dificultad para desarrollarlas de manera previa, sin embargo luego de la cirugía un 14,3% se vieron imposibilitados de realizarlas. Acerca de la presencia de estrategias compensatorias, un

42,9% las mantuvieron y un 14,3% las incorporaron después de la cirugía, mismo porcentaje que las dejó de utilizar.

*d. Sistematización de rendimientos en valoraciones neuropsicológicas*

En los siguientes párrafos se sistematizan los rendimientos documentados en las evaluaciones neuropsicológicas de los sujetos a nivel pre y post quirúrgico. Debido a que los dominios difieren o varían en el escalamiento, fueron convertidos a porcentajes aquellas subpruebas que tenían un puntaje total posible predefinido, con la siguiente fórmula:  $((\text{Puntaje Obtenido} / \text{Puntaje Total}) \times 100)$ . Las tareas sin valores totales predeterminados fueron analizadas con los puntajes brutos. Las comparaciones pre versus post quirúrgicas se realizaron mediante T de Student para muestras relacionadas. Posteriormente, se analizó el porcentaje indicador de posible mejoría clínica o deterioro en cada dominio. Para ello, se utilizó el rendimiento prequirúrgico como el 100% del mismo, y se calculó a partir de este el porcentaje de cambio observado posterior a la cirugía. Finalmente, se hizo un contraste comparativo entre los datos de las personas que habían tenido una mejoría versus los que habían sufrido una disminución en el rendimiento. Considerando que todo procedimiento quirúrgico, al ser intrusivo, podría afectar alguna de las áreas evaluadas, una mejoría en el rendimiento fue entendida como aquellos sujetos que mantuvieron o incrementaron sus puntuaciones, mientras que un deterioro se determinó como toda disminución en los valores postquirúrgicos. Los resultados fueron mostrados como promedios  $\pm$  una desviación estándar, ya sea como porcentajes o como valores brutos por función cognitiva global según ha sido definida en los protocolos del Servicio de Neurocirugía del Hospital México.

### ***Atención:***

Considerando el promedio de rendimientos de las personas evaluadas, para la prueba de atención de dígitos, no se observaron diferencias ( $t_{(16)} = 0.69$ ;  $p = 0.5$ ) en el rendimiento antes y después de la intervención quirúrgica (antes:  $52,47\% \pm 17,38\%$  vrs. después:  $49,12\% \pm 14,50\%$ ; media  $\pm$  desviación estándar). Sin embargo, después de esta los sujetos no alcanzaron los mismos valores máximos de rendimiento obtenido inicialmente (antes:  $100\%$  vrs. después:  $78\%$ ). Ahora bien, de estos sujetos, 12 mejoraron un  $13,5\%$  en promedio y 5 mostraron una disminución de  $32,2\%$  en su rendimiento, existiendo una diferencia entre ambos grupos ( $t_{(15)} = 4,11$ ;  $p = 0,001$ ).

Acerca del promedio de rendimiento de la muestra en las secuencias automáticas directas, no se presentaron diferencias ( $t_{(20)} = 0,2$ ;  $p = 0,8$ ) ni en el promedio general del desempeño (antes:  $90,74\% \pm 14,26\%$  vrs. después:  $89,81\% \pm 14,16\%$ ), ni en los puntajes mínimos y máximos. Respecto a las diferencias individuales, 12 sujetos mejoraron en promedio un  $12,6\%$ , sin embargo 4 individuos disminuyeron en promedio  $29,2\%$ , siendo diferentes entre sí ( $t_{(14)} = 3,79$ ;  $p = 0,002$ ).

En los promedios de los rendimientos en la subprueba Trail Making Test A, hubo una disminución en el desempeño a nivel general, necesitando más tiempo después de la cirugía para completarla (antes:  $87,50s \pm 70,84s$  vrs. después:  $118,53s \pm 138,74s$ ). Descriptivamente, el tiempo máximo reportado aumentó luego de la intervención (antes:  $300s$  vrs. después:  $576s$ ), sin presentarse diferencias ( $t_{(15)} = -0,9$ ;  $p = 0,4$ ). La misma cantidad de sujetos mejoraron y disminuyeron en su desempeño ( $n=8$  para ambos casos), siendo distintos entre sí ( $t_{(7,28)} = -2,39$ ;  $p < 0,05$ ).



Como conclusión para la eventual toma de decisiones clínicas, a nivel atencional se muestra un porcentaje mayor de sujetos que obtuvieron un desempeño más alto después de la intervención (mejoró un 65,2% mientras que disminuyó un 34,8%). A pesar de que más personas mejoraron, el porcentaje de mejoría no superó el porcentaje de deterioro, es decir pocas personas desmejoraron pero las que lo hicieron mostraron un rendimiento mucho menor. Para dos de las tres subpruebas el rendimiento mostrado en los promedios generales sugieren un desempeño bajo con alteraciones posteriores a la cirugía.

### ***Memoria:***

Respecto a los promedios de desempeño de las personas evaluadas en memoria de trabajo (ej., prueba dígitos inversos), no hubo diferencias ( $t_{(15)} = -0,25$ ;  $p = 0,8$ ), ni en el promedio general de rendimiento (antes: 40,44%  $\pm$  11,29% vs. después: 39,47%  $\pm$  12,68), ni en los valores máximos obtenidos antes y después de la intervención quirúrgica. Si bien hubo una leve disminución en el promedio, se observó una mejora en el rendimiento en 10 sujetos de hasta un 26,7%, que difiere del 28,3% de disminución en 6 pacientes ( $t_{(14)} = 4,19$ ;  $p = 0,001$ )

En los promedios de rendimiento de las personas evaluadas en las secuencias automáticas indirectas, a pesar de no existir diferencias ( $t_{(13)} = 0,5$ ;  $p = 0,6$ ) en los valores mínimo y máximo, se observó una disminución de aproximadamente un 10% en el promedio del rendimiento (antes: 69,79%  $\pm$  28,69% vs. después: 58,33%  $\pm$  31,96%). A nivel individual, 5 sujetos disminuyeron un 61%, mientras que 9 sujetos mejoraron sólo 22%, siendo diferentes entre los subgrupos ( $t_{(12)} = 4,38$ ;  $p = 0,001$ ).

Acerca del resultado porcentual en los promedio de rendimiento en Curva de Aprendizaje, no se observó diferencias ( $t_{(14)} = -0,2$ ;  $p = 0,9$ ) en el promedio general (antes:

52,43%  $\pm$  13,87% vs. después: 51,17%  $\pm$  15,78%). Sin embargo, el resultado mínimo obtenido disminuyó luego de la intervención (antes: 33,33% vs. después: 19,44%). Analizando los subgrupos de quienes incrementaron o disminuyeron su rendimiento, 9 sujetos disminuyeron en promedio un 17,7%, mientras que 6 aumentaron en promedio un 41,2% ( $t_{(5,47)}=3,08$ ;  $p = 0,024$ ). Para esta prueba es importante considerar que en total un 58,3% perseveró antes de la cirugía y un 66,7% posterior a esta. En cuanto a la interferencia, esta se presentó en un 41,7% antes de la cirugía, mientras que después en un 33,3%. Un 25% dejó de presentarla y en un 16,7% la registró posterior a la intervención. Un 54,5% de los participantes presentó efecto de primacía durante la valoración prequirúrgica, sin embargo, este disminuyó a un 45,5% después del procedimiento. En el caso contrario, un 25% de los sujetos antes de la cirugía presentó el efecto de recencia, mayor al 16,7% después del procedimiento quirúrgico.

Para los rendimientos asociados a las pruebas de evocación de la información, no se presentó diferencia en los desempeños ( $t_{(15)}= -0,2$ ;  $p = 0,8$ ), mas hubo una leve disminución en los promedios generales (antes: 46,57%  $\pm$  25,70% vs. después: 47,81%  $\pm$  21,31%). Únicamente se observó un leve incremento en el valor mínimo, indicando que al menos todos los sujetos recordaron algún dato en la valoración postquirúrgica (antes: 0% vs. después: 17%). Como detalle importante, 9 participantes mejoraron en un promedio 20% su rendimiento, mientras que 5 lo disminuyeron aproximadamente un 33,9%, existiendo diferencias entre sus rendimientos ( $t_{(12)}=3,30$ ;  $p = 0.006$ ). En este caso, la perseverancia se presentó en un caso en ambos momentos de la evaluación. La interferencia sí difirió, de un 23,5% previo a la cirugía a un 35,3% después de la misma; sin embargo el porcentaje que la presentó de manera previa, no la evidenció más posteriormente.

En cuanto a los promedios de rendimiento en la función de reconocimiento de la información, se presentó una mejora en el promedio general de desempeño (antes: 85,78%  $\pm$  23,34% vrs. después: 91,67%  $\pm$  11,79%), así como un aumento del valor mínimo obtenido (antes: 8% vrs. después: 58%); no hubo diferencias ( $t_{(15)} = -1,4$ ;  $p = 0,2$ ). Solamente un individuo bajó sus puntuaciones aproximadamente un 8,3%, mientras que 15 personas mejoraron un 56,8% en promedio. En esta tarea, en la variable de Falsos Positivos, es decir la cantidad de palabras que indicaban estar dentro de la lista aunque no correspondieran con las originalmente presentadas, hubo diferencia en los porcentajes ( $t_{(14)} = 2,8$ ;  $p = 0,01$ ), en valor máximo (antes: 67% vrs. después: 33%) y en el promedio general (antes: 17,19%  $\pm$  17,87% vrs. después: 9,26%  $\pm$  9,86%). Esto sugiere una disminución en la cantidad de errores cometidos en la tarea. Respaldando estos datos, 11 sujetos mejoraron en un 56,8% en promedio, mientras que un caso empeoró aproximadamente 8,3% ( $t_{(10)} = -7,68$ ;  $p = 0,0001$ ). Por tanto, en la subprueba de Memoria Verbal por Reconocimiento, se observó una diferencia positiva posterior a la cirugía, que sugiere un incremento en la cantidad de información recordada y una menor cantidad de errores en relación a falsos positivos.

Por último, para la subprueba de evocación de información visual mediante la reproducción del estímulo Figura Rey Compleja, se observó un aumento en el promedio de rendimiento (antes: 20,69%  $\pm$  17,76% vrs. después: 33,22%  $\pm$  24,63%), relacionado a una mejoría en el valor máximo (antes: 55,56% vrs. después: 77,78%), sin presentarse diferencias ( $t_{(8)} = -2$ ;  $p = 0,08$ ). Descriptivamente 6 individuos mejoraron 91,3% su desempeño mientras que 2 obtuvieron puntuaciones inferiores (85,7% menos).

A nivel general, en el dominio de Memoria el 66,64% de las personas incrementaron o mantuvieron su rendimiento, mientras que un 33,36% lo disminuyeron. Ahora bien, ciertos detalles son importantes de considerar para interpretar algunos de estos resultados en su valor

clínico: en primer lugar, hubo un 60% de los y las participantes que tuvieron un desempeño menor para recordar información de manera inmediata (apenas recordando el 50% de los datos), lo cual aunado al bajo promedio observado en memoria de trabajo, sugiere deficiencias en la retención de información. Además, un porcentaje alto perseveró e incluyó falsos positivos (interferencias) durante su rendimiento, sugiriendo dificultades en el automonitoreo. Dado que el efecto de primacía se presentó en una gran cantidad de casos, podría considerarse un factor relevante para implementar estrategias compensatorias en intervenciones terapéuticas posteriores. Respecto al reconocimiento de la información, el rendimiento promedio fue superior al 85% en ambas pruebas, mientras que en las escalas de evocación y curva de aprendizaje el rendimiento promedio fue apenas superior al 50%. Por ejemplo, la cantidad de errores cometidos y la interferencia de datos fueron superiores al 30% en ambas tareas, respectivamente. Durante el reconocimiento de la información, en contraste, los errores cometidos y las interferencias no superaron el 17%. De hecho disminuyeron hasta un 10% posterior a la cirugía. Esto sugiere que la información sí había sido procesada adecuadamente, pero con dificultades para la recuperación de la misma.

### ***Lenguaje:***

Considerando el promedio de rendimientos de las personas evaluadas en la tarea de repetición de errores semánticos no hubo diferencias (antes: 95,19%  $\pm$  14,01% vrs después: 98,21%  $\pm$  6,68%) ( $t_{(10)} = -1$ ;  $p = 0,3$ ). El valor mínimo postquirúrgico aumentó en un 25% (antes: 50% vrs. después: 75%) y todos los pacientes ( $n=11$ ) mantuvieron o mejoraron su desempeño.

En el promedio de desempeño de las personas evaluadas en la descripción de lámina, aumentó el promedio aproximadamente un 7% (antes: 78,70%  $\pm$  22% vrs. después: 85,09%

$\pm 17,48\%$ ), sin diferir significativamente ( $t_{(16)} = -1,6; p = 0,1$ ). Ahora bien, 14 de las personas mejoraron 27% su rendimiento, mientras que 3 lo disminuyeron en un 33%.

Al reconocer objetos con la mano izquierda, no se mostraron diferencias en el promedio de rendimiento de las personas evaluadas ( $t_{(10)} = -1; p = 0,3$ ), sin embargo hay una disminución en el valor mínimo (antes: 67% vs. después: 33%). A excepción de un sujeto que mejoró su rendimiento, el resto de los y las participantes mantuvieron el mismo resultado. Respecto a la mano derecha, no hubo diferencias significativas ( $t_{(10)} = -1; p = 0,3$ ) y los valores se mantuvieron estables. Es importante destacar que uno de los casos mejoró el doble de su rendimiento previo, el resto no sufrió ningún cambio.

Respecto al promedio de desempeño de las personas evaluadas en la tarea de repetición verbal, no se observó diferencia en el promedio general de ambas subpruebas (Repetición Verbal Logatomos y Repetición Verbal Oraciones) (antes:  $90,91\% \pm 13,80\%$  vs. después:  $93,75\% \pm 16,08\%$  para RVL; antes:  $91,92\% \pm 21,39\%$  vs. después:  $93,65\% \pm 12,34\%$  para RVO). Es importante indicar que, en ambas tareas, posterior a la cirugía ningún sujeto bajó del 50% del rendimiento. Por ejemplo, en la prueba RVL 10 individuos mejoraron 8% y solamente 1 caso disminuyó un 20%; mientras que en la prueba RVO 7 sujetos aumentaron 20,8% su desempeño y 5 disminuyeron 2,1%. En ninguno de los casos se presentaron diferencias entre quienes mejoraron su desempeño y lo disminuyeron (RVO:  $t_{(11)} = -0,9; p = 0,4$ ) (RVL:  $t_{(10)} = -1,3; p = 0,2$ ).

En cuanto a los promedios de desempeño en la tarea de comprensión verbal de órdenes, se observó una disminución en el rendimiento general (antes:  $93,27\% \pm 15,62\%$  vs. después:  $86,72\% \pm 12,05\%$ ), sin embargo es importante evidenciar que el valor mínimo aumentó (antes: 44% vs. después: 63%) por lo que postquirúrgicamente todos los sujetos

estuvieron por encima del 60%. Esta discrepancia entre una disminución del promedio pero un incremento en los valores mínimos, se puede atribuir a que 7 sujetos bajaron un 15,18% su rendimiento, mientras que 6 individuos mejoraron 11,8%, difiriendo entre ambos subgrupos ( $t_{(11)} = 3,76$ ;  $p = 0.003$ ). En la misma línea, esta vez en el desempeño frente a la tarea de comprensión lectora de órdenes, también se observó una disminución significativa en el promedio general de rendimiento (antes:  $93,33\% \pm 18,34\%$  vrs. después:  $80,56\% \pm 33,43\%$ ). Los valores mínimos disminuyeron debido a que dos sujetos no presentaron puntuación en la valoración previa (antes: 42% vrs. después: 0%) ( $t_{(8)} = 2,8$ ;  $p = 0,02$ ). En cuanto a las diferencias individuales, 5 sujetos disminuyeron hasta un 35,7%, mientras que 4 individuos mejoraron su desempeño; existiendo diferencias entre ellos ( $t_{(4)} = 6$ ;  $p = 0,004$ ).

Los promedios de rendimiento en la comprensión verbal de palabras no muestran diferencias (antes:  $98,89\% \pm 4,3\%$  vrs. después:  $95,83\% \pm 11,87\%$ ) ( $t_{(14)} = 0,9$ ;  $p = 0,4$ ). El análisis de las diferencias individuales mostró que 11 sujetos mantuvieron su rendimiento, mientras que 1 mejoró apenas 1,6% y 3 disminuyeron 23,2% sus puntuaciones.

En la prueba de Denominación Verbo-Verbal los sujetos mostraron niveles óptimos en sus promedios de rendimiento indistintamente de la cirugía (antes:  $100\% \pm 0\%$  vrs. después:  $98,81\% \pm 4,45\%$ ), excepto por un sujeto cuyos resultados bajaron en un 17%, afectando el valor mínimo postquirúrgico (antes: 100% vrs. después: 83%). Los restantes 9 sujetos presentaron el mismo desempeño.

Finalmente, los promedios de rendimiento en la escritura disminuyeron no significativamente ( $t_{(8)} = 1$ ;  $p = 0,3$ ) en sus promedios generales (antes:  $98,33\% \pm 5,27\%$  vrs. después:  $83,33\% \pm 30,86\%$ ). Específicamente, 1 sujeto presentó un 16,7% de rendimiento menor, mientras que los restantes 9 individuos lo mantuvieron estable.

La sistematización de estos rendimientos clínicos permite interpretar que la función de Lenguaje muestra promedios de rendimientos muy altos en todas sus tareas, superando la mayoría el 85% de rendimiento. De manera general, el 78,55% de los sujetos mejoraron, mientras que un 21,45% presentaron resultados más bajos después de la intervención. Este constructo parece ser el menos afectado inclusive desde antes de la cirugía, lo que sugiere que las subpruebas utilizadas podrían no estar siendo suficientemente sensibles a la alteración en el desempeño o bien, que la valoración transquirúrgica de este dominio permite conservar la función disminuyendo la posibilidad de afectación posterior del lenguaje.

Particularmente, el seguimiento de órdenes, tanto a nivel verbal como lectora, muestra promedios generales inferiores luego de la intervención quirúrgica. El 80% de rendimiento o más que presentan estas subpruebas, sugiere que hay una mayor dificultad en el seguimiento de instrucciones complejas lo que podría ser sugerente de alteración ejecutiva tras la función lingüística.

### ***Funciones Ejecutivas:***

Los rendimientos promedio en la subprueba Trail Making Test B mostraron un aumento en el desempeño (antes: 780s vrs. después: 442s, a menor tiempo de ejecución mayor rendimiento), disminuyendo en 338 segundos la ejecución de la tarea respecto a la duración máxima presentada a nivel prequirúrgico. Este mismo efecto se presenta en el promedio general de tiempo de ejecución de la tarea (antes: 258,93s  $\pm$  191,06s vrs. después: 193,65s  $\pm$  103,70s). En la misma línea, 9 sujetos obtuvieron un rendimiento 38,3% superior, mientras que 6 necesitaron 40,8% más de tiempo para la realización de la tarea, diferenciándose entre ambos subgrupos ( $t_{(13)} = -5,73$ ;  $p = 0.0001$ ).

En los rendimientos promedios de la evaluación del pensamiento abstracto y la flexibilidad cognitiva, no se presentaron diferencias ( $t_{(14)}= 1,9$ ;  $p = 0,07$ ), mas sí una disminución en el promedio general de rendimiento (antes:  $52,84\% \pm 25,18\%$  vrs. después:  $45,99\% \pm 25,90\%$ ). Un 24,3% ( $n=12$ ) disminuyeron su rendimiento, mientras que solamente mejoraron 3 personas en promedio un 21,8%, ambos subgrupos fueron diferentes entre sí ( $t_{(13)}=3,86$ ;  $p = 0,002$ ).

El rendimiento promedio en la fluidez verbal semántica no presentó diferencias ( $t_{(13)}= 1,2$ ;  $p = 0,2$ ), aunque en su promedio de rendimiento general hay una leve disminución (antes: 17 palabras  $\pm 6,74$  vrs. después: 13,17 palabras  $\pm 7,51$ ). Para esta subprueba, 7 sujetos mostraron una mejoría de aproximadamente 26,1% en su rendimiento, mientras que 7 disminuyeron en un 41,1%. La mitad de las personas mostraron una mejoría post-quirúrgica, difiriendo su rendimiento en comparación a quienes disminuyeron ( $t_{(12)}= 5,29$ ;  $p = 0,0001$ ). Para el caso de los promedios de rendimiento en la fluidez verbal fonológica, hay un aumento en la cantidad de palabras máximas mencionadas en el período postquirúrgico (antes: 10 vrs. después: 12) y al igual que la fluidez verbal semántica, se da una leve disminución en el desempeño promedio (antes:  $6,18 \pm 3,40$  vrs. después:  $4,47 \pm 3,68$ ). A nivel individual, los rendimientos difirieron entre quienes mejoraron ( $n=5$ ) en promedio un 46,5% y los sujetos que obtuvieron un 67,8% de disminución en su desempeño ( $n=6$ ) ( $t_{(9)}=4,50$ ;  $p = 0,002$ ). Las pruebas de fluidez verbal presentaron perseverancia en 11 sujetos, sin embargo únicamente el 18,2% de estos lo reportó en ambas ocasiones. Para la interferencia, 2 personas la presentaron posterior a la intervención y un caso previo a esta.

En los rendimientos promedio del Test Stroop, se observó una mejoría. Para el Stroop Palabras, los rendimientos mínimos y máximos mejoraron (antes: 14/108 palabras vrs. después: 20/135 palabras, respectivamente), al igual que el promedio general (antes: 70,56



palabras  $\pm 27,11$  vs. después: 74,56 palabras  $\pm 29,74$ ) y no hubo diferencias ( $t_{(14)} = -0,6$ ;  $p = 0,6$ ). En este caso 8 personas disminuyeron un 22,4%, difiriendo su desempeño de los 7 que mejoraron un 73,7% ( $t_{(13)} = 2,26$ ;  $p = 0,042$ ). Para el Stroop Colores, a diferencia del anterior, el valor mínimo disminuyó (antes: 15 palabras vs. después: 11 palabras) pero el puntaje máximo aumentó (antes: 73 palabras vs. después: 98 palabras), los promedios generales subieron levemente (antes: 47 palabras  $\pm 17,76$  vs. después: 49,50 palabras  $\pm 24,61$ ). A pesar de existir una leve mejora en los promedios de rendimiento, 10 sujetos bajaron aproximadamente 22,5% su desempeño, mostrando diferencias respecto a los 6 individuos que mejoraron un 50,6% ( $t_{(14)} = 6,94$ ;  $p = 0,0001$ ). Finalmente, en los rendimientos promedio del Stroop Palabras-Colores hubo un efecto similar a las anteriores: no se presentaron diferencias ( $t_{(14)} = -1,1$ ;  $p = 0,3$ ) ni en los puntajes mínimos y máximos (antes: 3/56 palabras vs. después: 7/95 palabras) ni en los promedios de desempeño (antes: 22,12 palabras  $\pm 13,67$  vs. después: 29,59 palabras  $\pm 22,41$ ). En este caso el desempeño aumentó un 160,8% en 8 sujetos, disminuyendo un 33,5% en 7 personas.

Es relevante que el constructo de Funciones Ejecutivas medido refleja rendimientos menores en las personas posterior a la cirugía (disminuyeron: 55,29% vs. mejoraron: 44,71%).

De especial consideración también es que en el pensamiento abstracto el 80% de los sujetos bajaron su rendimiento en comparación a la primera evaluación, sugiriendo una mayor dificultad para resolver la tarea después de la cirugía, lo que no sucede en el resto de tareas. Finalmente, el tiempo promedio necesario para resolver la prueba de secuenciación, se sigue manteniendo en un rango de deterioro según los parámetros de la prueba. Estas evidencias permiten insistir en la necesidad de anticipar que las secuelas cognitivas

trascienden la afectación posible a nivel motor o de lenguaje que tradicionalmente se han considerado en el modelo neuroquirúrgico.

### ***Habilidades Visoconstructivas:***

El rendimiento promedio en la copia del estímulo Figura Rey Compleja mejoró ( $t_{(7)} = -2,6; p = 0,03$ ) y el valor mínimo (antes: 0% vrs. después: 19,44%) y máximo (antes: 84,72% vrs. después: 100%) fue superado en la segunda valoración. El rendimiento general presentó un aumento (antes:  $34,41\% \pm 28,15\%$  vrs. después:  $64,58\% \pm 31,74\%$ ) y a nivel individual la totalidad de sujetos mejoraron su desempeño ( $n=7$ ), aumentando un 86,6% en promedio.

Es importante destacar que parece darse una mejora en el rendimiento de aproximadamente un 30%, que sugiere que la mayoría de sujetos superaron el 50% del desempeño después de la cirugía.

### ***Área Afectiva-Emocional:***

Se evaluaron por separado los promedios de rendimiento en las subescalas de Ansiedad y Depresión de la Escala Hospitalaria HAD. Para la primera, hubo una disminución en el promedio general (antes:  $33,93\% \pm 13,33\%$  vrs. después:  $28,97\% \pm 19,21\%$ ). Descriptivamente, 6 sujetos disminuyeron sus niveles de ansiedad aproximadamente un 30,2% en promedio y dos aumentaron un 83,3% su sintomatología, estos subgrupos fueron diferentes entre sí ( $t(6) = -4,70; p = 0.003$ ). La autopercepción de los sujetos mediante el Cuestionario EuroQoL, mostró que el 50% de los casos dijeron no estar ansiosos(as) o deprimidos(as). El restante 50% reportaron estar moderadamente ansioso(a) o deprimido(a) previo al procedimiento quirúrgico.

