

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

**Inserción profesional desde la Psicología Clínica y de la Salud en la
Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios**

Sustentante

Valeria Angulo Castro

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

San José, Costa Rica

Enero, 2020

Comité Asesor

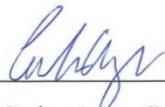
Directora: Dra. Ana María Jurado Solórzano.

Lector: Ronald Ramírez Henderson, Ph. D.

Lector: Lic. Dennis Redondo Alfaro.

Asesora Técnica: MPsc. Maureen Campos Alfaro.

TRIBUNAL EXAMINADOR



MSc. Carlos Araya Cuadra
Presidente del Tribunal Examinador



MPsc. Maureen Campos Alfaro
Profesora Invitada



Dra. Ana María Jurado Solórzano
Directora



Ronald Ramírez Henderson, Ph.D.
Lector



Lic. Dennis Redondo Alfaro
Lector



Bach. Valeria Angulo Castro
Sustentante

*Las personas más bellas con las que me he encontrado
son aquellas que han conocido la derrota,
conocido el sufrimiento,
conocido la lucha,
conocido la pérdida,
y han encontrado su forma de salir de las profundidades.
Estas personas tienen una apreciación,
una sensibilidad,
y una comprensión de la vida
que los llena de compasión,
humildad
y una profunda inquietud amorosa.
La gente bella no surge de la nada.*

Elisabeth Kübler-Ross

Dedicatoria

A mi mamá, Sandra,
por creer en mí desde el primer minuto de mi vida
y demostrarme e inculcarme la fortaleza de ser mujer.

A mis hermanos, Tito y Valeska,
por ser la mayor fuente de motivación en mi vida
y mi orgullo más grande.

A Javi,
por acompañarme cada día con amor,
por ser incondicional desde el inicio de este camino.

A Mami Rita,
por darme el apoyo y el cariño que tanto necesité,
por seguirlo haciendo cada día.

A mi papá, Frederick,
por enseñarme el valor de la perseverancia.

A mi estrella en el cielo, Papi Boli,
por acompañarme con su recuerdo por siempre.

A Dios,
por ser guía y luz en mi camino.

Agradecimientos

A mi familia, por ayudarme a crecer desde los primeros pasos, por ser pilar fundamental para mi desarrollo personal y profesional y por siempre impulsarme a cumplir mis sueños.

A Ana María Jurado, por brindarme su apoyo en este camino, por las tantas enseñanzas en sus clases, por demostrarme que la psicología va más allá de la academia, por ser ejemplo de profesionalismo y dedicación.

A Ronald Ramírez, por su apoyo y sus enseñanzas brindadas, por llevarlas junto con los libros más allá de las aulas y por impulsarme a dar lo mejor a nivel profesional.

A Dennis Redondo, por aceptar formar parte de este proceso sin dudarlo, por la motivación y el apoyo en todo el camino, por guiarme a la persona más que a la dificultad.

A Maureen Campos, por la apertura, la confianza y el tiempo dedicado, por acompañarme cada día de mi práctica dirigida y hacer de mi inserción en el hospital un espacio ameno.

A cada una de las personas que pasaron por el hospital durante mi práctica, por la confianza brindada en los procesos de sus vidas, por recordarme la humanidad y la resiliencia todos los días.

Índice de contenidos

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes.....	9
A.	Internacionales.....	9
B.	Nacionales	16
III.	Marco de referencia teórico conceptual.....	25
A.	Psicología de la salud	25
B.	Psicología clínica.....	28
C.	Terapia Cognitivo Conductual.....	30
D.	Temas de intervención.....	32
Ansiedad.....		32
Depresión		37
Duelo		40
Violencia intrafamiliar		47
Conducta sexual saludable		50
Conducta sexual abusiva		51
Enfermedad cardiovascular		53
Esclerosis múltiple		56
Estimulación cognitiva.....		57
IV.	Objetivos.....	59
Objetivo general.....		59
Objetivos específicos.....		59
Objetivo externo		60
V.	Contexto histórico-institucional	60
VI.	Consideraciones ético-legales.....	62
Precauciones para proteger a las personas		62
VII.	Metodología.....	65
A.	Población	65
B.	Intervención	69
1.	Psicoterapia individual.....	70
2.	Psicoterapia grupal.....	81
3.	Programa PCSA.....	90
4.	Evaluaciones	95

5. Atención en hospitalización.....	103
6. Otras actividades.....	106
C. Roles.....	110
D. Proceso de supervisión.....	111
E. Proceso de evaluación.....	112
VIII. Resultados.....	114
A. Psicoterapia individual.....	118
B. Psicoterapia grupal.....	125
C. Programa PCSA.....	139
D. Evaluaciones.....	151
E. Atención en hospitalización.....	157
F. Otras actividades.....	164
IX. Alcances.....	169
X. Limitaciones.....	174
XI. Discusión.....	179
XII. Conclusiones.....	193
XIII. Recomendaciones.....	197
XIV. Referencias bibliográficas.....	201
XV. Anexos.....	221
Anexo 1: Organigrama del Hospital San Juan de Dios.....	221
Anexo 2: Entrenamiento en respiración profunda (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).....	222
Anexo 3: Planeamiento de Psicoterapia Grupal de Duelo.....	223
Anexo 4: Planeamiento de psicoterapia grupal de violencia intrafamiliar.....	274
Anexo 5: Hoja de Valoración de Primera Fase de PCSA (C.C.S.S., 2009).....	291
Anexo 6: Planeamiento de trabajo de Programa de Conducta Sexual Abusiva (PCSA) I-2019.....	296
Anexo 7: Protocolo de Incorporación de los Jóvenes al Programa de Conducta Sexual Abusiva.....	336
Anexo 8: Protocolo para el procedimiento de atención de referencias del Servicio de Cirugía Cardíaca.....	338
Anexo 9: Protocolo para el procedimiento de referencias a la Unidad de Psicología Clínica del HSJD.....	343

Índice de tablas

Tabla 1. Motivo de referencia y motivo de consulta de psicoterapia individual.....	122
Tabla 2. Resultados por motivo de consulta de psicoterapia grupal de VIF	138
Tabla 3. Resultados de PCSA según objetivos de trabajo.....	150
Tabla 4. Descripción de casos individuales de evaluación neuropsicológica	153
Tabla 5. Descripción de casos individuales de evaluación psicodiagnóstica	156
Tabla 6. Descripción de casos individuales atendidos en interconsultas	159
Tabla 7. Reporte de casos atendidos en el Servicio de Cirugía Cardíaca.....	163
Tabla 8. Resultados de otras actividades realizadas	167

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución porcentual de las horas invertidas por áreas de trabajo.....	93
Gráfico 2. Total de horas invertidas por actividad en el HSJD	117
Gráfico 3. Cantidad de sesiones invertidas por mes en psicoterapia individual.....	120
Gráfico 4. Cantidad de sesiones invertidas por mes en psicoterapia grupal de duelo.....	127
Gráfico 5. Cantidad de sesiones invertidas por mes en psicoterapia grupal de VIF	134
Gráfico 6. Cantidad de sesiones invertidas por mes en la primera fase del PCSA	141
Gráfico 7. Cantidad de sesiones invertidas por mes en la segunda fase del PCSA.....	143
Gráfico 8. Trabajo realizado con pacientes hospitalizados del Servicio de Cirugía Cardíaca	161

Índice de abreviaturas

- ACSA: Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva
- C.C.S.S.: Caja Costarricense del Seguro Social
- CENDEISS: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
- CPPCR: Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica
- CSA: Conducta Sexual Abusiva
- CVD: Enfermedades Cardiovasculares por sus siglas en inglés
- DBT: Terapia Dialéctica Conductual por sus siglas en inglés
- EBAIS: Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
- EDUS: Expediente Digital Único en Salud
- HNN: Hospital Nacional de Niños
- HSJD: Hospital San Juan de Dios
- MBSR: Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness por sus siglas en inglés
- MRKH: Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PCSA: Programa de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva
- POP: Post-operatorio
- STFA: Cadena situación, pensamiento, sentimiento y acción, según sus siglas en inglés
- SUDS: Escala de Unidades Subjetivas de Distrés
- TCC: Terapia Cognitivo Conductual
- TFG: Trabajo Final de Graduación
- UCR: Universidad de Costa Rica
- VIF: Violencia Intrafamiliar
- VIFS: Violencia Intrafamilia y Sexual
- YLD: Ajuste total de Años de Vida con Discapacidad por sus siglas en inglés

Resumen

El presente trabajo final de graduación se realizó en modalidad de práctica dirigida por medio de una inserción profesional en la Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios. El objetivo general de la práctica dirigida fue potenciar habilidades y destrezas profesionales en psicología clínica y de la salud, con el fin de fortalecer los conocimientos obtenidos por la practicante en la carrera de psicología de la Universidad de Costa Rica.

Para el cumplimiento de este objetivo, se realizó la inserción profesional por un periodo de seis meses a tiempo completo. La práctica estuvo enmarcada bajo el modelo biopsicosocial y se tomó como marco teórico referencial a la psicología de la salud, la psicología clínica y específicamente a la terapia cognitivo conductual.

La intervención se realizó por medio de cinco áreas de trabajo, siendo estas: psicoterapia individual, psicoterapia grupal de duelo y violencia intrafamiliar, el Programa de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva, evaluaciones psicodiagnósticas y neuropsicológicas y atención en hospitalización, por medio de interconsultas y trabajo interdisciplinario con el Servicio de Cirugía Cardíaca. Asimismo, se realizaron actividades administrativas, asistencia a sesiones interdisciplinarias y apoyo en otras tareas referentes a las demandas de la Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios.

Como resultados, se invirtieron un total de 977 horas de trabajo y se atendió a un total de 85 pacientes. Entre los principales alcances se obtuvo una maximización de las funciones planteadas inicialmente en los objetivos específicos, en cuanto a la atención en psicoterapia individual, el Programa de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva y los procesos de

psicoterapia grupal de duelo, así como en las actividades en torno al trabajo interdisciplinario con otros servicios.

A manera de conclusión, los objetivos del trabajo final de graduación se cumplieron satisfactoriamente, desarrollando habilidades y destrezas en psicología clínica y de la salud, necesarias dentro de un espacio hospitalario. De igual manera, se desarrollaron habilidades y conocimientos en torno al trabajo interdisciplinario fundamental dentro de los sistemas de salud.

Se considera que existe una necesidad creciente de contar con profesionales capacitados en atender las demandas de la población que asiste a los diferentes niveles de atención en salud, ante lo que las practicas dirigidas son una fuente de formación y un recurso para brindar intervenciones de calidad, integrales y basadas en evidencia.

Palabras clave: Psicología de la salud, Psicología clínica, Terapia Cognitivo Conductual, Psicoterapia, Hospitalización.

I. Introducción

A nivel mundial, la psicología ha ido estableciendo su importancia dentro de la atención hospitalaria y en los servicios de salud en general. Costa Rica no ha sido la excepción a este auge, sino que desde 1983, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) se preguntó sobre la necesidad que estaba teniendo la incursión de la psicología en los servicios de salud, principalmente por los aportes que venía dando en las disciplinas como la medicina conductual y la psicología de la salud (Adis, 1984).

Posteriormente, el Dr. Gonzalo Adis Castro, coordinador del CENDEISS en 1984, realizó un estudio con la unidad de psicología del CENDEISS, con el objetivo de determinar la necesidad de las personas profesionales en psicología en los servicios clínicos de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), ante lo cual, los jefes de unidades y servicios que podrían estar involucrados, respondieron que era una necesidad contar con profesionales en psicología (Adis, 1984).

Para este momento se afirma que la psicología sería de utilidad en acciones como: educación para la salud, psicoterapias, entrevistas con familiares de pacientes, herramientas para manejar la ansiedad ante la enfermedad, alterar el curso de la enfermedad, manejar enfermedades comórbidas con trastornos como la depresión, apoyar a los familiares, prevenir complicaciones y prevenir la aparición de otras enfermedades. De igual manera, las labores se orientaron hacia niveles comunitarios, investigativos y de relaciones interpersonales entre las diferentes unidades de salud y de mantenimiento de la salud mental de las y los funcionarios de la C.C.S.S. (Adis, 1984).

En relación con lo anterior, desde la década de los noventa, se afirmaba que los índices de enfermedad mental aumentaban progresivamente, lo que provocaba un aumento en la demanda de servicios de profesionales en psicología. Esto asociado a la insuficiencia de recursos de personal y de la eficiencia y eficacia de la prestación de estos servicios en las instituciones de la C.C.S.S. (Zeledón, 1990).

A pesar de esto, en años posteriores, según el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Costa Rica (OPS/OMS, 2008), se afirma que la C.C.S.S. solamente destina un 3% del presupuesto del gobierno para la salud mental; y de este porcentaje un 67% es dirigido a los hospitales psiquiátricos y sólo un 33% a otros gastos de salud mental, incluyendo los servicios de psicología y psiquiatría de los hospitales nacionales.

Los datos han demostrado que, por cada 100 000 habitantes en Costa Rica, existen 19.39 personas trabajando en las instituciones en salud mental, de las cuales solamente un 1.88% corresponde a profesionales en psicología (OPS/OMS, 2008). Así mismo, se desconoce la cantidad de estas personas profesionales que reciben capacitaciones en salud mental (OPS/OMS, 2008), pues actualmente no existen políticas nacionales de formación para la atención en esta área (Ministerio de Salud, 2012).

Según el Análisis de la Situación de Salud en Costa Rica presentado por el Ministerio de Salud (2014), existen altos porcentajes de casos que asisten a los establecimientos, tanto públicos como privados, por problemas de salud mental. Siendo de importancia destacar las siguientes problemáticas: trastorno afectivo bipolar, intento de suicidio, suicidio, esquizofrenia, depresión y ansiedad.

Las estadísticas de salud de la C.C.S.S. del 2016, indican que de 3 122 egresos nacionales por trastornos mentales y del humor, 2 430 correspondieron a hospitales nacionales y solamente 358 casos pertenecían a hospitales periféricos y 334 a hospitales regionales; mientras que de las clínicas no se cuenta con datos (Caja Costarricense del Seguro Social, 2006-2018).

La Organización Mundial de la Salud (2016) estima que entre 1990 y el 2013, el número de personas con trastornos de ansiedad y depresión ha aumentado en un 50%, es decir, de 416 millones a 615 millones. A nivel nacional, los datos del 2013 registraban 41 576 casos de depresión (Ministerio de Salud, 2014).

Para el año 2017, la Organización Mundial de la Salud reportó un total de 216 608 casos de personas con depresión, es decir, un 4.7% de la población; así como 211 997 casos de personas con ansiedad, un 4.6% de la población total. Se afirma que, para los casos de depresión en Costa Rica, esto representa un 9.1% del ajuste total de años de vida con discapacidad (YLD, por sus siglas en inglés), y para los casos de ansiedad, un 4.7% de YLD (World Health Organization, 2017).

La Universidad de Costa Rica (2013) indica que estudios han identificado una mayor prevalencia de trastornos en personas con menores ingresos económicos, en personas mayores de 45 años o adultas mayores, y en mujeres. En relación con esto, el Ministerio de Salud (2014) plantea que en Costa Rica, existe un aumento de cifras principalmente en los casos de depresión, y un aspecto importante de resaltar, es que la mayoría de los casos reportados, un 74%, son mujeres; lo cual se indica que podría estar relacionado con el

desempleo, la falta de acceso a los medios de comunicación, el endeudamiento, la violencia, entre otros.

Con respecto a este último factor, uno de los mayores problemas que presenta Costa Rica actualmente es la violencia contra las mujeres, principalmente la violencia sexual, siendo esta la causa del 4% de las denuncias que se interponen en el Ministerio Público y la cuarta causa de delito de cada año (Poder Judicial, 2018).

Sin embargo, estos delitos no siempre son cometidos por personas mayores de edad, sino que estudios norteamericanos registraron que el 20% de las detenciones de menores de 18 años, son por delitos sexuales (Borduín, Heiblum & Schaeffer, 2009). Así como estudios han evidenciado desde años anteriores, que al menos la mitad de las personas mayores de edad que han cometido ofensas sexuales, cometieron su primera ofensa durante la adolescencia (Borduín, Heiblum & Schaeffer, 2009; Mallie, Viljoen, Mordell, Spice & Roesh, 2011; Seto & Lalumière, 2010).

En Costa Rica, para el año 2002 se registraban 204 casos por delitos sexuales perpetrados por adolescentes en la provincia de San José (Ramírez, 2002). Con respecto a esto, la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños inició con un modelo de tratamiento para aquellos jóvenes que han cometido ofensas sexuales denominado Programa de Adolescentes Conducta Sexual Abusiva (PCSA) (Mata, 2008)

Sin embargo, según Mata (2008) la C.C.S.S no cuenta con suficiente personal calificado para la demanda de los casos remitidos por el Poder Judicial. Del año 2000 al año 2008 se había brindado tratamiento a 270 jóvenes, a pesar de que para ese entonces el Poder Judicial

remitía un total de 700 casos a la C.C.S.S. Dentro de los hospitales encargados de implementar el PCSA se encuentran también el Hospital San Juan de Dios (HSJD), el Hospital Calderón Guardia y el Hospital México (Mata, 2008), por lo que debido a la gran demanda y falta de personal capacitado que se presentaba en años anteriores, el HSJD ha asumido parte de los casos remitidos (Campos, comunicación personal, 2017).

Se afirma que los costos económicos de los programas para personas que han cometido ofensas sexuales son sustanciales. Lo anterior, porque este tipo de procesos no sólo conllevan acciones en el sistema de justicia criminal, sino que también son necesarios recursos del sistema educativo y del sistema de salud mental (Borduín, Heiblum & Schaeffer, 2009).

Al hablar de violencia intrafamiliar, datos arrojan que existe un ejercicio sistemático de la violencia en mayor medida hacia mujeres y niñas, por actos ejercidos por hombres. Se reporta que en los casos más comunes la violencia es ejercida hacia mujeres por parte de su compañero íntimo, con un 92% de los casos de violencia entre cónyuges en América Latina, de los cuales solamente son denunciados entre un 15% y un 20% de los casos (OPS/OMS, 2001).

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2001), catalogan la violencia intrafamiliar como un problema social y de salud, ya que constituye una limitación para el desarrollo socioeconómico y de los derechos humanos, pues representa un año perdido de vida por cada cinco años de vida saludable en mujeres entre los 15 y 44 años. Así como también es una causa significativa de discapacidad, con consecuencias en la salud física y mental, así como una causa de muerte entre las mujeres que se encuentran en edad reproductiva.

Por tanto, la violencia es una forma de perpetuar la injusticia y la discriminación en el acceso a los recursos de la sociedad, incluidos los recursos educacionales y de salud. La OPS y OMS (2001) indican que se requiere coordinar acciones estratégicas intersectoriales en salud, educación, normativa y el sector no gubernamental para su detección, registro, prevención y atención. Partiendo de lo anterior, la creación de un espacio de trabajo dirigido a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar cobra sentido dentro de un espacio hospitalario, como forma de disminuir la brecha de discriminación en el acceso a la educación y servicios de salud de estas mujeres.