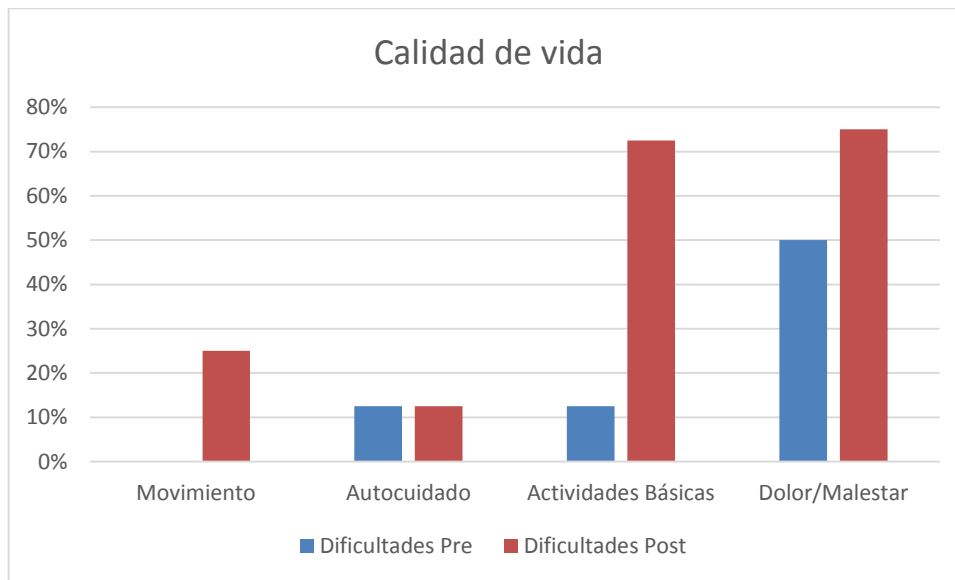
Los indicadores de sintomatología depresiva percibidos mostraron un aumento en el valor mínimo (antes: 0% vrs después: 5%) y máximo (antes: 48% vrs. después: 67%), sin diferencias en los promedios generales. 4 personas disminuyeron su sintomatología un 55,4%, mientras que 4 casos la aumentaron aproximadamente un 166,7%.

En síntesis, parece existir un estado de ansiedad prequirúrgica propia de la situación que tiende a disminuir luego de la intervención. Esto respalda la importancia del trabajo antes de la cirugía en el entrenamiento de técnicas de relajación y manejo de ansiedad.

### ***Calidad de Vida:***

En los puntajes reportados del Cuestionario EuroQoL hubo un aumento en los promedios generales (antes: 75%  $\pm$  20,87% vrs. después: 82,08%  $\pm$  11,89%), que se refleja también en el aumento de los valores mínimos (antes: 30% vrs. después: 60%) y máximos (antes: 95% vrs. después: 99%). Esta autopercepción de su estado de salud, mejoró en 5 de los sujetos, mientras que disminuyó en 3. En cuanto a la percepción de alteraciones en el movimiento, previo a la cirugía ningún sujeto reportó dificultades (n=8), sin embargo posterior a esta, 2 indicaron presentar moderadamente problemas para caminar. Para la autopercepción de alteraciones en el cuidado personal solamente un caso reportó algunos problemas para asearse o vestirse en ambas etapas. En cuanto al autoreporte de alteraciones en las actividades cotidianas, tales como trabajar, estudiar, labores del hogar, actividades familiares o del tiempo libre, hubo diferencias ( $p = 0,02$ ): previo a la cirugía 7 personas las realizaban sin dificultad, sin embargo posterior a esta, 4 reportaron tener algunos problemas. Un caso indicó no ser capaz de realizarlas posterior a la intervención. Es decir, un 62,5% (n=5), tiene algún tipo de dificultad para realizar sus actividades cotidianas posterior a la cirugía. Por último, 4 personas reportaron no haber tenido molestias previas a la cirugía, sin embargo 2 dijeron presentar un malestar o dolor moderado después de la intervención. En 3

casos hubo reporte de malestar o dolor moderado en ambos momentos de la evaluación y uno pasó de presentarlo de manera extrema a moderada. La comparación de las variables acá descritas se presentan en la Figura 6, donde se visibiliza el porcentaje de sujetos con dificultades en cada una, antes y después de la cirugía.



**Figura 5. Porcentaje de personas que reportan presencia de alteraciones en las variables de Calidad de Vida antes y después de la cirugía**

*e. Discusión e implicaciones posibles al contrastar la sistematización de evaluaciones pre y post quirúrgicas*

Tomando en cuenta todos los dominios analizados anteriormente, encontramos que en el 54,84% de las pruebas utilizadas, los sujetos presentaron un promedio post intervención más bajo en comparación a su primera evaluación. Si tomamos en cuenta este detalle de manera aislada, sugeriría que el rendimiento posterior a la cirugía se ve afectado; sin embargo esto realmente demuestra que los individuos que tuvieron un resultado inferior, presentaron una diferencia mucho mayor que quienes mejoraron. Para llegar a esta conclusión, se promediaron los porcentajes de los individuos que mejoraron en cada uno de los constructos, encontrando que un 66,45% de los participantes tuvieron puntuaciones más

altas, muy superior al 33,55% que disminuyeron su desempeño. Esto quiere decir que muchos sujetos mejoraron tras la cirugía, sin embargo su aumento en el rendimiento fue leve, mientras que pocos individuos presentaron un rendimiento inferior, mas su disminución fue mayor, viéndose más afectados. Esta información es clínicamente muy significativa pues justifica la necesidad de brindar procesos de acompañamiento y rehabilitación cognitiva post quirúrgicos como parte de los servicios de salud.

Cabe considerar que en todo procedimiento test-retest, las personas de la muestra por lo general mejoran su desempeño en la segunda evaluación. Ello sin embargo no es tan claro como fenómeno en casos de lesión cerebral y, a pesar de que se reconoce ese posible efecto se considera necesario no desestimar el dato de posible mejoría a nivel clínico..

Como se ha venido indicando, el 66,45% mostró un aumento en su rendimiento, sin embargo este no se ve reflejado en los promedios globales de la muestra pues también hubo personas con deterioros importantes en su rendimiento.

De las 6 funciones cognitivas evaluadas, la única que presentó un porcentaje mayor de sujetos con rendimientos disminuidos o afectados fue la de Funciones Ejecutivas (mejoraron: 44,71% vs. disminuyeron: 55,29%). Esto sugiere que podría ser el área mayormente comprometida y que por tanto, se recomendaría abordar con mayores esfuerzos en procesos de rehabilitación y psicoeducación.

En cuanto a la Atención, todas sus tareas mostraron un promedio general inferior al período prequirúrgico. Además, los rendimientos generales fueron bajos en dos de las tres pruebas, sugiriendo un compromiso a este nivel.

A nivel de Memoria, se observó que en 3 de sus 6 subpruebas los rendimientos generales mejoraron, pero los promedios resultantes son bajos, apenas superando el 50% del rendimiento. Es interesante que el desempeño en el reconocimiento de la información aumenta hasta por encima del 90%, implicando que la información pareciera estarse procesando y almacenando pero con alteración en los procesos de recuperación

El área de Lenguaje a pesar de sufrir una leve decaída en 7 de sus 11 tareas, siempre presentó promedios por encima del 80%, alcanzando en algunas un 98% del rendimiento. Se debe mencionar que durante las valoraciones transquirúrgicas, este es el dominio que más se evalúa, mediante una constante conversación entre el paciente y el psicólogo, además de las pruebas incluidas en el protocolo. Esto permite que durante el procedimiento quirúrgico, exista un interés y control por proteger a la persona de posibles déficits.

Metodológicamente debe tomarse en cuenta, una vez realizadas las consideraciones anteriores, que el grado de dificultad de las pruebas varía. Por ejemplo, en Atención de Dígitos, Memoria de Trabajo-Dígitos Inversos, Curva de Aprendizaje, Evocación de Información, Figura Rey Compleja-Memoria y Abstracción-Semejanzas, el rendimiento no alcanzó el 50%, o bien, apenas lo superó. Otro de los aspectos a considerar en este análisis es el tiempo transcurrido entre las valoraciones. En promedio para todos los sujetos este fue de 8,3 meses, sin embargo hay diferencias importantes entre los individuos, donde el 50% esperó 7 meses o menos entre cada una, mientras que en tres casos más de 12 meses por variables propias del contexto institucional hospitalario.

Considerando que el 60% de la muestra presentó lesiones en la región frontal, era esperable que los resultados de la sistematización mostraran al dominio de Funciones Ejecutivas como el más afectado.

Sin embargo, el documentarlo resulta esencial para justificar la necesidad de una apropiada intervención en rehabilitación neuropsicológica, reconociendo que las funciones ejecutivas son vitales para el diario vivir de los seres humanos en la actualidad. Los déficits en estas funciones afectan la ejecución de muchas tareas cotidianas, incluyendo trabajar, estudiar o en general desempeñar tareas complejas sociales. Si se considera que el autoreporte en el Cuestionario EuroQoL revela conciencia de alteraciones en la realización de actividades cotidianas y que un 62,5% de los pacientes mencionaron tener dificultades para la ejecución de estas tareas después de la cirugía, queda claro que es un área de necesaria intervención para el profesional en psicología. Que el 21,4% de las personas manifestara que dejó de realizar actividades instrumentales y el 14,3% reportara dificultades para satisfacer sus actividades básicas por cuenta propia, desvela que una parte importante de la población está enfrentando - sin recursos de apoyo y atención adecuados - las dificultades graves para su buen funcionamiento a nivel laboral, académico e incluso familiar.

Otro aspecto a considerar con respecto al rol de la Psicología y asociado a la presencia posible de sintomatología ansiosa o depresiva, es la importancia de definir el criterio técnico durante la elección de candidatos a ser intervenidos bajo la modalidad de cirugía despierto. La presencia de ansiedad reactiva podría no ser un criterio de exclusión aunque sí lo sería la presencia de trastornos relacionados como por ejemplo ataques de pánico, claustrofobia o temor a la sangre. Esta discusión pendiente en el Servicio de Neurocirugía puede sustentarse ahora en evidencia gracias a esta sistematización; dado que los datos muestran un alto nivel de ansiedad previo a la intervención, decayendo de manera relevante posterior a la misma (sugiriendo quizás que el procedimiento quirúrgico es por sí mismo un evento causante de sintomatología ansiosa).

### **5.2.3 Micronivel: habilidades, competencias y conocimientos adquiridos**

Los niveles anteriormente descritos permiten constatar la labor realizada durante la Práctica Dirigida y los beneficios de esta hacia el personal médico y funcionarios(as) de las instituciones involucradas (Hospital México y Universidad de Costa Rica), así como hacia las y los pacientes y familiares quienes fueron el principal foco de atención. Ahora bien, el proyecto permitió un beneficio multidireccional, en donde el sustentante logró desarrollar una serie de habilidades, competencias y conocimientos, en un contexto al que nunca antes había sido expuesto. En este sentido, el presente apartado busca reflejar la experiencia más personal de aprendizaje desde la inserción profesionalizante realizada.

La inclusión como integrante del Servicio de Neurocirugía y como profesional en Psicología, consistió en la primera aproximación al ámbito laboral propiamente como psicólogo. Ante esto, se enfrentó una situación donde la teoría y la academia debían dejarse de lado para afrontar una realidad institucional con la que había que familiarizarse, además de situaciones del día a día de las personas.

Uno de los aprendizajes principales se relacionó con la familiarización a la dinámica de un centro de salud costarricense. La estructura, tiempo y espacio laboral son particularmente distintos a otras instancias, por lo que fue necesario flexibilizarse en cuanto a la planificación y estar dispuesto a la atención de situaciones inesperadas, así como aplazar aquellas actividades que se tenían destinadas para ese día en particular.

Bajo la misma línea, esta flexibilidad y adaptación se extendió a la atención de pacientes y al uso de herramientas y técnicas psicológicas. En muchos casos, no existían las condiciones óptimas de confidencialidad para intervenir, sin embargo la situación apremiante obligó a actuar en ese momento; así mismo, fue necesario utilizar la estrategia



psicológica más adecuada para la persona y el instante en el que se estaba interviniendo, por lo que partir de una posición teórico/práctica rígida obstaculizaba la atención inmediata.

Esta constante interacción con las y los usuarios, permitió el entrenamiento y perfeccionamiento de las herramientas de abordaje psicológico con las que contaba el sustentante. Si bien la academia brindó las bases para su aplicación, fue en la práctica donde se creó un espacio de aprendizaje, observándose los resultados en el y la consultante, por ejemplo al aplicar las técnicas de relajación. Para esto fue fundamental la participación de la M. Sc. Rocío Vindas por su constante supervisión y retroalimentación sobre el accionar del sustentante, expresando sugerencias en cuanto a detalles por mejorar o ratificando la buena labor realizada.

Por otro lado, estar inmerso en un centro de salud donde sus funcionarios parten desde disciplinas distintas, requirió esfuerzos para aprender el vocabulario institucional rápidamente, lo que facilitó la labor. Así mismo, se necesitó la habilidad para trabajar en equipos multidisciplinarios, para lo que se requirió una apertura hacia la comunicación asertiva, disposición para el aprendizaje y la enseñanza, la proactividad, confianza en sí mismo y constante colaboración. Lo anterior se vio reflejado durante las Sesiones Clínicas, particularmente aquellas pertenecientes a la Unidad de Neuro-oncología, y la coordinación de las Cirugías Despierto, por la interacción con los distintos profesionales de sala de cirugía. Ambos escenarios fueron los espacios esenciales para el desarrollo de las competencias anteriormente descritas, gracias a la diversidad de profesionales que participan.

El ámbito quirúrgico, además de lo ya planteado, posibilitó llevar a cabo dos labores fundamentales para el desarrollo profesional del sustentante: el acompañamiento emocional ante situaciones estresantes y amenazantes, y servir como fuente de apoyo para la persona usuaria intervenida. Ambas permitieron que la persona atendida aumentara su confianza y

seguridad para afrontar la situación novedosa, por lo que para adoptar el rol de figura de apoyo fue necesario profundizar en la historia de vida de cada paciente, conocer sus pasatiempos, su familia, sus gustos, preferencias, habilidades y debilidades; todo esto en una única sesión previa.

Otros aspectos que potenciaron el crecimiento profesional del sustentante fueron el manejo de situaciones con familiares y la aplicación de las técnicas psicoeducativas. En muchos casos ambas se dieron de la mano, por ejemplo durante la preparación previa para la cirugía, donde se brindó un espacio para la aclaración de dudas y explicación del proceso quirúrgico, posibles consecuencias y tareas a realizar durante la recuperación. La capacidad de empatía, comunicación asertiva, contención emocional y la posibilidad de servir de mediador entre personal médico y pacientes, fueron habilidades y competencias desarrolladas en estos espacios, esenciales para una mejor atención.

La participación activa como miembro del Servicio de Neurocirugía provocó un proceso paralelo de aprendizaje en cuanto a técnicas y procedimientos neuroquirúrgicos, como tipos de cirugías, así como principios básicos de neuroanatomía, interpretación de técnicas de neuroimagen como TAC y Resonancia Magnética, sintomatología de diversas patologías e incluso la cultura de higiene dentro del centro de salud. Este intercambio constante de conocimientos entre profesionales llegó a generar la solicitud de una exposición educativa sobre la temática de “Funciones Ejecutivas y Secuelas del Cuerpo Caloso”, reflejando el aprendizaje dual constante dentro de los y las profesionales inmersos.

Todo el proceso necesitó de una especialización en el área de la Neuropsicología, permitiendo reconocer la sintomatología psicológica de las diversas patologías intervenidas y el manejo de las mismas, perfeccionando técnicas como la entrevista y observación clínica. Este sustento teórico y las habilidades clínicas desarrolladas, fueron claves para expresar con

mayor propiedad y confianza durante las sesiones clínicas, los resultados obtenidos en las evaluaciones neuropsicológicas, así como para defender el posicionamiento del área de psicología en el proceder o no con determinado tipo de tratamiento.

Esta misma especialización, permitió brindar rehabilitación neuropsicológica, por lo que la adquisición de técnicas para la compensación, optimización y restauración de secuelas cognitivas fue aumentando de manera progresiva mediante la atención de casos y búsqueda bibliográfica. Para estos procesos fue necesaria la creatividad del sustentante en la aplicación de técnicas que beneficiaran al paciente, así como el ajuste de las mismas para cada caso particular que fue atendido.

La adquisición del conocimiento relacionado a la Neuropsicología, rehabilitación neuropsicológica, manifestaciones clínicas de patologías y su manejo respectivo, se dio en gran medida por el proceso de enseñanza-aprendizaje brindado por la Dra. Mónica Salazar. Sin su constante apertura para la supervisión, aclaración de dudas y sugerencias bibliográficas, el proceso se hubiera enlentecido y no hubiera alcanzado el grado de especialización necesario.

Como parte del proceso de Práctica Dirigida, fue necesario ahondar en técnicas estadísticas para la sistematización de las bases de datos. Ante esto, fue esencial la asesoría del Dr. Juan Carlos Brenes, quien brindó al sustentante las herramientas necesarias para obtener los resultados sobre las características de los y las pacientes atendidos hasta el momento, con el fin de obtener información del proceso de desarrollo del Proyecto de Prácticas Dirigida con el Servicio de Neurocirugía. Además, la necesidad de investigar sobre nuevas temáticas y técnicas, permitió mejorar las habilidades en búsqueda de artículos científicos, así como la respectiva lectura y análisis de los mismos.

Para finalizar con esta sección, es importante destacar que la adquisición de habilidades, competencias y conocimientos no se dio únicamente en el plano profesional, sino también personal. La cercanía con situaciones amenazantes y estresantes, la exposición a malas noticias, la observación de personas deterioradas físicamente, la evolución progresiva de patologías terminales, los efectos de tratamientos como quimioterapia y radioterapia, por mencionar algunas, expusieron al sustentante a un ambiente de constante ansiedad, temor y/o desesperanza que debía aprender a manejar a nivel emocional.

La empatía fue una característica esencial para el proceso, sin embargo, fue necesario reconocer los límites a nivel personal para saber el momento ideal en el que había que distanciarse un poco de la situación para no verse afectado. Para esto, la presencia de la M. Sc. Rocío Vindas y la Dra. Mónica Salazar permitió recibir una escucha empática de las frustraciones y emociones que el sustentante experimentó durante el proceso; el apoyo recibido por parte de ambas profesionales, fortaleció la labor y el aprendizaje a nivel individual.

Si bien la experiencia tuvo como objetivo el progreso a nivel profesional del estudiante, en este caso posibilitó de igual manera su crecimiento personal.

## **6. Limitaciones**

- i. Una de las principales dificultades en la práctica fue la ausencia de un profesional en Psicología dentro del Servicio de Neurocirugía. La coordinación y prontitud de intervenciones se vieron frecuentemente afectadas, ya que la supervisión debía coordinarse desde la asesoría técnica con el Servicio de Emergencias.
- ii. La carencia de un espacio físico disponible y con las condiciones óptimas para mantener la confidencialidad y privacidad de los pacientes y sus familiares fue también una

limitante. Además, esta condición imposibilitó el control ambiental, para reducir al máximo los distractores que interfirieran durante las evaluaciones neuropsicológicas.

- iii. La alta demanda de intervenciones psicológicas y neuropsicológicas en el Servicio de Neurocirugía, dada la diversidad de causas posibles de lesión cerebral, sugiere la necesidad de profesionales especializados en el área de la neuropsicología que la puedan atender. Un estudiante practicante no puede abarcar la totalidad de labores solicitadas, más allá de las limitantes a nivel legal, el recargo de tarea debe ser atendido por varios profesionales.
- iv. La ausencia de personal en Psicología capacitado para atender a pacientes con patologías y lesiones cerebrales es evidente dentro de la institución, por lo que esta población recibe pocos espacios de intervención.
- v. La dificultad a nivel administrativo en la solicitud de expedientes médicos, no permitió en ocasiones una mejor recolección de datos e información necesaria para realizar las distintas labores dentro de la institución.
- vi. Para la sistematización y el análisis estadístico realizado, debe reconocerse el interés clínico que orienta el procesamiento de resultados, la cantidad de variables y la heterogeneidad de los sujetos. No existe por tanto una pretensión de generalización de los resultados obtenidos.
- vii. Debido al proceso continuo de construcción y ajuste de los protocolos de evaluación según las necesidades clínicas, la base de datos no cuenta con la cantidad de pacientes y totalidad de datos para realizar análisis estadísticos significativos, razón por la cual existe la necesidad de darle continuidad a la recolección y sistematización de esta información.
- viii. El tiempo transcurrido entre las valoraciones fue muy irregular. Esto trae consigo una serie de variables que no fueron controladas como la posibilidad del crecimiento del

tumor o la creación de estrategias compensatorias, las cuales podrían tener un efecto importante sobre los resultados de las evaluaciones.

- ix. El tiempo de espera para recibir la cirugía fue uno de los factores que pudo influir en el lapso transcurrido entre cada evaluación. Este período de espera tiene un promedio de 38 días para todos los sujetos desde el momento de la primera valoración.
- x. La población con la que se trabajó provenía de distintas zonas geográficas, muchas de ellas fuera del Valle Central, por lo que la programación de las citas para evaluarlos(as) y su respectivo seguimiento debía realizarse con mucho tiempo de anticipación. Aun así, los y las pacientes suspendieron en diversas ocasiones su asistencia.

## **7. Conclusiones**

- i. A través de la presente Práctica Dirigida, se evidenció la necesidad del profesional en Psicología dentro del Servicio de Neurocirugía, quien se encargó de la atención, evaluación e intervención en crisis de la población con patologías y lesiones cerebrales y sus familiares. Además de desarrollar sesiones psicoeducativas y brindar el acompañamiento y preparación para situaciones amenazantes como el proceso quirúrgico.
- ii. La importancia del Psicólogo como mediador entre el equipo médico y los pacientes y sus familiares, transmitiendo la información entre ambos entes, como por ejemplo la comunicación de malas noticias, la aproximación al procedimiento quirúrgico a través de herramientas psicoeducativas, el manejo de crisis convulsivas y de ansiedad, realización de trámites administrativos, etc.
- iii. Mediante las 168 intervenciones a nivel multi e interdisciplinario en las que se participó (sesiones clínicas, visitas generales y sesiones académicas), se evidenció

una mayor flexibilidad y mejor atención al usuario(a), ofreciendo alternativas de tratamiento en busca de una mejor calidad de vida. La coordinación y transmisión de información entre las distintas disciplinas permitió la creación de puentes de comunicación que facilitaron las labores y brindaron una respuesta más rápida y eficaz al usuario(a).

- iv. La trascendencia del uso de herramientas psicoeducativas en las intervenciones con funcionarios(as) del centro institucional, visibilizó los aportes desde la Psicología en el ámbito neuroquirúrgico, permitiendo al personal médico el conocimiento de secuelas cognitivas, emocionales y conductuales, evidenciadas a través de la entrevista, observación o evaluación neuropsicológica (por ejemplo, el espacio académico brindado mediante la exposición de Funciones Ejecutivas y Secuelas Neuropsicológicas del Cuerpo Calloso).
- v. Así mismo, la herramienta psicoeducativa utilizada para la preparación previa a la cirugía, fue un medio eficaz para afrontar situaciones novedosas, amenazantes y estresantes, disminuyendo el posible nivel de ansiedad consecuente; además de ser esencial para la transmisión de información.
- vi. Se consolidó el espacio laboral del Psicólogo dentro del Programa de Cirugía Despierto, mediante las 8 evaluaciones tranquirúrgicas llevadas a cabo y la determinación de los criterios de exclusión para ser considerado(a) como candidato(a) o no de una intervención quirúrgica bajo estimulación cortical despierto, evaluando aspectos como los niveles de ansiedad, irritabilidad, depresión, alteraciones cognitivas, entre otras. Además, el acompañamiento emocional durante la cirugía se ha vuelto un servicio trascendental, brindando al paciente estrategias para el manejo de ansiedad durante la cirugía.

- vii. La atención de un total de 15 pacientes mediante rehabilitación neuropsicológica evidenció la ausencia en la atención del paciente posterior al procedimiento quirúrgico. Hasta este momento, eran pocas o nulas las intervenciones dedicadas al trabajo sobre las secuelas cognitivas, conductuales y/o emocionales, en busca de la incorporación al ámbito cotidiano de los y las pacientes, más allá de las citas de seguimiento y en ocasiones referencias al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental.
- viii. Esta misma posibilidad, propició un trabajo interinstitucional entre el Servicio de Neurocirugía del Hospital México y el Módulo de Neuropsicología de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Ante lo cual queda en evidencia los importantes resultados que se pueden obtener a través de la creación de proyectos de este tipo, como por ejemplo: la atención y seguimiento de pacientes, la profesionalización de los y las estudiantes a través del trabajo real con población neuroquirúrgica o la apertura de nuevas áreas laborales para el y la psicóloga.
- ix. La sistematización de la información se constituyó como una herramienta diagnóstica y de retroalimentación del proyecto de prácticas dirigidas, ofreciendo un espacio de discusión y de toma de decisiones para el futuro del programa. A través de esta, se evidenció alteraciones en las áreas de atención, memoria y funciones ejecutivas; además fue posible determinar el porcentaje de pacientes que sufren convulsiones (alrededor de un 69%) y que presentan dificultades para la realización de actividades cotidianas e instrumentales (cerca de un 62,5%), lo que desvela temáticas importantes (como el manejo en crisis convulsivas o de ansiedad, o el desarrollo de estrategias para retomar la independencia funcional) que se deben desarrollar mediante futuras prácticas dirigidas, proyectos o investigaciones.
- x. No solo se demuestra la necesidad de personal en psicología capacitado para atender este tipo de población, sino se evidencian nuevos espacios laborales en los que se



puede incursionar, como la necesidad de psicólogos en servicios de oncología, neurología, emergencias, etc. Además, ante la alta demanda expuesta a través de esta Práctica Dirigida, es clara la necesidad de un amplio equipo de profesionales; si bien en esta oportunidad se contó con la participación de dos estudiantes, gran cantidad de usuarios(as) con patologías distintas al tumor cerebral, no fueron atendidos(as).

- xi. Hay una demanda no solamente explícita, si no respaldada por los datos, para atender a la población posterior a una intervención quirúrgica o tras padecer alguna patología neurológica o neuroquirúrgica. Las intervenciones a nivel de rehabilitación neuropsicológica con pacientes y familiares, que les permitan encontrar estrategias para compensar sus déficits y mantener una vida activa, buscando mejorar la calidad de vida, son una carencia de atención en los centros de salud de nuestro país.
- xii. El Programa de Cirugía Despierto parece beneficiar a la mayoría de la población con la que se ha trabajado, sin embargo, no ofrece ningún tipo de intervención fuera del ámbito médico, para el seguimiento de los pacientes. Por lo que se necesita de personal capacitado en la atención de este tipo de población, ofreciendo no solamente rehabilitación neuropsicológica, sino un acompañamiento a familiares y/o cuidadores, mejorando la calidad de vida de los y las involucradas.
- xiii. Las Prácticas Dirigidas se convierten en un medio para acercar a la población estudiantil a un ambiente laboral real, formándolo finalmente como psicólogo(a) al enfrentarlo a situaciones donde debe aplicar los aprendizajes de la academia y desarrollar habilidades, competencias y conocimientos nuevos (por ejemplo, enfrentarse a situaciones amenazantes como la cirugía, la comunicación de malas noticias, intervención en crisis, trabajo en equipo, etc); además de replantear los ya adquiridos.