Con respecto al tema de duelo en el espacio hospitalario, una de las limitaciones en Costa Rica es que el personal de otras áreas de la salud como lo son medicina o enfermería, no se encuentra capacitado para el acompañamiento de los y las pacientes o bien de sus familiares. Por tanto, en muchas ocasiones se generan altos niveles de estrés de forma contraproducente, lo que repercute posteriormente en la calidad de vida de las personas, así como de los y las profesionales que no cuentan con las herramientas y conocimientos adecuados (Artiaga, 2008).

La atención a la salud en Costa Rica se ha caracterizado por un modelo biomédico que se especializa principalmente en el tercer nivel de atención, donde se requiere el mayor número de recursos tanto financieros como humanos (Ministerio de Salud, 2012), esto por motivo de que se debe brindar atención especializada y tratamientos médicos y quirúrgicos complejos (Organización Panamericana de la Salud, 2004). Sin embargo, actualmente existe poco recurso humano capacitado o especializado para la demanda de toda la población (Ministerio de Salud, 2012).

Por tanto, la demanda de los servicios de psicología es creciente en el ámbito hospitalario a nivel nacional, especialmente una atención que se encuentre basada en evidencia y con la capacitación y formación especializada en psicología a nivel hospitalario, la cual tiene características particulares. Por esta razón, la justificación de realizar el presente trabajo final de graduación (TFG) se basa en la necesidad de contar con profesionales en psicología capacitados para la atención hospitalaria y de acuerdo con la gran demanda de los servicios en los hospitales nacionales.

La intención de la inserción profesional por medio de la práctica dirigida en la Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios, fue contribuir a satisfacer la demanda apremiante de profesionales con la formación adecuada para la atención de pacientes que son atendidos en los servicios de salud pública, en los cuales se pueden encontrar diferencias importantes con los servicios de atención clínica privada.

Asimismo, buscó realizar un aporte a la sociedad y el sistema de salud pública para la atención de las personas que acuden a este espacio, desde un enfoque biopsicosocial. Aunado a esto, la practicante contaba con el interés personal de potenciar habilidades y conocimientos adquiridos en el campo de la psicología durante el transcurso de la carrera, según las demandas de la institución.

Se pretendió crear un vínculo entre la universidad, la psicología y la sociedad, a través de la prestación de servicios como practicante, a la gran variedad de población con diversas necesidades que acude a la Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios.

Para el logro de estos objetivos se planteó realizar una inserción profesional por un periodo de seis meses a tiempo completo en la Unidad de Psicología Clínica del HSJD. Las funciones desempeñadas fueron de atención en psicoterapia individual, psicoterapia grupal, desarrollo del programa PCSA, evaluaciones psicodiagnósticas, evaluaciones neuropsicológicas, atención en hospitalización y otras actividades detalladas en el presente documento.

II. Antecedentes

En este apartado se presentarán los antecedentes revisados de forma bibliográfica en relación con las temáticas desarrolladas en el presente TFG. Inicialmente se hará referencia a las prácticas dirigidas de formación universitaria en espacios hospitalarios a nivel internacional, así como los programas diseñados en las diferentes temáticas abordadas. Posteriormente se hará énfasis en los antecedentes nacionales de prácticas dirigidas en psicología desde la Universidad de Costa Rica, así como los diferentes abordajes e investigaciones que se les ha dado a las temáticas trabajadas.

A. Internacionales

A partir de la década de los setenta, se ha dado un mayor desarrollo a nivel latinoamericano de espacios de formación en licenciatura y posgrado de psicología, donde se han realizado prácticas, publicaciones científicas y se han fomentado encuentros científicos tanto a nivel internacional como regionales. Entre los años de 1978 y 1980 se iniciaron los primeros núcleos de formación en psicología hospitalaria por medio de prácticas supervisadas (Duque, Grau, Hernández & Werner, 2006). Desde los años ochenta, la psicología ha tenido un auge en su participación hospitalaria no sólo en los países pioneros como Cuba y Brasil, sino en otros países como México, Colombia y entre otros de América Latina (Duque, Grau, Hernández & Werner, 2005).

En países desarrollados como lo es el caso de Holanda, la psicología también cuenta con un rol importante en los hospitales, donde se asumen funciones como realizar intervenciones de modificación de conductas o respuestas en relación con un problema de

salud, en este caso sólo el 30% son remitidos por el departamento de psiquiatría y el 70% por otras unidades de atención (Buela, 2004), lo que demuestra la relevancia del carácter interdisciplinario.

En Puerto Rico, los servicios de psicología clínica se encuentran en hospitales generales; por ello, los problemas de salud mental han representado una gran demanda para el personal de salud mental de los hospitales. Ante esto, en el 2010 se implementó un programa por parte de los servicios de psicología clínica en un hospital general de Puerto Rico, el cual se encuentra basado en tres objetivos fundamentales: proveer servicios directos de evaluación e intervención psicológica a los pacientes y a sus familias, educar a estudiantes y a otros profesionales de la salud para el desarrollo de habilidades clínicas que cumplan con las necesidades psicológicas de los pacientes del hospital, y fomentar la investigación transaccional entre los diferentes campos hospitalarios (Jiménez, Rivera, Benítez, Tarrats & Ramos, 2013).

Los resultados del programa demostraron un aumento en las cifras de atención a los pacientes, colaborando con diferentes departamentos, realizando talleres dirigidos a diferentes funcionarios del hospital, con un aumento en 214 estudiantes con entrenamiento en el área y participación en al menos ocho estudios exploratorios sobre la psicología de la salud. Estos objetivos propician la comunicación entre las instituciones que brindan servicios de salud mental y la accesibilidad a estos servicios (Jiménez, Rivera, Benítez, Tarrats & Ramos, 2013).

En México, desde la Universidad Autónoma de México, se han realiza prácticas hospitalarias por parte de los estudiantes de psicología, desde el paradigma de la complejidad.

Este paradigma propone el estudio de las personas en sus procesos de vida, como seres dinámicos, recursivos, multidimensionales y contextualizados (Rosete, Molina & Campos, 2016).

La experiencia formativa reportada en dicho estudio, indica que se incorporaron 48 estudiantes quienes acudieron dos días a la semana como observadores de consulta y co-facilitadores, con el fin de realizar funciones de detección y evaluación de las personas consultantes, quienes presentaban a nivel general las siguientes características: personas adultas y niños con trastornos emocionales, dificultades con el consumo de alcohol, problemas sexuales con la pareja, ansiedad, situaciones de duelo, tabaquismo, entre otras. En los menores de edad se caracterizaron las dificultades del lenguaje, de aprendizaje, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y conducta agresiva. Se pretendía que los estudiantes realizaran un proceso de evaluación con instrumentos como entrevistas e historias de vida, seguido del planeamiento y diseño de estrategias de intervención, la intervención (individual o grupal) y un plan de seguimiento (Rosete, Molina & Campos, 2016).

Entre las herramientas para llevar a cabo el proceso de evaluación de los estudiantes se implementaron: diarios de campo, reuniones semanales entre los docentes y los estudiantes con base en las notas de campo y observaciones, asesoría individual en relación con los casos individuales por parte de los docentes una vez a la semana y conversaciones informales con el personal de salud involucrado (Rosete, Molina & Campos, 2016).

Los resultados de la experiencia formativa reportan una vinculación de trabajo entre la clínica y el hospital, el cubrimiento de funciones de los profesionales en el hospital por parte de los estudiantes, una contextualización multidimensional del proceso de

conocimiento y la generación de espacios de trabajo en diferentes dimensiones del hospital (Rosete, Molina & Campos, 2016).

Un estudio del 2017 realizado tomando en cuenta seis hospitales generales en China, demostró que el trabajo realizado por psicología en un espacio hospitalario obtiene mejores resultados que el realizado por un médico psiquiatra en trastornos como la depresión y la ansiedad. De igual manera, el 80% de los pacientes que participaron, indicaron que los mayores resultados de las intervenciones psicoterapéuticas habían sido con respecto a los cambios en los estilos de vida, aumentando la actividad física, la búsqueda de información con respecto al trastorno o enfermedad y las actividades de relajación (Wu et al., 2017).

Con respecto a lo anterior, la psicología no solamente se ha encargado de incidir en los cambios de estilos de vida de personas con trastornos. El Informe Mundial sobre Violencia y Salud (OPS/OMS, 2002) afirma que a nivel mundial existen programas para aquellas personas que han cometido delitos sexuales, en los cuales se recomienda la utilización de un formato grupal para la discusión de temas como género, así como para enseñar aptitudes de control de las emociones y la asunción de responsabilidad de las propias acciones. Por otro lado, la atención a nivel individual se centra en fomentar actitudes y comportamientos saludables y modificar aquellos violentos o riesgosos.

La OMS y OPS (2002) indican que los programas que se han centrado en fomentar aptitudes y competencias sociales son los que han obtenido mayor eficacia para la prevención de la violencia juvenil. Por tanto, se deben desarrollar, adaptar o probar con urgencia, más programas de prevención en países que se encuentran en vías de desarrollo.

En ciudades de Asia, como Hong Kong, también se han realizado acciones para ofrecer a jóvenes menores de 14 años que han cometido ofensas sexuales, un programa de prevención y rehabilitación denominado Justicia Restaurativa. Este se encuentra más orientado a resoluciones que a castigos, en el desarrollo saludable de los seres humanos, la promoción de las relaciones saludables con otros y las consecuencias que pueden generar los comportamientos (Wai, Cheung & Kit-Ying, 2015).

Un reciente meta análisis realizado por Soldino & Carbonell (2017) en el cual se tomaron en cuenta 17 estudios con una muestra de 3 659 personas que habían cometido ofensas sexuales, demuestra que además los grupos de tratamiento psicológico generan una disminución en la reincidencia de delitos sexuales, violentos y a nivel general. Por lo que aquellas personas que cometen nuevamente un delito sexual posterior al tratamiento son la minoría, sin embargo, de igual manera se debe tener en cuenta este porcentaje dentro de las limitaciones de los tratamientos.

Por último, en el tema de duelo a nivel Latinoamericano, Carrera (2013) menciona el caso de Chile, en donde el duelo es abordado en centros de salud familiar por profesionales de salud mental. En este caso, el trabajo se realiza de forma interdisciplinaria en conjunto con profesionales de trabajo social, quienes realizan evaluaciones familiares, mientras los profesionales en psicología se encargan de la parte terapéutica de forma individual; posteriormente, tanto psicólogos como trabajadores sociales dan el acompañamiento a los familiares. Las personas profesionales en psicología realizan trabajo interdisciplinario también con médicos, cuando el caso requiere de tratamiento farmacológico. Actualmente

no implementan sesiones grupales, a lo que atribuyen principalmente la falta de tiempo y la oportunidad de realizarlas.

En Estados Unidos, en el Hospital General de Massachusets, se cuenta con un Programa para Duelo Complicado en el cual psicólogos y psiquiatras trabajan con aquellas personas que han pasado por una situación de duelo y posterior a seis meses de la pérdida requieren acompañamiento. Se trabaja de forma interdisciplinaria con psiquiatras en caso de que la persona necesite tratamiento farmacológico (The General Hospital Corporation, 2007-2018).

Con respecto al trabajo terapéutico con personas en situación de violencia intrafamiliar, la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, poseen un Programa de Violencia Familiar, con un apartado específico de violencia contra las mujeres, en el cual desarrollan constantemente publicaciones para la actualización y formación del personal de salud en el abordaje de estas áreas (Pan American Health Organization, *s.f*).

Entre estos se puede mencionar el manual más reciente del año 2019, denominado “Fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra las mujeres: Entrenamiento de capacitadores para proveedores de salud” en idioma inglés (Bott, Guedes, Claramunt y Guezmes, 2019) . En el 2016, se contó con la traducción al idioma español del manual clínico titulado “Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual” (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

En conjunto con la Federación Internacional de Planificación de la Familia / Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), la Organización Panamericana de la Salud propone trabajar en la mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva y la violencia de género como problema de salud, desde las organizaciones de salud que brindan servicios principalmente a adolescentes y jóvenes, ante lo que propone un manual de referencia dirigido específicamente a los profesionales en salud de los países en vías de desarrollo (Bott, Guedes, Claramunt & Guezmes, 2010).

En España, la Ley General de Salud Pública (Ley N°33, 2011) , establece que las funciones de un psicólogo general sanitario son de investigación, evaluación e intervención psicológica en los aspectos del comportamiento y actividades que influyan en la promoción y mejora de la salud general de las personas. Por lo que se entiende que el trabajo de una persona profesional en psicología sanitaria, no debe invadir otros ámbitos de atención especializada, a pesar de que la delimitación del malestar de una persona es normalmente continuo. El ámbito de actuación del psicólogo clínico en temas de salud pública ha sido clarificado con base en años de experiencia (Echeburúa, Salaberría, de Corral & Cruz, 2012).

Cabe resaltar que, a pesar de la especialidad del profesional en psicología, en sistemas de atención pública estos pueden trabajar en conjunto con médicos, pediatras, enfermeras; lo que podría tener un aporte en la evitación de la medicalización del malestar, la reducción de diagnósticos erróneos, una mejor atención en pacientes hiperfrecuentes de los centros de salud, y se aumentaría la eficiencia en la prestación de los servicios (Echeburúa, Salaberría, de Corral & Cruz, 2012).

Basado en las limitaciones que se han generado en las prácticas profesionales en psicología sanitaria, se ha establecido que a nivel internacional las intervenciones psicológicas que se encuentran empíricamente validadas son aquellas que utilizan instrumentos de evaluación, programas de tratamiento, formatos de aplicación individuales o grupales y diarios de sesiones, con intervenciones breves y específicas (Echeburúa, Salaberría, de Corral & Cruz, 2012).

Se afirma que a nivel internacional una de las aproximaciones más recientes en este ámbito es el “modelo de práctica basada en evidencia”, el cual hace énfasis en que los practicantes desarrollen estudios en los espacios clínicos de trabajo por medio de la información generada en sus rutinas clínicas, la cual es utilizada para generar evidencia acerca de la forma en que las intervenciones están funcionando en el ambiente clínico actual (Barker, Pistrang & Elliott, 2016).

B. Nacionales

Desde el año de 1979 surgió en Costa Rica el servicio de psicología clínica como resultado del Programa de Residencia en Psicología Clínica del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica aceptada por el CENDEISSS. Posteriormente, tuvo su auge el modelo biopsicosocial, por lo que las plazas en psicología clínica se incrementaron y a partir de esto, hasta la actualidad, se han conformado equipos interdisciplinarios en los hospitales que cuentan con la participación de la persona profesional en psicología clínica (Zeledón, 1990).

Más recientemente, se han realizado intervenciones profesionales en el ámbito de la psicología clínica y de la salud desde la formación de grado de la Universidad de Costa Rica, por medio de los Trabajos Finales de Graduación en modalidad de prácticas dirigidas, para los cuales se solicitan campos clínicos en el CENDEISSS. Por otro lado, se han realizado dos tesis en coordinación con hospitales generales como lo es en el tema de la evaluación funcional de personas con trastornos mentales y del comportamiento en el Hospital Roberto Chacón Paut (Meléndez, 2014).

Según los datos de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica (Universidad de Costa Rica, 2017), desde el año 2013 hasta el 2016 se habían finalizado siete prácticas dirigidas en coordinación con hospitales generales nacionales. El mayor número de prácticas dirigidas se habían realizado en el Hospital México, donde los y las estudiantes de psicología se insertaron a nivel profesional en áreas como neuropsicología, neurocirugía, patología tumoral y psicooncología, trabajando tanto con personas con alguna enfermedad o trastorno, como con sus familiares y cuidadores (Ortiz, 2014; Molinari, 2015; Quesada, 2015; Salazar, 2015; Zeledón, 2016).

Para el año 2017 se registraron seis TFG en modalidad de práctica dirigida, mostrando un aumento significativo en comparación con los años anteriores (Universidad de Costa Rica, 2017). De igual manera, se cuenta con datos sobre TFG que han realizado prácticas dirigidas desde el año 2017 al 2019 en hospitales nacionales, tanto en el Hospital México, como en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y el Hospital San Juan de Dios.

Mora (2017) realizó su TFG en la Clínica de Adolescentes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. En su práctica

dirigida trabajó en relación con temas de autocuidado para adolescentes, preparación para el parto en adolescentes embarazadas y sus parejas, habilidades parentales y adolescentes con síndrome de Mayer Rokitansky Kuster-Hauser. Brindó atención clínica, visitas en hospitalización, atención en psicoterapia grupal, elaboración de material psicoeducativo, revisión bibliográfica y asistencia a sesiones clínicas.

Por su parte, Acuña (2017) realizó su práctica dirigida en el Hospital México para el desarrollo de competencias y habilidades en la atención de pacientes y familiares del servicio de neurocirugía, la unidad de neurooncología y el servicio de psiquiatría y psicología. Acuña (2017) realizó su trabajo principalmente con el Programa de Cirugía Despierto, implementando evaluaciones neuropsicológicas a nivel pre, trans y post cirugía, con sus respectivos informes, así como desarrolló sesiones familiares y visitas generales. De igual manera, Valerio (2017) realizó su práctica dirigida con el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México, con el fin de brindar estrategias cognitivo-conductuales para la reducción de los niveles de estrés en los pacientes oncológicos.

Volpacchio (2018) realizó su práctica dirigida en el área de psicología general del Hospital México, ejecutando evaluaciones, intervención clínica, atención de piso, terapias grupales, charlas interdisciplinarias, revisión bibliográfica y preparación de materiales. Posteriormente, González (2019a) realizó su inserción profesional desde la psicología clínica y psicología de la salud en la misma área.

Asimismo, Díaz (2019), seguida por Brenes (2019) realizaron sus prácticas dirigidas en el Departamento de Hemato-Oncología del Área de Psico-oncología del Hospital México. Díaz (2019) trabajó con pacientes sobrevivientes de cáncer de mama, mientras que Brenes

(2019) trabajó en atención psico-oncológica mediante técnicas cognitivo conductuales en pacientes con cáncer de próstata para el manejo del estrés.

En los últimos tres años se han realizado al menos catorce trabajos finales de graduación en modalidad de prácticas dirigidas desde la escuela de psicología de la Universidad de Costa Rica, de los cuales cinco se realizaron directamente en el HSJD.

Específicamente en los TFG realizados en la Clínica del Dolor del HSJD, el primero a mencionar es el realizado por Morales (2017) en la Clínica del Dolor del HSJD, brindando un abordaje de pacientes con dolor crónico maligno desde un modelo cognitivo conductual. En su práctica dirigida, Morales (2017) ejecutó evaluaciones a pacientes con enfermedades asociadas al dolor crónico, intervenciones tanto de forma individual como grupal, así como talleres dirigidos a los familiares y personal de la Clínica del Dolor.

De igual manera, Vicente (2017) brindó atención psicológica individual y grupal a personas en cuidados paliativos, así como atención a pacientes del departamento de oncología, y sus familiares y cuidadores. Posteriormente, Gallardo (2017) también realizó su TFG en la Clínica del Dolor desde un modelo cognitivo conductual, brindando atención individual, facilitación de un grupo terapéutico de duelo, colaboración en talleres dirigidos a personas cuidadoras, valoración familiar, visita domiciliar y proyecto de cáncer de mama.

Más recientemente, Ramírez (2019) realizó una inserción profesional en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo, con pacientes con enfermedades crónicas o terminales y la atención de sus familiares en temas de duelo. De igual manera, Arguedas y

Rojas (2019) realizaron su práctica dirigida en el Hospital William Allen Taylor de la C.C.S.S., brindando acompañamiento psicoeducativo a grupos de mujeres.

Por otro lado, Garrido (2019) realizó su práctica dirigida en la Clínica de Esclerosis Múltiple del HSJD, por medio de una intervención cognitivo conductual para promover el afrontamiento y el autocuidado en personas cuidadoras de pacientes con esclerosis múltiple.

A partir del año 2018, Soto (2018) y González (2019b) realizaron sus TFG en modalidad de práctica dirigida en la Unidad de Psicología Clínica del HSJD. Soto (2018) realizó una intervención cognitivo conductual desde el modelo de psicología de la salud a pacientes con enfermedad renal en el proceso de hemodiálisis, así como también brindó atención clínica individual a pacientes de la unidad de psicología clínica y al grupo de violencia intrafamiliar. Por su parte, González (2019b) realizó una intervención desde la psicología de la salud para los trastornos de ansiedad, así como evaluaciones psicodiagnósticas en la Unidad de Psicología Clínica del HSJD.

La presente práctica dirigida continuó con los trabajos realizados por Soto (2018) y González (2019) en la Unidad de Psicología Clínica del HSJD. Tal y como se realizó anteriormente, la practicante brindó atención clínica y evaluaciones a los y las pacientes que asisten a dicha unidad, así como continuó el trabajo realizado por Soto (2018) con el grupo de violencia intrafamiliar.

Con respecto a este tema en particular, desde 1994 se declaró la violencia intrafamiliar como una de las catorce prioridades en los problemas de salud pública. A partir de entonces, se inicia el diagnóstico de un modelo de atención de la violencia intrafamiliar y sexual

(VIFS), denominado Plan Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI), implementado en 1996, y en 1998 se establece la VIFS como eje fundamental de atención por parte del Ministerio de Salud y la C.C.S.S., el cual se inicia a abordar desde los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) (Rojas, 2005) hasta la actualidad, donde se brinda el servicio tanto en algunos EBAIS, como en clínicas de segundo nivel de atención y en hospitales nacionales.

En el año 2001, el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS, desarrolló una respuesta social ante esta problemática, en la cual se plantea la detección, prevención y tratamiento institucionalizado de la violencia intrafamiliar y la promoción de las relaciones no violentas por parte de las instituciones de salud del país, así como garantizar su sostenibilidad (OPS/OMS, 2001).

A pesar de que en la presente práctica dirigida se continuó abordando temáticas similares a las de las practicantes anteriores, se realizaron otras tareas diferentes, entre las que se menciona el trabajo con el grupo de duelo como lo fue en el caso de Gallardo (2017) y Ramírez (2019), pero esta vez directamente en la Unidad de Psicología Clínica del HSJD.

En el manejo del tema de duelo, Artiaga (2008) realizó un estudio en el cual buscaba identificar las necesidades de capacitación de profesionales en medicina y enfermería egresados de la UCR en situaciones que requieren comunicación de malas noticias e intervención en crisis. Parte de los resultados fue que existen debilidades en los profesionales de salud para el abordaje de temas como el duelo y la muerte, por lo que desde las instituciones hospitalarias se debe tomar en cuenta la formación de profesionales en otras áreas, como es el caso de psicología, para dar un acompañamiento en estas situaciones.

En la escuela de psicología de la Universidad de Costa Rica, solamente se ha realizado una tesis en relación con el tema de duelo y esta se encuentra dirigida al proceso de los niños y niñas tras la muerte de un pariente cercano debido a una enfermedad terminal (Arroyo & Schosinsky, 2009). Una de las autoras de esta tesis, fue también colaboradora en la elaboración del Protocolo de Atención de Psicoterapia Grupal para Duelo implementado actualmente en el HSJD (Barguil & Schosinsky, 2016).

Asimismo, se brindó apoyo al grupo de rehabilitación cognitiva, principalmente con personas con diagnóstico de esclerosis múltiple, trabajando en conjunto con la Clínica de Esclerosis Múltiple en la cual Garrido (2019) realizó su práctica dirigida; de igual manera se trabajó en conjunto con el Servicio de Cirugía Cardíaca del HSJD.

Específicamente en esta área de intervención, no se reportan antecedentes de TFG en formación de grado, sin embargo, se contó con el antecedente del TFG de maestría en psicología clínica y de la salud de Campos (2016), quien fue la asesora técnica de la practicante y quien creó anteriormente una propuesta de programa de intervención psicológica integral perioperatoria en pacientes del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular del Hospital México.

Es decir, de las áreas en las cuales se realizó la inserción profesional, la mayoría contaba con antecedentes nacionales de prácticas dirigidas realizadas por estudiantes de grado de psicología de la Universidad de Costa Rica. La única temática con la cual no se contó con antecedentes desde la escuela de psicología de la Universidad de Costa Rica fue sobre el trabajo realizado con el programa PCSA, sino que se registra una sola tesis

relacionada con los jóvenes privados de libertad, enfocada en los factores psicosociales e institucionales de la convivencia carcelaria (Alvarado & Ortiz, 2015).

Desde la escuela de derecho de la Universidad de Costa Rica, Quesada (2008) realizó su TFG graduación titulado “Responsabilidad Estatal en el Abordaje de los Ofensores Sexuales, en materia Penal Juvenil”. Quesada (2008) afirma que en Costa Rica existe una incapacidad presupuestaria para este programa y como consecuencia, una carencia de recursos y saturación de los servicios, lo que genera que sólo algunos jóvenes, de los muchos referidos, sean atendidos. Sin embargo, indica que la institución debe cumplir su función basándose en los principios de eficiencia, eficacia, continuidad, regularidad y adaptación de los servicios de salud, considerando también que se trata un tema de salud pública.

La C.C.S.S. afirma que se han tenido experiencias documentadas sobre el PCSA en otros centros a nivel nacional como lo son el Hospital Nacional Psiquiátrico, el Hospital México, el Hospital de Grecia y el Hospital de Guápiles (Caja Costarricense del Seguro Social, 2009a), sin embargo, no se detallan estas experiencias.

A nivel nacional, en años anteriores se implementaron dos modelos de respuesta estatal al delito penal juvenil: El Modelo Tutelar de Menores (1963-1994) y el Modelo de Justicia Penal Juvenil (1996). El primero de estos modelos buscaba crear políticas asistencialistas para el bienestar de los niños y adolescentes, pues en Costa Rica no existían distinciones por edad o riesgo social al cometer algún delito. El Modelo de Justicia Penal Juvenil por su parte, se basa en la protección de los derechos humanos de la persona menor de edad, para procurar un ambiente físico y mental sano y su desarrollo personal. A raíz de esto se promulga la Ley de Justicia Penal Juvenil y la Ley de Ejecución de las Sanciones

Penales Juveniles, que ofrece un tratamiento diferenciado en el proceso judicial de los jóvenes de 12 a 15 años y de 15 a 18 años (Fernández, 2012).

De igual manera, desde el año 2009 los equipos locales de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva (ACSA), se encuentran implementando una Guía de Atención para el Abordaje de Personas ACSA con Suspensión del Proceso a Prueba. Así mismo, en el año 2013 se iniciaron talleres como espacios de participación y reflexión (Caja Costarricense del Seguro Social, 2015a).

Por tanto, con base en los antecedentes nacionales se concluye que la presente práctica dirigida continuó con la modalidad de los TFG realizados en áreas generales de psicología y unidades de psicología en hospitales generales, así como incluyó temáticas en relación con las prácticas dirigidas realizadas en las Clínica del Dolor y en los servicios de cirugía. Por otro lado, se hallaron pocos antecedentes nacionales desde psicología en relación con el trabajo con jóvenes que han cometido delitos sexuales, por lo que es el primer TFG de la escuela de psicología de la Universidad de Costa Rica en abordar esta población desde una práctica dirigida y el primero a nivel de grado en abordar a la población en cirugía cardíaca desde una práctica dirigida.

III. Marco de referencia teórico conceptual

En el presente marco conceptual se abordarán los términos más relevantes de las temáticas trabajadas y su articulación con la intervención realizada en el TFG. Para esto, se presentan inicialmente las áreas de intervención de la práctica dirigida, correspondientes a psicología clínica y psicología de la salud y posteriormente las temáticas abordadas desde la psicología clínica y de la salud en el TFG.

A. Psicología de la salud

El término psicología de la salud fue definido por Matarazzo (1980) como el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria (p. 815; citado en Rodríguez, 1998).

A partir de la década de los ochenta, la psicología de la salud tuvo su auge debido a la insuficiencia del modelo médico para explicar las conductas de salud y enfermedad, la importancia de la calidad de vida, la prevención de la enfermedad y el cambio de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico-degenerativas como causa principal de la mortalidad. Esto incitó la importancia de la investigación aplicada a dichos problemas y la promoción de los estilos de vida saludables (Pérez, Fernández, Amigo y Fernández, 2003).

Con base en estos cambios, la psicología de la salud ha sido definida como “la aplicación de teorías, métodos, y hallazgos de investigación en psicología básica y aplicada al estudio y promoción de la salud” (Irving, 2003, p.241). Su objetivo principal es entender la forma en que la biología, el comportamiento y el contexto social inciden en la salud y en la enfermedad (Murphy, 2010)

Según Stephens (2008) desde la psicología de la salud, la salud es entendida como algo que se encuentra relacionado con todos los contextos sociales, económicos y políticos; y no separada de los procesos psicológicos y sociales; sino que hace más énfasis en la prevención y la promoción de ambientes saludables que beneficien a todas las personas. Se considera que, dentro de la psicología de la salud, se debe utilizar un modelo biopsicosocial, en el cual se toma en cuenta la etiología, prevención y tratamiento de la enfermedad, así como la promoción y el mantenimiento de la salud (Morrison & Bennett, 2008).

El modelo biopsicosocial fue propuesto por Engel (1997, citado en Juárez, 2011), basándose en la teoría general de sistemas, es decir, que asume que la salud es causada una multiplicidad de factores, incluyendo los factores biológicos, psicológicos y sociales. El auge de este modelo ha permitido que la concepción del término salud se dirija actualmente hacia una salud integral, donde la psicología encuentra mayores conexiones con la medicina (Juárez, 2011).

Entre las principales enfermedades crónicas con las cuales trabaja la persona profesional en psicología de la salud, se encuentran las enfermedades cardíacas, el cáncer y la diabetes, debido a que implican el diseño de programas tanto para la prevención, como para la mejora de la adhesión terapéutica y la mejora de la prestación de los servicios a los y las pacientes (Pérez, Fernández, Amigo y Fernández, 2003).

Desde 1995 (Friedman et al., citado en Llewelyn & Kennedy, 2013), se afirmó que existen seis formas concretas en las cuales la psicología de la salud puede maximizar la atención clínica y generar beneficios económicos, las cuales son: empodera a los y las pacientes a apropiarse de su autocuidado, modifica las vías que afectan a la persona, modifica comportamientos que impactan en la salud, provee soporte social, identifica problemas psicológicos que no habían sido diagnosticados, y realiza tanto evaluaciones como intervenciones.

Se plantea que entre las funciones de un profesional en psicología de la salud de encuentran: promover cambios conductuales, es decir, de estilos de vida, que permitan reducir la probabilidad de riesgo de enfermedades; informar sobre la relación entre las conductas y los factores ambientales y como algunas relaciones pueden incrementar el riesgo de enfermedades crónicas; e implementar técnicas conductuales para la modificación, la sistematización y el mantenimiento de los cambios (Pérez, Fernández, Amigo y Fernández, 2003).

Para el logro de estas funciones, la psicología de la salud se nutre de muchas teorías y métodos de las diferentes disciplinas de la psicología, ya que establece que cualquier actividad de la psicología que se encuentre dirigida a cualquier aspecto de la salud y/o enfermedades físicas, del sistema sanitario o de la formación de políticas sanitarias, es considerada como psicología de la salud, pues tienen como factor común la promoción, la mejora y el mantenimiento de la salud (Rodríguez, 1998).

Con base en lo anterior, se ha planteado que la psicología de la salud integra a la psicología clínica de tal manera que en los últimos años se ha venido consolidando como una

sola área de intervención común, denominada “psicología clínica y de la salud” (Rodríguez, 1998). Lo anterior debido a que la psicología clínica actual no se centra solamente en el diagnóstico, evaluación y tratamiento; sino que incluye la investigación en programas e intervenciones que promuevan el mantenimiento de la calidad de vida y la prevención de las recaídas o bien de la reincidencia de los síntomas (Piña, 2003).

B. Psicología clínica

La psicología clínica surgió formalmente a finales de la década de los noventa y se encontraba vinculada a la tradición clínico-patológica de la época, en conjunto con la psiquiatría, la tradición psicométrica, la evaluación y el diagnóstico. Sin embargo, actualmente se ha vinculado con actividades de investigación, intervención, planeación y prevención (Piña, 2003).

La psicología clínica se puede definir como un área de la psicología que brinda atención en temas de salud mental y conductual para individuos y familias, así como consultas en agencias y comunidades; entrenamiento, educación, supervisión y prácticas basadas en la investigación. No se limita a una población específica, sino que se dirige a todas las edades y diversidades, así como a diferentes sistemas (American Psychological Association, 2018).

Las intervenciones actuales en psicología clínica se han integrado a la psicología de la salud en cuanto buscan dotar al individuo de recursos que le permitan alcanzar un determinado nivel de bienestar, con el fin de mantener su estado de salud el mayor tiempo posible (Piña, 2003).

Entre las funciones de una persona en el área de psicología clínica se encuentran: entrevistas diagnósticas, evaluaciones conductuales, administración de test, intervenciones primarias, secundarias y terciarias dirigidas a individuos, familiares y grupos, consultas inter e intra profesionales e investigación basada en la ciencia (American Psychological Association, 2018).

Asimismo, las personas profesionales en psicología clínica suelen trabajar frecuentemente en conjunto con psiquiatras y trabajadores sociales. Se considera que el trabajo interdisciplinario es fundamental tanto para la investigación, como para la práctica, y que debe ser un aspecto fundamental en los procesos de graduación (Llewelyn & Kennedy, 2003).

Los y las profesionales en psicología clínica tienen un rol científico-profesional, debido a que deben basarse en los estándares de la ciencia de la psicología, así como deben tener una perspectiva profesional, la cual se plantea que se perfecciona y se aprende a través de la práctica. Implica la utilización tanto de habilidades y recursos profesionales, como de herramientas metodológicas y conceptuales basadas en la ciencia (Pérez, Fernández, Amigo y Fernández, 2003).

Reynoso y Seligson (2005) indican que uno de los problemas que enfrentan los psicólogos clínicos es la diversidad de marcos conceptuales bajo los cuales los profesionales desarrollan sus intervenciones, ya que la efectividad de las terapias podría estar ligada a las características comunes y no a las cualidades que distinguen a cada una. Por tanto, la inserción profesional se realizó desde la psicología clínica científica, es decir, se basó en el

conocimiento surgido del método científico y no meramente del juicio clínico (Elliot y Morrow, 1994; citados en Pérez, Fernández, Amigo y Fernández, 2003).

A partir de esto, la psicología clínica aborda las problemáticas de las personas de la forma más efectiva y eficiente que sea posible y cumpliendo con estándares éticos (Pérez, Fernández, Amigo y Fernández, 2003). Entre las terapias que utilizan como punto de referencia la psicología clínica científica, se encuentra la terapia cognitivo conductual, ya que parte tanto de las bases científicas y experimentales, como de la experiencia clínica, con un interés particular en las intervenciones eficaces (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

C. Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) parte de que toda conducta es aprendida, sea esta adaptada o desadaptada y, por lo tanto, puede modificarse por los principios del aprendizaje y mediante “la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente” (Plaud, 2001; citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2002, p. 32). El objetivo principal de la TCC es la detección y el cambio de conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas, pero de forma integral (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Los cuatro principios de la TCC según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) se mencionan a continuación:

1. Interviene en la salud de las personas trabajando con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas que han sido aprendidas.

2. Cuenta con técnicas y programas específicos para los diferentes problemas y trastornos, por lo que se considera una terapia de tiempo limitado.
3. Tiene una naturaleza educativa sobre las problemáticas y sobre la lógica del tratamiento.
4. Es auto-evaluadora durante el proceso, con referencias de metodología experimental y con énfasis en la validación empírica de los tratamientos.

En las últimas décadas, la TCC aplicada a problemas psicológicos, es la que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). La TCC en cada uno de los casos, parte de la evaluación conductual, la cual permite indagar e identificar las problemáticas, mediante técnicas de entrevistas conductuales, la observación conductual, la evaluación cognitivo conductual y la evaluación psicofisiológica (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Posteriormente se realiza un análisis funcional de la conducta, el cual sirve como guía para decidir el tipo de tratamiento más eficiente para cada caso, según la integración de los múltiples determinantes (biológicos, personales y sociales) del comportamiento (Castro y Ángel, 1997). El análisis funcional permite realizar un análisis individual de las conductas específicas de los y las pacientes, con el fin de identificar las variables que determinan la conducta problema y aquellas que se pueden controlar para el cambio (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Con base en la evaluación y al análisis funcional de la conducta, se realiza la selección de criterios u objetivos de cambio, se seleccionan las técnicas de intervención, se aplica

el tratamiento con evaluaciones continuas y finalmente se realiza una valoración del mismo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Recientemente se han realizado investigaciones que han demostrado la efectividad de los tratamientos de la TCC para diferentes trastornos de ansiedad y psicopatologías en el ámbito de salud pública y en hospitales generales, ya que los programas han impactado en la reducción de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales (Gómez, Quintanilla y Zelaya, 2016). Asimismo, se ha comprobado por medio de revisiones sistemáticas y metaanálisis, la evidencia de tratamientos basados en TCC para la depresión en adultos en hospitales generales, siendo este superior a la terapia farmacológica o combinada, a pesar de evidenciar una respuesta con mayor duración (Vargas et al., 2019).

D. Temas de intervención

A continuación, se presentarán las conceptualizaciones de las principales temáticas que se abordaron desde la psicología clínica y de la salud durante la práctica dirigida.

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por la anticipación hacia una amenaza real o percibida de forma excesiva. Esto produce una excitación a nivel orgánico para luchar o huir ante aquel peligro percibido, lo que genera la necesidad de escape, tensión muscular, hipervigilancia y conductas de evitación. Normalmente la ansiedad se disminuye con las

conductas evitativas, por lo que se genera un ciclo de reforzamiento (American Psychiatric Association, 2013).

Los diferentes tipos de trastornos de ansiedad se diferencian principalmente por los objetos o situaciones que causan la ansiedad. Estos pueden ser altamente comórbidos, por lo que para identificarlos se debe realizar un buen análisis funcional y diagnóstico diferencial (American Psychiatric Association, 2013).