- xiv. La oportunidad de crecimiento personal que ofrece, particularmente, este tipo de Prácticas Dirigidas, es un espacio único para enfrentar situaciones adversas, amenazantes y estresantes. La capacidad para enfrentarse emocionalmente a este tipo de acontecimientos, posibilitó el autoconocimiento del sustentante sobre sus reacciones y limitaciones al desenvolverse en estos espacios.
- xv. La retroalimentación cualitativa de 5 pacientes manifestando su agradecimiento por los beneficios obtenidos a nivel familiar, laboral y de salud mental, a través de la incursión de la psicología en el ámbito neuroquirúrgico, es un dato que evidencia la necesidad e importancia del quehacer psicológico dentro de los centros de salud.

## **8. Recomendaciones**

### **8.1 A la Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital México:**

- i. Propiciar espacios para la incursión de estudiantes y profesionales en Psicología en los centros de salud del país, con el fin de que los diversos Servicios de atención se vean beneficiados por el quehacer psicológico.
- ii. Capacitar al personal que labora en la institución en áreas de creciente demanda, como el caso de la Neuropsicología, buscando un mayor grado de especialización en el servicio y con el objetivo de ofrecer una mejor calidad de vida al usuario.
- iii. Crear unidades de atención como es el caso de la Unidad de Psicooncología, formando equipos especializados en un área en particular que se encargue de atender la demanda existente, como se evidencia en el Servicio de Neurocirugía.
- iv. Reconocer la relevancia de las intervenciones psicológicas en procesos de hospitalización, tratamientos o procedimientos quirúrgicos. Además del valor agregado que brinda su participación en sesiones clínicas y visitas generales de todos los servicios. Esto no solo brinda una atención más integral, sino que permite

menores tiempos de internamiento, evita una sobredemanda de consultas, promueve una mejor comunicación médico-paciente, reduciendo la posibilidad de conflictos; lo que ahorraría tiempo y recursos para el sistema de salud, además de disminuir el desgaste psicológico del personal.

- v. Construir y mejorar los puentes de comunicación y alianza interinstitucional entre los centros de enseñanza superior costarricense y la CCSS, permitiendo la continuidad de proyectos como el aquí expuesto y beneficiando al usuario, como fue el caso de la población atendida mediante el Módulo de Neuropsicología.
- vi. El seguimiento de este proyecto trasciende los resultados académicos, ya que se ha convertido en una oferta de atención para pacientes del Servicio de Neurocirugía. Por lo que darle continuidad es una obligación, o bien que los entes institucionales se encarguen de la contratación de un profesional capacitado para hacer frente a la demanda ya creada y que sigue en crecimiento, evidenciada dentro de las estadísticas mostradas dentro de este documento en la sección de resultados.

## **8.2 Al Servicio de Neurocirugía:**

- i. Contratar los servicios de un profesional en Psicología con dominio en principios básicos en Neuropsicología para retomar las labores realizadas a través de este proyecto y solventar la creciente demanda de intervención.
- ii. Mantener y fortalecer las relaciones con la Escuela de Psicología para dar seguimiento a la atención de pacientes por medio del Módulo de Neuropsicología y continuar ofreciendo oportunidades al estudiante de Licenciatura para realizar su Trabajo Final de Graduación.

- iii. Dar continuidad al trabajo en conjunto entre la neurocirugía y la psicología, complementado el servicio ofrecido con intervenciones y acompañamiento a pacientes y familiares.
- iv. Especializar el Programa de Cirugía Despierto mediante evaluaciones transquirúrgicas personalizadas según las labores diarias del paciente, así como constituyendo un equipo de enfermeros(as) y anestesiólogos(as) constante ya capacitados para este tipo de procedimientos.
- v. Continuar con el proceso de adaptación de los instrumentos para la evaluación del Síndrome Disejecutivo, retomando los resultados expuestos en el presente documento, para proceder con los pasos respectivos para concluir con esta tarea.
- vi. Dotar al personal del servicio de espacios para la intervención terapéutica por parte de un profesional en Psicología, con el fin de buscar elaborar los acontecimientos experimentados durante la práctica neuroquirúrgica.

### **8.3 A la Escuela de Psicología**

- i. Promover en el estudiantado la modalidad de Práctica Dirigida como Trabajo Final de Graduación, debido a la oportunidad de llevar el conocimiento teórico a la práctica, al mismo tiempo que desarrollan experiencia laboral, la cual es un requerimiento actual para la obtención de un puesto de trabajo. Además, el y la estudiante se beneficia de una experiencia que puede colaborar en su crecimiento personal.
- ii. Fortalecer la formación académica en cuanto a herramientas y técnicas para la atención de pacientes, posibilitando una inserción más fluida en las labores realizadas durante esta Práctica Dirigida. Principalmente propiciando espacios de práctica en centros hospitalarios o similares, debido a que en el caso del sustentante nunca antes se insertó en este tipo de instituciones durante su período académico.

- iii. Promover iniciativas para la adaptación y estandarización de instrumentos, pruebas y escalas aplicadas a nivel nacional en Psicología Clínica, validando en mayor medida la labor realizada por los y las profesionales de esta área.
- iv. Propiciar la apertura de espacios académicos como cursos y módulos que ofrecen nuevas áreas de inserción, además de dar seguimiento a aquellos que presentan una alta demanda por parte del estudiante, como es el caso del Módulo de Neuropsicología. Este tipo de oportunidades permite llevar a la práctica uno de los pilares de la Universidad de Costa Rica: la Acción Social.

#### **8.4 A estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica:**

- i. Hacer de su Trabajo Final de Graduación una aproximación al ámbito laboral, siendo la Práctica Dirigida la mejor opción para adquirir las habilidades y competencias para desenvolverse en el quehacer psicológico.
- ii. Solicitar cursos o módulos prácticos que ofrezcan nuevos campos de inserción, propiciando la formación académica y la investigación en áreas poco explotadas a nivel nacional y/o internacional.
- iii. Visualizar la psicología como un área que busca el beneficio de la persona o población intervenida, por lo que deben utilizarse los recursos propicios según la particularidad de la situación y no abstenerse de técnicas simplemente por no relacionarse con determinado paradigma.
- iv. Tener presente que la Psicología tiene un amplio campo de áreas de inserción, por lo que centrarse en los ámbitos tradicionales únicamente limita el accionar psicológico.
- v. Concientizar sobre la necesidad de la actualización personal profesional en las diferentes materias que se desarrollen, beneficiándose de nuevas estrategias y herramientas para ofrecer un servicio de mejor calidad.

- vi. Demostrar que el quehacer psicológico es meritorio de prestigio y validez en los distintos ámbitos en que se desempeñe, haciendo valer el criterio resultante de la labor realizada, siempre adherido a la ética profesional.
- vii. Reconocer en todo momento que el objeto de estudio de la Psicología es el ser humano, por lo que cada intervención realizada tendrá consecuencias sobre la persona, lo que conlleva una gran responsabilidad.
- viii. Respetar las particularidades de cada individuo, independientemente de su condición religiosa, étnica, económica, social o cualquier otra característica.

## 9. Referencias Bibliográficas

- Alán, J. (2008). Práctica profesional inserción del psicólogo(a) desde la perspectiva integral de la Psicología de la Salud en el Centro Nacional de Trasplante de hígado y cirugía hepatobiliar, Hospital México – Caja Costarricense de Seguro Social. Trabajo final de investigación para optar al grado de Magister en Psicología de la Salud.
- Alvarado, E. (2008). Práctica del profesional en Psicología de la Salud en la Clínica de Coronado, Caja Costarricense del Seguro Social. Trabajo final de investigación para optar por el grado de Magister en Psicología de la Salud.
- Alvarán, L., Gómez, L., Aguirre, D., y Ortiz, L. (2008). Caracterización neuropsicológica de pacientes con glioma tratados en el Instituto de Cancerología de Medellín. *Acta Neurológica Colombiana*. 24, 13-23. Bernabeu, J., Cañete, A., Fournier, C., López, B., Barahona, T., Grau, C., Tórtola, A., Badal, M.D., Álvarez, J.A., Suárez, J.M. y Castel, V. (2003). *Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica en Oncología Pediátrica. Psicooncología*.1, 117-134
- Ardila, A. y Ostrosky, F. (2008). Desarrollo Histórico de las Funciones Ejecutivas. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 1-21.
- Ardila, A. y Ostrosky, F. (2012). Guía para el Diagnóstico Neuropsicológico. Recuperado de: [http://www.ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv\\_guia\\_para\\_el\\_diagnostico\\_neuropsicologico.pdf](http://www.ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf)
- Bausela, E. (2008). Evaluación neuropsicológica en población adulta: ámbitos, instrumentos y baterías neuropsicológicas. *Reflexiones*, 87(2), 163-174. ISSN: 1021-1209

Boake, C. (2008). Clinical Neuropsychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(2), 234-239. DOI: 10.1037/0735-7028.39.2.234

Brannon, L. (2007). *Health psychology*. (7th ed.). Belmont: Wadsworth.

Buela-Casal, G. (2004). La Psicología: ¿una profesión sanitaria con distintas especialidades? *Infocop*, número extraordinario, 103-111. Burgess, P.W. y Alderman, N. (2004). Executive Dysfunction. En Goldstein, L.H. y McNeil, J.E. *Clinical Neuropsychology: A Practical Guide To Assessment and Management for Clinicians*. UK: Wiley.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). Evaluación psicológica y tests. En Cordero, A. (Ed.), *La evaluación psicológica en el año 2000* (11-26). Madrid: TEA Ediciones S.A.

Flores, J. C. y Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 47-58

Instituto Nacional de Cáncer (2013). Información general sobre los tumores cerebrales en adultos. Recuperado de [http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cerebralesadultos/HealthProfessional#Section\\_562](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cerebralesadultos/HealthProfessional#Section_562)

Jiménez, M. CCSS, (2004). *Memoria 35 aniversario del hospital méxico*. La California: Costa Rica. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhm/mexico/hmexico35.pdf>

León, J. M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. & Herrera, I. M. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Editorial UOC



Lozano, A. y Ostrosky, F. (2011). Desarrollo de las Funciones Ejecutivas y de la Corteza Prefrontal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(1), 159-172. ISSN: 0124-1265

Molinari Ulate, M. (2014). Evaluación neuropsicológica en pacientes con tumores cerebrales del Servicio de Neurocirugía del Hospital México. Trabajo no publicado. Anteproyecto de Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura En Psicología. Universidad de Costa Rica

Oblitas, L. (2006) *Psicología de la Salud y calidad de vida*. Segunda Edición. México: Thompson.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>

Ortega, L.E. (2013). El Ambiente Hospitalario y la Necesidad de la Participación de la persona profesional en Psicología En La Práctica Clínica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México. Práctica Dirigida para optar por el Grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.

Ortiz-Álvarez, J. I. (2014). Inserción Profesional de la Psicología en el ambiente hospitalario y la práctica clínica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México. Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica

Ostrosky, F., Gómez, E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., y Pineda, D. (2007). Neuropsychological attention and memory: a neuropsychological Test Battery in Spanish with norms by age and educational level. *Applied Neuropsychology*. 14(3), 156-170.

- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. doi: 0121-4381
- Quesada, M. J. (2014). Implementación de un programa de acompañamiento psicológico y psicoeducación para pacientes con patología tumoral cerebral y sus familiares en el Servicio de neurocirugía del Hospital México. Trabajo no publicado. Anteproyecto de Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura En Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Robles, N. (2007). Perfil Neuropsicológico de un grupo de pacientes de la Clínica de Esclerosis Múltiple del Hospital San Juan de Dios. Trabajo de graduación para optar al título de Especialista en Psicología Clínica.
- Rivero-Burón, R., Piqueras-Rodríguez, J.A., Ramos-Linares, V., García-Linares, L.J., Martínez González, A.E. y Oblitas-Guadalupe, L.A. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*, 15, (1), 171-198.
- Rojas, S., Lorenzana, R., Luviano, L., Yáñez, G., Ruiz, E., Hernández, L. (2007). Evaluación Neuropsicológica pre y posquirúrgica de pacientes con tumor cerebral frontal. *Archivos de Neurociencia*, 12(1), 14-24.
- Salazar-Villanea, M. (2012). Neuropsicología y envejecimiento: el potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. *Revista Costarricense De Psicología*, 31 (1-2), 123-146.
- Sanz, A.; Olivares, M.; Barcia, J. (2011). Aspectos Neuropsicológicos en pacientes diagnosticados de tumores cerebrales. *Clínica y Salud*. 22, (2), 139-155.

- Talacchi, A., Santini, B., Casagrande, F., Alessandrini, F., Zoccatelli, G. & Squintani, G. (2013). Wake surgery between art and science. Part I: clinical and operative settings. *Functional Neurology*, 28(3), 205-221
- Tirapu, J., Muñoz, J., Pelegrín, C., y Albéniz, A. (2005). Propuesta de un protocolo para la evaluación de las Funciones Ejecutivas. *Revista de Neurología*. 42(3), 177-186.
- Tirapu, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 189-211. doi: 1132-0559
- Valerio, L. (2010). *Crecimiento de infraestructura en el Hospital México 2010-2020*. Congreso CIC. San José: Colegio de Ingenieros Civiles de Costa Rica.
- Vindas, R. (2011). Contribución a una guía de práctica clínica para el abordaje de la epilepsia refractaria: la valoración clínica y neuropsicológica del candidato a cirugía. Trabajo final de investigación para optar por el Posgrado en Psicología Clínica.
- Wilson, B., Gracey, F., Evans, J. & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation. Theory, Models, Therapy and Outcome*. New York: Cambridge University Press
- Yoshii, Y., Tominaga, D., Sugimoto, K., Tsuchida, Y., Hyodo, A., Yonaha, H. y Kushi, S. (2008). Cognitive function of patients with brain tumor in pre-and postoperative stage. *Surgical Neurology*. 69, 51-61.
- Zabala, A., Muñoz, J. M. & Quemada, J. I. (2003). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con daño cerebral adquirido: fundamentos y dificultades metodológicas en la investigación. *Rehabilitación*, 37(2), 103-112
- Zillmer, E. (2008). *Principles of neuropsychology*. (2nd ed.). Belmont: Thomson Wadsworth.

# 10. Anexos

# Anexo 1: Protocolo de Evaluación Neuropsicológica del Servicio de Neurocirugía

HOSPITAL MEXICO – SERVICIO DE NEUROCIRUGIA PROTOCOLO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA**				
				<b>Expediente</b> Pre-Cx <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____ Post-Cx <input type="checkbox"/> Fecha _____
<b>1. INFORMACIÓN PERSONAL</b>				
Nombre completo	Edad	Domicilio	Teléfono	Estado Civil
Fecha de nacimiento	Lateralidad	Lengua	Escolaridad	Años escolaridad
Observaciones				
<b>2. Atención - Directos</b>				
4-7-8	3			
5-6-8	3			
6-1-5-3	4			
7-4-9-2	4			
2-7-1-3-4	5			
3-2-9-5-5	5			
1-3-7-3-4-6	6			
6-5-2-4-3-7	6			
9-6-4-1-6-3-5	7			
6-6-6-7-2-6-4	7			
3-5-7-0-1-8-2-6	8			
4-9-1-7-2-5-3-6	8			
2-6-3-5-6-1-7-9-4	9			
5-1-6-7-4-6-3-6-2	8			
Total directos				
<b>3. Memoria Trabajo - Inversos</b>				
5-2	2			
7-9	2			
2-6-3	3			
6-4-7	3			
6-1-4-6	4			
4-7-6-3	4			
3-5-6-2-6	5			
1-3-9-4-5	6			
6-6-1-5-3-6	6			
4-7-2-6-1-6	6			
6-6-6-7-2-4-3	7			
2-5-9-1-4-6-6	7			
7-4-5-6-9-3-1-2	8			
3-7-1-5-4-2-6-0	8			
Total indirectos				
<b>4. Lenguaje - Repetición de oraciones semánticas</b>				
1. La leche es negra <input type="checkbox"/>				
2. Los aviones van por el mar <input type="checkbox"/>				
3. Los carros funcionan con cerveza <input type="checkbox"/>				
4. El azúcar es salado <input type="checkbox"/>				
5. La sangre es verde <input type="checkbox"/>				
6. El año tiene siete días <input type="checkbox"/>				
7. El hielo es caliente <input type="checkbox"/>				
8. Los tomates son blancos <input type="checkbox"/>				
Total				
<b>5. Lenguaje Automático - Secuencias Automáticas</b>				
1. Contar de 1 a 20 <input type="checkbox"/>		1. Contar de 20 a 1 <input type="checkbox"/>		
2. Días de la semana <input type="checkbox"/>		2. Días de la semana <input type="checkbox"/>		
3. Meses del año <input type="checkbox"/>		3. Meses del año <input type="checkbox"/>		
2= 0-8 seg, 1= >8		2= 0-15 seg, 1= >15 seg		
<b>6. Lenguaje Espontáneo - Descripción lámina</b>				
1. Niña coge libro <input type="checkbox"/>				
2. Niña está subida en un banco <input type="checkbox"/>				
3. El padre mira por la ventana <input type="checkbox"/>				
4. La madre lee un libro <input type="checkbox"/>				
5. El gato persigue un ratón <input type="checkbox"/>				
6. El gato tira la lámpara <input type="checkbox"/>				
Total				
<b>7. Codificación - Curva de aprendizaje</b>				
Cans _____		Cans _____		Cans _____
Pera _____		Pera _____		Pera _____
Buro _____		Buro _____		Buro _____
Fresco _____		Fresco _____		Fresco _____
Pato _____		Pato _____		Pato _____
Caja _____		Caja _____		Caja _____
Rana _____		Rana _____		Rana _____
Hombro _____		Hombro _____		Hombro _____
Cabra _____		Cabra _____		Cabra _____
Piña _____		Piña _____		Piña _____
Codo _____		Codo _____		Codo _____
Lima _____		Lima _____		Lima _____
Total _____		Total _____		Total _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____		Categoría 3 _____		Curva aprendizaje _____
Intrusiones _____		Perseveraciones _____		Primacia _____
Recencia _____				



## Anexo 2: Protocolo de Evaluación Neuropsicológica Transoperatoria

HOSPITAL MÉXICO							SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA						
Nombre:		Fecha:					Expediente:						
EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA TRANSOPERATORIA													
SUBPRUEBA	Item	No administrada	Respuesta positiva	Respuesta incorrecta/ Persevera	No responde	Respuesta no acorde al ítem	SUBPRUEBA	Item	No administrada	Respuesta positiva	Respuesta incorrecta/ Persevera	No responde	Respuesta no acorde al ítem
1. Orientación	Nombre						9. Imágenes	Vaca					
	Edad							Cuchara					
	Fecha nacimiento							Televisor					
	Residencia							Bicicleta					
	¿Dónde estamos en este momento?							Cama					
	Ciudad							Botella					
	Día mes							Avión					
	Año							Caballo					
	Día semana							Payaso					
	Parte del día							Camión					
2. Atención	Contar 1 a 20						Lápiz						
	Días de la semana						Árbol						
	Meses del año						Tijeras						
3. Flujo Verbal	Amigos						Casa						
	Palabras con D						Silla de ruedas						
4. Letras	m						10. Figuras icongr.	Palma (dientes)					
	d							Mesa (pata)					
	e							Mujer (sostén lentas)					
	l							Tren (rieles)					
	h							4-7-3					
	r							5-8-6					
5. Palabras	Pera							6-1-5-3					
	Mesa							2-7-1-3-4					
	Bicicleta							5-2					
	Artista							7-9					
	Descanso							2-6-3					
6. Números	Arquitecto							8-4-7					
	7							6-1-4-9					
	12							0+2					
	82							5+4					
7. Colores	400							8-2					
	1855							5+3					
	1097							16. Semisemejas	Peso-Caso				
	Rojo								Rajo-Veado				
	Verde								Casaca-Vertido				
8. Frases Incompletas	Mocado								15. Go no go	Mesa-Silla			
	Anaño									Pluma-Aguja			
	Arrojado									Habitación Si=Rojo, No=Negro (5)			
	Las vacas...									Cambio de regla Si=Negro, No=Rojo (0)			
	En la noche...									Quitar una instrucción			
	La sopa se toma...												
	Para cortar pan...												
	Para tomar usamos...												
OBSERVACIONES/NOTAS:													

## Anexo 3: Aspectos/detalles relevantes por incluir en el informe neuropsicológico

### Aspectos/detalles relevantes por incluir en el informe neuropsicológico

Nombre Supervisora Psicología – Estudiante Realiza Evaluación

Nombre Paciente

Número de Expediente

Edad

Escolaridad

Ocupación

Dominancia manual

Hora Evaluación / Duración evaluación / Fecha

Datos persona cercana de contacto

#### Aspectos relevantes en entrevista:

-Diagnósticos previos, tratamientos (en cuanto a los tratamientos farmacológicos, destacar su influencia rendimiento cognitivo), comorbilidad, patología dual. Historia enfermedad psiquiátrica, cardiovascular, retraso en el desarrollo intelectual, DAH, trauma craneoencefálico, etc). Es muy importante en estos casos ver si podemos saber algo sobre la historia familiar: depresión, ansiedad, enfermedad mental grave o prolongada y adicción (sospecha de factor genético)

-Valorar estrategias previas de autocuidado

-Breve descripción del tipo de demandas cognitivas a la que la persona se enfrenta en la vida diaria (un día "común", actividades del paciente, si cuenta con horarios, rutinas, si usa estrategias de compensación del déficit). Intereses (muestra iniciativa para realizar actividades, observar motivación, perseverancia, flexibilidad, habilidades de adaptación). Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Participación social.

-Percepción del paciente sobre sí mismo, su propia calidad de vida y sus relaciones con otros significativos (antes y después de los síntomas asociados a la lesión cerebral).

- Proyecto de vida, a nivel laboral (deseos a futuro del paciente, se ubican las demandas del entorno del paciente de acuerdo a sus capacidades?), a nivel afectivo (observar las expectativas del paciente a futuro a nivel afectivo, familia, pareja, etc.)

- Capacidad para la toma de decisiones

- Describir presencia de sintomatología neuropsiquiátrica asociados a la enfermedad (desinhibición, dificultades de regulación emocional, labilidad, irritabilidad, ansiedad, depresión, disforia, apatía, abulia, indiferencia, agitación, agresividad, actividad motora aberrante, alucinaciones, delirios, alteraciones sueño/apetito y o pérdida de peso).

- Globalmente: presencia de dificultades en el control ejecutivo, en la conducta social y en el control emocional.

- Habilidades metacognitivas?



**Evaluación Neuropsicológica Preoperatoria:**

Valoración en el proceso preoperatorio.

Referencia:

Lesión: detalle de resultados en imágenes cerebrales

**Pruebas administradas: perfil de rendimiento en cada prueba**

**Resultados: integrar por función cognitiva el resultado de las pruebas con las observaciones del rendimiento**

**Atención**

(Identificar en la observación si estaba alerta, vigilante, distraído, si retomaba solo o con ayuda la tarea y/o discurso coherente durante la evaluación, si necesitaba o se beneficiaba del encadenamiento y la estructura externa del evaluador. Determinar si conforme realiza tareas con mayor nivel de exigencia, su desempeño decrece. Valorar aspectos de atención sostenida, atención selectiva y atención dividida). Descartar heminegligencia.

**Memoria(s)**

Identificar en la observación el uso de estrategias de recuerdo, valorar preservación de conocimientos a largo plazo, codificación de nueva información, curvas de aprendizaje.

Presencia o no de perseveraciones o intrusiones

Reconocimiento mediante claves (se beneficia de claves?)

Valorar agnosias y amnesias retrógradas y anterógradas

Rendimiento de MLP (Episódica-Semántica, memoria autobiográfica, memoria procedimental) – MCP (memoria de trabajo-asociada a procesos atencionales)

**Lenguaje**

Coherencia, contenido, encadenamiento lógico de ideas, fluidez, entonación.

Alteraciones repetición, comprensión (oral y escrita), producción (oral y escrita) y denominación

Presencia o no de Anomia / Afasias

Desempeño en la fluidez semántica y fonológica

(Búsqueda estrategias – resolución problemas Func Ejec.

**Habilidades Visoespaciales/Visoconstructivas**

Observar si existe déficit motor o ejecutivo que dificulta la copia o la construcción estructurada y organizada, si utiliza estrategias de resolución, si se beneficia de las claves

Valorar apraxias

**Funciones Ejecutivas**

Observar si existe: dificultad para centrarse en una tarea y finalizarla sin un control ambiental externo; dificultad para inhibir interferencias, presencia de un comportamiento rígido, perseverante, a veces con conductas estereotipadas; dificultades en el establecimiento de nuevos repertorios conductuales junto con una falta de capacidad para

utilizar estrategias; falta de flexibilidad cognitiva; dificultades de automonitoreo y pobre identificación de errores en su desempeño.

Capacidad de iniciar, proseguir y detener secuencias complejas de conducta de un modo ordenado e integrado; controlar, corregir y autorregular el tiempo, la intensidad y otros aspectos cualitativos de la ejecución.

### **Integración de resultados:**

Recordar valorar globalmente la velocidad de procesamiento de la información (y su relación posible con la condición de lesión cerebral y/o los efectos de su medicación).

Asociar los déficits en tareas básicas e instrumentales y déficits en tareas ocupacionales y sociales complejas con las funciones de memoria de trabajo, codificación, almacenamiento y reconstrucción mnésica

Dificultades o no leves/moderadas/severas en la resolución de problemas ejecutivos novedosos que requieren planificación durante la valoración?

Dificultades o no leves/moderadas/severas en atención dividida, flexibilidad cognitiva y procesamiento simultáneo de información?

Entendimiento, alteración o no leves/moderadas/severas para la secuenciación, aprendizaje y organización en tareas de procesamiento visual complejo e integración y recuerdo de detalles?

Déficits o no en la fluidez verbal categorial, las curvas de aprendizaje y la codificación de nueva información, con alteración de su atención ejecutiva, memoria de trabajo y fallos en cálculos mentales complejos?

Entendimiento motor o no? leves/moderadas/severas

Deterioro o no de habilidades visoespaciales (dificultades o no en el reconocimiento de formas y apraxia constructiva, con construcción muy desorganizada y/o carencia de integración de detalles). Se mantienen o no la memoria semántica, procedimental, priming y condicionamientos.