De igual manera, es importante diferir entre la ansiedad como trastorno y la ansiedad normativa. Como bien afirma la American Psychiatric Association (2013), las personas con trastorno de ansiedad suelen sobreestimar el peligro de las situaciones cotidianas o que no representan un peligro real, para lo cual él o la terapeuta debe también tomar en cuenta los factores contextuales y culturales (American Psychiatric Association, 2013).

Entre los trastornos de ansiedad que no son causados por sustancias u otras condiciones médicas, según la American Psychiatric Association (2013) se encuentran:

- Trastorno de ansiedad por separación: Se caracteriza por una ansiedad excesiva o inapropiada de acuerdo con el nivel de desarrollo, por la separación de la persona a la que tiene apego. Presenta manifestaciones como distrés excesivo y recurrente al anticipar la experiencia de separación de la casa o de las figuras de apego, preocupación excesiva y persistente por la pérdida de la unión o la posibilidad de que las figuras de apego salgan lastimadas o tengan algún accidente, por lo que necesitan saber sobre ella o estar en contacto.

Se presenta un rechazo y miedo persistente a irse lejos del hogar, la institución educativa, el trabajo u otros lugares, a estar solo o sin las figuras de apego, a dormir fuera de la casa o sin las figuras de apego, con pesadillas sobre la separación de la figura de apego y presencia de síntomas físicos ante la separación de las figuras o la anticipación de esto. En el caso de los niños y adolescentes los síntomas deben haberse presentado por un periodo mínimo de cuatro semanas y en los adultos por seis meses.

- **Mutismo selectivo:** Se manifiesta en las interacciones sociales por una ausencia del habla en donde se espera que la persona hable, por lo que suele tener consecuencias en espacios escolares y laborales. Para que se presente este trastorno, debe existir una duración de al menos un mes, lo cual no aplica en el primer mes de inicio de la escuela. Este trastorno suele afectar a la población infantil y se presenta en situaciones sociales con personas que no sean sus familiares cercanos.
- **Fobias específicas:** Se caracteriza por una ansiedad o miedo ante la presencia de una situación u objeto específico, el cual es el “estímulo fóbico”, ante lo que la persona busca evadir este estímulo constantemente. Esta reacción es desproporcional al peligro real que puede causar el objeto o la situación en el contexto sociocultural y se activa de forma inmediata ante el estímulo. Esta sintomatología debe durar por un periodo mayor a seis meses y causar distrés en

el contexto social, laboral y en otras áreas del funcionamiento. Las personas con una fobia suelen tener otras fobias específicas en más de una categoría.

- Trastorno de ansiedad social: Se presenta como ansiedad intensa ante una o más situaciones sociales en donde la persona se encuentra expuesta ante la evaluación de otros, y la ansiedad es desproporcionada con la situación social y el contexto sociocultural. Entre la sintomatología que presenta una persona con este trastorno se encuentra la ansiedad a ser evaluada de manera negativa, por lo que evitan las situaciones sociales. Estos síntomas pueden durar seis meses o más y causan distrés significativo en la persona.

Específicamente en la población infantil, la ansiedad no solamente surge en la interacción con adultos, sino también ante situaciones entre pares, y puede expresarse por medio de llanto, aferrarse a una persona o lugar, o no hablar en situaciones sociales.

- Trastorno de pánico: Se caracteriza por la presencia recurrente e inesperada de ataques de pánico, de los cuales al menos uno ha estado seguido por preocupaciones acerca de que ocurra un episodio y las consecuencias de ello, o bien, por un cambio mal adaptativo en el comportamiento en relación con los ataques de pánico.

Cabe resaltar que los ataques de pánico como tales, no son un trastorno mental, sino que pueden ocurrir en conjunto con otros trastornos mentales o enfermedades médicas. Se presentan como una oleada abrupta de sensaciones de ansiedad,

alcanzando un alto punto en minutos. Entre los síntomas del ataque de pánico se pueden presentar palpitaciones, aceleración del ritmo cardiaco, sudoración, temblor, sensación de pérdida del aire, sensaciones de ahogo, dolor o incomodidad en el pecho, náuseas o dolor abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensaciones de calor, parestesias, sensaciones de desrealización o despersonalización, miedo a perder el control y miedo a morir.

- **Agorafobia:** Este trastorno es marcado por ansiedad ante la anticipación o la exposición real de diversas situaciones que puedan ocurrir al: utilizar transporte público, estar en espacios abiertos, estar en espacios cerrados, hacer una fila o estar en una multitud y estar fuera de casa solo. Las personas con este trastorno suelen pensar que algo malo podría ocurrir y que no podrán salir de dicha situación, por la dificultad de “escapar”. Por tanto, las personas con agorafobia suelen evitar estas situaciones o creer necesitar la presencia de alguien para afrontarla.
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Se caracteriza por una excesiva preocupación de forma aprehensiva y con sensación de no poderla controlar, ante muchas y diversas situaciones, por un periodo mínimo de seis meses. Suele estar acompañada de síntomas de inquietud o nerviosismo, fatiga, dificultades de concentración o sensaciones de tener la “mente en blanco”, irritabilidad, tensión muscular y dificultades del sueño. Los adultos con ansiedad generalizada

presentan al menos tres de estos síntomas, mientras que los niños apenas un síntoma para el diagnóstico.

Depresión

Según la American Psychiatric Association (2013), no existe un solo trastorno de depresión, sino que estos se clasifican en: trastorno de desregulación del humor, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente y trastorno de depresión inducido por sustancias o medicamentos.

Se afirma que el insomnio y la fatiga son los principales motivos de consulta, por lo que son síntomas que se encuentran presentes en la mayoría de los casos; mientras que las afectaciones psicomotoras y la presencia de culpa son mucho menos frecuentes, pero son mayores indicadores de la severidad del caso. Sumado a esto, una de las características de mayor importancia es la pérdida de interés o placer en las actividades que anteriormente realizaban (American Psychiatric Association, 2013).

Entre los trastornos de depresión que no son causados por sustancias u otras condiciones médicas, según la American Psychiatric Association (2013) se encuentran:

- Trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo: Se caracteriza por una irritabilidad crónica, severa y persistente que tiene dos manifestaciones clínicas. La primera de ellas son los llamados “arrebatos” verbales o comportamentales en respuesta a situaciones que generan frustración de forma frecuente. La segunda

manifestación clínica se refiere a estados de irritabilidad o ira constante, normalmente entre los “arrebatos” y se presenta regularmente en la infancia.

Estos arrebatos suelen ser inconsistentes con el nivel de desarrollo de la persona y suelen ocurrir al menos tres o cuatro veces por semana de forma observable por otras personas. Se presenta generalmente en población infantil y se suele confundir con el trastorno bipolar.

- Trastorno de depresión mayor: Se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades de la vida diaria por un periodo de al menos dos semanas consecutivas. En este trastorno los pacientes reportan de forma subjetiva o pueden ser observados por otros, sentimientos de tristeza, vacío y desesperanza, en el caso de los adolescentes suele presentarse irritabilidad en el estado de ánimo más que tristeza. Puede haber una pérdida o aumento de peso significativo o un aumento o decremento del apetito, insomnio o hipersonmia, agitación o retardo a nivel psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de desesperanza o culpa excesiva, disminución de la habilidad para mantener la concentración, tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte.

Cabe resaltar que estos síntomas se presentan normalmente todos o la mayoría de los días, excepto los cambios de peso y la ideación suicida, a pesar de que se encuentra altamente asociado con la mortalidad por suicidio, aunque este no sea el único factor influyente. La evaluación de los síntomas del trastorno de depresión mayor se dificulta cuando existe una condición médica asociada, como

lo es el caso de personas con cáncer, infartos, diabetes o embarazo, ya que ambas condiciones pueden presentar síntomas similares.

- Trastorno depresivo persistente o distimia: Se caracteriza por la persistencia de un estado de ánimo depresivo la mayoría o caso todos los días, y los síntomas del trastorno depresivo mayor, por un periodo de dos años o más en adultos y un año o más en la población infantil y adolescente. No debe haberse presentado un episodio maniaco o hipomaniaco, ni los criterios de ciclotimia, así como tampoco un intervalo libre de síntomas por un periodo mayor a dos meses.
- Trastorno disfórico premenstrual: Se caracteriza por la presencia de una marcada labilidad afectiva, irritabilidad, ira o incremento de conflictos interpersonales, estado de ánimo depresivo sentimientos de desesperanza o pensamientos de auto desprecio, y una marcada ansiedad, tensión o sensaciones de estar “al borde” en la semana previa al inicio de la menstruación, disminuyendo en las semanas posteriores.

Se presentan síntomas como una disminución del interés en actividades usuales, dificultad para concentrarse, letargia, fatiga, pérdida de energía, hipersomnio o insomnio, sensaciones de estar sobrecargada o sin el control y síntomas físicos como dolores musculares, ganancia de peso e inflamación de senos.

Es importante hacer una diferencia entre los trastornos de depresión, los sentimientos de tristeza comunes y el duelo. Los trastornos de depresión alteran el ánimo, la conducta, los procesos básicos, el pensamiento y la salud física de las personas, además pueden ser recidivantes y episódicos; mientras que la tristeza es una emoción normativa (Barradas, Fernández, Robledo, Delgadillo & Luna, 2007).

Duelo

A diferencia de los trastornos de depresión, el duelo se entiende desde una perspectiva temporal, como una transición psicosocial desde el inicio de una pérdida, pasando por un periodo de ajuste que suele ser tumultuoso, hasta llegar a un punto de estabilidad relativa. Este periodo de adaptación puede ser tanto debido a la pérdida de alguien, como de algo, que resulta central para el sentido de identidad y seguridad de una persona. Es un proceso de desarrollo que no se reduce a síntomas psicológicos, a un diagnóstico psiquiátrico o a un rol definido culturalmente (Neimeyer, 2016).

Se define el duelo como un proceso en el cual se realiza una confrontación y estructuración de los pensamientos y sentimientos sobre la persona fallecida, la experiencia de la pérdida y un cambio del estilo de vida en la cual deben vivir las personas sobrevivientes (Stroebe, 1992; citado en Worden, 2009).

Entre las características que se pueden identificar en una persona en proceso de duelo se encuentran: malestares corporales, preocupación ante la imagen de la pérdida, culpa en relación con el fallecimiento de la persona o la pérdida, reacciones hostiles e inhabilidad para

funcionar como lo hacía antes de la pérdida. Se pueden tener también sentimientos de ira, ansiedad, soledad, fatiga, desesperanza, conmoción, anhelo, entumecimiento o bien de alivio (Worden, 2009).

Kübler (1997) afirmó que, si bien existen reacciones ante la pérdida, no existe una reacción típica, pues no existe una pérdida típica, sino que cada situación es propia. Sin embargo, identificó cinco etapas que ocurren regularmente en el proceso de duelo, a pesar de que no son lineales ni se experimentan en todos los casos, han sido propuestas como una forma de atravesar y enfrentar la pérdida. Las etapas según Kübler (1997) se describen a continuación:

1. Negación: En esta etapa no significa que no se sepa que la persona querida a muerto, sino, que aún no se puede creer, la realidad se convierte en algo excesivo para la persona. Al principio puede haber sensaciones de paralización o conductas de refugio en la insensibilidad. No es la negación de la muerte, sino de la realidad. Tiene la función de dosificar el dolor, de asimilar los sentimientos y la realidad, ayuda a lidiar con la pérdida (Kübler, 1997).
2. Ira: Surgen las preguntas como el ¿cómo? y ¿por qué?. Comienzan a aparecer los sentimientos que se estaban negando y se manifiestan por medio de la ira hacia el ser querido, hacia otras personas o hacia sí mismos. Se pueden volver más intensos los sentimientos de tristeza, pánico, dolor y soledad, lo que puede generar reacciones en seres cercanos. Existe un enfado por estar en una situación en la que no se quiere estar. La ira es funcional para evitar el dolor y otros sentimientos mientras se acepta la realidad (Kübler, 1997)

3. Negociación: Surgen los “ojalá”, se quiere negociar con el dolor para no sentirlo. Se empieza a creer que se puede restaurar el orden y ante esto puede aparecer la culpa de lograr sobrevivir a la pérdida. Hay negociaciones cambiantes con el tiempo, puede haber negociaciones antes o después de la pérdida. Se modifican las situaciones para explorar lo que se pudo haber hecho. Es funcional porque busca aliviar el dolor, es una estación de intermedio para la adaptación de la realidad (Kübler, 1997).
4. Depresión: Es la etapa que parece que más va a durar. Aparecen sensaciones de vacío y de tristeza ante dar cuenta de la realidad. Es funcional porque permite vivir el presente y reconstruir un nuevo proyecto de vida (Kübler, 1997).
5. Aceptación: No se debe confundir con el hecho de comportarse como antes o estar de acuerdo con la pérdida, la aceptación implica aceptar la realidad de la ausencia, aprender a vivir de una nueva forma, readaptarse, no implica dejar de recordar. Se elimina la ira y sentimientos de vacío y se aprende a conmemorar la pérdida y verla en perspectiva (Kübler, 1997).

Por su parte, Worden (2009) plantea que el duelo es un proceso y no se limita a etapas, por lo que propuso tareas o conductas que las personas realizan dentro de su propio proceso, siendo así participes del mismo. Las cuatro tareas que plantea Worden (2009) se describen a continuación:

1. Aceptar la realidad de la pérdida: Se busca lidiar con la sensación de que no está pasando, es aceptar la realidad de que la persona o situación, se ha ido y ya no va a regresar. Algunas personas se rehúsan a creer que la pérdida es real y se quedan

estancadas en esta primera tarea por mucho tiempo, lo cual puede generar distorsiones. Esta etapa se ve representada en las conductas de llamar a la persona al llegar a la casa, confundir a las personas en el ambiente con la persona perdida o intentar llamar o escribirle a la persona fallecida (Worden, 2009).

En otros casos las personas pueden negar el significado de la pérdida con el fin de protegerse del dolor, por lo que evitan cualquier objeto o recuerdo que pueda representar a la persona fallecida. Asimismo, otras personas utilizan estrategias para olvidar de forma selectiva ciertos momentos, o bien otras personas utilizan el espiritualismo para pensar que en algún momento pueden reencontrarse con su ser querido, lo cual se ha considerado como una reacción normal días antes o semanas después de la pérdida, pero no de forma crónica (Worden, 2009).

Por estas razones, aceptar la realidad de la pérdida toma tiempo, e implica una aceptación tanto intelectual como emocional, pues las personas pueden estar anuentes de que el ser querido ya no va a volver mucho antes de que acepten las emociones. Para esta tarea, los rituales como los velorios o los funerales pueden ayudar a las personas a aceptar la pérdida, sin embargo, se vuelve más complicado en situaciones de fallecimientos abruptos (Worden, 2009).

2. Procesar el dolor del duelo: Worden (2009) indica la importancia de actuar sobre el dolor del duelo, debido a que de otra forma podrían agravarse los síntomas hacia conductas aversivas. Para esto se debe partir de que no todas las personas experimentan la misma intensidad del dolor o se sienten de la misma manera, así como hay personas que reportan no experimentar dolor debido a que intentan

evadirlo, esto aunado al hecho de que la sociedad actúa de forma inconforme ante las expresiones de dolor, fomentando la negación de la expresión del mismo. De igual manera, las personas suelen evitar pensamientos en relación con el ser querido fallecido, con el fin de evitar las sensaciones. Dentro de los sentimientos del duelo no solamente existe el dolor, sino que se deben reconocer y trabajar sobre las emociones de ansiedad, ira, culpa, tristeza y soledad.

3. Ajustarse al mundo sin la pérdida: Esta tarea se desarrolla en tres áreas de la vida de las personas, el ajuste externo, el ajuste interno y el ajuste espiritual. El ajuste externo implica abordar los cambios a nivel social y ambiental, los cambios de roles a partir de la pérdida, el cambio de los espacios físicos sin la persona fallecida, las nuevas responsabilidades y el desarrollo de nuevas habilidades. El ajuste interno implica abordar cambios sobre sí, la autopercepción, los sentimientos de autoeficacia y autoestima. Por último, el ajuste espiritual implica las creencias propias, las expectativas y asunciones sobre sí y el mundo, influenciadas por las familias, amistades, educación y religión (Worden, 2009).
4. Encontrar una conexión entre la pérdida y el camino hacia una nueva vida: Apunta hacia la adquisición de nuevos roles y habilidades. Se basa en encontrar un lugar para la persona fallecida en el cual se pueda mantener la conexión, pero de tal manera que no perjudique ni limite el avance en la vida. Por tanto, no se trata de dar por inexistente la relación con el ser fallecido, sino de encontrar formas de recordarlo, pero al mismo tiempo seguir con los proyectos personales (Worden, 2009).

Según Worden (2009), para muchas personas esta es la tarea más difícil, debido a que se dan cuenta que han paralizado su vida o que se han limitado de querer a alguien más.

Existen diferentes tipos de duelos a través de los cuales se pueden manifestar las sintomatologías, etapas o tareas. Para efectos del presente TFG se trabajó tanto con personas en proceso de duelo reciente como en procesos de duelo complicado.

Duelo reciente

En las primeras semanas del duelo se afirma que las personas pueden experimentar algo parecido a una “anestesia emocional”, permaneciendo en un estado de incredulidad. Posteriormente en esa primera fase aún, las personas pueden empezar a sentir el peso del dolor, entendiendo que es un hecho irreversible, por lo que se pueden presentar dificultades en el autocuidado, la cognición, la regulación emocional, la salud física, la higiene del sueño, la dieta, la espiritualidad o la fe y las relaciones interpersonales (Neimeyer, 2016).

Las respuestas esperadas de un duelo sin complicaciones de igual manera incluyen sentimientos de angustia, respuestas molestas y dolorosas, además las personas suelen tener conflictos con sentimientos de conexión y desolación, debido a que se sienten fuera de lo “normal” de las relaciones interpersonales con los otros por sus sentimientos ante la pérdida. Ante esto, el apoyo de las redes sociales tiene un rol fundamental para el bienestar y la sensación de reintegración a la comunidad (Neimeyer, 2016).

Regularmente, las personas suelen buscar validación de su estado emocional en otras personas que presenten historias similares a las suyas, hay una gran necesidad psicosocial de

expresar la dificultad de las emociones, por lo que la terapia debe proveer un espacio seguro y sin juicios para las personas, que permita escucharlas o acompañarlas en encontrar el significado de la pérdida (Neimeyer, 2016).

Duelo complicado

Este proceso de duelo se define como una respuesta de duelo prolongada, debilitante y potencialmente mortal ante una pérdida. Uno de los factores principales que inciden en el desarrollo de un duelo complicado es la incapacidad para regular emociones intensas, experimentadas regularmente en el proceso de duelo como angustiosas y difíciles de soportar (Neimeyer, 2016).