## Anexo 4: Resultados Finales del Juicio de Expertos para la Adaptación de Instrumentos de Síndrome Disejecutivo

### Descripción de cambios, sugerencias e ítems nuevos del Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome

#### BADS PACIENTES Y FAMILIARES

Ítem	Problema	Frecuencia	Descripción de los cambios	Sugerencias Dra.	Sugerencias	Sugerencias M.	Sugerencias Dra.	Concordancia	Ítem
			cambios	Dessiré Gutiérrez	Dra. Ericka Torres	Sc. Rocío Vindas	Mónica Salazar		Nuevo

INS	Instrucciones	15	Agregar	A continuación se le	Aceptar	Aceptar	A continuación se	0 de 4	FAMILIA: A
	Confusas	Instrucciones: A	presentan una serie	le presentan una	Sugerencias	Sugerencias	le presentan una		continuación se le
	Instrucciones	continuación se le	de enunciados sobre	serie de enunciados			serie de enunciados		presenta una serie
	Ausentes	presentan una serie	situaciones que usted	sobre situaciones			sobre situaciones		de enunciados
		de enunciados que	NOTE en su vida	que usted podría			que usted podría		sobre situaciones
		puede presentar	diaria. Marque con	percibir en su vida			percibir en su vida		que usted note en
		durante sus	una X la opción que	diaria. Marque con			diaria. Marque con		la vida diaria del
		actividades diarias.	más se acerca a su	una X la opción			una X la opción		paciente. Marque
		Marque con una X	experiencia actual	que más se acerca a			que más se acerca a		con una X la
		la opción que más		su experiencia			su experiencia		opción que más se
		se acerca a su		actual			actual		acerca a la
		experiencia actual.							experiencia actual
									de su pariente.
									PACIENTE: A
									continuación se le
									presentan una serie
									de enunciados
									sobre situaciones
									que usted note en
									su vida diaria.

Marque con una X

la opción que más se acerca a su experiencia actual

OR	Categorías de Respuesta	Dejarlo en tres opciones: Nunca, Algunas Veces, Siempre	Aceptar Sugerencias	Aceptar Sugerencias	Aceptar Sugerencias	4 de 4	Nunca, Casi Nunca, Casi Siempre, Siempre
	Confusas						
	Categorías de Respuesta Inadecuadas						
	Categorías						

de Respuesta

Ausentes

<b>1</b>	Problemas de Redacción	1	Tengo problemas para comprender lo que quieren decir otras personas, aunque se refieran a cosas simples y sencillas	Tengo problemas para comprender lo que dicen otras personas, aunque sean cosas simples y sencillas	Tengo problemas para comprender lo que quieren decir otras personas, aún en cosas simples y sencillas	Aceptar Sugerencias	Aceptar Sugerencias	0 de 4	FAMILIA: No comprende lo que quieren decir otras personas, aunque sean cosas simples y sencillas PACIENTE: No comprendo lo que quieren decir otras personas, aunque
----------	------------------------	---	---	--	---	---------------------	---------------------	--------	--

sean cosas simples  
y sencillas

2	Problemas	2	Actúo sin pensar,	Actúo sin pensar y	Aceptar	Aceptar	0 de 4	FAMILIA: Actúa
	Redacción		haciendo lo	hago lo primero que	Sugerencias	Sugerencias		sin pensar y hace
	Sustitución		primero que se me	se me viene a la				lo primero que se
	Palabra		viene a la cabeza	cabeza				le viene a la
								cabeza
								PACIENTE:
								Actúo sin pensar y
								hago lo primero
								que se me viene a
								la cabeza

<b>3</b>	Sustitución	5	A veces hablo sobre acontecimientos o detalles que nunca han sucedido, pero que yo creo que han sucedido	Hablo sobre acontecimientos o detalles que nunca han sucedido, pero que yo creo que sí sucedieron	Hablo sobre cosas que nunca han sucedido, pero que me las llego a creer	A veces hablo sobre acontecimientos o detalles que nunca han sucedido, pero que yo creo que sí sucedieron	0 de 4	FAMILIA: Habla sobre acontecimientos o detalles que nunca han sucedido, pero que él/ella cree que sí sucedieron.  PACIENTE: Hablo sobre acontecimientos o detalles que nunca han sucedido, pero que yo creo que sí sucedieron
----------	-------------	---	--	--	---	---	--------	---

<b>4</b>	Eliminar (Frase o palabras) Problemas Redacción	2	Tengo dificultad para pensar por adelantado o planificar el futuro	Tengo dificultad para planificar el futuro	Tengo dificultad para planificar lo que haré en el futuro	Aceptar Sugerencias	0 de 4	FAMILIA: Tiene dificultad para planear lo que va a hacer más adelante  PACIENTE:
----------	---	---	---	---	---	------------------------	--------	---



		Tengo dificultad para planear lo que voy a hacer más adelante				
<b>5</b>	Ejemplo (Agregar)	11	A veces me	A veces me	0 de 4	FAMILIAR: A
	Sustitución		emociono demasiado	emociono demasiado con		veces se emociona
	Palabra		demasiado con las cosas y me cuesta controlarme	demasiado con las cosas y		demasiado con las cosas y puede
			sobrepasar un poco en esos momentos. Ej. Si estoy alegre, abrazo a desconocidos	demasiado con los momentos. Ej. Si estoy alegre, abrazo a desconocidos		sobrepasarse un poco en esos momentos. Ej. Si está muy alegre, abraza a cualquiera aunque sea desconocido.
			Agregar un ejemplo	Si estoy alegre		PACIENTE: A
						veces me emociono demasiado con las cosas y puedo

sobrepasarle un poco en esos momentos. Ej: Si estoy muy alegre, abrazo a cualquiera aunque sea desconocido

6	Eliminar (Frase o palabras) Problemas Redacción	17	Confundo unos acontecimientos con otros, y no comprendo el orden de estos	Confundo unas situaciones con otras, y no comprendo el orden de estos	Acceptar Sugerencias	Confundo unos acontecimientos con otros y confundo el orden en que pasaron (no es tema de comprensión)	0 de 4	FAMILIAR: Confunde unos eventos con otros y se enreda con el orden en que sucedieron PACIENTE: Confundo unos eventos con otros y me enredo con el
---	---	----	---	---	----------------------	--	--------	--

		orden en que sucedieron					
7	Ejemplo (Agregar) Problemas Redacción Sustitución Palabra	14	Tengo dificultades para comprender el alcance de mis problemas y no soy realista respecto al futuro	Cambiar "alcance"	Aceptar Sugerencias	0 de 4	FAMILIAR: Tiene dificultades para comprender la importancia de sus problemas y es poco realista respecto al futuro
			Tengo dificultades para comprender la complejidad de mis problemas y no soy realista respecto al futuro		Aceptar Sugerencias		PACIENTE: Tengo dificultades para comprender la importancia de mis problemas y soy poco realista respecto al futuro

<b>8</b>	Problemas	Parece	Aceptar	Me siento lento	Estoy "como sin	0 de 4	FAMILIAR: Se
	Redacción	aburrido/desanimado,	Sugerencias	y sin	energía" y sin		siente "como sin
	Sustitución	sin entusiasmo		entusiasmo	entusiasmo		energía" y sin
	Palabra	respecto a las cosas		respecto a las	respecto a las cosas		entusiasmo
	Eliminar			cosas			respecto a las
	(Frase o						cosas
	palabras)						PACIENTE: Me
							siento "como sin
							energía" y sin
							entusiasmo
							respecto a las
							cosas
<b>9</b>	Sustitución	Hago o digo cosas	Aceptar	Hago o digo	Aceptar	3 de 4	FAMILIAR: Hace
	Palabra	vergonzosas	Sugerencias	cosas que	Sugerencias		o dice cosas
	Problemas	cuando estoy con		avergüenzan a			vergonzosas
	Redacción	gente		otros			cuando está con
	Ejemplo						gente PACIENTE:
	(Agregar)						Hago o digo cosas
							vergonzosas

cuando estoy con  
gente

10	Problemas	11	Realmente quiero	Realmente quiero	Aceptar	Me ocurre que	Realmente quiero	0 de 4	FAMILIAR:
	Redacción		hacer algo en algún momento, pero al	hacer algo en algún momento, pero al	Sugerencias	quiero hacer algo, pero luego	hacer algo en algún momento, pero al		Realmente quiere hacer algo en
	Ejemplo (Agregar)		minuto siguiente no logro hacerlo	minuto siguiente ya no quiero		no logro hacerlo	minuto siguiente podría ya no hacerlo (no es un tema de logro)		algún momento, pero al minuto siguiente podría ya no hacerlo.
									PACIENTE: Realmente quiero hacer algo en algún momento, pero al minuto siguiente podría ya no hacerlo

<b>11</b>	Ejemplo (Agregar)	3	Tengo dificultad para mostrar emociones. Ej: felicidad o tristeza	Tengo dificultad para mostrar mis emociones. Ej. felicidad o tristeza	Aceptar Sugerencias	Aceptar Sugerencias	Aceptar Sugerencias	0 de 4	FAMILIAR: Tiene dificultad para mostrar sus emociones. Ej. felicidad o tristeza  PACIENTE: Tengo dificultad para mostrar mis emociones. Ej: felicidad o tristeza
-----------	----------------------	---	---	---	---------------------	---------------------	---------------------	--------	---

<b>12</b>	Eliminar (Frase o palabras) Ejemplo (Agregar) Problemas Redacción Sustitución Palabra	13	Pierdo la paciencia a la mínima fácilmente	Pierdo la paciencia fácilmente	Aceptar Sugerencias	Pierdo la paciencia fácilmente	Pierdo la paciencia fácilmente	3 de 4	FAMILIAR: Pierde la paciencia fácilmente  PACIENTE: Pierdo la paciencia fácilmente
-----------	--	----	--	--------------------------------	---------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------	--

<b>13</b>	Ejemplo (Agregar)	7	Me resulta poco importante cómo comportarme en ciertas situaciones	Me importa poco cómo debo comportarme en ciertas situaciones	Me da igual cómo comportarme en ciertas situaciones	Aceptar Sugerencias comportarme en ciertas situaciones	Me da igual cómo debería comportarme en ciertas situaciones	0 de 4	FAMILIAR: Le da igual cómo debería comportarse en ciertas situaciones PACIENTE: Me da igual cómo debería comportarme en ciertas situaciones
-----------	----------------------	---	---	---	---	---	--	--------	---

<b>14</b>	Problemas Redacción	1	Me resulta difícil dejar de decir o de hacer algo una vez que he comenzado	No puedo parar de decir o hacer algo una vez que he comenzado	Aceptar Sugerencias	Me cuesta parar una vez que he comenzado a decir o hacer algo	Aceptar Sugerencias	0 de 4	FAMILIAR: Le cuesta parar de decir o hacer algo una vez que ha comenzado. PACIENTE: Me cuesta parar de decir o de hacer algo una vez que he comenzado
-----------	------------------------	---	---	--	------------------------	---	------------------------	--------	--

<b>15</b>	Eliminar	16	Tiendo a estar muy	Aceptar	Aceptar	Aceptar	4 de 4	FAMILIAR:
	(Frase o palabras)		inquieto/a, y no	Sugerencias	Sugerencias	Sugerencias		Tiende a estar muy
	Problemas		puedo pasar					inquieto/a y no
	Redacción		sentado/a durante					puede pasar
			mucho tiempo					sentado/a durante
								mucho tiempo.
								<b>PACIENTE:</b>
								Tiendo a estar
								muy inquieto/a, y
								no puedo pasar
								sentado/a durante
								mucho tiempo



16	Ejemplo	10	Encuentro difícil	Aceptar Sugerencias	Aceptar	Me cuesta parar	Ej: Estoy alzando	0 de 4	FAMILIAR:
	(Agregar)		dejar de hacer algo	Sugerencias	de hacer algo	la voz en público y	Encuentra difícil		
	Problemas		que sé que no debo		aun cuando	me cuesta dejar de	dejar de hacer algo		
	Redacción		hacer. Ej: Estoy		sepa que no	hacerlo	aun cuando sabe		
	Sustitución		gritando en público		deba		que no debió		
	Palabra		y me cuesta dejar				hacerlo. E.J. Está		
			de hacerlo				alzando la voz en		
							público y le cuesta		
							dejar de hacerlo.		
							PACIENTE:		
							Encuentro difícil		
							dejar de hacer algo		
							aun cuando sé que		
							no debo hacerlo.		
							Ej: Estoy alzando		
							la voz en público y		
							me cuesta dejar de		
							hacerlo		

<b>17</b>	Problemas	10	Digo una cosa, pero hago algo diferente. Ej: digo que me voy a bañar pero me pongo a leer	Aceptar Sugerencias	Digo una cosa, pero hago algo diferente. Ej. digo que me voy a bañar pero me pongo a ver televisión	Aceptar Sugerencias	Ej: digo que me voy a bañar pero me pongo a ver televisión	2 de 4	FAMILIAR: Dice una cosa, pero hace algo diferente. Ej. Dice que se va a bañar pero se pone a ver televisión. PACIENTE: Digo una cosa, pero hago algo diferente. Ej: digo que me voy a bañar pero me pongo a ver televisión
-----------	-----------	----	--	---------------------	---	------------------------	---	--------	--

<b>18</b>	Problemas	11	Encuentro difícil	Aceptar sugerencias y eliminar el ejemplo	Encuentro difícil	Aceptar	Ej: Tengo que contar las monedas, pero la gente hablando o cualquier otra cosa hacen que no me pueda concentrar en la tarea	0 de 4	FAMILIAR:
	Redacción		concentrarme en algo, y me distraigo	sugerido	difícil	Sugerencias	monedas, pero la gente hablando o cualquier otra cosa hacen que no me pueda concentrar en la tarea		Encuentra difícil concentrarse en algo y se distrae fácilmente. Ej. Le cuesta contar "el vuelto", cuando hay gente hablando.
	Sustitución		algo, y me distraigo		concentrarme				
	Palabra		distraigo		en algo, y me distraigo				
	Ejemplo (Agregar)		fácilmente. Ej: Tengo que contar las monedas, pero otras cosas hacen que no me pueda concentrar en la tarea.		fácilmente. Ej. Tengo que contar las monedas, pero otras cosas hacen que no me pueda concentrar				
									PACIENTE: Encuentro difícil concentrarme en algo, y me distraigo fácilmente. Ej: Me cuesta contar "el vuelto", cuando hay gente hablando

<b>19</b>	Ejemplo (Agregar)  Similitud o Reiteración	2	Tengo problemas para decidir qué quiero hacer	Mantener ítem original	Aceptar Sugerencias	Aceptar Sugerencias	3 de 4	FAMILIAR: Tiene problemas para decidir qué quiere hacer  PACIENTE: Tengo problemas para decidir qué quiero hacer
-----------	--	---	---	---------------------------	------------------------	------------------------	--------	--

<b>20</b>	Ejemplo (Agregar) Eliminar (Frase o palabras)	3	Ignoro, o no me importa, cómo se sienten los demás en relación con mi comportamiento	Aceptar Sugerencias	Aceptar Sugerencias	No me importa lo que los demás sientan como resultado de mí comportamiento	0 de 4	FAMILIAR: No se da cuenta o no se preocupa cómo se sienten los demás en relación con su comportamiento.  PACIENTE: No me doy cuenta o no me preocupa, cómo se sienten los demás en
-----------	---	---	--	---------------------	------------------------	---	--------	---

relación con mi  
comportamiento

### Descripción de cambios, sugerencias e ítems nuevos de la Escala de Personalidad del Lóbulo Frontal

#### FLOPS PACIENTES Y FAMILIARES

Ítem	Problema	Frecuencia	Descripción de los cambios	Sugerencias Dra.	Sugerencias	Sugerencias	Sugerencias	Sugerencias Dra.	Concordancia	Ítem Nuevo
m		ia	cambios	Dessiré Gutiérrez	Dra. Ericka Torres	M. Sc. Rocío Vindas	Mónica Salazar			

<b>INS</b>	Instrucción	28	FAMILIA: A continuación	Cambiar la frase "según	Acceptar	Acceptar	Cambiar "el número"	0 de 4	FAMILIAR: A
	es		se le presenta una lista de	el período de tiempo que	cambios	cambios	por "lo"		continuación se
	Confusas		frases que describen a su	se pregunta" por "ya sea"					le presenta una
	Instrucción		familiar o persona cercana.						lista de frases
	es		Indique en cada casilla el						que describen a
	Inadecuada		número que mejor se						su familiar o
	s		acerque a la condición del						persona
	Instrucción		paciente, según el período						cercana.
	es		de tiempo que se pregunta:						Indique en cada
	Ausentes		antes de la enfermedad o						casilla lo que
			actualmente.						mejor se
			PACIENTE: A						acerque a la
			continuación se le presenta						condición del
			una lista de frases que						paciente: antes
			describen a las personas.						de la
			Indique en cada casilla el						enfermedad o
			número que mejor se						actualmente
			acerque a su condición						PACIENTE: A
			según el período de tiempo						continuación se
			que se le pregunta: antes de						le presenta una

la enfermedad o

lista de frases

actualmente. Títulos de  
respuesta: Antes de la  
enfermedad y actualmente  
colocarlos de manera  
horizontal. El cuadro de las  
subescalas colocarlo al final  
del instrumento ya que  
confunde a los pacientes.

que lo  
describen.  
Indique en cada  
casilla lo que  
mejor se acerca  
a su condición:  
antes de la  
enfermedad o  
actualmente

OR	Categorías	13	Opciones de Respuesta:	Cambiar: Pocas veces	Cambiar: Pocas veces por Casi	Cambiar: Pocas veces por Casi	Reducirlo a tres	0 de 4	Nunca, Casi
	de		Nunca, Pocas Veces,	por Casi Nunca,	veces por Casi	veces por Casi			Nunca, Casi
	Respuesta		Algunas Veces,	Frecuentemente por Casi	Nunca,	Nunca,			Nunca, Casi
	Inadecuada		Frecuentemente, Siempre	siempre	Frecuentemente	Frecuentemente			Siempre y
	s				por Casi	por Casi			Siempre
	Categorías				siempre	siempre			
	de								
	Respuesta								
	Confusas								

<b>1</b>	Problemas Redacción Ejemplo (Agregar) Sustitución Palabra	5	Queda igual	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	FAMILIAR: Habla solo cuando le hablan PACIENTE: Hablo solo cuando me hablan
----------	--	---	-------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	--------	--

<b>2</b>	Eliminar (Frase o palabras) Problemas de Redacción	5	Me irrito o enojo fácilmente. Se eliminaría lo que le sigue a la frase: tiene explosiones emocionales sin razón válida.	Eliminar "sin razón válida"	Aceptar cambios	Aceptar cambios	Dejar explosiones emocionales	0 de 4	FAMILIAR: Se irrita o enoja fácilmente, tiene explosiones emocionales PACIENTE: Me irrito o enojo fácilmente, tengo
----------	--	---	---	-----------------------------	-----------------	-----------------	-------------------------------	--------	---



		explosiones emocionales								
<b>3</b>	<b>Problemas</b>	<b>3</b>	<b>Agregar ejemplo</b>	<b>Repite/Repito ciertas acciones o se queda/me quedo pegado en ciertas ideas (Ej. repite/repito la misma pregunta constantemente)</b>	<b>Repite/Repito ciertas acciones o se queda/me quedo pegado en ciertas ideas (Ej. repite/repito la misma pregunta constantemente)</b>	<b>Repite/Repito ciertas acciones o se queda/me quedo pegado en ciertas ideas (Ej. repite/repito la misma pregunta constantemente)</b>	<b>Repite/Repito ciertas acciones o se queda/me quedo pegado en ciertas ideas (Ej. repite/repito la misma pregunta constantemente)</b>	<b>Agregar el siguiente ejemplo: Me/Le cuesta pensar en lo siguiente que quiero/quiere decir u olvidado/olvida momentáneamente el paso que sigue de lo que quiero/quiere hacer</b>	<b>2 de 4</b>	<b>FAMILIAR:</b> Repite ciertas acciones o se queda pegado en ciertas ideas. Ej: Le cuesta pensar en lo siguiente que quiere hacer y olvida momentáneamente el paso que sigue <b>PACIENTE:</b> Repito ciertas acciones o me quedo pegado en ciertas ideas.
	<b>Redacción</b>									
	<b>Double</b>									
	<b>Barreled</b>									
	<b>Sustitución</b>									
	<b>Palabra</b>									
	<b>Ejemplo</b>									
	<b>(Agregar)</b>									

Ej: Me cuesta  
 pensar en lo  
 siguiente que  
 quiero hacer y  
 olvido  
 momentáneame  
 nte el paso que  
 sigue

4	Problemas	7	Queda igual	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	FAMILIAR: Hace cosas impulsivamente
	Redacción									PACIENTE: Hago cosas impulsivamente
	Sustitución									
	Palabra									

<b>5</b>	Problemas	11	Se confunde al hacer varias cosas al mismo tiempo.	Se confunde/Me confundo con los pasos o el orden en sus/mis actividades (Ej. se equivoca/me equivoco con recetas de cocina)	Se confunde/Me confundo con los pasos o el orden en sus/mis actividades (Ej. se equivoca/me equivoco con recetas de cocina)	2 de 4	FAMILIAR: Se confunde con los pasos o el orden en sus actividades. Ej: se equivoca con recetas de cocina
	Redacción						
	Double		Agregar un ejemplo				
	Barreled						
	Ejemplo						
	(Agregar)						
	Sustitución						
	Palabra						
							PACIENTE: Me confundo con los pasos o el orden en mis actividades. Ej. me equivoco con recetas de cocina
<b>6</b>	Problemas	4	Queda igual	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	FAMILIAR: Ríe o llora muy fácilmente
	Redacción						

Ejemplo (Agregar)										PACIENTE: Río o lloro muy fácilmente
7	Eliminar (Frase o palabras) Sustitución Palabra	3	Queda igual	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	FAMILIAR: Comete los mismos errores una y otra vez, no aprende de la experiencia PACIENTE: Cometo los mismos errores una y otra vez, no aprendo de la experiencia
8	Problemas Redacción Ejemplo (Agregar)	11	Me es difícil comenzar una actividad por falta de iniciativa o motivación	Aceptar cambios	Aceptar cambios	Aceptar cambios	Aceptar cambios	Aceptar cambios	4 de 4	FAMILIAR: Le es difícil comenzar una actividad por

Eliminar									falta de
(Frase o palabras)									iniciativa o
Sustitución									motivación
Palabra									PACIENTE:
									Me es difícil
									comenzar una
									actividad por
									falta de
									iniciativa o
									motivación

9	Eliminar	20	Hace insinuaciones o comentario sexuales	Acceptar cambios	Acceptar cambios	Acceptar cambios	4 de 4	FAMILIAR:	Hace
	(Frase o palabras)		insinuaciones o comentario sexuales						insinuaciones o
	Sustitución		inapropiados.						comentarios
	Palabra								sexuales
	Problemas de								inapropiados.
	Redacción								PACIENTE:
									Hago
									insinuaciones o
									comentarios

sexuales  
inapropiados

<b>10</b>	Problemas Redacción Ejemplo (Agregar) Sustitución Palabra	6	Definir el concepto de inapropiado. Sugieren ofender a los demás	Hace o dice/Hago o digo cosas inapropiadas	Hace o dice/Hago o digo cosas inapropiadas	Hace o dice/Hago o digo cosas inapropiadas son apropiadas para el momento o contexto	3 de 4	FAMILIAR: Hace o dice cosas inapropiadas PACIENTE: Hago o digo cosas inapropiadas
-----------	--	---	--	---	---	---	--------	--

<b>11</b>	Ejemplo (Agregar)	2	Queda igual	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	FAMILIAR: Descuida su higiene personal PACIENTE: Descuido mi
-----------	----------------------	---	-------------	------------------------	---------------------------	---------------------------	--------	---

higiene  
personal

<b>12</b>	Problemas	7	Explicar el término	Es/soy hiperactivo, no	Es/soy	Es/soy hiperactivo, no	4 de 4	FAMILIAR: Es
	Redacción		hiperactivo o eliminarlo	puede/puedo estar quieto	hiperactivo, no	puede/puedo estar		hiperactivo, no
	Ejemplo			puede/puedo	puede/puedo	quieto		puede estar
	(Agregar)			estar quieto	estar quieto			quieto
	Sustitución							<b>PACIENTE:</b>
	Palabra							Soy
								hiperactivo, no
								puedo estar
								quieto

<b>13</b>	Problemas	6	No tiene conciencia de los	Tengo/Tiene poca o nula	Tengo/Tiene	Tengo/Tiene poca o	4 de 4	FAMILIAR:
	Redacción		problemas o errores	conciencia de mis/sus	poca o nula	nula conciencia de		Tiene poca o
				problemas o errores	conciencia de	mis/sus problemas o		nula conciencia
				mis/sus	mis/sus	errores		de sus
				problemas o	problemas o	errores		problemas o
				errores	errores			errores
								<b>PACIENTE:</b>
								Tengo poca o

nula conciencia  
de mis  
problemas o  
errores

<b>14</b>	Problemas Redacción	6	Queda igual	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	FAMILIAR: Se queda sentado (a) sin hacer nada PACIENTE: Me quedo sentado (a) sin hacer nada
<b>15</b>	Problemas Redacción Ejemplo (Agregar)	6	Definir desorganizado en qué?	Es/soy desordenado	Es/soy desordenado	Es/soy desordenado	Es/soy desordenado	4 de 4	FAMILIAR: Es desordenado (a) PACIENTE: Soy desordenado (a)





mismo tiempo.  
 Ej. hablar y  
 preparar  
 comida

<b>18</b>	Problemas	2	Queda igual	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	<b>FAMILIAR:</b> Tiene pobre juicio y poca habilidad para resolver problemas <b>PACIENTE:</b> Tengo pobre juicio y poca habilidad para resolver problemas
	Redacción								
	Sustitución								
	Palabra								

<b>19</b>	Problemas	9	Tiene poca habilidad para resolver problemas. Se eliminaría la primer parte de "tiene pobre juicio"	Tiene/Tengo poca habilidad para resolver problemas	Tiene/Tengo poca habilidad para resolver problemas	Tiene/Tengo poca habilidad para resolver problemas	4 de 4	FAMILIAR: Tiene poca habilidad para resolver problemas PACIENTE: Tengo poca habilidad para resolver problemas
	Redacción							
	Double							
	Barreled							
	Eliminar							
	(Frase o palabras)							
	Sustitución							
	Palabra							

<b>20</b>	Problemas	7	Eliminar la palabra fantásticas por ficticias/falsas/u otra	Inventa/Invento cuando no puede/puedo recordar algo	Inventa/Invento historias cuando no puede/puedo recordar algo	Inventa/Invento historias cuando no puede/puedo recordar algo	4 de 4	FAMILIAR: Inventa historias cuando no puede/puedo recordar algo cuando no puede recordar algo PACIENTE: Invento historias
	Redacción							
	Sustitución							
	Palabra							

cuando no  
puedo recordar  
algo

21 Problemas 4 Tildar el mí en el del  
Redacción paciente

Acceptar cambios

Acceptar cambios

Acceptar cambios

4 de 4

Acceptar cambios

Acceptar cambios

Acceptar cambios

FAMILIAR:  
Ha perdido  
interés en las  
cosas que eran  
agradables o  
importantes  
para él/ella

PACIENTE:  
He perdido  
interés en las  
cosas que eran  
agradables o  
importantes  
para mí