En el duelo complicado las personas se enfrentan a cuestionamientos sobre la coherencia entre las personas que eran antes, las que son ahora y las personas en las que se convertirán, lo cual representa una gran incertidumbre. Por esta razón, el trabajo de la psicoterapia consiste en una reorientación de prioridades que han sido alteradas por la pérdida del ser querido, sin embargo, el cambio ha representado un precio muy alto para las personas, principalmente cuando se trata de pérdidas prematuras (Neimeyer, 2016).

En el caso de trabajo con grupos en duelo complicado, el rol de una persona como coterapeuta adquiere mayor importancia, pues permite la división de tareas más complejas con el fin de que las sesiones grupales funcionen de forma más eficiente. Entre las tareas que puede realizar la persona coterapeuta se encuentran: examinar miembros potenciales, orientar a los nuevos miembros, realizar rituales de apertura y cierre, manejar situaciones de emergencia o crisis, abordar silencios grupales y tratar situaciones desafiantes en las sesiones (Neimeyer, 2016).

Violencia intrafamiliar

Se refiere a “toda acción u omisión cometida por algún(a) miembro(a) de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho del pleno desarrollo del otro(a) miembro(a) de la familia” (OPS/OMS, 2001, p.9).

Por tanto, se afirma que la violencia intrafamiliar implica una restricción de la libertad, de la dignidad, de la integridad y del libre movimiento. No es el resultado de prácticas patológicas, sino que son prácticas conscientes y orientadas a fomentar la organización social de la desigualdad de género y edad; es decir, es el resultado de relaciones de poder (OPS/OMS, 2001).

El término “violencia intrafamiliar” es la reestructuración del término “violencia doméstica”, ya que este sólo hacía alusión a un espacio físico, mientras que la violencia se determina del ámbito relacional. Dentro de esta conceptualización, se pueden ejercer diferentes tipos de violencia, como lo es la física, sexual, psicológica, patrimonial o económica, tanto de formas separadas como concurrentes entre sí (OPS/OMS, 2001).

Actualmente la violencia intrafamiliar es un problema social y de salud a nivel mundial, que afecta sistemáticamente a sectores específicos de la población, como lo son las mujeres, niñas, niños y personas adultas mayores. Específicamente en América Latina la mayoría de la violencia es ejercida hacia mujeres adultas y niñas, principalmente por parte del compañero íntimo, representado un 92% de los casos de violencia entre cónyuges.

Asimismo, el 87% de los casos de abuso infantil son abuso físico y el 90% de los casos de abuso sexual infantil son hacia mujeres (OPS/OMS, 2001).

Sin embargo, a pesar de estos datos, la violencia intrafamiliar se considera un problema invisibilizado por un subregistro y el bajo porcentaje de denuncias, siendo este entre un 15% y un 20% de los casos totales de América Latina. De igual manera, las víctimas suelen tener poca comprensión de las dinámicas de violencia intrafamiliar, por lo que no se asumen como casos de violencia intrafamiliar (OPS/OMS, 2001).

Entre los tipos de violencia intrafamiliar, más allá del abuso físico, se encuentran el encarcelamiento en la casa, las violaciones, las relaciones de poder por género y edad (OPS/OMS, 2001), los abusos psicológicos, las amenazas, las acciones controladoras, entre otras acciones que no son consideradas socialmente como violencia.

La Organización Panamericana de la Salud (2016) propone que, para abordar el tema de violencia contra la mujer, se debe partir de un enfoque de derechos humanos y un enfoque de género, con el fin de comprender que la violencia contra las mujeres parte de la desigualdad de poder y el poco acceso al cumplimiento de sus derechos.

Ciclo de violencia

Leonor Walker estableció en 1984 un modelo del ciclo de violencia, el cual se caracteriza por tres fases descritas a continuación:

- i. Aumento de tensión: Esta fase puede tener una duración de días hasta años, y se caracteriza por la ocurrencia de incidentes menores de agresión, ante los cuales la víctima suele evitar conductas que piensa que pueden ser “provocadoras” para el

agresor, ya que suele culpabilizarse de los actos de agresión. La víctima mantiene pensamientos esperanzadores de que el agresor puede cambiar, suele minimizar y encubrir las agresiones, mientras que el agresor va aumentando sus actos de violencia (Bogantes, 2008).

- ii. Incidente agudo de agresión: En esta fase el agresor realiza un acto de violencia que suele tener consecuencias físicas graves, por lo que la víctima tiene un distanciamiento del mismo, mientras que en la mayoría de los casos el agresor culpa a la víctima de su comportamiento violento. Es en esta etapa donde algunas de las víctimas ponen las denuncias o buscan ayuda en otras personas o instituciones (Bogantes, 2008).
- iii. Arrepentimiento y comportamiento cariñoso: Se le denomina “la luna de miel”, pues el agresor suele tener un comportamiento cariñoso y de arrepentimiento de los actos de agresión hacia la víctima, por lo que suele pedir perdón y prometer que no ocurrirá otro acto de violencia. En esta etapa la víctima estrecha la relación de dependencia con el agresor, incrementando sus sentimientos de esperanza de que ha cambiado. Sin embargo, esta etapa suele durar menos que la etapa de aumento de tensión (Bogantes, 2008) donde vuelve a iniciar el ciclo de violencia y se corre el riesgo de que la víctima se arrepienta y retire la denuncia.

Debido a que las víctimas suelen poner las denuncias en la segunda fase del ciclo de violencia, resulta fundamental brindar psicoeducación e incidir desde los sistemas de salud pública en el reconocimiento y la comprensión de las dinámicas de violencia intrafamiliar, con el fin de prevenir el inicio de un nuevo ciclo (Bogantes, 2008).

Conducta sexual saludable

La sexualidad y la conducta sexual saludable no sólo se expresan a nivel individual, sino también a nivel interpersonal y comunitario. Una conducta sexual saludable se caracteriza por la autonomía, reciprocidad, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda del placer y bienestar (Schutt & Maddaleno, 2003).

Por otro lado, estudios sobre salud en los hombres, han evidenciado que muchos de los accidentes y homicidios tienen su causa en la exposición intencional a situaciones de riesgo, las cuales son legitimadas por los estereotipos de masculinidad y los modelos de género (Mansfield, Addis y Mahalik, 2003; citados en Figueroa, 2007).

De igual manera, específicamente los hombres obtienen socialmente información sobre su sexualidad de forma fragmentada, frágil, contradictoria y ambivalente, generando una falta de conocimiento sobre sus propios cuerpos, su sexualidad y su salud en general. Se ha evidenciado que las construcciones de género exponen a los hombres y mujeres a problemas de salud. En la cultura costarricense los hombres cuentan con dificultades para reconocer contacto afectivo con otros, ya que se ha formado desde las concepciones de la masculinidad dominante (Figueroa, 2007).

En los y las adolescentes específicamente, se debe promover una conducta sexual saludable, lo que implica que permite a la persona joven apreciar su propia sexualidad, disfrutar los sentimientos sexuales, ser responsable de su conducta sexual y evitar situaciones que le lleven a consecuencias no deseadas, comprendiendo las consecuencias de ciertas conductas sexuales. Lo anterior implica un desarrollo a nivel cognitivo para que la persona promueva su salud integral, lo cual incluye la salud sexual (Schutt & Maddaleno, 2003).

Conducta sexual abusiva

Se entiende como cualquier acto de índole sexual hacia una persona de cualquier edad que se realice en contra del deseo de esta, sin consentimiento. Para fines de la práctica, la conducta sexual abusiva (CSA) se puede clasificar en abuso sexual u ofensa sexual (Díaz; citado en Caja Costarricense del Seguro Social, 2009a).

Abuso sexual

Es definido por la OMS/OPS (2001) como

cualquier acto en el que una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra a que ejecute un acto sexual contra su voluntad, o que participe en interacciones sexuales que propician su victimización y de la que el ofensor tiene gratificación (p.10)

Se afirma que la coacción implica uso de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión y amenazas. Además, si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, es considerado como abuso sexual (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Más específicamente, la Organización Mundial de la Salud (2013) indica que se refiere a

todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para

comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (p.2).

A pesar de que el abuso sexual por definición no se reduce a la violación, la Ley N°8590 de Costa Rica referente al “Fortalecimiento de la Lucha Contra La Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad mediante la reforma y adición de varios artículos al Código Penal, Ley N°4573, y reforma de varios artículos del Código Procesal Penal, Ley N°7594” asume como violación todo caso en que se tenga acceso carnal vía oral, anal o vaginal, con una víctima que sea menor de trece años, cuando el victimario se aproveche de la vulnerabilidad de la víctima o la misma se encuentra incapacitada para resistir y cuando se use la violencia corporal o intimidación (Ley N°8590, 2017).

Ofensa sexual

Se entenderá como ofensa sexual cualquier acto sexual con o hacia otra persona que no dé su consentimiento, que sea pretendido o percibido como dañino o humillante para la víctima o un extraño afectado y que se dé públicamente, que requiera de intervención de sistemas oficiales y que demanda una respuesta judicial. Se puede describir como un “abuso sexual descubierto”, por lo que todas las ofensas sexuales son abusos sexuales, pero no todos los abusos sexuales llegan a ser ofensas sexuales (Díaz; citado en Caja Costarricense del Seguro Social, 2009a).

Sanciones alternativas

Se refiere a sanciones no privativas de libertad, entre las cuales la Ley 7576 de Justicia Penal Juvenil (1996) dispone de sanciones socioeducativas y órdenes de orientación y supervisión. El Programa de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva (PCSA) se encuentra dentro de las sanciones de tipo de órdenes de orientación y supervisión, ya que implica un tratamiento ambulatorio en un centro de salud.

En Costa Rica son mandato de la Ley de Justicia Penal Juvenil para jóvenes entre los 12 y los 15 años y los 15 y los 18 años que cometan delitos o contravenciones (Fernández, 2012). Sin embargo, dependen de la voluntad del infractor para cumplir con la suspensión del proceso a prueba (Ley N°7576)

Suspensión del proceso a prueba

Se refiere a un instrumento procesal que puede detener la acción penal de la persona imputada, a cambio del sometimiento durante un plazo de tiempo, a ciertas obligaciones legales e instruccionales. En caso de cumplirlas, se declarará extinguida la acción penal, sin consecuencias jurídico-penales posteriores. En caso de que la persona imputada transgreda o incumpla la prueba, el tribunal tiene la facultad de revocar la medida y retomar la persecución penal (Peraza, 2010).

Enfermedad cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares (CVD por sus siglas en inglés) se refieren a enfermedades que afectan el sistema cardiovascular, el cual está integrado por el corazón y

los vasos sanguíneos. Estas enfermedades incluyen enfermedad de la arteria coronaria, enfermedad coronaria e infartos (Brannon, Feist & Updegraff, 2013).

Las arterias coronarias son las encargadas de suplir sangre al músculo del corazón denominado el miocardio, por medio de dos arterias coronarias (derecha e izquierda) que se ramifican desde la aorta, la cual se encarga de transportar la sangre oxigenada del corazón hacia el miocardio y todas las arterias del cuerpo. Por tanto, la enfermedad de la arteria coronaria surge al haber un daño en estas arterias, normalmente por enfermedad de aterosclerosis o arteriosclerosis (Brannon, Feist & Updegraff, 2013).

La primera hace referencia al estrechamiento de las arterias por depósitos grasos o tejidos fibrosos que se acumulan en las paredes de los vasos sanguíneos, formando capas denominadas ateroscleróticas (Sher, 2009). Estas capas provocan que la arteria se bloquee, cerrando el flujo sanguíneo y, por ende, el suministro de oxígeno al miocardio, lo que no permite la sobrevivencia del tejido, causando una muerte del mismo y finalmente un infarto.

Por su parte, la arteriosclerosis se refiere al endurecimiento de las arterias coronarias, perdiendo la elasticidad natural de las mismas, que permite que el corazón bombee con fuerza la sangre e impulse el ciclo de circulación por el cuerpo. Al estar afectado este ciclo, se pueden formar aneurismas en las paredes arteriales, los cuales pueden estallar y causar un accidente cerebrovascular o muerte hemorrágica (Brannon, Feist & Updegraff, 2013).

Se afirma que entre los factores de riesgo para desarrollar una CVD se encuentran los factores inherentes, los factores fisiológicos, los factores comportamentales y psicosociales. Entre los factores inherentes se encuentran el envejecimiento, la historia familiar, el género y la etnia. Entre los fisiológicos se encuentran la hipertensión, el nivel de colesterol elevado,

los problemas metabólicos de glucosa y la inflamación. Entre los factores comportamentales se incluyen el sobrepeso y la dieta, la actividad física y el fumado. Entre los factores psicosociales se indican el nivel de educación e ingresos, el apoyo social y marital, el estrés, la ansiedad, la depresión, la hostilidad y la ira (Brannon, Feist & Updegraff, 2013).

Las intervenciones abogan por un trabajo preventivo de estos factores de riesgo, el cual desde la psicología se basa en la modificación de los comportamientos no saludables en los casos que no cuenten con diagnóstico, o bien en aquellos que tengan conductas de riesgo (Brannon, Feist & Updegraff, 2013).

Asimismo, en algunos países se desarrolla la “cardiología conductual”, la cual se encarga de detectar riesgos y recomendar intervenciones psicológicas previas a los tratamientos o intervenciones médicas, con el fin de disminuir los síntomas ansiosos o depresivos, así como para regular el estrés y la ira; o bien brindar acompañamiento ante el diagnóstico. De la misma manera, el personal en psicología puede trabajar en momentos posteriores a las intervenciones médicas desde la rehabilitación cardiaca, con el fin de apoyar a los pacientes a retomar y modificar sus actividades cotidianas y sus estilos de vida (Brannon, Feist & Updegraff, 2013) y a tener adherencia al tratamiento, tomando en cuenta la actividad física, las disposiciones médicas, la dieta saludable y la cesación de fumado en los casos que así lo requieran.

Esclerosis múltiple

Anteriormente también se le conoció como la enfermedad de Charcot, debido a que fue el médico neurólogo quien describió por primera vez la enfermedad refiriéndose a la misma como una triada conformada por: nistagmo o diplopía, temblor intencional o ataxia y palabra escandida o dificultad para articular (Máximo, 2007).

Actualmente se tiene conocimiento de que la esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica inflamatoria de la sustancia blanca del sistema nervioso central, la cual destruye la mielina (desmielinización) y afecta los estímulos nerviosos, produciendo un retardo en la información generada a nivel cerebral. Se ha comprobado que es la enfermedad desmielinizante más frecuente y afecta principalmente a adultos jóvenes, en su mayoría mujeres, ya que se encuentra en una proporción de 2:1 con respecto a los hombres (Máximo, 2007).

La esclerosis múltiple presenta diferentes manifestaciones clínicas, entre las cuales se encuentran (Juárez, 2010):

- Neuritis ópticas y alteraciones visuales.
- Alteraciones motoras con espasticidad de la coordinación y de la marcha, disminución de la fuerza muscular, paresia muscular e hipertonía de los músculos abdominales.
- Temblor intencional de los movimientos voluntarios.
- Disartria.
- Alteración de los reflejos.

- Alteraciones sensitivas como pérdida de la sensibilidad corporal, el equilibrio, la coordinación de la marcha, parestesias o disestesias.
- Alteraciones cognitivas por deterioro de las funciones ejecutivas.

A pesar de que desde 1877 Charcot describió la presencia de “debilitamiento de la memoria”, históricamente se pensaba que los síntomas cognitivos eran poco frecuentes, sin embargo, actualmente se ha confirmado que estos afectan entre un 40% y un 70% de la población con esclerosis múltiple, influyendo en la realización de tareas instrumentales y el mantenimiento de los empleos (Custodio, Montesinos y López, 2018).

Entre los dominios cognitivos que se ven afectados en la enfermedad se encuentran: la memoria (de un 40% a un 65% de los pacientes), la atención y la velocidad del procesamiento de la información (de un 20% a un 25% de los pacientes), las funciones ejecutivas (de un 15% a un 20% de los pacientes), las funciones visuoespaciales (de un 10% a un 20% de los pacientes) y el lenguaje (de un 20 a un 25% de los pacientes) (Custodio, Montesinos y López, 2018).

Los síntomas de la enfermedad son la tercera causa de discapacidad en adultos jóvenes (Juárez. 2010) ya que los mismos repercuten en gran medida en las actividades de la vida diaria, lo cual implica una mayor dependencia para el cuidado (Olascoaga, 2010).

Estimulación cognitiva

Se refiere a una serie de ejercicios y actividades que se realizan con el fin de mejorar y/o mantener las capacidades cognitivas de una persona con deterioro cognitivo. La base

teórica de este planteamiento es el principio de la plasticidad cerebral, ya que por medio de estas actividades se crean y se modifican conexiones neuronales (Ansón et al., 2015). La estimulación cognitiva busca entrenar las habilidades que ya se encuentran instauradas y utilizar los recursos externos (Jara, 2007).

Asimismo, se retarda la progresión del deterioro, fortalece las relaciones sociales y potencia la autopercepción de las personas (Ansón et al., 2015). Es decir, no sólo se centra en el área cognitiva, sino que toma en cuenta al ser humano como ser integral, abordando también áreas como la afectiva, social y familiar (Jara, 2007).

Específicamente en la esclerosis múltiple, los dos objetivos principales del tratamiento son: optimizar y maximizar las capacidades residuales de los y las pacientes, y mejorar la adaptación entre la persona y su entorno (Juárez, 2010). Se ha comprobado que estos tratamientos influyen en la mejora de la percepción de la calidad de vida de los y las pacientes, así como en la salud mental (Olascoaga, 2010).

IV. Objetivos

Objetivo general

Potenciar habilidades y destrezas profesionales en psicología clínica y de la salud por medio de una práctica dirigida en la Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios, con el fin de fortalecer los conocimientos obtenidos en la carrera de psicología de la Universidad de Costa Rica.

Objetivos específicos

1. Brindar atención personalizada en consulta externa desde la psicología clínica, con el fin de propiciar la atención integral a las personas referidas a la Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios.
2. Facilitar intervención grupal a los jóvenes que asisten al Programa de Conducta Sexual Abusiva (PCSA) del Hospital San Juan de Dios, con el fin de favorecer su salud integral desde un marco de desarrollo humano.
3. Planificar y desarrollar un proceso de psicoterapia grupal dirigida a un grupo de personas en proceso de duelo reciente que asisten al HSJD, por medio de sesiones semanales para la prevención y promoción de la salud.

Objetivo externo

Fortalecer la atención brindada por la Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios por medio de la inserción profesional de la sustentante con el fin de optimizar la eficacia en los servicios en psicología en un hospital nacional.

V. Contexto histórico-institucional

El Hospital San Juan de Dios (HSJD) se creó el 3 de julio del año de 1845, siendo en este momento el Hospital General de la República (Caja Costarricense del Seguro Social, 2006-2018). La misión del HSJD es tanto asistencial como de desarrollo y avance de especialidades médicas y quirúrgicas, es decir, ha sido un hospital-escuela para las ciencias de la salud en Costa Rica. La visión del HSJD se basa en los principios de caridad, beneficencia, protección social y seguridad social (Caja Costarricense del Seguro Social, 2006-2018).

Desde la estructura organizacional, el HSJD se encuentra dividido en secciones y dentro de estas se encuentran los diferentes servicios de acuerdo con la especialidad médica. Actualmente cuenta con siete secciones: cirugía, servicio de emergencias, departamento de hemato-oncología, servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, sección de gineco-obstetría, sección de consulta ambulatoria y consulta externa y la sección de medicina (Caja Costarricense del Seguro Social, 2006-2018). Dentro de la sección de medicina, se encuentra el Servicio de Psiquiatría, el cual tiene a su cargo la Unidad de Psicología Clínica (Anexo 1).

Tanto el Servicio de Psiquiatría como la Unidad de Psicología Clínica, se encuentran especializados en la atención a enfermedades mentales por medio de la atención integral de la salud mental de los pacientes (Caja Costarricense del Seguro Social, 2006-2018). La persona que supervisó directamente esta práctica dirigida es la MPsc. Maureen Campos, quien labora como psicóloga clínica y coordinadora de la Unidad de Psicología del HSJD.

VI. Consideraciones ético-legales

Según el Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, “todo anteproyecto de Trabajo Final de Graduación que involucre un componente de investigación con seres humanos debe presentarse ante el Comité Ético - Científico de la Universidad de Costa Rica, una vez que se haya aprobado en la Comisión de Trabajos Finales de Graduación” (Universidad de Costa Rica, 2000).

Sin embargo, el presente Trabajo Final de Graduación, no estuvo dirigido en ninguno de sus objetivos a la investigación con sujetos humanos. Por otro lado, el carácter de la práctica dirigida se dirigió al beneficio de la población que asiste a la Unidad de Psicología Clínica del HSJD, así como a la capacitación de la practicante, como bien se indica en el objetivo general, no a la investigación de ninguna índole.

Precauciones para proteger a las personas

A pesar de no ser un trabajo de carácter investigativo, se hace la aclaración, tal y como lo indica el Colegio Profesional de Psicólogos (2017) que en ninguna circunstancia se divulgarán datos personales, imágenes o grabaciones que pongan en evidencia a una persona mayor de edad de la institución, a menos que sea bajo su consentimiento, como es en el caso de los datos de la asesora técnica en el informe del Trabajo Final de Graduación. Sin embargo, de igual manera, bajo ningún medio será así con menores de edad, aún bajo su consentimiento.

En relación con lo anterior, en la inserción profesional se acogió sin excepción alguna lo establecido por el Código de la Niñez y Adolescencia en su Artículo 27 sobre el Derecho a la imagen, en el cual se

prohíbese publicar, reproducir, exponer, vender o utilizar, en cualquier forma, imágenes o fotografías de personas menores de edad para ilustrar informaciones referentes a acciones u omisiones que se les atribuyan sean de carácter delictivo o de contravención o riñan con la moral o las buenas costumbres; asimismo, cuando de algún modo hayan participado o hayan sido testigos o víctimas de esos hechos, si se afecta su dignidad (Tribunal Supremo de Elecciones, 1998, p.11).

Asimismo, el hecho de que “queda prohibida la publicación del nombre o cualquier dato personal que permita identificar a una persona menor de edad autora o víctima de un hecho delictivo, salvo autorización judicial fundada en razones de seguridad pública” (Tribunal Supremo de Elecciones, 1998, p.11).

De igual manera, según el Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos/as de Costa Rica, afirma en su Artículo 22 que “la o el profesional en psicología deberá evitar toda actuación que facilite la obtención indebida de beneficios académicos a estudiantes o a personas subalternas de la o el profesional en psicología, así como todo acto que tienda al facilismo académico” (Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, 2017, p.5).

Según el Artículo 38 “Cuando se supervise el trabajo de estudiantes en práctica universitaria, los informes deberán de ser suscritos por la o el profesional en psicología” (Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, 2017, p.8). Por tanto, dentro de las labores

de la directora de la práctica dirigida y de la asesora técnica, tuvieron la responsabilidad de cumplir tanto con el Artículo 22 como con el Artículo 38 del Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.

VII. Metodología

La metodología del presente TFG consistió en una práctica dirigida realizada en el HSJD por un periodo de seis meses, contemplados de enero a junio, en una jornada de tiempo completo en la Unidad de Psicología Clínica. A continuación, se detallará la población beneficiada y la intervención llevada a cabo en las diferentes áreas de la inserción profesional.

A. Población

Las características de la población costarricense que asiste a la Unidad de Psicología del HSJD son: aquellas personas que residen en la región central sur del país, conformada por Desamparados, Acosta, Aserrí, Hatillo, Alajuelita, Pavas, Puriscal-Turubares, Mata Redonda-Hospital, Escazú, Mora-Palmichal y Santa Ana (Dirección de Comunicación Organizacional, 2011).

El HSJD recibe referencias de los centros de salud de segundo nivel, dentro de los cuales se encuentran la Clínica Dr. Marcial Fallas Díaz en Desamparados, la Clínica Dr. Solón Núñez Frutos en Hatillo y la Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas en Mata Redonda, así como el Hospital Escalante Pradilla en la Región Brunca del país (Dirección de Comunicación Organizacional, 2011).

De igual manera, al ser un hospital nacional, asisten aquellas personas que tienen una necesidad de atención en salud que los centros de salud de primer y segundo nivel que corresponden por ubicación, no cuentan con los servicios. Asimismo, puede recibir referencias de aquellos hospitales nacionales de tercer nivel que no cuentan con los servicios

de salud especializados, como lo son el Hospital Nacional de Niños, el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, el Hospital Nacional de las Mujeres, el Hospital Nacional psiquiátrico, el Hospital Dr.Chacón Paut y el CENARE.

La práctica dirigida brindó beneficios directos a la población que asistió a la Unidad de Psicología del HSJD por medio de referencia por parte del servicio de psiquiatría en su mayoría. A pesar de que se recibieron referencias por parte de otros servicios de las diferentes secciones o bien, por referencias en hospitalización.

La practicante realizó un trabajo en beneficio de las personas adolescentes y adultas referidas para psicoterapia individual. Se brindó psicoterapia a mujeres y hombres entre los 40 y 55 años y a adolescentes mujeres entre los 15 y 17 años.

Asimismo, tal y como se estableció en los objetivos del TFG, se benefició a aquellas personas referidas para psicoterapia grupal por procesos de duelo recientes y complicados. El programa de psicoterapia para duelo se se ha llevado a cabo en años previos, únicamente con personas que se encuentran en un proceso de duelo complicado, sin embargo, a causa de las referencias y largas listas de espera, en el año 2018 se inició con un grupo de personas con proceso de duelo reciente (Campos, comunicación personal, 2018). En esta práctica dirigida se brindó psicoterapia grupal a mujeres adultas entre los 40 y los 65 años en su mayoría, y solamente a una persona adulta mayor.

Como parte de las actividades adicionales que se realizaron durante la práctica dirigida, se brindó psicoterapia grupal de violencia intrafamiliar (VIF) a mujeres entre los 42 y los 65 años, siendo solamente una persona adulta mayor. La mayoría de las pacientes

presentaban trastornos de depresión, ansiedad y estrés postraumático asociados a las experiencias de violencia.

Las características de la población que asiste a las sesiones de psicoterapia grupal de duelo y de violencia intrafamiliar, son regularmente mujeres mayores de edad, a pesar de que en algunas ocasiones se ha contado con la participación de hombres (Campos, comunicación personal, 2018).

Por otro lado, se benefició a las personas que asistieron a un grupo de estimulación cognitiva, siendo tanto mujeres como hombres, con edades entre los 30 y los 60 años y solamente un adulto mayor. La mayoría de estas personas poseían diagnóstico de esclerosis múltiple, mientras que dos se encontraban por diagnóstico de deterioro cognitivo leve y por diagnóstico de enfermedad de Parkinson.

De igual manera que se planteó en los objetivos del TFG, se benefició a jóvenes, todos hombres menores y mayores de edad que asistieron como parte del Programa de Conducta Sexual Abusiva (PCSA) en el HSJD, referidos por el Poder Judicial de Costa Rica. Ramírez (2002) afirma que las características de los jóvenes que asisten al PCSA son: menores de edad que se encuentran entre los 12 y 18 años, la mayoría ha cometido sus delitos entre los 12 y 13 años y en general, antes de los 17 años de edad. La mayoría de las víctimas registradas han sido de sexo femenino, sin embargo, de igual manera existe un porcentaje de sexo masculino (Ramírez, 2002).

Sin embargo, de estos jóvenes referidos, el PCSA de la Unidad de Psicología Clínica del HSJD solamente brinda atención a los mayores de 15 años, ya que aquellos menores de esta edad son referidos al Hospital Nacional de Niños. De igual manera, el PCSA cuenta con

asistencia de jóvenes mayores de edad entre los 18 y los 22 años, pues su proceso judicial se ha demorado hasta que los jóvenes superaron la mayoría de edad (Campos, comunicación personal, 2018).

Los jóvenes mayores de edad fueron participantes de la segunda fase del programa, correspondiente al proceso grupal, encontrándose entre los 18 y los 22 años de edad. Por otro lado, los jóvenes menores de edad fueron atendidos en la primera y tercera fase del programa, correspondiente a las sesiones individuales, en la cual se benefició a jóvenes entre los 15 y 17 años.

Además, como se planteó en los objetivos, como beneficiarios se encontraron las personas referidas para evaluaciones psicodiagnósticas y neuropsicológicas, todas ellas adultas entre los 22 y 62 años, hombres y mujeres.

Finalmente, por demanda de la Unidad de Psicología del HSJD, debido a limitación de recursos de tiempo y recurso humano de la Unidad de Psicología Clínica, se generó un beneficio a las personas hospitalizadas en el Servicio de Cirugía Cardíaca, a quienes se les brindó un acompañamiento y atención prequirúrgica y postquirúrgica. Se brindó atención en su mayoría a adultos entre los 42 y los 63 años de edad, así como a personas adultas mayores. Asimismo, se benefició a pacientes atendidos por medio de interconsultas, encontrándose entre estas, personas adultas, adolescentes y adultas mayores.

Como beneficiarios indirectos se encontraron las personas que tienen relación directa con las personas atendidas por la practicante en la Unidad de Psicología Clínica en psicoterapia individual, en psicoterapia grupal de duelo, de violencia intrafamiliar y de estimulación cognitiva, y en los programas de PCSA desarrollados en HSJD, así como de los

pacientes hospitalizados atendidos por la practicante en los meses de enero a julio del año 2019 en el HSJD.

B. Intervención

Para el cumplimiento del objetivo general del presente TFG, se realizaron intervenciones en diferentes áreas de trabajo correspondientes a los objetivos específicos, así como se realizaron actividades adicionales, las cuales estuvieron ligadas al objetivo general del TFG.

Durante el trabajo realizado en estas áreas de intervención, se contó con dos fases de trabajo, las cuales correspondieron a una primera fase de observación y adquisición del rol de coterapeuta y una segunda fase en el rol de terapeuta.

Cabe resaltar que las actividades se realizaron dentro del HSJD y se agrupan de la siguiente forma: psicoterapia individual, psicoterapia grupal, desarrollo de programa PCSA, evaluaciones psicodiagnósticas y neuropsicológicas, atención en hospitalización y otras actividades detalladas en el presente documento.

Tal y como se planteó inicialmente, las actividades realizadas en esta práctica dirigida estuvieron enmarcadas en el modelo biopsicosocial y fueron de tipo interdisciplinarias con el fin de lograr los objetivos planteados. Este modelo se basa en el planteamiento de que los seres humanos se comportan y funcionan como un sistema integrado, con componentes dinámicos que se interrelacionan constantemente (Sarafino & Smith, 2011).

Por tanto, en las intervenciones realizadas en el presente trabajo final de graduación se tomaron en cuenta la existencia de factores sociales, psicológicos y biológicos. Entre los factores sociales se incluyeron aspectos como la sociedad, la comunidad y la familia; en los factores psicológicos se tomaron aspectos como las conductas, la cognición, las emociones, la motivación; y entre los factores biológicos se encontraron aspectos tanto genéticos como hereditarios (Sarafino & Smith, 2011).

Las actividades realizadas en la práctica dirigida se describen a continuación por medio de áreas de intervención:

1. Psicoterapia individual

Dentro del trabajo realizado por la practicante, se llevó a cabo la atención individual en psicoterapia a personas referidas principalmente por el servicio de psiquiatría, así como por otros servicios del HSJD e inclusive otros centros de salud.

Para el cumplimiento de esta actividad, la practicante tuvo dos roles distintos de capacitación de acuerdo a las fases de trabajo. Durante la primera fase se realizaron solamente observaciones de las sesiones de psicoterapia llevadas a cabo por la asesora técnica, tanto en casos de atención de primera vez, como en casos de seguimiento, solicitando previamente consentimiento a los y las pacientes. De igual manera, se realizaron las notas de atención incluidas en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y los expedientes físicos.

Para esta primera fase se dedicó el primer mes exclusivamente de observación y se inició con la segunda fase en el segundo mes de inserción. Sin embargo, se mantuvo la

asistencia como observadora a las sesiones llevadas a cabo por la asesora técnica en los siguientes cinco meses de la práctica dirigida.

Para la segunda fase, la practicante adquirió el rol de terapeuta, por lo que se realizaron evaluaciones y seguimiento de los casos individuales, así como el planeamiento de los procesos. De igual manera se realizaron las notas de atención incluidas en el EDUS y expedientes físicos, y las altas correspondientes.

Las personas atendidas por la practicante fueron determinadas en conjunto con la asesora técnica, de acuerdo a la prioridad por tiempo de referencia en la lista de espera de pacientes de la Unidad de Psicología Clínica. A partir de la identificación de casos, se realizaron las llamadas de citas correspondientes a cada una de las personas. Una vez iniciados los procesos, las citas a los pacientes se asignaron de forma bisemanal o semanal, esto determinado según la urgencia del caso.

Con respecto a la dinámica de las sesiones individuales, tuvieron una duración de una hora por sesión, además por cada una de las sesiones se realizó una nota de registro de la consulta en el EDUS y se adjuntó de forma impresa en el expediente físico. Todas las intervenciones contaron con supervisión directa de la asesora técnica y las notas de consulta contaron con su firma, código y sello, tal y como lo establece el Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica (2017).

Las intervenciones de psicoterapia individual se realizaron bajo técnicas y estrategias cognitivo conductuales. Esto principalmente porque la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) aplicada a problemas psicológicos, es la que ha recibido mayor evidencia empírica

y experimental sobre su eficacia y efectividad en las últimas tres décadas (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

La TCC tiene como objetivo la detección y cambio de conductas, pensamientos y respuestas emocionales. Se considera un ámbito de intervención en salud que toma en cuenta la mediación de factores cognitivos, biológicos y de la persona en las respuestas físicas, emocionales y conductuales. Por tanto, para el logro de estos objetivos se utilizaron inicialmente estrategias de evaluación como la entrevista conductual, la observación conductual y el análisis funcional de la conducta. Posteriormente se hizo énfasis en técnicas cognitivas, conductuales y emotivas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) de acuerdo con cada caso.

En cada uno de los casos atendidos se realizó una evaluación individual con tres fases por cada caso: la fase descriptiva que permitió identificar los datos, motivo de consulta y motivo de referencia de las personas atendidas; la fase interpretativa a través de la cual se realizó la formulación de hipótesis clínicas y las relaciones entre sus variables; y la fase de verificación (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Para la atención de los casos se utilizaron las siguientes técnicas de evaluación:

- Entrevista clínica conductual: Se utilizó la entrevista en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico, con los fines de establecer un clima empático, identificar conductas que son motivo de consulta y referencia, realizar historia clínica, desarrollar el análisis funcional de la conducta, incrementar la motivación, evaluar la efectividad de intervenciones previas y establecer el objetivo de trabajo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Para esto se utilizó como base la entrevista clínica estructurada

planteada por Fernández (2011), la cual fue adecuada de acuerdo con cada uno de los casos, según el motivo de referencia y las características de la persona.

- Observación conductual: El objetivo de utilizar observaciones conductuales fue obtener mayor información sobre las conductas problema (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Durante las sesiones se realizaron observaciones de eventos conductuales durante el tiempo de la sesión. En todos los casos se utilizó como unidad de análisis el continuo del comportamiento, ya que esto permitió que no se realizara una especificación previa de las conductas a observar, sino que se observaron conductas que aparecieron en tiempo real durante la sesión, como lo fueron aspectos verbales o no verbales (Fernández, 2011), los cuales posteriormente se detallaron en la nota de atención adjuntada en el expediente físico y digital de la persona atendida.
- Análisis funcional de la conducta: Se afirma que es el elemento cardinal de la evaluación, ya que permite realizar un análisis individual de cada uno de los casos, con el fin de sintetizar las conductas problema de los pacientes y las variables que correlacionan con el mismo, entre estas, las que se pueden controlar para generar un cambio (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En todos los casos se realizó un análisis funcional indirecto, es decir, se observó la conducta por medio de entrevista, autorregistros, cuestionarios y entre otras fuentes que permitieron complementar la información obtenida de la entrevista inicial (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) según cada caso, con el fin de realizar una triangulación de la información recolectada para generar un diagnóstico.

Con respecto a las estrategias de intervención, se utilizaron diferentes técnicas de acuerdo con cada uno de los casos, con el fin de cumplir con los objetivos en cada uno de ellos. A continuación, se presentan las estrategias utilizadas.

- **Psicoeducación:** Se utilizó la psicoeducación por medio de brindar información y empoderar a las personas atendidas sobre sus síntomas y tratamiento, con el fin de aumentar la conciencia de enfermedad, proveer herramientas y el desarrollo de habilidades para el manejo de la misma, así como promover cambios en comportamientos y actitudes relacionadas. Este proceso se llevó a cabo tomando en cuenta aspectos cognitivos, afectivos y sociales, así como habilidades e intereses de cada una de las personas atendidas (Zhao, Sampson, Xia y Jayaram, 2015). Entre los temas que se abordaron en mayor medida estuvieron la desestigmación de los trastornos mentales, la autorregulación emocional y el autocuidado.
- **Autorregistros:** Técnica semiestructurada que permitió el registro de la conducta problema en cada uno de los casos, con el fin de dar cuenta de la propia conducta y evaluar las condiciones ambientales que mantienen el problema. Para esto se brindó una hoja a los pacientes con forma de matriz, con el fin de que anotaran las conductas problema en el momento en que se producían en el espacio natural (Fernández, 2011), así como la observación de eventos antecedentes, las cogniciones y emociones generadas. En todos los casos se utilizó la unida de intensidad por medio de la Escala de Unidades Subjetivas de Distrés o SUDS por sus siglas en inglés, pues se pretendió registrar la diferencia en el impacto de los eventos a nivel cognitivo y emocional en las personas atendidas. Cada una de las matrices se realizó según el caso.