<b>22</b>	Problemas Redacción Ejemplo (Agregar)	5	Queda igual	Dice/Digo una cosa pero hace/hago otra	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	0 de 4	FAMILIAR: Dice una cosa pero hace otra PACIENTE: Digo una cosa para hago otra
-----------	--	---	-------------	---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	--------	--

<b>23</b>	Ejemplo (Agregar) Sustitución Palabra	6	Comienza las tareas pero no las termina	Aceptar cambios	Aceptar cambios	Aceptar cambios	Mantener ítem original	0 de 4	FAMILIAR: Comienza las cosas pero no las termina PACIENTE: Comienzo las cosas pero no las termino
-----------	--	---	--	-----------------	--------------------	--------------------	---------------------------	--------	--

<b>24</b>	Problemas Redacción	6	Queda igual	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	FAMILIAR: Expresa pocas emociones, luce despreocupado
-----------	------------------------	---	-------------	------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	--------	--

<b>25</b>	Problemas de Redacción	9	Queda igual	Olvida/Olvido hacer cosas y luego las recuerda/recuerdo por algún detalle o demasiado tarde	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	0 de 4	FAMILIAR: Olvida hacer las cosas y luego las recuerda por algún detalle o demasiado tarde
					PACIENTE: Expreso pocas emociones, luzco despreocupado o desinteresado	PACIENTE: Olvido hacer las cosas y luego las recuerdo por			

algún detalle o  
demasiado  
tarde

<b>26</b>	Problemas Redacción Eliminar (Frase o palabras)	4	Es poco flexible e incapaz de cambiar rutinas	Es inflexible/Soy inflexible y le/me cuesta cambiar sus/mis rutinas	Aceptar cambios	Cambiar palabra incapaz	Aceptar cambios	2 de 4	FAMILIAR: Es poco flexible y le cuesta cambiar sus rutinas PACIENTE: Soy poco flexible y me cuesta cambiar mis rutinas
-----------	---	---	--	---	--------------------	----------------------------	-----------------	--------	---

<b>27</b>	Problemas Redacción Sustitución Palabra	13	Se mete en problemas con la ley o las autoridades	Aceptar cambios	Aceptar cambios	Se mete/Me meto en problemas con la ley o con	Aceptar cambios	3 de 4	FAMILIAR: Se mete en problemas con la ley o las autoridades PACIENTE:
-----------	--	----	--	-----------------	--------------------	--	-----------------	--------	--

quienes son la  
 autoridad

Me meto en  
 problemas con  
 la ley o las  
 autoridades

<b>28</b>	Problemas Redacción	2	Queda igual	Hace/Hago cosas arriesgadas sin temor, sólo por el placer de hacerlas	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	3 de 4	FAMILIAR: Hace cosas arriesgadas solo por el placer de hacerlas PACIENTE: Hago cosas arriesgadas solo por el placer de hacerlas
-----------	------------------------	---	-------------	--	---------------------------	---------------------------	---------------------------	--------	--

<b>29</b>	Problemas Redacción Eliminar (Frases o palabras)	5	Queda igual	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	FAMILIAR: Es muy lento para moverse, le falta energía, es inactivo
-----------	--	---	-------------	------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	--------	--





sabor ni olor  
**PACIENTE:**  
 Me quejo de  
 que la comida  
 no tiene sabor  
 ni olor

32	Problemas	11	Queda igual	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	FAMILIAR:
	Redacción									Maldice, usa palabras
	Ejemplo (Agregar)									ofensivas
	Sustitución									<b>PACIENTE:</b>
	Palabra									Maldigo, uso palabras ofensivas

<b>INS</b>	Instrucción	3	Indicar que se presentan nuevas instrucciones	Aceptar cambios	Aceptar cambios	4 de 4	FAMILIAR: A
<b>II</b>	es						continuación se
	Inadecuada		cambiar las instrucciones,				le presenta una
	s		dejando el mismo formato				lista de frases
	Instrucción		que las del inicio Aplicar				que describen a
	es		las correcciones aplicadas a				su familiar o
	Ausentes		las Instrucciones de la I				persona
	Instrucción		parte				cercana.
	es						Indique en cada
	Confusas						casilla lo que
							mejor se
							acerque a la
							condición del
							paciente: antes
							de la
							enfermedad o
							actualmente
							PACIENTE: A
							continuación se
							le presenta una

lista de frases  
 que lo  
 describen.  
 Indique en cada  
 casilla lo que  
 mejor se acerca  
 a su condición:  
 antes de la  
 enfermedad o  
 actualmente

<b>I II</b>	Problemas	7	Eliminar el ejemplo (innecesario)	Se disculpa/Me disculpo por su/mi mal	Aceptar cambios	Se disculpa/Me disculpo por su/mi mal	3 de 4	FAMILIAR: Se disculpa por su mal
	Redacción		Se disculpa por su mal comportamiento	Se disculpa/Me disculpo por su/mi mal	Se disculpa/Me disculpo por su/mi mal	Se disculpa/Me disculpo por su/mi mal		disculpa por su mal
	Ejemplo (Agregar)		(ej. se disculpa por maltratar a otra persona).	comportamiento (ej. se disculpa/me disculpo por maltratar a otra persona)	comportamiento o (ej. se disculpa/me disculpo por maltratar a otra persona)	comportamiento (ej. se disculpa/me disculpo por maltratar a otra persona)		comportamiento o (p. ej. se disculpa por maldecir)
	Eliminar (Frase o Palabras)		Se disculpa por su mal comportamiento (ej. cuando ofende a alguien con su conducta).	maltratar a otra persona)	maltratar a otra persona)	maltratar a otra persona)		PACIENTE: Me disculpo por mi mal

		comportamiento				
						o (p. ej. me disculpo por maldecir)
<b>2 II</b>	Problemas	8	Pone atención y se concentra aun cuando haya distracciones. Me es fácil prestar atención / Le resulta fácil prestar atención.	Pone/Pongo atención y se concentra/me concentro aun cuando haya distracciones	Pone/Pongo atención y se concentra/me concentro aun cuando haya distracciones	FAMILIAR: Pone atención y se concentra aun cuando haya distracciones
	Redacción			Aceptar cambios		<b>PACIENTE:</b> Pongo atención y me concentro aun cuando haya distracciones
				Pone/Pongo atención y no se distrae/me distraigo		

<b>3 II</b>	.	.	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	4 de 4	<b>FAMILIAR:</b> Piensa las cosas antes de actuar (ej. considera antes los gastos) <b>PACIENTE:</b> Pienso las cosas antes de actuar (ej. considero antes los gastos)
	.	.	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original		
<b>4 II</b>	Ejemplo (Agregar)	2	Usa estrategias "apoyos" para recordar cosas importantes (ej. escribe notas)	Mantener ítem original	Acceptar cambios	Se ayuda/Me ayudo de notas y otras estrategias para recordar cosas	0 de 4	<b>FAMILIAR:</b> Usa estrategias o "apoyos" para recordar cosas importantes (Ej. escribe notas) <b>PACIENTE:</b>
	Sustitución Palabra							

Uso estrategias  
o "apoyos" para  
recordar cosas  
importantes (ej.  
escribo notas)

5 II	Ejemplo	4	Es capaz de planear con	Es capaz/Soy capaz de	Aceptar	Es/Soy capaz	Es/Soy capaz de	0 de 4	FAMILIAR: Es
	(Agregar)		anticipación las acciones	planear las cosas que	cambios	de planear lo	planear con		capaz de
	Sustitución		(ej. las tareas domésticas)	va/voy a hacer		que va/voy a	anticipación las		planear con
	Palabra		Es capaz de planear con	(tiene/tengo que hacer)		hacer (ej. ir al	acciones (ej. las		tiempo las
			anticipación las acciones	(ej. las tareas domésticas)		supermercado)	compras del		cosas que va a
			(ej. las compras del				supermercado)		hacer (ej. las
			supermercado)						compras
									supermercado)
									PACIENTE:
									Soy capaz de
									planear con
									tiempo las
									cosas que voy a
									hacer (ej. las

compras del supermercado)						
<b>6 II</b>	Sustitución	3	Tiene interés en el sexo / Tiene interés en actividades sexuales.	Aceptar cambios	Tiene interés en el sexo en actividades sexuales	0 de 4 FAMILIAR: Está interesado en el sexo PACIENTE: Estoy interesado en el sexo
	Palabra					
	Problemas de Redacción					
	Ejemplo (Agregar)					
<b>7 II</b>	.	.	.	Mantener ítem original	Se preocupa por su apariencia original	Mantener ítem original
						3 de 4 FAMILIAR: Se preocupa por su apariencia PACIENTE: Me preocupo por mi apariencia



<b>8 II</b>	Problemas	15	Me beneficio de las opiniones de los demás y acepto críticas constructivas. Me beneficio de las opiniones de los demás y demás y acepto críticas de otros.	Escucha/Pone/Escucho/Pongo atención a las opiniones de los demás y acepto/acepto críticas constructivas	Aceptar cambios	Me beneficio/Se beneficia de las opiniones de los demás y acepto/acepta críticas constructivas	2 de 4	FAMILIAR: Se beneficia de las opiniones de los demás y acepta críticas de otros PACIENTE: Me beneficio de las opiniones de los demás y acepto críticas de otros
	Redacción							
	Ejemplo							
	(Agregar)							
	Eliminar							
	(Frase o palabras)							
	Sustitución							
	Palabra							

<b>9 II</b>	Problemas	7	Me involucro en actividades recreativas (ej. pasatiempos) Diariamente me involucro en actividades recreativas (ej. pasatiempos. o pasatiempos.	Me gusta/Le gusta involucrarme/involucrarme en actividades recreativas (ej. pasatiempos)	Aceptar cambios	Diariamente me involucro/se involucra en actividades o pasatiempos	0 de 4	FAMILIAR: Por su propia iniciativa se involucra en actividades (ej. pasatiempos) PACIENTE:
	Redacción							
	Eliminar							
	(Frase o palabras)							
	Sustitución							
	Palabra							

Por mi propia iniciativa me involucro en actividades (ej. pasatiempos)									
<b>10</b>	Sustitución	1	Hace acciones sin que se las tengan que pedir.	Mantener ítem original	Aceptar cambios	Aceptar cambios	Dejar la palabra "cosas"	0 de 4	FAMILIAR: Hace cosas sin que se las tengan que pedir
<b>II</b>	Palabra								PACIENTE: Hago cosas sin que me las tengan que pedir
<b>11</b>	Problemas	3	Se interesa por las necesidades de los demás	Se interesa/Me intereso por las necesidades de los demás	Aceptar cambios	En mi opinión, soy/es sensible a las	Mantener ítem original	0 de 4	FAMILIAR: Es sensible a las necesidades de otros
<b>II</b>	Redacción								



esperado para mi edad.

14 . . . Mantener ítem original Mantener ítem original Mantener ítem original Mantener ítem original 4 de 4 FAMILIAR: Puede empezar conversaciones por su propia iniciativa PACIENTE: Puedo empezar conversaciones por mí propia iniciativa

## Descripción de cambios, sugerencias e ítems nuevos del Inventario de Síntomas Prefrontales

### ISP PACIENTES Y FAMILIARES

Ítem	Problema	Frecuencia	Descripción de los cambios	Sugerencias	Sugerencias	Sugerencias	Sugerencias	Concordancia	Ítem Nuevo
INS	Instrucciones	6	Señale con una " X " sobre	Dr. Dessiré	Dra. Ericka	M. Sc. Rocío	Dra. Mónica		
	Inadecuadas		la casilla que mejor lo	Gutiérrez	Torres	Vindas	Salazar		
	Instrucciones		describa en las últimas						
	Confusas		semanas.						
				Acceptar	Acceptar	Acceptar	Acceptar		Señale con una " X "
				sugerencia	sugerencia	sugerencia	sugerencia		sobre la casilla que
									mejor lo describa en
									las últimas semanas.

<b>OR</b>	Categorías de Respuesta	5	Tres opciones: Nunca , Siempre, A veces sí A veces no	Aceptar	Aceptar	Aceptar	Tres opciones: Nunca o casi nunca (sucede rara vez), Pocas veces (sucede solo en algunas ocasiones), Siempre o Casi Siempre (sucede con mucha frecuencia)	NUNCA, CASI NUNCA, CASI SIEMPRE Y SIEMPRE
	Ausentes			sugerencia	sugerencia	sugerencia	nunca (sucede rara vez), Pocas veces (sucede solo en algunas ocasiones), Siempre o Casi Siempre	NUNCA, CASI SIEMPRE Y SIEMPRE
	Categorías de Respuesta Inadecuadas			sugerencia	sugerencia	sugerencia	(sucede con mucha frecuencia)	
<b>I</b>	Ejemplo (Agregar)	2	Ej. tareas sencillas en casa o el trabajo	Aceptar	Aceptar	Aceptar	Aceptar	Tengo problemas para empezar una actividad. Me falta iniciativa. Ej. tareas sencillas en casa o el trabajo

2	Ejemplo (Agregar)	3	Ej. cuando me hablan o estoy haciendo algo	Aceptar sugerencia	Aceptar sugerencia	Aceptar sugerencia	Me resulta difícil concentrarme en algo. Ej. cuando me hablan o estoy haciendo algo
3	.	.	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	Mantener ítem original	No puedo hacer dos cosas al mismo tiempo. Ej. preparar la comida y hablar
4	Ejemplo (Agregar) Eliminar (Frase o palabras)	3	Río o lloro fácilmente (ej. cuando estoy estresado(a) o bajo mucha presión)	Mantener ítem original con el ejemplo "cuando estoy estresado(a) o bajo mucha presión"	Aceptar sugerencia	Aceptar sugerencia	Río o lloro con demasiada facilidad

<b>5</b>	Problemas Redacción Ejemplo (Agrega)	3	Me enfado con facilidad por cosas insignificantes. (ej. con bromas, errores que cometen los demás o por cosas que me dicen)	Aceptar sugerencia	Me enojo con facilidad por cosas insignificantes. (ej. con bromas, errores que cometen los demás o por cosas que me dicen)	Me enojo con facilidad por cosas insignificantes (ej. con bromas, errores que cometen los demás o por cosas que me dicen)
<b>6</b>				Mantener ítem original	Mantener ítem original	Tengo problemas para cambiar de tema en las conversaciones
				Tengo problemas para cambiar de tema en las conversaciones	Mantener ítem original	Tengo problemas para cambiar de tema en las conversaciones



<b>7</b>	Sustitución	10	Paso momentos del día	Paso momentos	Aceptar	Aceptar	Estoy como	Estoy “como sin
	Palabra		como adormecido o	del día como sin	sugerencia	sugerencia	adormecido o	energía”, como
	Ejemplo		cansado.	energía, con			cansado	
	(Agregar)			mucho sueño				
<b>8</b>				Mantener ítem	Mantener ítem	Mantener ítem	Mantener ítem	Tengo dificultades
				original	original	original	original	para tomar
								decisiones
<b>9</b>				Mantener ítem	Mantener ítem	Mantener ítem	Mantener ítem	Me olvido de que
				original	original	original	original	tengo que hacer
								cosas pero me
								acuerdo cuando me
								lo recuerdan
<b>10</b>	Ejemplo	2	No hago las cosas hasta	Aceptar	Aceptar	Aceptar	Aceptar	No hago las cosas
	(Agregar)		que alguien me diga que	sugerencia	sugerencia	sugerencia	sugerencia	hasta que alguien me
	Problemas		las tengo que hacer. (ej. me					diga que las tengo
	Redacción		indican con frecuencia las					que hacer. (ej. me
								indican con



<b>13</b>	Ejemplo (Agregar) Similitud o Reiteración Problemas Redacción	3	Puedo pasar de la risa al llanto con facilidad, sin motivo aparente Puedo pasar de la risa al llanto con facilidad, en situaciones que no lo hacía antes.	Mantener ítem original	Aceptar sugerencia	Aceptar sugerencia	Dejar igual al ítem original	Puedo pasar de la risa al llanto con facilidad
<b>14</b>	Problemas Redacción	2	Cuento chistes inapropiados en situaciones inapropiadas, sin importar las consecuencias.	Cuento chistes no apropiados en momentos inadecuados	Aceptar sugerencia	Aceptar sugerencia	Aceptar sugerencia	Cuento chistes inapropiados en situaciones inapropiadas
<b>15</b>	Problemas Redacción Similitud o Reiteración	3	Me cuesta ponerme en marcha cuando empiezo el día, me falta energía	Me cuesta empezar actividades, me falta energía	Cambiar "ponerme en marcha" y "me falta energía"	Hay que evaluar si el ítem es de depresión o iniciativa para poder modificarlo.	Aceptar sugerencia	Me cuesta empezar actividades. Me falta energía

Eliminaría

"cuando  
empiezo el  
día"

<b>16</b>	Ejemplo (Agregar)	3	Me cuesta planear las cosas con tiempo suficiente	Me cuesta planear las cosas con tiempo suficiente	Me cuesta planear las cosas con tiempo suficiente	Me cuesta planear las cosas con tiempo suficiente
	Sustitución		Me cuesta planear las cosas antes de que sucedan	Me cuesta planear las cosas con poco tiempo	planear las cosas con poco tiempo	planear las cosas con poco tiempo
	Palabra			Me cuesta planear las cosas con poco tiempo	planear las cosas con poco tiempo	planear las cosas con poco tiempo
<b>17</b>	Problemas	1	Hago comentarios sobre temas muy personales	Hago comentarios sobre temas muy personales	Hago comentarios sobre temas muy personales	Hago comentarios sobre temas muy personales
	Redacción		delante de los demás y no me doy cuenta	comentarios íntimos muy personales	comentarios íntimos muy personales	comentarios íntimos muy personales
				delante de los demás	delante de los demás	delante de los demás
<b>18</b>	Sustitución	1	Hago o digo cosas vergonzosas y no	Hago o digo cosas vergonzosas y no	Hago o digo cosas vergonzosas y no	Hago o digo cosas vergonzosas y no
	Palabra		vergonzosas	vergonzosas	vergonzosas	vergonzosas
				vergonzosas y no	vergonzosas y no	vergonzosas y no

me doy cuenta/

sin poder controlarlo

<b>19</b>	Ejemplo (Agregar) Similitud o Reiteración	5	Experimento emociones intensas sin una razón aparente (ej. Miedo, Ira, tristeza, repugnancia, sorpresa, alegría)	Experimento emociones intensas sin una razón (ej. Miedo, ira, tristeza, repugnancia, sorpresa, alegría)	Mantener ítem original	Tengo fuertes emociones sin razón importante	Acceptar sugerencia	Tengo explosiones emocionales sin una razón importante
-----------	---	---	--	---	------------------------	--	---------------------	--

<b>20</b>	Problemas Redacción	1	Hago comentarios sexuales en situaciones inapropiadas.	Hago comentarios sexuales no apropiados	Mantener ítem original	A veces hago comentarios en situaciones o a personas inapropiadas	Acceptar sugerencia	Hago comentarios sexuales inapropiados
-----------	---------------------	---	--	---	------------------------	---	---------------------	--

## **Anexo 5: Informe Proceso de Rehabilitación Neuropsicológica elaborado por Sebastián May Grosser y Mauricio Molinari Ulate (Sustentante)**

### **1. Datos Personales**

**Nombre:** [REDACTED]

**Domicilio:** [REDACTED]

**Edad:** 37 años

**Lateralidad:** Derecha

**Profesión:** Docente I y II Ciclo (Pensionada).

**Estado Civil:** Separada

**Redes de Apoyo:** Familia

**Pasatiempos:** Pintar y Cocinar

### **2. Datos sobre la lesión y abordaje previo**

**Tipo de Lesión:** LEO Frontal Derecha (Grado III de la OMS)

#### **Procedimientos Quirúrgicos:**

- Diciembre 2010: Cirugía Despierta
- Marzo 2013: Cirugía con Anestesia General

#### **Tratamientos:**

- Radioterapia (Junio-Agosto 2013)
- Farmacológico: 400mg Carbamazepina y 200mg Lamotrigina

#### **Síntomas reportados:**

- Hemiparestesia Izquierda (MSI y MII)
- No presenta convulsiones desde el 9 de Marzo del 2014

### **3. Antecedentes, ruta diagnóstica y datos relevantes de su historia**

En el año 2007 la paciente empezó a presentar cefaleas intensas y ataques convulsivos de manera súbita, sin identificar su etiología. Reportó que inicialmente atribuía ambos síntomas al estrés o ansiedad del momento, percepción que era reafirmada por personas cercanas a su alrededor.

Ante el aumento en la intensidad de los síntomas, asistió en el año 2008 a consulta con Neurología en el Hospital México. El médico tratante le indica que presenta un problema de ansiedad, razón por la cual es referida al Servicio de Psiquiatría y Psicología de la misma institución. Mencionó haber recibido una mala atención por este profesional de la salud, siendo tratada únicamente con Fluoxetina tras la referencia.

Describió que ante la progresión en la frecuencia de las convulsiones y el aumento de la intensidad, acudió a un médico privado quien le recomienda realizarse un examen por Tomografía Axial Computarizada (TAC), razón por la cual volvió a solicitar consulta con el Servicio de Neurología.

Asistió nuevamente en el año 2010 y fue atendida por el mismo médico que le diagnosticó ansiedad; recibiendo por segunda ocasión el mismo trato y diagnóstico. Dada la solicitud del médico a nivel privado, la paciente exigió ser examinada mediante el TAC, el cual finalmente arrojó como resultado una Lesión Espacio Ocupante Frontal Derecha. Ante el diagnóstico recibido, es referida al Servicio de Neurocirugía donde deciden intervenirla quirúrgicamente mediante la modalidad despierta en Diciembre del 2010. Para ese momento, la biopsia indica que su lesión es un Glioma de Bajo Grado (GII de la OMS).

Posterior a la intervención, en el año 2012, la paciente volvió a experimentar fuertes convulsiones que le impiden continuar con sus actividades cotidianas. Acudió de nuevo a consulta con Neurocirugía y se le indicó que una segunda intervención se asociaría con altas probabilidades de perder el movimiento en su miembro superior izquierdo. La paciente decidió llevar a cabo el procedimiento consciente de las secuelas posibles y es intervenida en Diciembre del 2013. Dada la presencia de un ataque convulsivo momentos antes de la operación, se descartó la posibilidad de realizar la cirugía despierta y se realizó con anestesia general.

Debido a las secuelas de las intervenciones tuvo que pensionarse posterior a la segunda cirugía dado que las demandas cognitivas de su trabajo (educadora de primaria) eran elevadas por la necesidad de tener que atender un grupo grande de estudiantes, así como las labores de preparación y seguimiento que conllevaba el dar clases. Adicionalmente entre su primera y segunda intervención vivió un proceso de separación de su pareja, como resultado de esto perdió también contacto con sus amistades ya que tuvo que mudarse de Poas de Alajuela a su residencia actual en Coronado.

Como consecuencias de la cirugía se reportó la pérdida de sensibilidad y movimiento en su miembro superior izquierdo, secuela que sigue presente en la actualidad (no logra localizar su brazo sino lo está viendo y tiene el movimiento de la mano izquierda reducido). Adicionalmente presentó una parálisis facial del lado izquierdo, de la cual se recuperó plenamente unos meses después. Recibió tratamiento con radioterapia en el período de Junio a Agosto del 2013 y desde el 9 de Marzo del 2014 dice no presentar convulsiones.

Recibió Rehabilitación Neuropsicológica durante 7 sesiones entre Octubre y Noviembre del 2014, como beneficiaria de un proceso de intervención en la modalidad de práctica profesionalizante del Módulo de Neuropsicología de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.

#### **4. Proceso de intervención**

##### **a. Sesiones #1 y #2**

#### **Objetivos:**

- Realizar el encuadre, presentación y firma del consentimiento informado
- Definir los alcances y limitaciones del proceso de intervención y realizar la entrevista inicial
- Identificar y definir posibles motivos de consultas

#### **Desarrollo de las sesiones:**

Se acudió a la casa de habitación de la paciente, donde se llevó a cabo el proceso de rehabilitación neuropsicológica. Se inició con una presentación inicial de las personas involucradas en el proceso, la explicación y firma del consentimiento informado. Se realizó la entrevista para conocer los aspectos principales para llevar a cabo el trabajo.

En estas primeras sesiones fue fundamental conocer la historia diagnóstica, la etapa de internamiento en el centro hospitalario, los procedimientos quirúrgicos y, especialmente, aquellos cambios a nivel cognitivo, emocional o conductual que surgieron como consecuencia de su lesión y los tratamientos recibidos.

Mediante la entrevista fue posible identificar, en conjunto con la paciente, las siguientes quejas subjetivas o temas susceptibles de ser trabajados:

- Déficit Motor-Hemiparesia Izquierda en MS y MI
- Errores a nivel de lenguaje<sup>1</sup>
- Infidelidad de pareja
- Recuperar independencia
- Temor a convulsiones
- Problemas de memoria
- Adherencia al tratamiento farmacológico

Así mismo, fue trascendental conocer acerca de los pasatiempos de la paciente y su proyecto de vida, los cuales están dirigidos a dar clases particulares a estudiantes de primaria, estudiar una maestría (a pesar de que ya no ejerce) y reiniciar con la pintura.

---

<sup>1</sup> La paciente reportaba estos errores como la imposibilidad de identificar oportunamente errores en la escritura de números o palabras, estos errores se presentaban después de un tiempo de estar realizando una misma tarea.



En estas primeras sesiones se trabajó mediante la psicoeducación en la adherencia al tratamiento farmacológico, con el fin de que continuara tomando los medicamentos según lo estipulado por los médicos tratantes y, en caso de dudas, hacerles las consultas necesarias sobre la reducción posible de los medicamentos. Por último, se le mencionó la posibilidad de permitirse retomar las actividades placenteras, en coherencia con el desarrollo de sí misma y su identidad, haciendo énfasis en volver a pintar.

**Temas emergentes por retomar:**

- Evaluar habilidades visoconstructivas y memoria
- Sesión Familiar
- Psicoeducación sobre ubicación de la lesión y las consecuencias de la misma

**b. Sesión #3**

**Objetivos:**

- Realizar una valoración global de las habilidades visoconstructivas y memoria
- Brindar psicoeducación a familiares y paciente

**Desarrollo de la sesión:**

Esta sesión se dividió en dos partes: la primera se inició con la evaluación de las habilidades visoconstructivas, con el fin de conocer mejor las posibilidades y/o limitaciones para que la paciente se enfrentara con la tarea de volver a pintar según su deseo expresado en las sesiones previas. Asimismo, se buscaba realizar un screening de los problemas de memoria mencionados por la paciente. La segunda parte de la sesión, consistió en un abordaje familiar para explicarles los detalles asociados a la localización de su lesión, las secuelas típicamente asociadas y por qué esto influyó tanto en su déficit motor como en posibles problemas de memoria.