La técnica de autorregistro se mantuvo durante todo el proceso también como estrategia de evaluación, con el fin de conocer el estado emocional de los y las pacientes, y las situaciones en las que las conductas o pensamientos se incrementan o disminuyen en cuanto al malestar, así como para analizar el agrado hacia las actividades que se proponen en las sesiones. Al haber realizado un autorregistro desde la primera sesión, esta estrategia se puede utilizar para comparar la línea base de los cambios posteriores (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

- Reestructuración cognitiva: El objetivo de utilizar esta estrategia fue tanto presentar evidencia que desmintiera la malinterpretación catastrófica de las personas, como ofrecer una explicación alterna a sus sensaciones (Clark y Beck, 2012). Por tanto, inicialmente se realizó la detección de creencias o esquemas disfuncionales en situaciones específicas de cada uno de los y las pacientes. Posteriormente, se buscó guiar a los y las pacientes a conformar nuevas perspectivas, por medio del desafío de las creencias disfuncionales por el cuestionamiento de las mismas. Durante las sesiones se realizaron preguntas abiertas con el objetivo de que las personas realizaran sus propias asociaciones y argumentaciones de las situaciones (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).
- Entrenamiento en respiración: Se utilizó esta estrategia con el objetivo de promover la adquisición de patrones de respiración fisiológicamente apropiados (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) en los casos en que se presentó sintomatología ansiosa. Se realizó el entrenamiento en etapas iniciales de los procesos, pues se sugiere esta técnica con

el fin de contrarrestar los síntomas de ansiedad, así como para poner en evidencia las malinterpretaciones catastróficas de los síntomas físicos.

Específicamente se ejecutaron entrenamientos en respiración diafragmática, en la cual se realiza la inspiración desde las costillas inferiores hacia la parte superior del abdomen y la espiración de forma viceversa. Esto reduce la hipocapnia a través de generar bajas tasas inspiratorias y, por ende, aumenta los niveles de dióxido de carbono en la sangre, lo que interviene en la modulación del sistema nervioso autónomo y reduce la sobreactivación simpática (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Asimismo, se realizaron entrenamientos en respiración profunda (Anexo 2).

- Exposición: Se realizó entrenamiento en exposición en los y las pacientes con sintomatología ansiosa, con el fin de producir una habituación del estímulo que causa ansiedad y posteriormente la extinción de la respuesta, con el fin de establecer nuevas asociaciones (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Específicamente se utilizó la exposición por imaginación y exposición en vivo. Se inició con la primera de estas, por medio de un entrenamiento por imaginación durante las sesiones, pues no existía la posibilidad de tener contacto con las situaciones en sus contextos naturales, sino que se recrearon las situaciones por medio de representaciones mentales. Posteriormente se asignó la exposición en vivo entre sesiones, que correspondió al contacto directo con las situaciones que generaban ansiedad, pues se ha reconocido que es la estrategia que genera mejores resultados (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

El entrenamiento en exposición se llevó a cabo de forma gradual en todos los casos, ajustándose a una desensibilización sistemática propuesta con base a una jerarquía

establecida en conjunto con el o la paciente según la SUDS. La elección de las situaciones de exposición varió de acuerdo a cada uno de los casos y la intensidad de la ansiedad generada hacia la persona según la SUDS, iniciando en un rango de menor a mayor según lo asignado inicialmente.

- Entrenamiento en habilidades de comunicación: Se utilizó esta estrategia en los objetivos de procesos individuales, por lo que el objetivo fue entrenar la forma de compartir pensamientos y emociones de una forma respetuosa y asertiva y anuente a escuchar la perspectiva del otro. Se utilizaron estrategias como hablar de forma subjetiva, expresar emociones, describir la situación y su sentimiento involucrando a la otra persona, expresar sentimientos positivos en lugar de solamente comunicar los negativos, especificar la situación que generó disgusto y los sentimientos que generó (Epstein & Baucom, 2002).
- Programación de actividades agradables: En los casos en que se presentaron síntomas relacionadas con falta de motivación, falta de esperanza y rumiación excesiva, se utilizó esta técnica conductual con el fin de identificar patrones evitativos que podían estar manteniendo los síntomas, para así promover el refuerzo positivo y mantener la mejora del estado de ánimo por obtener mayor placer y gratificación al realizar patrones de actividades establecidas (Bianchi y Henao, 2015). Se enfocó en buscar en conjunto con las personas las variables contextuales y los reforzadores. Para esto se utilizó la técnica de gradiente (Barlow, 2014), realizando una escala de actividades a realizar basada en la dificultad según la SUDS.

- Terapia Dialéctica Conductual: Se utilizó esta terapia únicamente en el caso de pacientes con conductas de desregulación emocional y conductas autolesivas. La terapia dialéctica conductual o DBT por sus siglas en inglés es un tratamiento desarrollado por Marsha Linehan con evidencia para la reducción de conductas autolesivas y suicidas, así como se han hecho adaptaciones que muestran evidencia para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, estrés postraumático, pacientes hospitalizados y entornos forenses (Brodsky y Stanley, 2013).

La utilización de esta terapia se realizó por medio de sus cuatro módulos establecidos por Brodsky y Stanley (2013): mindfulness, tolerancia al distrés, regulación emocional y efectividad interpersonal. Para el caso en particular, se utilizaron los cuatro módulos, iniciando con el módulo de mindfulness, tal y como Brodsky y Stanley (2013) lo proponen, seguido de las estrategias de tolerancia al distrés y regulación emocional y finalizando con la efectividad interpersonal.

Para la implementación de mindfulness, se siguió la guía de Brodsky y Stanley (2013), por lo que inicialmente se utilizó la metáfora de los tres estados de la mente (mente racional, mente emocional y mente sabia), seguida de las “habilidades qué”, correspondientes a la observación, descripción y participación; y por último, las “habilidades cómo”, las cuales implican no juzgar, centrarse en una sola cosa en cada momento y hacer lo necesario en cada situación.

La tolerancia al distrés estuvo orientada al cómo experimentar una situación de crisis sin intentar cambiarla o realizar comportamientos autolesivos, ante lo que se establecen dos

intervenciones: implementar estrategias de supervivencia y aceptar la realidad. Por un lado, aceptar la realidad implica reconocer la necesidad de nuevas estrategias para lidiar con las situaciones. No necesariamente implica aprobación, pero si reconocer y aceptar la situación como es y no como debería ser, con el fin de poder utilizar las estrategias adecuadas (Brodsky y Stanley, 2013).

Por otro lado, las estrategias de supervivencia según Lineham (citado en Brodsky y Stanley, 2013) en casos de crisis son:

1. Estrategias funcionales de distracción en lugar de aquellas no funcionales: Se trata de evitar las conductas autolesivas que tienen consecuencias destructivas o bien distraerse de situaciones que se deben resolver. Ante esto se proponen estrategias funcionales como realizar actividades, utilizar comparaciones en perspectiva, realizar actividades que permitan contribuir socialmente, inducir otras emociones por medio de actividades, utilizar otros pensamientos y otras sensaciones corporales.
2. Estrategias autorelajantes: Consiste en utilizar alguno o algunos de los cinco sentidos para crear sensaciones de calma. El fin de utilizar estas estrategias es que las personas se sientan capaces de regularse a sí mismas, principalmente en situaciones donde son propensas a realizar conductas de autocastigo.
3. Mejorar el momento: Se basa en reconocer algunas situaciones que no pueden ser cambiadas, por otro lado, aceptar las situaciones a pesar de que estas no sean las deseadas.

4. Analizar los pros y los contras: Se utiliza principalmente para analizar las acciones autolesivas en contraposición del bienestar físico. Esta estrategia se utiliza tanto durante las sesiones como por medio de asignaciones.

El tercer módulo de la terapia dialéctica conductual, correspondiente a regulación emocional, implica la utilización de técnicas cognitivas, conductuales y mindfulness, ya que busca la identificación, descripción, validación y aceptación de las reacciones emocionales por parte de los y las pacientes.

Se inicia cuestionando los mitos sobre las emociones y se realiza psicoeducación sobre la funcionalidad de las mismas. Entre las técnicas utilizadas, se encuentran las auto-observaciones y la descripción de las emociones según las situaciones, con el fin de identificar y disminuir las respuestas emocionales negativas, mientras se incrementan las positivas.

Con respecto al cuarto y último módulo correspondiente a la efectividad interpersonal, las personas con trastorno límite suelen desarrollar relaciones dependientes de otros en aspectos de autopercepción y autorregulación emocional, por lo que suelen ser desencadenantes de las conductas autolesivas. Durante este módulo se retoma el entrenamiento en mindfulness, se realiza entrenamiento en comunicación asertiva y reestructuración cognitiva.

2. Psicoterapia grupal

Dentro de los procesos de psicoterapia grupal, se trabajó con dos grupos: psicoterapia grupal de duelo y psicoterapia grupal de violencia intrafamiliar. Para cada uno de ellos se realizó un planeamiento diferente, de acuerdo a las necesidades de las personas integrantes del grupo, por lo que se utilizaron técnicas distintas. De igual manera, el rol de la practicante varió de acuerdo con las demandas de las actividades, por lo que a continuación se describe por medio de apartados.

a. Psicoterapia grupal de duelo

En el caso de psicoterapia grupal de duelo se trabajó con dos grupos, el primero de ellos ya había iniciado el proceso con la asesora técnica, por lo que la practicante se integró a mediados del mismo. El trabajo realizado con este grupo consistió en el rol de coterapeuta durante el desarrollo de las sesiones, según el planeamiento establecido por la asesora técnica, así como en la elaboración de notas ingresadas a los expedientes físicos.

Por tanto, durante el primer grupo de duelo, la practicante adquirió un rol perteneciente a la primera fase de la intervención. En el segundo grupo de trabajo, la practicante adquirió un rol de terapeuta y llevó a cabo los planeamientos de las sesiones de trabajo (Anexo 3), correspondiendo a la segunda fase de la intervención.

El planeamiento grupal se llevó a cabo con base en las tareas del proceso de duelo propuestas por Worden (2009), pues se parte del planteamiento de que las etapas del proceso de duelo que han propuesto previamente otros autores como es el caso de Elisabeth Kübler-

Ross, parecieran indicar que las personas pasan por el duelo de forma serial o lineal, a pesar de que estas suelen traslaparse.

Por otro lado, el enfoque de Worden (2009) plantea tareas del duelo que son de mayor funcionalidad en la clínica, pues implica que las personas en este proceso deben realizar conductas que pueden ser interferidas también por el ambiente. Es decir, se basa en que las personas pueden ser partícipes de su proceso de duelo con el fin de adaptarse a la pérdida, lo que interviene en los sentimientos de desesperanza en el duelo.

Desde esta concepción del proceso de duelo, el duelo es un proceso y no una etapa (Worden, 2009). Basado en esto, al inicio del proceso grupal se realizó psicoeducación sobre el duelo como un proceso que consta de tareas, y en el cual en algunas ocasiones se podían identificar cinco etapas según Kübler Ross (McNeely, 2006): negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Sin embargo, se trabajaron las etapas de forma tal que cada una de las participantes pudo encontrarse en una distinta, sin necesidad de seguir un orden en particular o de llevar cada etapa de forma separada (Worden, 2009), sino con el fin de que las participantes pudieran identificarse con las etapas de forma no lineal.

Por otro lado, los objetivos del planeamiento general se basaron en las tareas del duelo, las cuales se describen a continuación:

1. Aceptar la realidad de la pérdida: En esta tarea se buscó aceptar la realidad de que la persona se ha ido y no va a regresar, es decir, que la reunión es imposible, pues algunas personas se encontraban en un proceso de negación ante la pérdida y su irreversibilidad. Se abordaron las conductas de evitación de hablar sobre la

persona fallecida o sus recuerdos, o conductas de llamar o buscar a la persona fallecida.

En esta tarea en particular, se tomó en cuenta el papel de la espiritualidad en cada una de las participantes del grupo, con el fin de partir de un contexto para el entendimiento de sus conductas, pues se trabajaron tanto aspectos conductuales, como cognitivos, emocionales e interrelacionales. Para esta tarea se dedicaron tres sesiones de trabajo, así como asignaciones entre sesiones por un tiempo de tres semanas.

2. Procesar el dolor del duelo: A través de esta segunda tarea se pretendió trabajar la evitación del sentimiento de dolor de la pérdida. En este punto se trabajó también sobre las presiones sociales que suelen dificultar el procesamiento del dolor, por temor a las críticas y comentarios. Se trabajaron tanto sentimientos de tristeza, como de ansiedad, enojo, culpa, depresión y soledad (Worden, 2009). Para esto se dedicaron cinco sesiones de trabajo, con asignaciones entre sesiones, por un tiempo de cinco semanas.
3. Ajustarse al mundo sin la pérdida: En esta tarea se trabajaron tres áreas de ajuste en específico: el ajuste externo, el ajuste interno y el ajuste espiritual. En el ajuste externo, se trabajaron los cambios a nivel social y ambiental, los cambios de roles a partir de la pérdida, el cambio de los espacios físicos sin la persona fallecida, las nuevas responsabilidades y el desarrollo de nuevas habilidades. En el caso del ajuste interno, se abordaron los cambios sobre sí mismas, su autopercepción, los sentimientos de autoeficacia y estima. Por último, en los ajustes espirituales se

trabajaron las creencias propias, expectativas y asunciones sobre sí mismas y el mundo, influenciadas por las familias, amistades, educación y religión (Worden, 2009).

Para esto, se dedicaron las tres últimas sesiones, pues se realizó un enlace entre los objetivos de trabajo de la tercer y cuarta tarea.

4. Encontrar una conexión entre la pérdida y el camino hacia una nueva vida: El cuestionamiento generado por las formas de ajuste internas, externas y espirituales, estuvo enfocado hacia la adquisición de nuevos roles y habilidades, que es hacia lo que apunta esta cuarta tarea. En el planeamiento se realizó un enfoque hacia el proyecto de vida como eje transversal del proceso, con el fin de facilitar la última tarea del proceso de duelo, la cual se orienta a la conservación del recuerdo de la pérdida, sin hacer del dolor el punto central del proceso, sino con nuevas formas de enfrentar las realidades (Worden, 2009).

Cabe destacar que el tiempo propuesto entre cada una de las tareas se estableció meramente por los objetivos a alcanzar, sin embargo, cada una de las tareas se retomaron durante el proceso como un continuo, que pueden expresarse de forma conjunta o en diferente orden, tal y como se planteó inicialmente.

Como técnicas específicas se utilizaron las siguientes:

- Psicoeducación: Se utilizó la psicoeducación como medio para brindar información sobre el proceso de duelo, eliminar mitos y normalizar el duelo como proceso natural, con el fin de promover cambios en comportamientos y actitudes relacionadas. Al

igual que en los procesos de psicoterapia individual, se llevó a cabo tomando en cuenta aspectos cognitivos, afectivos y sociales, así como habilidades e intereses de cada una de las personas atendidas (Zhao, Sampson, Xia y Jayaram, 2015).

- **Reestructuración cognitiva:** Se utilizó con el fin de facilitar la identificación de pensamientos irracionales y confrontar los mismos con la realidad (Worden, 2009). Se trabajaron pensamientos de culpa, personalización, generalización, pensamientos polarizados y catastrofización. La importancia de trabajar estos pensamientos se basó en prevención de conductas de aislamiento, alcoholismo, autolesiones o conductas de riesgo que suelen estar implicadas en los procesos de duelo complicado (Neimeyer, 2016).
- **Respiración:** Se trabajaron estrategias de respiración diafragmática, con el fin de fomentar la relajación y reducir estados de activación fisiológica para incidir en la autorregulación emocional, cognitiva y conductual (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Se afirma que el trabajo con técnicas de relajación en procesos de duelo incide en conductas y síntomas asociadas a este proceso, como el insomnio, náuseas, migraña y síntomas depresivos (Neimeyer, 2016). Se realizaron entrenamientos en relajación durante las sesiones y en forma de asignaciones, con el fin de visualizar el impacto de la técnica en la disminución de la intensidad de los síntomas.
- **Mindfulness:** Se utilizó esta técnica desde el enfoque terapéutico cognitivo-conductual, utilizando como base el Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR por sus siglas en inglés) de Kabat-Zinn (1990; citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), ya que este programa permite utilizar las técnicas desde una

perspectiva de la medicina conductual, utilizando la psicoeducación. De igual manera, se ha comprobado que el MBSR no solamente tiene resultados significativos con problemáticas vinculadas al estrés, sino en casos de dolor crónico, cáncer, enfermedades cardíacas, trastornos del sueño y ansiedad, teniendo como factor común el aumento de la calidad de vida (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

El objetivo último de la utilización de la técnica fue facilitar el cambio en relación con la experiencia interna, tomando en cuenta las sensaciones físicas, las cogniciones y las emociones, para así lograr una aceptación de las mismas en lugar de eliminarlas, evitarlas o modificarlas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Debido a que el plan de trabajo no se encontró basado en el MBSR, no se llevó a cabo el programa de ocho sesiones dedicadas exclusivamente a mindfulness, sino que se utilizó como recurso la autoexploración corporal, la práctica de mindfulness en posición sentada y la práctica de atención plena en la vida cotidiana (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) durante algunas de las sesiones.

- Programación de actividades agradables: Según afirman Young, Rygh, Weinberger y Beck (citados en Barlow, 2014), la técnica de programación de actividades agradables es una técnica conductual frecuentemente utilizada cuando los pacientes presentan pérdida de motivación, falta de esperanza y rumiación excesiva. Por tanto, se utilizó en el grupo con el fin de fomentar en las pacientes la obtención de mayor placer y gratificación al lograr la realización de patrones de actividades por medio del proyecto de vida planteado en la última tarea del proceso de duelo.

b. Psicoterapia grupal de violencia intrafamiliar

En el caso del trabajo realizado en el grupo de psicoterapia grupal de VIF, la practicante adquirió un rol de coterapeuta en el desarrollo del planeamiento y en las sesiones de trabajo. Esta actividad no se encontraba planteada dentro de los objetivos específicos del TFG, sino que surgió como actividad adicional por demanda del HSJD, debido a la importancia de un rol de coterapeuta en terapias grupales de violencia. De igual manera, la inserción en este grupo estuvo de acuerdo con el objetivo general de capacitación del presente TFG.

Durante las sesiones de trabajo, se desarrollaron las temáticas de: ciclo de la violencia, tipos de violencia intrafamiliar, relaciones interpersonales, comunicación asertiva, límites, autoestima, toma de decisiones y proyecto de vida. Para el abordaje de estos temas se contaba con técnicas previamente establecidas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, autorregulación emocional, entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva, programación de actividades agradables y creación de proyecto de vida.

El rol de la practicante en la psicoterapia grupal se basó en la co-facilitación de las sesiones, así como se brindaron propuestas de actividades y técnicas a utilizar, se elaboró material de psicoeducación para presentar a las pacientes integrantes del grupo, asimismo, se desarrolló un plan de intervención escrito, en el cual se describen las actividades realizadas (Anexo 4). Al finalizar la terapia grupal se adquirió el rol de terapeuta de dos de uno de los casos individuales que requirió de seguimiento.

Entre las estrategias de intervención utilizadas por la practicante se encuentran:

- Psicoeducación: La psicoeducación en personas que han sido víctimas de violencia intrafamiliar es un factor fundamental para prevenir la recurrencia de la situación, por lo cual, durante las sesiones se brindó información sobre señales de alerta para reconocer e identificar situaciones de violencia intrafamiliar, como bien lo establece Rojas (2005) como parte del modelo de atención de la violencia intrafamiliar en los centros de salud de Costa Rica.