Antes de realizar la respectiva evaluación, la paciente mostró un cuadro que inició en el período entre una sesión y otra (motivada por lo trabajado en la intervención), por lo que no fue necesario profundizar en la valoración de las habilidades visoconstructivas debido a que demostró tener la capacidad para realizar esta actividad de forma independiente (Ver anexo #5). De todos modos se realizaron las pruebas de Figura Rey y ejercicios de evaluación de habilidades visoespaciales “Construcción mental de cajas” y “Perforación” del protocolo de valoración cognitiva del Proyecto EDAD, Instituto de Investigaciones Psicológicas, UCR. Su rendimiento no mostró indicadores que permitan sospechar déficit. (Ver anexos #1, 2, 3 y 4)

En cuanto al área de memoria, se utilizaron las subpruebas de retención de Dígitos Directos e Indirectos, cuyo resultado no indicaba sospecha de deterioro. Se decidió no profundizar en la evaluación pues la paciente en entrevista enfatizaba que sus dificultades eran muy puntuales y no le impedían continuar con sus actividades cotidianas.

Posteriormente se realizó la sesión familiar, a la que acudieron su hermano menor, su prima y su madre (estas últimas dos son las personas que la acompañaron en la mayor parte de los internamientos y las citas de control, por lo que se consideran su principal red de apoyo). Se trabajó específicamente en explicar los detalles asociados a la localización de su lesión, las secuelas típicamente asociadas y cómo se manifiestan en ella estas dificultades, lo que permitió un mejor entendimiento de la situación. Así mismo, se profundizó con los familiares en la necesidad de continuar con el acompañamiento a la paciente como lo han realizado a lo largo de toda esta etapa.

#### **Temas emergentes por retomar:**

- Abordaje con estrategia compensatoria para el déficit motor y propiocepción de su brazo izquierdo.
- Promoción de la independencia
- Psicoeducación sobre la diferenciación entre convulsiones y ansiedad

#### **c. Sesión #4**

##### **Objetivos:**

- Aportar estrategias para compensar el déficit motor y propiocepción de su brazo izquierdo.
- Promover la valoración de opciones y actividades que le permitan recuperar independencia
- Brindar herramientas psicoeducativas para diferenciar entre convulsiones y ansiedad

##### **Desarrollo de la sesión:**

Con el fin de compensar su déficit motor y mejorar la propiocepción de su miembro superior izquierdo (que según su queja subjetiva le impide reconocer objetos sin observarlos y le genera dificultades muy considerables en su motora fina), se le presentó como estrategia utilizar una pulsera que generara algún tipo de sonido para facilitarle localizar y estar atenta a su mano. La paciente se mostró anuente y consiguió una pulsera con pequeños cascabeles la cual iba utilizar para reportar posibles beneficios percibidos en las sesiones siguientes.

El trabajo sobre la promoción de su independencia resultaba un tema fundamental pues la paciente tenía desde el año 2011 de no salir sola (siempre era acompañada de su madre). Se valoró con ella alternativas de actividades que le resultaran placenteras, logrando identificar que su madre y hermano suelen salir a caminar en las mañanas, actividad que a ella le resultaría de interés. Se trabajó sobre la posibilidad de salir acompañada con ellos durante 5 o 10 minutos máximo y ver como se sentía realizando esta actividad, escenario que podría eventualmente convertirse en un caminata corta a solas.

Se hizo uso de una escala de evaluación de la ansiedad mediante la cual debía indicar el grado de temor o ansiedad que sintiera antes, durante y después de salir a caminar. La escala iba del 1 al 100 (mayor ansiedad de manera ascendente). Con esta técnica se esperaba iniciar con una actividad

que generara poca ansiedad y progresivamente ir avanzando, siempre y cuando los niveles de ansiedad fueran disminuyendo con la progresión de la tarea.

Por último, se le brindaron herramientas psicoeducativas que le permitieron diferenciar los síntomas de una convulsión y un ataque de ansiedad, debido a que se observó que podría existir una confusión entre ambas. Gracias a esta intervención, la paciente logró identificar que lo que estaba sintiendo se debía más a la ansiedad y disminuyó su preocupación por las convulsiones. Así mismo, se brindaron estrategias para reducir la ansiedad por medio de técnicas de respiración y relajación. Como se observó que la paciente ya contaba con entrenamiento previo en este tipo de estrategias, se reforzó su uso.

Es importante destacar que el tema de las convulsiones le generaba un gran temor debido a las situaciones sufridas en el pasado, razón por la cual se profundizó en esta temática.

#### **Temas emergentes por retomar:**

- Evaluar los beneficios percibidos de la estrategia compensatoria del déficit motor.
- Analizar los alcances y limitaciones en la ejecución de las tareas asignadas para recuperar su independencia

#### **d. Sesión #5**

#### **Objetivos:**

- Brindar seguimiento en la implementación de las estrategias compensatorias, tareas asignadas y evaluar progreso
- Valorar con la paciente su queja subjetiva de “errores” en tareas en las que debía escribir.

#### **Desarrollo de la sesión:**

Se evaluaron los beneficios percibidos con la utilización de la pulsera como estrategia compensatoria del déficit motor. La paciente indicó que le ha sido muy funcional y que logra ubicar de mejor manera mano izquierda, así como coordinar mejor el movimiento de su brazo.

Al ser consultada sobre las caminatas, indicó que salió tres veces y se sintió “*muy contenta*” debido a que es una actividad que solía hacer y era muy gratificante. Posterior a la primera salida, dijo haber sentido un nivel alto de ansiedad y temor por una posible convulsión, sin embargo manifestó haber recordado la explicación acerca de la diferenciación entre convulsiones y ansiedad, por lo que realizó estrategias de relajación permitiéndole tranquilizarse. En las siguientes caminatas no volvió a experimentar las sensaciones tardando hasta 20 minutos en la actividad (aumentando el tiempo que le fue solicitado en la sesión anterior).

Indicó que las caminatas le han permitido retomar la sensación de “*propósito*” en su vida, ya que por este medio pudo volver a una rutina diaria que la hace sentir nuevamente activa. Esta reflexión

de la paciente es un resultado que parece trascendental por la influencia que tiene en el “enganche” de la paciente con su propia independencia, demostrándole que aún puede realizar nuevas actividades.

Para continuar progresando en este tema, se le sugirió que en los días posteriores a esta sesión saliera sola por ejemplo a la pulpería cercana al menos tres veces. La paciente accedió e indicó sentirse preparada para llevar a cabo esta actividad, sin embargo le preocupa tener una convulsión y que nadie a su alrededor sepa cómo reaccionar. Por esta razón se le indicó que utilice como estrategia la elaboración de una tarjeta con los datos que ella considere apropiados y que le permitan a otras personas saber qué es lo que le sucede y cómo atenderla en ese momento.

Al abordar su queja subjetiva sobre la ocurrencia de “errores de lenguaje”, la paciente especificó que surgen cuando revisa textos o realiza alguna redacción, habiendo tomado conciencia de ellos durante la tarea de revisión de una tesis que estaba haciendo. Para esto se le solicitó que realizara un autorregistro con el fin de observar el patrón de los errores, ya fuera por categoría semántica o fonológica, o bien que se dieran después de períodos largos de trabajo por fatiga atencional. De igual manera, se le solicitó que dividiera esta tarea de revisión en períodos de 20 minutos con descansos de 10 minutos, esto dada la sospecha que la sobrecarga atencional es un factor que incrementa los errores.

Por último, se le solicitó a la paciente una retroalimentación del trabajo llevado a cabo hasta el momento. Ante esto, indicó que estaba muy contenta con la labor realizada, que las técnicas de compensación de sus déficits han sido hasta el momento de gran ayuda para volver a realizar tareas que por lógicas razones no podía; por último, mencionó la necesidad de trabajar el tema emocional que hasta el momento no se había trabajado.

#### **Temas emergentes por retomar:**

- Evaluar progreso en las actividades de promoción de su independencia
- Revisar autorregistros de los “errores de lenguaje”
- Abordar componentes emocionales asociados (infidelidad de la pareja)

#### **e. Sesión #6**

#### **Objetivos:**

- Brindar seguimiento en la implementación de las estrategias compensatorias, tareas asignadas y evaluar progreso
- Brindar un espacio de escucha empática y contención emocional para las pérdidas asociadas (infidelidad de la pareja)
- 

#### **Desarrollo de la sesión:**

Se inició retomando el grado de alcance y limitaciones en las tareas de promoción de autonomía, mediante la consulta de las caminatas a la pulpería por sí sola. Indicó que había ido en varias ocasiones y se había sentido bastante bien y tranquila; la tarjeta con la información la realizó y ha sido un gran apoyo para sentirse más segura (Ver adjunto #6), reduciéndole la ansiedad anticipatoria de posibles convulsiones. Mencionó incluso que un día fue sola al centro de Coronado, lo que implicaba tomar bus (situación que hasta ahora se le dificultaba por su déficit motor) y le fue muy gratificante porque se dio cuenta de que podía salir sin la necesidad de estar acompañada.

Ante este importante avance, se le hizo énfasis en lo beneficioso de realizar este tipo de acciones y se le motivó para que continúe a partir de este momento a progresar paulatinamente de acuerdo a lo que ella considerara oportuno. Este trabajo buscó su empoderamiento y un cambio en su autopercepción.

Con respecto a su queja subjetiva sobre los “errores de lenguaje”, indicó que su ocurrencia ha disminuido gracias a la estrategia de trabajar por períodos cortos de 20 minutos con pequeños descansos. Experimentó un mejor rendimiento y dice no haber presentado ninguna equivocación. Se hace énfasis en continuar trabajando de esta manera, ya que parece ser que la fatiga y sobrecarga atencional es un factor clave en esta situación.

Mediante la escucha empática y la validación de los sentimientos se trabajó la parte emocional asociada a las pérdidas sufridas. Esta intervención fue fundamental debido a la necesidad expresada por la paciente de trabajar temas relacionados con el internamiento previo a las intervenciones quirúrgicas, el proceso de mala praxis diagnóstica que le dieron y la situación de infidelidad de su pareja en la etapa de recuperación de la primera cirugía.

Al finalizar la sesión se le indicó la necesidad de activar sus redes de apoyo, particularmente de sus pares, esto debido a que durante los últimos 5 años la persona más cercana ha sido solamente su madre. Para trabajar este ámbito se le indicó que organizara por su propia cuenta alguna actividad social con alguna persona que ella considerara de confianza, con el fin de que recupere algunas de sus amistades y pueda conversar acerca de sus experiencias y sus sentimientos.

#### **Temas emergentes por retomar:**

- Fomentar la activación de sus redes de apoyo
- Elaborar el cierre del proceso

#### **f. Sesión #7**

#### **Objetivos:**

- Reforzar los beneficios posibles de la activación de sus redes de apoyo y el contacto con pares
- Brindar seguimiento en la implementación de las estrategias compensatorias, tareas asignadas y evaluar progreso

- Realizar un repaso de los temas trabajados a lo largo de las sesiones
- Reforzar los ámbitos menos fortalecidos hasta el momento
- Elaborar el cierre del proceso

#### **Desarrollo de la sesión:**

Se inició la sesión dando seguimiento a las actividades que la paciente había venido realizando, y que le habían estado ayudando a recuperar la confianza y permitiéndole retomar actividades de forma independiente.

La paciente mencionó que el uso de la pulsera ya se convirtió en un hábito y ya no sale de la casa sin ella, lo que le ha permitido no volver a tener problemas como *“olvidar si la mano esta agarrada a algo o a la hora de agarrarse de algo”*, por ejemplo cuando viaja en bus. Además comentó que estas semanas no ha podido salir a caminar porque ha estado ocupada terminando la revisión de la tesis de la amiga (que ya concluyó) y piensa volver a retomar las salidas a caminar en los próximos días.

Así mismo, señaló que un día de la semana anterior salió con una amiga a Coronado a tomar café, que ella fue quien la llamó y quedó muy contenta de realizar esta actividad, por lo que va a seguir retomándola. Se le reforzó su logro y la importancia de contactar con aquellas personas ajenas a la familia que la han rodeado, para tener espacios para compartir con pares. La paciente mencionó que esto se le hizo evidente cuando pudo hablar con la amiga ese día y se quedaron hablando por un largo tiempo. Se ha propuesto retomar estas salidas con otras amistades.

Después se le pidió a la paciente que mencionara aquellas cosas del trabajo que, en su opinión, le han aportado beneficios: la paciente destacó la utilidad del uso de la pulsera y la tarjeta que hizo ya que esto le ha permitido sentirse más segura cuando sale de su casa. Así mismo, manifestó que el poder reconocer que estaba teniendo ataques de ansiedad y no convulsiones le ayudó a superar ese miedo a retomar las salidas de forma independiente.

Mencionó que en realidad todas las sugerencias que le fueron dadas le han ayudado a empezar a ser más independiente de nuevo. En este momento, se le reforzó que el trabajo solamente posibilitó brindarle el impulso necesario para que ella empezara a retomar las cosas que le gustan hacer, que fue ella la que realizó las tareas y consiguió todos los objetivos planteados y que ambos terapeutas estaban muy satisfechos con el progreso que había logrado en este período de tiempo.

Sobre el abordaje de componentes emocionales, mencionó que el poder hablar de estos temas le permitió *“descargarse”*, pero que todavía no estaba lista para tomar la sugerencia que se le dio de escribir una carta como estrategia personal de desahogo, pero que cuando se sintiera lista quería hacerlo.

Se pasa entonces a realizar el cierre del proceso, reforzando sus logros, su valentía, sus capacidades y el cumplimiento de objetivos definidos en conjunto. Se destacó su habilidad para continuar

avanzando a su propio ritmo y retomar actividades de forma independiente, en la manera en que se sintiera más cómoda.

La paciente mencionó que agradece el trabajo que se ha realizado porque siente que lo que ella necesitaba era *“ese impulso inicial que la ayudara a retomar las actividades que le gustaban como pintar, salir a caminar, retomar su independencia y encontrarse con amigas”*, y que en el momento en que se inició el proceso ella no se sentía segura de poder retomarlas. Reconoce que las sugerencias que se le dieron la ayudaron a que fuera más sencillo y se sintiera más segura de retomarlas.

## **5. Resultados y conclusiones**

El proceso se realizó con una gran colaboración de la paciente, aspecto clave para el éxito en el cumplimiento de los objetivos durante las sesiones. El trabajo en conjunto y la empatía entre los profesionales y la persona, así como el apoyo familiar, permitieron un gran progreso que puede constatarse a lo largo del presente documento.

Los resultados específicos se pueden detallar a continuación:

- Promoción de una mejor adherencia al tratamiento farmacológico
- Uso satisfactorio de la estrategia de compensación para mejorar la propiocepción de su miembro superior izquierdo
- Recuperación de actividades placenteras e instrumentales con autonomía, independencia y sensación de “propósito” vital.
- Estructuración de una rutina diaria con actividades placenteras como pintar y caminar.
- Identificación de nuevos propósitos diarios en su proyecto de vida.
- Conciencia sobre las diferencias y el manejo de la ansiedad y convulsiones con un decremento en el temor anticipatorio y un uso positivo de estrategias compensatorias.
- Reducción en la ocurrencia “errores en tareas relacionadas con el lenguaje” gracias a la implementación de estrategias compensatorias para la fatiga y sobrecarga atencional.
- AConciencia sobre la importancia de la activación de antiguas y nuevas redes de apoyo
- Expresión segura y validación de sus emociones asociadas a lass pérdidas.

Actualmente la paciente cuenta con una gran cantidad de herramientas que le permiten vivir con mayor autonomía e ir recuperando actividades de la vida cotidiana que había dejado de realizar por temor a nuevas convulsiones.

La principal devolución que realizó la paciente sobre el proceso, fue que este se dio en el momento justo para ella, ya que se encontraba recientemente pensionada y que estaba pasando por un proceso de *“no saber cómo retomar actividades o qué hacer”*, y el que se le impulsara a realizar actividades que le agradaban, fue *“la motivación”* que ella necesitaba para volver a retomar su independencia.

## **6. Recomendaciones**

### **Para el seguimiento de la paciente**

- Dar seguimiento a los progresos en la implementación de las estrategias compensatorias y vida diaria con autonomía
- Recibir apoyo de terapia física para su déficit motor
- Profundizar en el abordaje terapéutico de los componentes emocionales.
- Mantener control médico

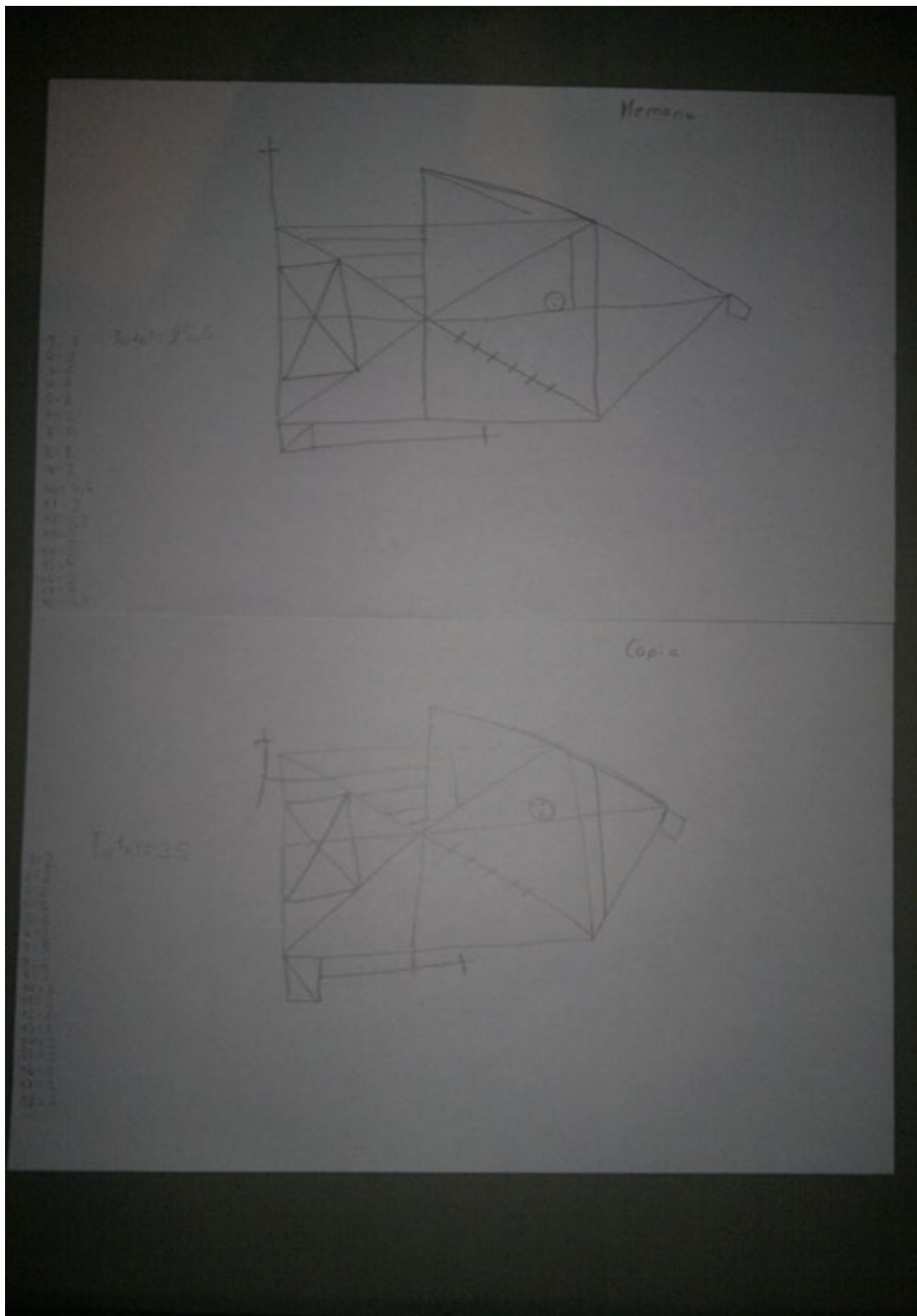
### **Para la consideración de la institución**

- Brindar acompañamiento psicológico a los pacientes cuando se les pensiona como consecuencia de su condición.
- Reactivar los talleres grupales para abordar temáticas diversas relacionadas con su condición, con el fin de crear espacios de apoyo entre los pacientes.



Anexos

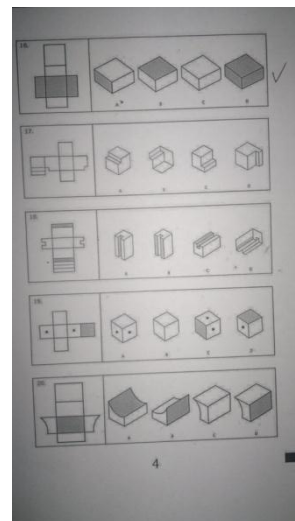
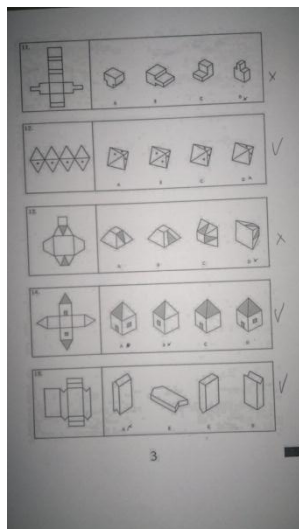
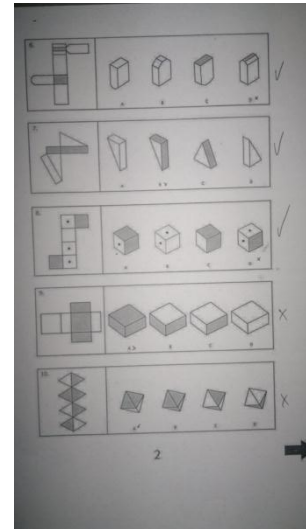
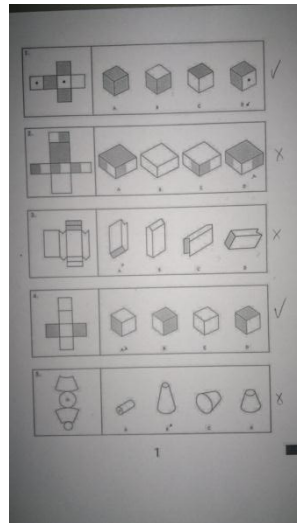
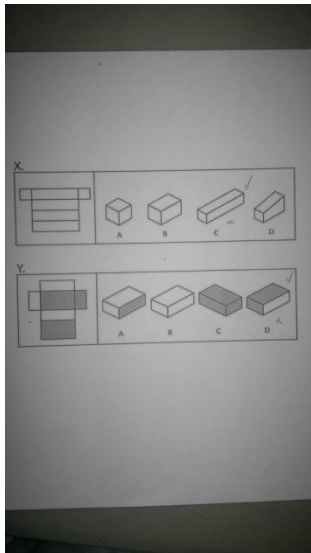
Anexo 1. Test "Figura Rey Compleja"



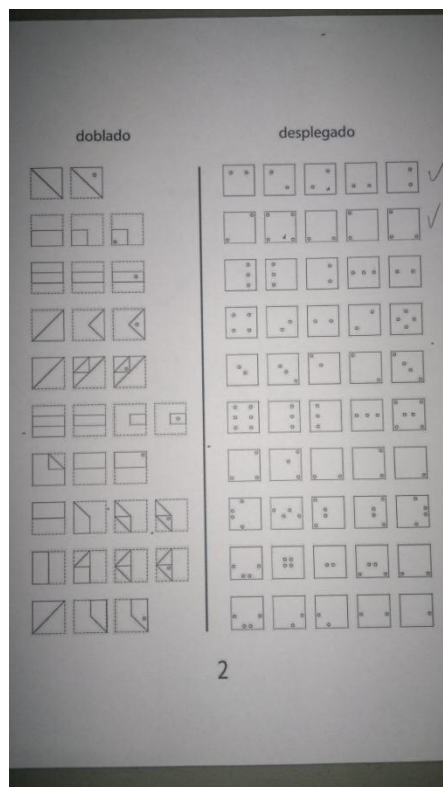
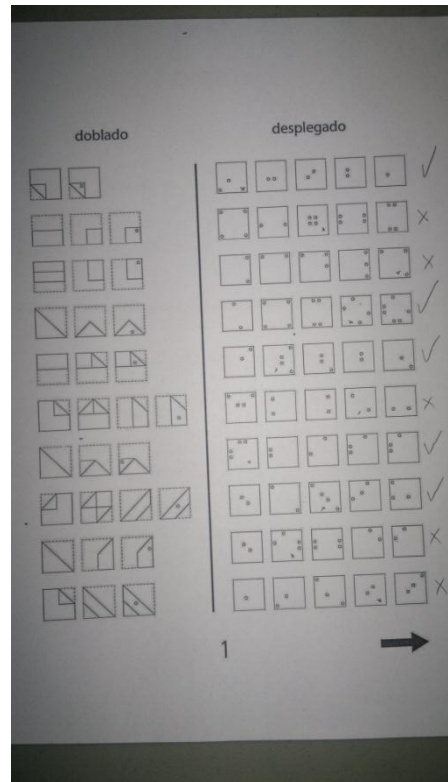
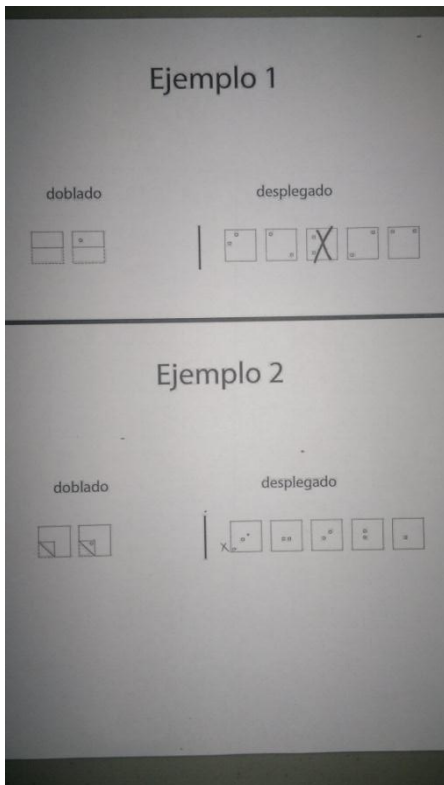
Anexo 2. Subprueba de Dígitos Directos e Indirectos

2. Atención - Directos		3. Memoria Trabajo - Inversos		4. Lenguaje - Repetición de errores semánticos		
4-7-3	3	5-2	2	1. La leche es negra	<input type="checkbox"/>	
5-8-6	3	7-9	2	2. Los aviones van por el mar	<input type="checkbox"/>	
6-1-5-3	4	2-6-3	3	3. Los carros funcionan con cerveza	<input type="checkbox"/>	
7-4-9-2	4	8-4-7	3	4. El azúcar es salado	<input type="checkbox"/>	
2-7-1-3-4	5	6-1-4-9	4	5. La sangre es verde	<input type="checkbox"/>	
3-2-9-5-8	5	4-7-6-3	4	6. El año tiene siete días	<input type="checkbox"/>	
1-3-7-2-4-9	6	3-5-8-2-6	5	7. El hielo es caliente	<input type="checkbox"/>	
8-5-2-4-3-7	6	-1-3-9-4-5	5	8. Los tomates son blancos	<input type="checkbox"/>	
9-6-4-1-8-3-5	7	9-8-1-5-3-6	6	<b>Total</b>	<input type="checkbox"/>	
6-9-8-7-2-5-4	7	4-7-2-6-1-9	6			
3-5-7-6-1-8-2-9	8	8-6-5-7-2-4-3	7			
4-9-1-7-2-5-3-8	8	2-5-9-1-4-8-6	7			
2-6-3-5-8-1-7-9-4	9	7-4-6-8-9-3-1-2	8			
5-1-9-7-4-6-3-8-2	9	3-7-1-5-4-2-8-6	8			
<b>Total directos</b>	<b>60</b>	<b>Total indirectos</b>	<b>50</b>			
<b>6. Lenguaje Espontáneo - Descripción Ilustrada</b>				<b>5. Lenguaje Automático - Secuencias Automáticas</b>		
1. Niña coge libro <input type="checkbox"/>				1. Contar de 1 a 20 <input type="checkbox"/>		
2. Niña está subida en un banco <input type="checkbox"/>				2. Contar de 20 a 1 <input type="checkbox"/>		
3. El padre mira por la ventana <input type="checkbox"/>				2. Dias de la semana <input type="checkbox"/>		
4. La madre lee un libro <input type="checkbox"/>				3. Meses del año <input type="checkbox"/>		
5. El gato persigue un ratón <input type="checkbox"/>				2= 0-8 seg, 1= >8 <input type="checkbox"/>		
6. El gato tira la lámpara <input type="checkbox"/>				2= 0-15 seg, 1= > 15 seg <input type="checkbox"/>		
<b>Total:</b>						
<b>8. Evocación Categral en Asociaciones - Fluides Verbal</b>				<b>7. Codificación - Curva de aprendizaje</b>		
				1	2	3
				Cara	Cara	Cara
				Pera	Pera	Pera
				Burro	Burro	Burro
				Fresa	Fresa	Fresa
				Palo	Palo	Palo
				Ceja	Ceja	Ceja
				Rana	Rana	Rana
				Hombre	Hombre	Hombre
				Cabra	Cabra	Cabra
				Piña	Piña	Piña
				Codo	Codo	Codo
				Lima	Lima	Lima
				<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>
<b>Intrusiones:</b>				<b>Intrusiones</b>		
<b>Perseveraciones:</b>				<b>Perseveraciones</b>		
<b>Recencia</b>				<b>Recencia</b>		
<b>Categoría 3</b>				<b>Categoría 3</b>		
<b>Prinacia</b>				<b>Prinacia</b>		
<b>Curva aprendizaje</b>				<b>Curva aprendizaje</b>		
<b>Total promedio</b>				<b>Total promedio</b>		
<b>9. Función Ejecutiva - Test de Stroop</b>				<b>10. Trail-Making Test</b>		
<b>Intrusiones:</b>				<b>Prueba Ejecución</b>		
<b>Palabras</b>				<b>ATENCIÓN Test A</b>		
<b>Color</b>				<b>FUNCION EJECUTIVA Test B</b>		
<b>Palabra - Color</b>						
<b>TOTAL:</b>						

**Anexo 3. Ejercicio de evaluación de habilidades visoespaciales “Construcción mental de cajas”**  
**(Instrumento del protocolo de valoración cognitiva del Proyecto**  
**EDAD, Instituto de Investigaciones**  
**Psicológicas, UCR).**



**Anexo 4. Ejercicio de evaluación de habilidades visoespaciales "Perforación" (Instrumento del protocolo de valoración cognitiva del Proyecto EDAD, Instituto de Investigaciones Psicológicas, UCR).**



*Anexo 5. Dibujo realizado por la paciente*



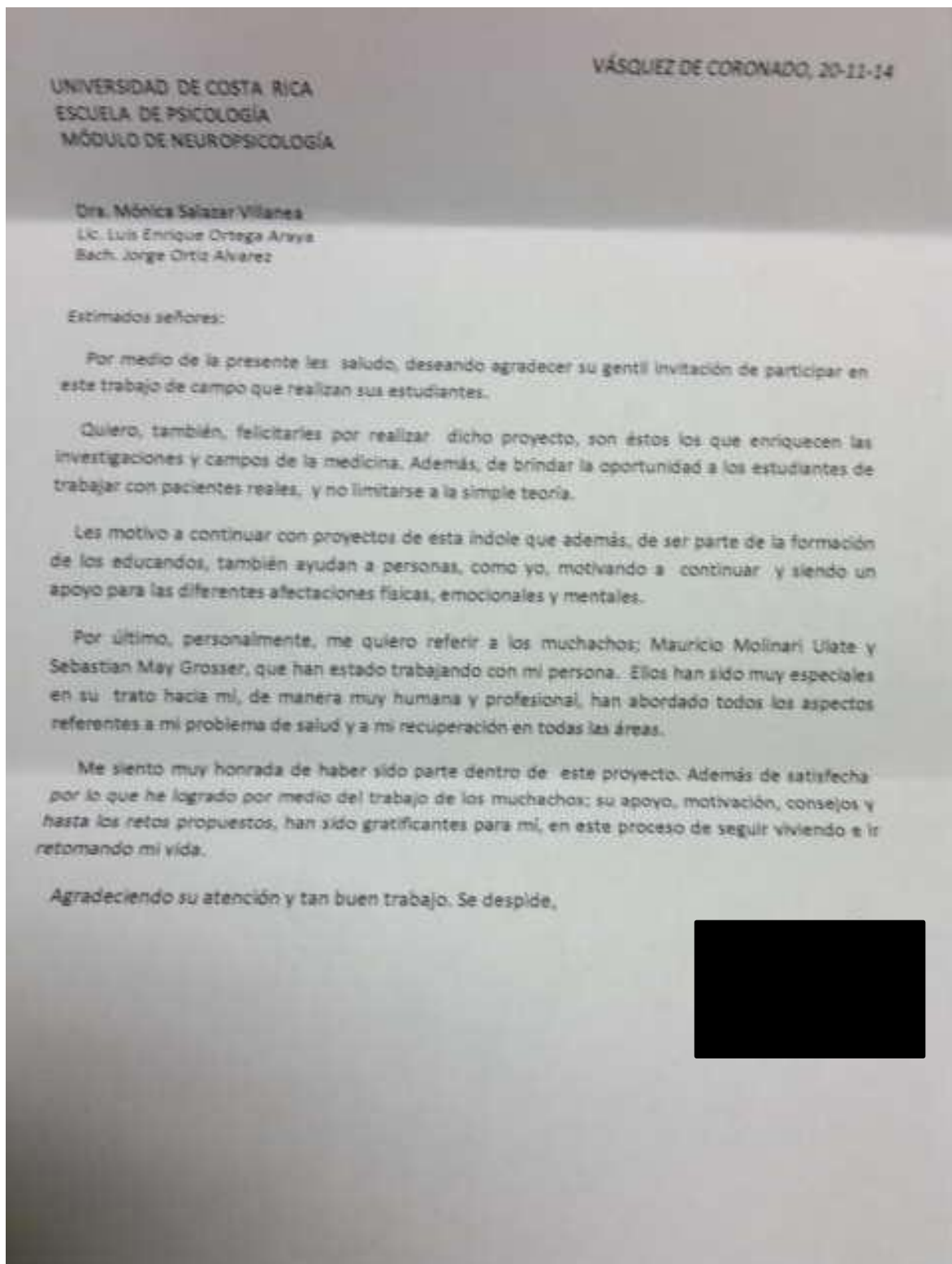
*Anexo 6. Tarjeta diseñada por la consultante con información personal para el manejo de una eventual crisis convulsiva.*

**NOMBRE:** [REDACTED]  
**CÉDULA:** [REDACTED]  
**TELÉFONO:** [REDACTED] (Hermano)  
**DOMICILIO:** San Pedro De Coronado  
**HISTORIA CLÍNICA:** Operada 2 veces de tumor cerebral  
**SÍNTOMAS:** Convulsiones esporádicas, fuertes, moderadas y leves  
**TRATAMIENTO PARA ESTE PADECIMIENTO:**  
Tener calma, y tranquilizar cuidando la respiración, esperar que pase, (dura aproximadamente 5 min.)  
Sujetar extremidades izquierdas con cuidado, recostar y cuidar de un golpe en la cabeza.  
**MEDICAMENTOS:** (DOSIS: 400 mg de Carbamazepina y 200mg de Lamotrigina) Media dosis, cada 12 horas, 9 a.m. y 9 p.m.  
**¡GRACIAS!**

*Anexo 7. Regalo pintado a mano por la paciente para los terapeutas*



**Anexo 8. Carta de agradecimiento de la consultante para el Equipo Docente**





## **Anexo 6: Informe Proceso de Rehabilitación Neuropsicológica elaborado por Mauricio Molinari Ulate (Sustentante)**

### **1. Datos Personales**

**Nombre:** [REDACTED]

**Expediente:** [REDACTED]

**Domicilio:** [REDACTED]

**Edad:** 48 años

**Lateralidad:** Derecha

**Profesión:** Gerente de Bienes Raíces

**Estado Civil:** Casado

**Redes de Apoyo:** Familia

### **2. Datos sobre la lesión y abordaje previo**

**Tipo de Lesión:** Craneofaringioma del III Ventrículo

**Procedimientos Quirúrgicos:**

- Septiembre 2014

**Síntomas reportados:**

- Deterioro en la visión
- Presencia de cefaleas
- Dificultades motoras
- Pérdida de memoria
- Dificultades para escribir
- Perseverancia en su comunicación
- Irritabilidad
- Dificultades para conciliar el sueño

### **3. Datos relevantes**

El consultante fue referido para una valoración neuropsicológica previo a la cirugía. En aquel momento, la situación permitió un contacto inicial con el usuario y sus familiares, quienes brindaron información respectiva acerca de su estado de salud y expresaron sus dudas del internamiento e intervención quirúrgica, que fueron resueltas en conjunto con el personal médico. Para este primer acercamiento, no fue posible realizar la evaluación, por lo que los datos obtenidos acerca de su sintomatología previa a la cirugía, se ajustan a lo percibido subjetivamente por el paciente y sus familiares.

Dado lo anterior, es importante mencionar que previo a la intervención quirúrgica se manifestaba una queja subjetiva asociada a un deterioro en su memoria de corto plazo, lo que fue corroborado objetivamente con observaciones y entrevistas (en reiteradas ocasiones olvidó citas con nuestro servicio y no lograba retener la información brindada acerca de su estado de salud, enfermedad y tratamiento que se le realizaría). Por otro lado, mencionaba tener problemas en su visión, lo que interrumpía las actividades de su vida cotidiana.

Posterior a la cirugía, se observó un cambio significativo a nivel emocional. Al haber pasado por el proceso de internamiento, donde presentó un grado importante de ansiedad, el cual se presentaba bajo constantes consultas acerca de su patología o la fecha de su intervención, y un afecto contenido; posterior a esto, presentó un afecto más coherente, donde se observó más tranquilo y sereno, manifestando sus deseos de empezar a realizar nuevas actividades, entre ellas retomar su vida laboral.

Así mismo, en este período postquirúrgico (previo al inicio de la rehabilitación), el usuario percibió una serie de beneficios, particularmente al mejorar la visión y la movilidad de la pierna, además de una ausencia total de las cefaleas. Sin embargo, la sintomatología entorno a la memoria, a pesar de haber disminuido, seguía presente y afectándole en sus actividades cotidianas; además su pareja mencionó que “complica algunas actividades, es decir que en lugar de hacer el paso más sencillo de alguna actividad, realiza la manera más compleja, como si le costara planificar lo que va a hacer” y la presencia de falta de iniciativa a la hora de realizar sus actividades.

Otras de las observaciones referidas por su familiar, es que durante el día el usuario podía contar la misma historia varias veces sin conciencia de su conducta reiterativa. De igual manera, indicó que en ocasiones el paciente respondía con un tema totalmente distinto al que se estaba conversando, presentando problemas para inhibir estímulos distractores o interferencias.

Por otro lado, reportaron dificultades para conciliar el sueño, el cual estaba siendo interrumpido por la necesidad de miccionar varias veces durante la noche. También refirieron la presencia de una sensación de ahogo o sofocación y desesperación en espacios reducidos o al estar con otras personas en el mismo espacio.

A nivel familiar, se presentaron nuevas dificultades aparentemente como causa de una conducta más impaciente e irritable, y menos tolerante, especialmente para con sus tres hijos.

#### **4. Proceso de intervención**

##### **Sesión #1**

##### **Objetivos:**

- Realizar la devolución psicoeducativa de los resultados obtenidos en la evaluación neuropsicológica post quirúrgica y su relación con la autopercepción de cambios identificados por el usuario.

**Desarrollo de la sesión:**

El consultante acude acompañado de su hermana quien se ha mantenido muy pendiente del proceso que se ha llevado a cabo con su salud. Se inicia con una breve explicación sobre cómo será el procedimiento a seguir y el objetivo de la rehabilitación cognitiva.

A continuación, se procedió con la psicoeducación en cuanto a los resultados obtenidos mediante la valoración. Se hace hincapié en la interferencia emocional que incide en el desempeño a la hora de la ejecución de tareas y su dificultad por inhibir dichos estímulos; así mismo se demuestra la ausencia de estrategias de automonitoreo que le permitan tener presente el avance en su desempeño, evitando la perseverancia en sus respuestas. Finalmente se le indica la presencia de enlentecimiento en la codificación de información nueva donde parece recuperar una tercera parte al ser evaluado mediante curvas de aprendizaje, sin presencia de estrategias cognitivas que le permitan mejorar su desempeño.

En la segunda parte de la sesión se hizo uso de una presentación digital para apoyar la explicación sobre funciones ejecutivas y cuerpo calloso, además de las posibles secuelas debidas a una intervención quirúrgica transcallosa. De igual manera, se mencionó la importancia del fórnix en la memoria, ya que la lesión del usuario afectaba directamente esta estructura anatómica.

Por último, se indicó los aspectos que se retomarán en el proceso de rehabilitación y la manera en que se trabajará: tiempo y frecuencia de las sesiones, tareas al hogar, tiempo estimado del proceso y recomendaciones.

Se recomendó no iniciar actividad laboral hasta después del presente proceso.

**Temas emergentes por retomar:**

- Estrategias para manejar ansiedad
  - o Técnicas de relajación

**Sesión #2****Objetivos:**

- Facilitar al paciente estrategias de relajación que le permitan disminuir su nivel de ansiedad ante situaciones de estrés o presión

**Desarrollo de la sesión:**

El usuario inició labores en Grupo Monge a partir del 21 de enero del año 2015, en el departamento de Real Estate recién inaugurado. El equipo de trabajo se acaba de conformar, teniendo a cargo la supervisión de los alquileres y remodelaciones en los diferentes locales de la institución. Su horario consta de nueve horas y media (8:00 am a 17:30 pm), extendiéndose en ocasiones por decisión propia del paciente, con lapsos de 15 minutos de descanso en la mañana y en la tarde y una hora de almuerzo al medio día.

Indica hacer uso de estrategias para compensar sus dificultades mnésicas, realiza apuntes en un cuaderno para luego insertarlos en su computadora para que le genere avisos. Sin embargo no han sido de

todo eficientes, según lo autopercebido por el usuario; por esta razón se le incita a utilizar una libreta pequeña que le permita anotar cualquier información o indicaciones que le den durante conversaciones de pasillo.

Retomar sus actividades laborales le trae tranquilidad y le permite tener una rutina, razón por la cual se percibe más cómodo y menciona sentirse mejor. La presión causada por no poder cumplir con su función de sustento económico del hogar, le generó presión y ansiedad, relacionándolo con dolores en su brazo, hombros y espalda. Duerme por períodos más largos de tiempo en comparación a su estado anterior, sin embargo se levanta entres 2 o 3 veces durante la noche. Al regresar a su hogar posterior a su labor, indica mantener su mente ocupada en los pendientes y acciones por retomar el siguiente día, sin darse tiempo para tomar un descanso.

Se practica la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva como técnicas para el manejo de la ansiedad. El usuario practicó ambas herramientas y se le entregó un documento en donde se explica el proceso para que lo continúe en el hogar.

A nivel emocional se observó un paciente más tranquilo respecto a la sesión anterior.

#### **Temas emergentes por retomar:**

- Técnicas para el manejo de la ansiedad
  - o Planificación y Organización de tareas
  - o Autoverbalizaciones positivas.
  - o Redirección de la atención
- Hacer uso de autorregistros

#### **Sesión #3**

##### **Objetivos:**

- Identificar situaciones y disparadores de ansiedad
- Identificar pensamientos y sentimientos negativos

##### **Desarrollo de la sesión:**

Se atiende al paciente nuevamente después de un mes y dos semanas de haber realizado la sesión número dos. Las razones por las que se canceló en múltiples ocasiones la cita, se debieron a remodelaciones estructurales de la planta física del Servicio de Emergencia, donde se atiende al usuario, y por el horario establecido que se ve afectado por la programación de cirugías. Dada esta situación se realiza una disculpa con el consultante y se le ofrece un cambio de programación, ubicando las sesiones los miércoles a las 7 am cada quince días.

Fue necesario consultar acerca de su evolución, tanto a nivel físico como cognitivo, a lo que indica que “a veces hay cositas que se me van”, razón por la que utiliza la estrategia de anotar todas las tareas de su trabajo, acatando lo sugerido en la sesión anterior. De igual manera, menciona que en ocasiones su rutina se ve interferida por otros eventos y esto le hace olvidar lo que debía continuar ejecutando, además de tener mayor costo para retomar la secuencia. Comenta percibir dificultades para manejar la frustración e incluso su esposa así se lo ha indicado en varias ocasiones, pierde la tolerancia con mayor facilidad, lo que le ha complejizado el manejo de límites con sus hijos y para manejar las tareas pendientes en su trabajo.

Se retoman varias temáticas revisadas en sesiones anteriores con el fin de darles seguimiento y evaluar la aplicación de estrategias. Respecto a los ejercicios de relajación indica practicarlos al menos dos veces por semana, especialmente cuando se siente tenso y durante la jornada laboral. En cuanto a la higiene del sueño, comenta que actualmente duerme hasta 4 horas seguidas y luego logra volver a dormirse; sin embargo continúa con sed durante la noche y se levanta en ocasiones a tomar agua, además orina aproximadamente 3 veces en este período.

A la hora de finalizar se le realizan observaciones respecto a su jornada laboral, la cual ha extendido más de lo que se le exige. Ante esto se le indica tomar más tiempo para descansar y cumplir con el horario establecido. Por otro lado, se inicia con la identificación de situaciones que le generan frustración y pensamientos/sentimientos disruptivos acerca de estas; se espera retomar ambos autorregistros completos la sesión siguiente.

#### **Temas emergentes por retomar:**

- Técnicas para el manejo de la ansiedad
  - o Planificación y Organización de tareas
  - o Autoverbalizaciones positivas
  - o Redirección de la atención
- Revisar autorregistros y abordar las situaciones identificadas mediante estrategias

#### **Sesión #4**

##### **Objetivos:**

- Brindar estrategias anticipatorias al disparo de un estado ansioso o para detenerlo

##### **Desarrollo de la sesión:**

En la presente sesión se espera profundizar sobre el estilo de vida del usuario, específicamente su jornada laboral y las situaciones identificadas mediante los autorregistros, así mismo se instará al consultante a practicar actividad física como estrategia para disminuir los niveles de ansiedad.

Al revisar los autorregistros, el usuario identifica seis situaciones detonantes de frustración (ansiedad): “no cumplir lo que me piden, pendientes de trabajo, no estar organizado, pleitos entre mis hijos, que mis hijos no cumplan con las reglas y dedicar tiempo a mi pareja”. Al evaluarlas se observan dos importantes ámbitos desde donde se genera la mayor ansiedad del paciente: el familiar y el laboral. Todas las situaciones tuvieron puntuaciones altas según lo autopercebido (entre 7 y 9 de acuerdo a las unidades subjetivas de frustración indicadas en el autorregistro). Se hace énfasis en la importancia de haber concientizado los datos y se hace la relación con el autorregistro de pensamientos/sentimientos disruptivos.

Se trabaja las situaciones relacionadas al ámbito familiar, la mayor parte de la sesión es dedicada a esta temática. Logra darse cuenta que dos de los eventos se interponen uno al otro, por lo que se decide ubicar a ambos como “dedicar tiempo a mis hijos” y el otro se cambia a “dedicar tiempo a mi pareja”. Para esto se realiza psicoeducación sobre la necesidad de hacer una triangulación en cuanto a la distribución del tiempo personal, familiar, pareja e hijos. Se le sugiere dar atención positiva a sus hijos, jugar más con ellos e ignorar cuando estén en conflicto.

En cuanto a su tiempo de pareja, se indica la necesidad de tomarse espacios para salir junto a su esposa. El usuario menciona que se ha reducido las salidas con su pareja después de la cirugía y especialmente por su horario de trabajo, entrelazando ambas áreas, por lo que es necesario intervenir en ambas al mismo tiempo. Por otro lado, se le motiva a continuar con espacios personales para la realización de sus actividades placenteras y mantener sus contactos sociales.

A nivel laboral se identifica una necesidad por ser reconocidas sus tareas por el jefe, ante lo cual menciona que siente que sus compañeros de trabajo no le reconocen el esfuerzo que está realizando. Es clara la presencia de distorsiones cognitivas, por lo que se le retroalimenta que en varias ocasiones nos ha mencionado que sus tareas han sido reconocidas y que se encuentra realizando una buena labor. Se le brinda una lectura sobre distorsiones cognitivas para retomarla en la sesión posterior.

En la presente sesión se intenta trabajar el manejo del tiempo, por lo que se le solicita al consultante indicar cuando han pasado quince minutos durante una hora. Al finalizar, se identifica que de 4 ocasiones, no logró identificar en ningún momento lo solicitado; por lo que es necesario hacer una intervención en el manejo del tiempo con estrategias de automonitoreo; esto con el fin de mejorar el tiempo durante la realización de sus tareas y reuniones en el transcurso de su actividad laboral. Se le sugiere hacer uso de un reloj de cocina que lleve la cuenta regresiva del tiempo y emita un sonido, con el fin de ir interiorizando el avance del tiempo.

Por último, se trabaja sobre la estrategia de autoverbalización para detener los pensamientos/sentimientos disruptivos relacionados a las situaciones detonantes de ansiedad. El usuario sugiere utilizar la analogía con un terreno “embarrealado” en donde no puede salir de ese pensamiento, por lo que crea la autoverbalización de “█████ sálgase de ese barreal”.

#### **Temas emergentes por retomar:**

- Seguimiento sobre el uso de técnicas para el manejo de la ansiedad
  - o Autoverbalizaciones positivas.
  - o Redirección de la atención
- Seguimiento de situaciones detonantes de ansiedad y pensamientos/sentimientos disruptivos
- Trabajar planificación y organización de tareas
- Iniciar con estrategias mnésicas y continuar con las de automonitoreo

#### **Sesión #5**

##### **Objetivos:**

- Brindar seguimiento a la implementación de las estrategias de regulación emocional
- Instrumentar al consultante con estrategias mnésicas

##### **Desarrollo de la sesión:**

Se inicia con un seguimiento respecto a las dos temáticas identificadas, laboral y familiar, y las situaciones de frustración relacionadas con cada una de estas. Ante esto, el consultante indica que ha venido trabajando sobre cada una de las situaciones con las herramientas brindadas por parte de los terapeutas. Para el caso de la dedicación de tiempo a los hijos, menciona que se ha encargado de salir más con ellos, mientras intenta ignorar sus conflictos, lo que le ha permitido disminuir sus niveles de frustración

considerablemente. Así mismo, ha dedicado un poco más de tiempo a su pareja, sin embargo es consciente que necesita trabajar más en esta temática. Los niveles de frustración para la situación “dedicar más tiempo a mis hijos” disminuyó de un 8 a un 5 de acuerdo a las unidades subjetivas con las que se está trabajando; mientras que el tiempo con su pareja se mantiene en el mismo nivel de frustración, por lo que se le sugiere trabajar más en esta área.

En cuanto al ámbito laboral se habían identificado tres eventos: No cumplir con lo que me piden (9 unidades subjetivas de frustración), pendientes de trabajo (8 USF) y no estar organizado (8 USF). Al consultársele sobre el nivel de frustración actual, todas las situaciones bajaron en los puntajes, la primera paso a 8 USF, la segunda a 7 USF y la última a 6 USF, registrando la mayor disminución de las tres. Con el pasar de la sesión, el usuario fue indicando las herramientas y estrategias que ha venido utilizando para mejorar estas situaciones, principalmente en la parte de Organización. La utilización de estrategias brindadas en sesiones anteriores y el énfasis que se le dio en la presente sesión han generado esta mejora autopercebida; el uso del calendario en la computadora y los recordatorios en el teléfono móvil le han permitido jerarquizar las tareas y reuniones pendientes, así como organizarse respecto a la priorización de sus labores.

Su esposa ha sido de gran ayuda en este avance en cuanto a su organización, dado que le ha colaborado en el uso de las herramientas telefónicas, como los recordatorios y el calendario. En la presente sesión se le indican nuevas estrategias a través del celular que podrían ayudarle a continuar con su buen desempeño a nivel laboral, especialmente en planificación y organización de actividades.

En este momento se trabaja con estrategias mnésicas, para lo que se le recuerda el uso de libretas y recordatorios, estrategias que ya ha estado utilizando de buena manera. Posteriormente se le explica la estrategia de relacionar tareas y reuniones pendientes con claves que se las recuerde, para esto el usuario nos indica que tiene un gran pendiente para el día Jueves y que podría relacionarlo con que al siguiente día es Feriado, por lo que cada vez que se acuerde del Feriado estará pendiente de su labor; se sigue practicando con las claves y se insta al consultante a mantenerse practicando este método.

Por otro lado se utiliza una lista de palabras para practicar el resto de estrategias mnésicas: categorización, recapitulación, encadenamiento e imágenes visuales. La lista de palabras utilizadas contenía la siguiente información: Tambor, Cortina, Campana, Café, Escuela, Padre, Luna, Jardín, Sombrero, Campesino, Nariz, Pavo, Color, Cara, Río (Lapuente, Sánchez & Rabadán, s.f.) utilizada en pruebas neuropsicológicas para evaluar el ámbito de Memoria.

En el primer intento, sin usar estrategias, el consultante logró mencionar 6 datos posterior a la exposición de la lista. En este momento se le explica que en su caso en particular logra recordar con mayor facilidad la información que se le brinda al final (este dato fue identificado en la evaluación neuropsicológica realizada al inicio del proceso) por lo que debe hacer una recapitulación de la información, especialmente en su trabajo; además, se le sugiere relacionar la información con imágenes visuales y se le brindan varios ejemplos.

En el segundo intento, haciendo uso de las estrategias explicadas, logra mencionar hasta 10 palabras de las 15 en total, mejorando considerablemente con el primer intento. Dado el resultado, se le brindan dos estrategias más: la categorización, la cual consiste en tratar de ubicar la información en grupos (es decir, varias palabras en una sola categoría según una posible relación que tengan entre ellas), y el encadenamiento de la información, en donde se intenta relacionar una palabra con otra (por ejemplo, creando una historia con todas las palabras). Estas estrategias juntas le permitieron indicar 11 de las 15 palabras en el último intento.

Para finalizar, al inicio de la sesión se le solicitó que nos indicara cuando pasaran 15 minutos durante una hora, es decir debía indicarnos en cuatro ocasiones que ya el tiempo había pasado. La sesión anterior no logró indicar en ningún momento lo solicitado, pero en esta sesión logra identificar los cuatro momentos. Esta tarea busca ejercitar el automonitoreo en el paciente, aspecto que fue identificado con alteraciones durante la evaluación inicial.

Como tareas para el hogar se le pide que practique con una lista del supermercado de 12 productos y mediante un autorregistro indicar cuantas palabras recuerda con estrategia y sin estrategia. Esto lo puede realizar con otra lista de tareas, ya sea reuniones o pendientes en el trabajo o lista de mandados en el hogar.

#### **Temas emergentes por retomar:**

- Seguimiento en el uso de estrategias mnésicas y técnicas para el manejo de la ansiedad mediante los autorregistros.
- Aplicar simulación de tareas cotidianas para practicar estrategias mnésicas.

#### **Sesión #6**

##### **Objetivos:**

- Dar seguimiento a autorregistros sobre desempeño en tareas cotidianas
- Aplicar las estrategias mnésicas mediante simulación de tareas cotidianas

##### **Desarrollo de la sesión:**

Se inicia la sesión preguntando al paciente acerca de su progresión en las últimas dos semanas y su desempeño en las tareas programadas en la cita anterior. Menciona que últimamente ha escuchado un silbido como un tono de mensajería celular, sin embargo que no logra identificar si proviene de algún aparato electrónico. El sonido se caracteriza por ser externo y cada 5 o 6 días lo escucha, lo cual le ha generado un poco de preocupación al no saber de dónde viene. Se evalúa a profundidad esta situación y se le sugiere al paciente estar más atento al momento en que lo escucha y de dónde podría provenir para atender el tema en la sesión siguiente. Se descarta la posibilidad de alucinación auditiva, debido a que las características mencionadas no concuerdan con el criterio para considerarlo como tal.

Se empieza a trabajar sobre entrenamiento metacognitivo con el fin de que el paciente haga consciente las tareas que se han venido trabajando durante las sesiones y relacionarlas con su desempeño cognitivo actual, además de compararlo con su rendimiento previo a la cirugía. El consultante manifiesta que siente que logra recordar más las cosas sin la necesidad de estrategias externas, como el uso de libretas o apuntes en computadora o teléfono móvil.

En relación con las estrategias aprendidas previamente, indica que en la actualidad las utiliza para actividades cotidianas, por ejemplo ir al supermercado o comprar productos en la feria del agricultor. Para la primer situación dice ubicar los productos de manera semántica: lácteos, carnes, frutas, etc.; gracias a esto logra recordar todos los productos que le solicitan sin la necesidad de observar la lista o llamar por teléfono para que se lo recuerden. Esto se confirma en el autorregistro que completó en donde en una primera ocasión, haciendo uso de la estrategia, recordó 5 productos y en otras dos recordó 12, sin olvidarse de ninguno; en contraste, quince días antes de la sesión de estrategias, no lograba recordar ninguno de los 5 productos solicitados o necesitaba llamar en varias ocasiones. Por otro lado, dice hacer uso de un recorrido



mental, en donde intenta recordar que era lo que necesitaba de cada pasillo para repasar que haya adquirido lo indicado en la lista (estrategia de automonitoreo).

En el caso de la feria del agricultor, aparte de hacer uso de las estrategias trabajadas en sesión, se devuelve para recorrer nuevamente los puestos e ir repasando los productos que necesitaba, de esta forma le permite tener mayor efectividad, demostrado en el autorregistro al recordar 12 de los 12 productos solicitados.

Sobre su desempeño en el ámbito laboral, ha percibido una disminución en el número de anotaciones de sus pendientes y que ya no necesita fijarse constantemente como lo hacía antes. Ante esto expresa: “siento que estoy volviendo a ser como antes, que no se me va nada”.

Anteriormente externó la preocupación de que no lograba recordar lo que hablaba con sus clientes o compañeros de trabajo, por lo que cuando estas personas llegaban a hablarle sobre dicho asunto necesitaba que le recordaran. Actualmente, indica que cuando ve a esa persona se acuerda del tema que estaba trabajando, mejorando considerablemente en comparación a un tiempo atrás.

Con el fin de trabajar el automonitoreo para concientizarlo de cuánto tiempo logra mantener la atención y atender a los estímulos de la conversación, se le solicitó que cada 10 minutos debía tomar el lapicero del psicólogo y anotar en una hoja los principales temas trabajados durante ese lapso. Logra hacerlo durante una hora de manera correcta y captó las diferentes temáticas trabajadas. Relacionado a esto, se le sugirió realizar una especie de diagrama en una hoja, con el fin de que lo aplicó durante sus reuniones, en donde dibuja una mesa y las personas participantes alrededor de esta, sobre cada uno de ellos debía ir anotando lo que hablaban; esto le permitió mencionar al final de la sesión todo lo trabajado.

Se da psicoeducación sobre las distintas estrategias trabajadas hasta el momento y los entrenamientos realizados; esta actividad tenía como objetivo que el consultante concientizara para qué se realizó cada una y qué funciones involucraban. Esto permite que pueda aplicar todo lo trabajado en su vida cotidiana.

A nivel familiar su situación ha mejorado bastante. La relación con sus hijos, implementado lo sugerido a lo largo de este proceso, le ha permitido estresarse menos a la hora de enfrentar las discusiones entre ellos, dejando que ellos mismos sean los que resuelvan los problemas. En cuanto a su relación de pareja, indica que necesita sacar más tiempo para compartir con ella, las últimas celebraciones entre ambos no han podido darse como él quiere ya que el despido del trabajo, la incapacidad y su problema de salud no se lo han permitido.

Se trabaja por último sobre la autoexigencia del usuario, diferenciando entre una exigencia hacia uno mismo o el pensamiento de que no puedo cumplir con lo que me piden. Para combatir ambas situaciones se le sugiere buscar una medida objetiva de su rendimiento, ya sea por medio de los informes que realiza y los pendientes que tiene, o bien, preguntar a sus compañeros de trabajo.

A continuación se presenta un cuadro con la evolución que ha tenido sobre los niveles de frustración ante las situaciones detonantes de ansiedad que identificó:

**Tabla 9.**  
**Registro de Situaciones Ansiosas**

<b>Situación Detonante</b>	<b>Nivel de Frustración 1</b>	<b>Nivel de Frustración 2</b>	<b>Nivel de Frustración 3</b>
No cumplir con lo que me piden	9	8	7
Pendientes de trabajo	8	7	5
No estar organizado	8	6	4
Dedicar tiempo a mis hijos	8	5	4
Dedicar tiempo a mi pareja	7	7	7

**Temas emergentes por retomar:**

- Seguimiento del uso de estrategias mnésicas
- Trabajar en sesión su relación de pareja junto a su esposa

**Sesión #7**

**Objetivos:**

- Psicoeducación a pareja sobre el proceso de rehabilitación neuropsicológica
- Abordar temáticas relacionadas con la relación de pareja
- Retroalimentar los resultados obtenidos en el proceso de rehabilitación neuropsicológica

### **Desarrollo de la sesión:**

Se coordina intervención con paciente y pareja con el fin de abordar temáticas relacionadas con su relación, debido a la necesidad expresada por el consultante de trabajar este ámbito. Además se ha visto a lo largo del proceso que de todas las situaciones que le generaban frustración, esta temática es la única que no ha podido disminuir. Así mismo, se realiza una sesión de cierre del proceso de rehabilitación, retomando los resultados hasta el momento y el avance que ha tenido el paciente; por otro lado, se insta a su pareja a realizar una retroalimentación acerca del avance de su esposo y su rendimiento en la vida cotidiana, con el fin de obtener noción del desenvolvimiento cotidiano del usuario.

Al inicio, tanto la pareja como el consultante, sugieren que se les brinde un breve resumen del proceso de rehabilitación neuropsicológica y los temas y estrategias abarcados. El proceso se dividió en temas, donde se inició con la parte de ansiedad y estrés y estrategias de relajación para afrontarlo; posteriormente se les indica que parte de este abordaje se proponía colaborar con un mejor rendimiento a nivel laboral, buscando el control de situaciones de gran presión para disminuir posibles interferencias en su desempeño. Posteriormente se continuó con el entrenamiento en estrategias mnésicas y de automonitoreo, ya que ambas áreas fueron muy afectadas por la lesión, especialmente en el período prequirúrgico. Por último se les comenta que se trabajó sobre el manejo de límites con sus niños y su relación de pareja.

En la segunda parte de la intervención, la pareja inicia comentando acerca del poco tiempo que le está dedicando su esposo, externando una necesidad emocional para mejorar su relación. Indica que "llega muy cansado a la casa", por lo que no tienen oportunidad de conversar entre ellos, a diferencia del momento antes del diagnóstico de la lesión. Ante esto se les propone retomar las actividades que hacían en conjunto, como salir a cenar a solas o diligenciar el cuidado de sus hijos a sus padres, de esta forma retomarían el tiempo en pareja que no han logrado consolidar.

Por otro lado, su esposa menciona que es más tolerante con sus hijos en contraposición de unos meses atrás, donde describía que se exasperaba rápidamente y no lograba controlar su ira. A pesar de esta mejora, menciona que todavía mantiene cierto nivel de molestia por lo que es un tema que debe seguir trabajando. Esta conducta ansiosa e irritable la observa más cuando se encuentra en espacios reducidos o cuando hay gente a su alrededor, por ejemplo indica que cuando comen juntos no tolera que alguien esté muy cerca de él, por lo que empieza a correrle la silla para abrir espacio. Durante el proceso de rehabilitación se le brindaron estrategias para trabajar esta situación, por lo que se le sugirió realizar lo trabajado durante las sesiones.

Ambos comunican que después de la cirugía, el paciente se mantiene orinando a menudo durante las noches, por lo que no ha logrado regular su nivel de sueño, lo que podría ser una de las causas por las que llega cansado a la casa. Su horario a la hora de dormir promedia unas cinco horas, sin embargo dice levantarse para ir al baño cada 2 o 3 horas durante la noche.

Para finalizar la sesión, se intervino sobre el tema del autorreconocimiento de sus labores, ya que a lo largo del proceso se pudo observar una constante necesidad por verse gratificado

externamente sin lograr percibir la buena labor que ha estado realizando en su trabajo. Así mismo, se abordó nuevamente el horario de laboral, con el fin de que dedique los fines de semana a su familia y disminuya el cansancio a la hora de llegar a su casa.

**Temas emergentes por retomar:**

- Re-evaluación neuropsicológica
- Entrega de resultados de la evaluación neuropsicológica
- Cierre del proceso de rehabilitación cognitiva

**Sesión #8**

**Objetivos:**

- Reevaluar el área cognitiva del paciente junto a las estrategias brindadas durante el proceso
- Cerrar el proceso de rehabilitación neuropsicológica

**Desarrollo de la sesión:**

Se inicia la sesión evaluando el estado actual del paciente tras un mes posterior a la última cita. Menciona estar muy satisfecho con su avance actual y recalca la buena relación que mantiene con todo los miembros de su familia.

Posterior a esto, se comienza con la valoración neuropsicológica posterior al proceso de rehabilitación con el fin de evaluar el uso de las estrategias practicadas y su influencia en el rendimiento del usuario. Se pudo observar una mejora en el rendimiento a nivel de memoria, memoria de trabajo, búsqueda de información, control emocional e inhibición de estímulos; sin embargo mantiene dificultades para automonitorearse a la hora realizar una tarea, por lo que persevera y realiza intrusiones de información no presentada. Su lenguaje se mantiene conservado y en cuanto a su estado afectivo-emocional se da una mejora importante. Sus niveles de ansiedad se reducen a un tercio del nivel presentado posterior a la cirugía y los índices de depresión se anulan por completo; esto se ve reflejado en su manejo de la tensión y presión de la valoración, ayudándole en su rendimiento. Percibe un mejor estado de salud en comparación al momento de la primera evaluación

Los resultados de las pruebas se muestran en el siguiente cuadro:

**Tabla 10. Resultados Postquirúrgico vs. Post Rehabilitación**

---

<b>Comparación de Resultados Postcirugía y Post Rehabilitación Neuropsicológica</b>			
Prueba	Diciembre 2014	Julio 2015	Notas

---

**Atención**

---

Atención-dígitos directos	6	6	Mantiene el mismo desempeño
Secuencias Automáticas (directos)	6	6	Mantiene el mismo desempeño
TMT (A)	39s	30s	Reduce el tiempo de ejecución en la tarea y pasa de Normal Bajo a Normal
<b>Memoria</b>			
Secuencias Automáticas (indirectos)	4	4	Mantiene el mismo desempeño, en ambas valoraciones comete el mismo error al mencionar los meses del año de manera inversa
Codificación curva de aprendizaje	6,33	6,66	Presenta un leve aumento en la calificación, sin embargo hay más presencia de perseveraciones e intrusiones en la segunda ocasión
Reconstrucción memoria verbal espontánea	3	7	Logra recordar más de la mitad de la información posterior a la rehabilitación, sin embargo presenta intrusiones
Reconocimiento memoria verbal	10	10	Mantiene el mismo desempeño
Memoria Trabajo (dígitos inversos)	3	4	Presenta una leve mejora al mencionar serie de números de manera inversa
Figura Rey Memoria	14	19	Se reitera la mejora a nivel de memoria, identificando detalles omitidos en la primera ocasión
<b>Lenguaje</b>			
Repetición errores semánticos	8	8	Mantiene el mismo rendimiento
Lenguaje espontáneo (descripción de una lámina)	6	5	Omite un detalle de la imagen, sin embargo describe adecuadamente el resto de las acciones presentadas

Repetición verbal oraciones	60	60	Mantiene el mismo rendimiento
Comprensión verbal órdenes	16	16	Mantiene el mismo rendimiento
Comprensión lectora órdenes	12	12	Mantiene el mismo rendimiento
Comprensión verbal palabras (Imágenes)	12	12	Mantiene el mismo rendimiento
Escritura espontánea (denominación escrita)	6	6	Mantiene el mismo rendimiento
Denominación verbo-verbal	6	6	Mantiene el mismo rendimiento
Reconocimiento de objetos (Derecha)	3	3	Mantiene el mismo rendimiento
Reconocimiento de objetos (Izquierda)	3	3	Mantiene el mismo rendimiento
Repetición verbal (logatomos)	8	8	Mantiene el mismo rendimiento
<b>Funciones Ejecutivas</b>			
TMT (B)	121s	139s	Necesita más tiempo para completar la tarea y falla en el cambio atencional, equivocándose en la secuenciación. Se mantiene en la misma categoría de Dudoso Deterioro
Stroop (Col)	57	66	Aumenta el número de elementos mencionados
Stroop (P)	93	101	Aumenta el número de elementos mencionados
Stroop (PC)	25	29	Mejora en la inhibición de los estímulos
Abstracción (semejanzas)	19	24	Existe una mejora en su pensamiento abstracto

---

Fluidez verbal semántica	15	19	A pesar de presentar perseveraciones, al igual que en tareas anteriormente descritas, la cantidad de datos mencionados aumenta, sugiriendo una mejora en su capacidad de búsqueda de información
Fluidez verbal fonológica	0	7	Su capacidad en la búsqueda de información limitada fonológicamente aumenta considerablemente
<b>Habilidades Viso-espaciales</b>			
Figura Rey Copia	36	34	Disminuye en la representación exacta de un estímulo visual, sin embargo únicamente omite un detalle
<b>HADS</b>			
HADS (A)	9	3	Reduce los niveles de ansiedad a parámetros Normales de acuerdo a la prueba
HADS (D)	6	0	No presenta ningún indicio de Depresión
<b>EuroQoL</b>			
Movilidad	0	0	Se percibe igual a nivel motor
Autocuidado	0	0	Preserva su capacidad de cuidado personal
Actividades cotidianas	0	0	Continúa sin dificultades para cumplir con sus tareas cotidianas
Dolor/Malestar	1	0	Actualmente dice no presentar dolor o malestar, los cuales fueron identificados en la primer valoración
Ansiedad/Depresión	1	0	Acorde con los resultados en la escala HADS, dice no seguir presentando síntomas ansiosos o depresivos
Estado de Salud (%)	80%	96%	Percibe su salud considerablemente mejor que después de la cirugía

---

Por último, se hace un recuento de todos los temas y estrategias trabajadas durante el proceso, se le enfatiza la necesidad de aplicar las estrategias de automonitoreo que fueron brindadas y se le recomienda continuar con la estimulación cognitiva mediante facilidades electrónicas como el programa Lumosity.

El usuario realiza una retroalimentación positiva del proceso, agradeciendo la disposición y el esfuerzo de los psicólogos, además de comentar la gran relevancia que han tenido las temáticas trabajadas en su vida cotidiana, especialmente a nivel familiar en donde se han reducido las discusiones con sus hijos, manejando de mejor manera problemáticas que se le dificultaban antes del proceso.

## **5. Resultados y conclusiones**

El proceso de rehabilitación permitió brindar herramientas para compensar las alteraciones cognitivas evidenciadas en el paciente. Su buena función a nivel laboral posterior a la cirugía, se vio beneficiada de las estrategias trabajadas durante la intervención; esto se convirtió en el objetivo principal del proceso, buscando incrementar el desempeño del usuario en sus ámbitos cotidianos, es decir a nivel familiar y laboral.

El trabajo realizado entorno a sus parientes, en busca de mejores relaciones familiares, permitió una reducción importante en sus niveles de ansiedad e irritabilidad, además le fue posible retomar el manejo de límites con su hijo e hijas, evitando el conflicto constante que se estaba generando posterior al procedimiento quirúrgico.

A nivel cognitivo los resultados presentados en la Tabla 2, muestran una mejoría en su rendimiento en comparación al inicio de la rehabilitación. Sugiriendo un efecto positivo de las estrategias entrenadas, además de haber sido incorporadas para enfrentar sus actividades cotidianas. Es importante indicar que mantiene dificultades de automonitoreo, lo que podría interferir a nivel laboral a la hora de realizar reportes de sus labores; por lo que se recomienda dar seguimiento a esta temática.

Finalmente, una de las limitaciones que más afectaron el proceso fue la constante reprogramación de las sesiones. Por lo que se sugiere brindar espacios físicos y temporales que permitan trabajar con esta población, particularmente en lo que respecta a la rehabilitación neuropsicológica.

## **6. Recomendaciones**

### **Para el seguimiento de la paciente**

- Trabajar sobre el automonitoreo, brindando estrategias y practicándolas en situaciones semejantes a la vida cotidiana.
- Dar seguimiento a las herramientas cognitivas brindadas.



## Anexos

### 1. Autorregistro de Pensamientos y Sentimientos Disfuncionales

#### Jerarquía de Pensamientos y Sentimientos Disfuncionales

Pensamiento/Sentimiento	Nivel de Disfuncionalidad
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____
11. _____	_____
12. _____	_____
13. _____	_____

#### Escala de las Unidades Subjetivas de Disfuncionalidad

0 = \_\_\_\_\_

5 = \_\_\_\_\_

10 = \_\_\_\_\_

## 2. Autorregistro de Situaciones Detonantes de Ansiedad

### Jerarquía de Situaciones Detonantes de Ansiedad

Situación	Nivel de Ansiedad
14. _____	_____
15. _____	_____
16. _____	_____
17. _____	_____
18. _____	_____
19. _____	_____
20. _____	_____
21. _____	_____
22. _____	_____
23. _____	_____
24. _____	_____
25. _____	_____
26. _____	_____

### Escala de las Unidades Subjetivas de Incomodidad

0 = \_\_\_\_\_

5 = \_\_\_\_\_

10 = \_\_\_\_\_

## Anexo 7. Retroalimentación Cualitativa de Pacientes

hola me gustaría hablarles de mi opinión acerca de

Posta in arrivo x



a me

13 lug ☆



spagnolo

> italiano

Traduci messaggio

Disattiva per: spagnolo x

hola me gustaría hablarles de mi opinión acerca de cómo han trabajado El doctor Mauricio, la doctora María José la doctora Rocío y las estudiantes del neuro psicología de la Universidad de Costa Rica durante el proceso que he llevado a partir de la cirugía que recibí por parte del departamento de neurocirugía A cargo de la doctora Desiree Gutiérrez y todo su equipo ya que han sido de gran ayuda durante el proceso para luchar contra mi enfermedad han sido de gran apoyo y quiero agradecerles por el gran trabajo que han hecho me siento muy satisfecho con la ayuda y el apoyo que me han brindado Y me parece un gran trabajo el que han hecho sólo me queda decir que son unos grandes doctores y les agradezco inmensamente ya que con su ayuda y logrado mejorar mi actitud con respecto a mi enfermedad Y veo las cosas de una manera positiva e intento no dejarme vencer por mi propia enfermedad quiero decir que con respecto a las terapias que he recibido con las estudiantes Sofía y Ruth me han ayudado muchísimo a mejorar mi actitud ya que con su ayuda estoy mejorando mi relación con mi familia desde que supe acerca de mi enfermedad Y quiero agradecer a todo el equipo del departamento de neuro psicología

Enviado desde mi iPhone

Retroalimentación paciente

Posta in arrivo x



15 lug ☆



spagnolo

> italiano

Traduci messaggio

Disattiva per: spagnolo x

Mauricio, quería agradecerte por todo el apoyo, empeño y seguimiento que me has dado en los últimos 7 meses, como parte de mi proceso de recuperación después de la cirugía que tuve el pasado 26 de setiembre del 2014, para retirar el tumor que tenía en la cabeza y que afectaba mis habilidades para llevar mi día a día, y para cumplir a cabalidad mis labores en el trabajo.

Considero que el proceso de llevar sesiones quincenales para mejoramiento de la parte cognitiva, de mejoramiento de la memoria me han ayudado mucho en mi desempeño laboral actual. Ciertamente las técnicas que utilizo hoy en día sobre todo con temas relacionados con la memoria me ayudan a que mi desempeño laboral vaya mejorando día a día.

Hoy en día siento que ya me recuerdo más de todo, he mejorado mi relación de trabajo con mis compañeros y ha habido también una mejoría importantes en mi relación con mis hijos y mi esposa.

Solo agradecerte por todo el apoyo desinteresado y sincero que tuviste, junto con Rocío, en mi proceso de recuperación y que hoy en día me permiten desempeñarme mejor en el ámbito laboral y personal.

Saludos

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
ESUELA DE PSICOLOGÍA  
MÓDULO DE NEUROPSICOLOGÍA

Dra. Mónica Salazar Villanea  
Lic. Luis Enrique Ortega Araya  
Bach. Jorge Ortiz Alvarez

Estimados señores:

Por medio de la presente les saludo, deseando agradecer su gentil invitación de participar en este trabajo de campo que realizan sus estudiantes.

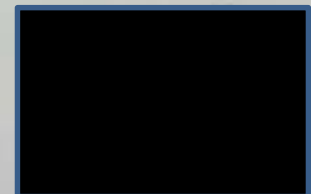
Quiero, también, felicitarlos por realizar dicho proyecto, son éstos los que enriquecen las investigaciones y campos de la medicina. Además, de brindar la oportunidad a los estudiantes de trabajar con pacientes reales, y no limitarse a la simple teoría.

Les motivo a continuar con proyectos de esta índole que además, de ser parte de la formación de los educandos, también ayudan a personas, como yo, motivando a continuar y siendo un apoyo para las diferentes afectaciones físicas, emocionales y mentales.

Por último, personalmente, me quiero referir a los muchachos; Mauricio Molinari Ulate y Sebastian May Grosser, que han estado trabajando con mi persona. Ellos han sido muy especiales en su trato hacia mí, de manera muy humana y profesional, han abordado todos los aspectos referentes a mi problema de salud y a mi recuperación en todas las áreas.

Me siento muy honrada de haber sido parte dentro de este proyecto. Además de satisfacer por lo que he logrado por medio del trabajo de los muchachos; su apoyo, motivación, consejos y hasta los retos propuestos, han sido gratificantes para mí, en este proceso de seguir viviendo e ir retomando mi vida.

Agradeciendo su atención y tan buen trabajo. Se despide,



14/07/2015

Estimados Psicólogos.

- Mauricio Molinari Ulate
- María José Quesada Pastor

Compañero(a) por este medio hago de su conocimiento que el proceso aplicado a mi persona desde inicio de operación y preparación de ustedes antes de lo hecho completamente aplicado hasta días de la operación fue todo un éxito hasta su debido momento; les comento que Dios ha sido bueno y lleva hasta el día de hoy pura bendición de crecimiento confiado del Rey de Reyes en el que oramos y pusimos todo mi proceso en la voluntad y poder de él.

Les comento que no tengo palabras de bendición y agradecido por el nivel de Psicólogos que aplicaron un gran proceso en mi operación y su ayuda fue lo mejor para que se realizara todo el proceso necesario.

Me siento bendecido por personas que me prepararon para estar sin miedo, siempre me apoyaban a entender ese proceso así dándome apoyo cada momento y palabras haciéndome ver que lo mejor venía de camino sin temor y tranquilidad.

Sin más por el momento los bendigo y agradezco, de sinceridad su valiosa ayuda y todo lo que han fortalecido a mi persona y familia a entender dicho proceso.

Bendiciones.

[Redacted signature]

San José, Costa Rica ,29 de julio de 2015

Sr: Mauricio Molinari

Durante el tiempo que estuve asistiendo a realizar charlas y aplicación de diferentes test, considero que es de suma importancia se sigan implementando este tipo de actividades, ya que esto le da confianza y seguridad a los pacientes. En estos talleres o charlas ellos nos comentaban que debemos seguir adelante ante la adversidad.