Aunado a esto, Bott, Guedes, Claramunt y Guezmes (2010) indican que las estrategias del sector salud deben ir enfocadas a brindar educación comunitaria en materia de violencia como problema de salud, desde el marco de los derechos humanos.

Basado en lo propuesto por la Federación Internacional de Planificación de Familia en su manual dirigido a los profesionales de salud en países en desarrollo, los programas desde los servicios de salud deben abordar los temas de: derechos de las usuarias en los servicios de salud, violencia familiar, violencia por parte de la pareja, violencia sexual, servicios disponibles para sobrevivientes de violencia, leyes, derechos sexuales y reproductivos y derechos de la mujer (Bott, Guedes, Claramunt y Guezmes, 2010).

Por tanto, durante el desarrollo de las sesiones y de forma no lineal, se abordaron los temas desde la psicoeducación a las participantes. De igual manera que se realizó con los procesos de psicoterapia grupal de duelo, en la utilización de esta estrategia se

tomaron en cuenta los aspectos cognitivos, afectivos y sociales, y las habilidades e intereses de las personas (Zhao, Sampson, Xia y Jayaram, 2015).

- Reestructuración cognitiva: Según la Organización Panamericana de la Salud (2016), las mujeres que han sido víctimas de violencia, principalmente por su pareja, suelen desarrollar trastornos mentales, principalmente depresión, ansiedad o estrés postraumático, los cuales se encuentran ligados con distorsiones cognitivas.

Se ha establecido la importancia de abordar las distorsiones cognitivas en los casos de violencia intrafamiliar, con base en la teoría del ciclo de violencia de Leonore Walker (1984; citada en Bonilla, Valero, Stella y Buitrago, 2017), debido a que se ha identificado que las distorsiones cognitivas son la principal causa por la cual las víctimas de VIF no hacen uso de las redes de apoyo y, por tanto, se perpetúa el ciclo.

Por tanto, la intervención se dirigió a identificar las distorsiones cognitivas que mantenían los ciclos de violencia y hacer una modificación de estas, con el fin de prevenir el inicio de otro ciclo de violencia. Esto no se limitó solamente a una sesión, sino que se trabajó por medio de diferentes sesiones y temas abordados.

- Respiración diafragmática: Se realizó un entrenamiento en respiración diafragmática y se mantuvo por varias sesiones de trabajo, así como se trabajó en forma de asignación. El objetivo de esta técnica es disminuir la activación fisiológica y psicológica que mantenían la mayoría de las participantes, debido a los trastornos asociados de ansiedad y estrés postraumático que presentaban; mientras se generaba un sentimiento de bienestar.

- Respiración muscular progresiva de Jacobson (1993, citado en Clark y Beck, 2010): Esta técnica es sugerida por la Organización Panamericana de la Salud (2016) para los casos de mujeres víctimas de violencia por su pareja o violencia sexual. Se ha comprobado que esta técnica es incompatible con las emociones de miedo y ansiedad, ya que es aplicable a la vida cotidiana de las personas (Clark y Beck, 2010). Por tanto, esta técnica se utilizó tanto en las sesiones, como en asignaciones, llevando a cabo inicialmente un entrenamiento guiado por la practicante.

3. Programa PCSA

Específicamente en el trabajo realizado con PCSA, en el HSJD previamente se hacía especial énfasis en los factores sociales asociados a la conducta sexual abusiva. Para el planeamiento del programa, la C.C.S.S. tomó en cuenta el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1979; citado en Caja Costarricense del Seguro Social, 2009b), el cual propone el ambiente como sistemas que se encuentran contenidos unos a otros y divididos de la siguiente manera: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

El microsistema hace referencia al espacio social más inmediato de la persona, como la familia, el colegio y los pares; el mesosistema se refiere a la relación entre dos o más microsistemas en los que la persona participa; el exosistema integra contextos más amplios como el vecindario; por último, el macrosistema involucra el contexto social y

cultural, como las leyes, las normas sociales y los estándares (Caja Costarricense del Seguro Social, 2009b).

Sin embargo, al haberse realizado la práctica dirigida bajo un modelo biopsicosocial, se tomó en cuenta la modificación realizada por el propio autor y colaborador (Bronfenbrenner & Ceci, 1994, citados en Frías, López & Díaz, 2003), en donde se establece que este modelo debe considerar también el aspecto bio-psicológico de los seres humanos, por lo que el desarrollo también se ve influenciado por características genéticas y por la continuidad de cambios en la persona a través del tiempo. Se considera un modelo proceso-persona-contexto-tiempo (PPCT) (Frías, López & Díaz, 2003).

Este modelo se tomó en cuenta en las tres fases de intervención de la practicante en el PCSA, descritas a continuación:

Primera fase

La primera fase del programa consistió en la elaboración de evaluaciones de factores de riesgo y factores de protección de los jóvenes, por medio de entrevistas con los jóvenes y la persona encargada de su crianza. Lo anterior se realizó según la Guía de Atención para el Abordaje de Personas Adolescentes con Conductas Sexuales Abusivas con Suspensión Proceso a Prueba, emitida por la C.C.S.S., donde se establece que en la primera fase se realiza una valoración integral sobre las redes sociales significativas y la condición de la persona adolescente referida por el Poder Judicial (Caja Costarricense del Seguro Social, 2009b).

En esta fase se realizaron tres sesiones individuales: la primera dirigida a realizar una entrevista clínica sobre el motivo de referencia, así como a brindar una explicación del PCSA, con el fin de que el joven indicara su acuerdo o desacuerdo con asistir al mismo, y finalmente se realizó la referencia para trabajo social y se asignó la próxima cita.

En la segunda sesión, se solicitó a los jóvenes que asistieran con la persona encargada de su crianza, con el fin de tomar la historia de vida del joven desde la concepción hasta la actualidad. Durante esta entrevista, se tomaron en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales, partiendo de la modificación del modelo biopsicosocial de Bronfenbrenner & Ceci (1994, citados en Frías, López & Díaz, 2003).

Durante la última sesión individual antes de iniciar el proceso grupal, se evaluaron los factores y conductas protectoras y de riesgo, ante lo que se tomaron en cuenta las relaciones sociales, la historia y creencias sobre la sexualidad, se realiza una evaluación en las áreas cognitiva y afectiva y se toman en cuenta los factores académicos, familiares y habilidades personales (Anexo 5).

En los casos en los cuales se identificó un posible trastorno o problemática en torno a la salud mental del joven, se agendaron sesiones adicionales a las planteadas, con el fin de abordar la situación de forma individual. Asimismo, en caso de considerarse que el joven presenta algún factor de riesgo psicosocial en relación con consumo de drogas, víctima de violencia intrafamiliar o abuso sexual, se realiza una referencia a las instituciones correspondientes antes de iniciar la segunda fase; sin embargo, no se contó con ningún caso con estos factores de riesgo.

Segunda fase

En la segunda fase, se realizó un proceso de atención grupal a las personas jóvenes con conducta sexual abusiva por medio del desarrollo y facilitación de sesiones grupales semanales en torno a la conducta sexual abusiva con el fin de potenciar las habilidades sociales y alternativas de interacción no violentas

Esta fase tuvo una duración de cinco meses, en la cual se desarrollaron temáticas correspondientes a: legislación nacional, consentimiento, precondiciones motivacionales, distorsiones cognitivas, consecuencias del abuso sexual, sexo y género, vínculos afectivos, masculinidad, sexualidad integral, redes sociales, historia de vida, proyecto de vida, habilidades para la vida y prevención de la reincidencia.

La elección de las temáticas se basó tanto en lo propuesto por la Caja Costarricense del Seguro Social (2009b), como en la guía de trabajo propuesta por el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidado de Reino Unido o NICE por sus siglas en inglés, dirigidas a la intervención del comportamiento sexual nocivo entre niños y jóvenes (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Esta guía orienta la intervención del comportamiento sexual a once puntos de trabajo: un plan de seguridad para la reducción del riesgo de conducta abusiva, el compromiso y trabajo que toma en cuenta la negación de la conducta, la educación sexual y de relaciones interpersonales que incluya el tema del consentimiento, límites y consideraciones morales y sociales, el desarrollo de la empatía, la toma de buenas decisiones para mantenerse a sí mismos y a los otros seguros sexualmente, la autorregulación emocional, el trabajo de historia de vida, la comprensión del comportamiento abusivo, la

victimización, las relaciones sociales y de pares y el apoyo en la realización de planes futuros (National Institute for Health and Care Excellence, 2016). A partir de lo anterior, el planeamiento se orientó hacia estos once puntos de trabajo, ya que los mismos incluyeron lo planteado inicialmente por la C.C.S.S. (Anexo 6).

Al finalizar las sesiones grupales correspondientes a las temáticas anteriores, se realizaron dos sesiones en las cuales se evaluaron los indicadores del logro del programa. Una de las sesiones se dedicó a la evaluación según lo establecido por el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidado de Reino Unido (2016) el cual indica que una de las herramientas para la medición de programas dirigidos a jóvenes con conducta sexual abusiva es la cadena de situación, pensamiento, sentimiento y acción (STFA según sus siglas en inglés).

La cadena STFA está basada en el modelo cognitivo conductual y tiene la función de prevenir determinados comportamientos en el futuro ((National Institute for Health and Care Excellence, 2016). Por tanto, se realizó una sesión para la elaboración de un plan de contingencia en el cual se debía utilizar la cadena STFA en cada uno de los factores de riesgo del modelo cuadripartito de la agresión sexual de Hall y Hirschman (1991) el cual guio la fundamentación teórica de la conducta sexual abusiva durante el programa.

La segunda y última sesión se dedicó a la evaluación de indicadores de logro según los aprendizajes expresados por los jóvenes, para lo cual se evaluaron todos los temas vistos durante las sesiones por medio de una presentación oral en la cual los jóvenes debían exponer sus conocimientos en la temática de forma grupal. Cabe mencionar que se realizaron evaluaciones de los indicadores de logro por sesiones de acuerdo al trabajo

realizado por los jóvenes, la información escrita y comentada según los puntos de abordaje del NICE (2016).

Tercera fase

La tercer fase y última fase se orientó al monitoreo de los jóvenes que habían asistido de forma completa al PCSA en el año 2018. Este monitoreo se realizó según lo establecido por la asesora técnica, lo cual consistió en una sesión individual posterior al proceso grupal, en la cual se evaluaron indicadores de logro por medio de una hoja de trabajo y una entrevista. De igual manera, se evaluaron indicadores de recaídas correspondientes a excitación sexual o deseo sexual constante, urgencia sexual, tensiones y se reforzaron los factores y conductas protectoras, según lo establecido por la Caja Costarricense del Seguro Social (2009b).

4. Evaluaciones

La Unidad de Psicología Clínica también recibe referencias para realizar evaluaciones, dentro de las cuales se encuentran las evaluaciones psicodiagnósticas y las neuropsicológicas. Las primeras suelen ser referidas por un médico especialista en psiquiatría, a pesar de que otros servicios pueden realizar referencias de psicodiagnósticos, con el objetivo de que otros especialistas puedan brindar la atención especializada a la persona o bien tomar decisiones sobre su estancia o tratamiento.

Por otro lado, las referencias para evaluaciones neuropsicológicas suelen ser referidas por el servicio de neurología, el servicio de neurocirugía, o bien por el servicio de psiquiatría. El objetivo de realizar estas evaluaciones es confirmar o descartar un posible diagnóstico neurológico, para así brindar las recomendaciones, tratamiento, procedimientos o medicación de acuerdo a cada caso.

Las referencias pueden estar dirigidas por consulta externa o bien por hospitalización, por lo que la practicante realizó evaluaciones en ambos casos. Para el cumplimiento de esta actividad, inicialmente se llevó a cabo la primera fase de observación y coterapeuta en las sesiones de trabajo de la asesora técnica, así como se inició la capacitación en calificación de pruebas y elaboración de secciones de informes.

Como parte de la segunda fase, la practicante realizó evaluaciones psicodiagnósticas y neuropsicológicas completas, por medio de revisión de expedientes, entrevistas clínicas, observaciones clínicas, entrevistas con familiares, aplicación y calificación de pruebas psicodiagnósticas y neuropsicológicas, revisión de criterios clínicos, generación de hipótesis y redacción de informes psicodiagnósticos o neuropsicológicos dirigidos al área de interés según la referencia.

En las evaluaciones psicodiagnósticas se evaluaron posibles trastornos de personalidad y discapacidad intelectual. En ambos casos se realizó una evaluación funcional con las fases descriptiva, interpretativa y de verificación. Para este proceso se realizaron entrevistas clínicas conductuales, análisis funcionales de la conducta y se utilizaron instrumentos elegidos en conjunto con la asesora técnica para cada uno de los casos en particular, los cuales se citan a continuación:

- Test de Evaluación Rápida de Funciones Cognoscitivas (ERFC): Se utilizó en su versión adaptada al español. Su objetivo es la evaluación inicial de las funciones cognitivas, por lo que no sustituye el examen clínico completo del sujeto. Puede ser utilizado por cualquier profesional del área sociosanitaria con breve entrenamiento previo, sin necesidad de ser un profesional especializado en neuropsicología. Consta de 12 subtests: orientación temporoespacial, atención y memoria, y recuerdo, cálculo mental, razonamiento y juicio, comprensión, denominación, repetición, orden escrita, fluidez verbal, praxis, reconocimiento visual y escritura (Arroyo, Chamorro, Castañeda, Torres, Poveda y Gil, 2009).
- Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI): Se utilizó este instrumento en su versión adaptada al español. El objetivo del mismo es evaluar características psicopatológicas para proveer información relacionada con el diagnóstico clínico, planificación del tratamiento y detección de psicopatología. Consta de 22 escalas divididas en 4 escalas de validez: inconsistencia, infrecuencia, impresión negativa e impresión positiva, 11 escalas de consideraciones clínicas: quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, rasgos antisociales, problemas con el alcohol y problemas con las drogas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento: agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento, y 2 escalas de relaciones interpersonales: dominancia y afabilidad (Morey, 2011).

- **Inventario de Adjetivos para la evaluación de los Trastornos de Personalidad (IA-TP):** Este es un instrumento de autoinforme que permite predecir la vulnerabilidad y predisposición en el desarrollo de los trastornos de personalidad según el DSM-IV, en personas adolescentes y adultas. Cuenta con 9 escalas según el continuo de normalidad-patología: introvertida-esquizoide, inhibida-evitativa, cooperativa-dependiente, sociable-histriónica, confiada-narcisista, convincente-antisocial, respetuosa-compulsiva, sensible-negativista e impulsiva-límite (Tous, Pont y Muiños, 2005).
- **Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ):** Se utilizó en su versión adaptada al español. Este instrumento permite evaluar variables clínicas de la personalidad en adolescentes y adultos. Consta de 12 escalas: hipocondría, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja-energía, culpabilidad-resentimiento, apatía-retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico (Krug, 1987)
- **Cuestionario-Estructural Tetradsimensional para la Depresión (CET-DE):** Este instrumento evalúa los posibles trastornos de depresión desde cuatro dimensiones sintomáticas: humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía, sumando un total de 63 ítems. Este cuestionario es utilizado para fines de sistematizar el estado clínico de la persona, facilitar la detección y diagnóstico de trastornos de depresión, distribuir el trastorno en una tipología integrada, como forma de seguimiento del tratamiento o bien buscar correlaciones entre los tipos clínicos (Alonso, 2011).

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II):** Se utilizó en su segunda versión adaptada a Costa Rica (Redondo, 2015). Este instrumento permite evaluar síntomas depresivos en adolescentes desde los 17 años y adultos por medio de 21 ítems, donde cada uno representa un síntoma clínico (Beck, Steer y Brown, 2009; citados en Redondo, 2015). Su utilidad es tanto de evaluación de síntomas como de seguimiento (Redondo, 2015).
- **Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2):** Se utilizó en su versión adaptada al español. El objetivo de esta prueba es evaluar los patrones de personalidad y psicopatología en la población adulta por medio de 567 ítems. Consta de escalas de validez, escalas y subescalas clínicas, escalas y subescalas de contenido, escalas suplementarias y escalas de los cinco de personalidad psicopatológica. Las escalas clínicas corresponden a hipocondría, depresión, histeria de conversión, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social. En las escalas de contenido se encuentran ansiedad, miedos, obsesión, depresión, preocupaciones por la salud, pensamiento extravagante, ira, desconfianza, conductas antisociales, comportamiento tipo A, problemas de autoestima, incomodidad social, problemas familiares, interferencia laboral e indicadores negativos del tratamiento (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tallegen, Dahlstrom y Kaemmer, 2019).
- **Escala de Bienestar Psicológico (EBP):** Permite evaluar el nivel de satisfacción de las personas en diferentes ámbitos de su vida por medio de

cuatro subescalas: bienestar psicológico subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y relaciones con la pareja. Consta de 65 ítems y se dirige a personas adolescentes desde los 17 años y adultas (Sánchez, 2013).

- **Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A):** Se utilizó en su versión adaptada al español. Este instrumento permite evaluar las estrategias de afrontamiento del estrés que tienen las personas adultas a partir de los 18 años. Este inventario cuenta con dos partes: en la primera la persona debe describir un problema importante que haya ocurrido en los últimos 12 meses y realizar una valoración por medio de diez preguntas con escala Likert. En la segunda parte se debe puntuar por medio de 48 ítems con escalas Likert, la valoración inicial de la situación estresante (Moos, 2010).
- **Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA):** Este instrumento se encuentra dirigido específicamente para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad o bien como instrumento de seguimiento, en personas transexuales entre los 19 y 45 años. Consta de 30 ítems que se deben responder por medio de una escala Likert (Rodríguez, Asenjo, Becerra y Lucio, 2015).
- **Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA):** Este instrumento se encuentra dirigido específicamente a evaluar la presencia de síntomas depresivos o bien como instrumento de seguimiento, en personas transexuales entre los 19 y 45 años. Consta de 30 ítems que se deben responder por medio de una escala Likert (Rodríguez, Asenjo, Becerra y Lucio, 2015).

En los casos de evaluación psicodiagnóstica, la Unidad de Psicología Clínica del HSJD cuenta con un tiempo de tres sesiones de trabajo con el o la paciente, destinando la primera de estas a realizar la entrevista clínica conductual, la segunda y tercera sesión a la recolección de datos y se agenda una cuarta sesión para la comunicación de resultados.

Por otro lado, no en todos los casos que requirieron evaluaciones neuropsicológicas se realizó una evaluación funcional, ya que en algunos de ellos la practicante se limitó a la aplicación de las pruebas neuropsicológicas, como recurso de apoyo dentro el procedimiento completo de la evaluación realizada por una de las psicólogas de la unidad. Los instrumentos de evaluación neuropsicológica utilizados fueron los siguientes:

- Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS): En los contextos clínicos este instrumento permite evaluar la inteligencia de personas adultas entre los 16 y 89 años, por lo que es utilizada para evaluación neuropsicológica como para descartar la presencia de alguna discapacidad intelectual. Su evaluación se centra en cuatro áreas cognitivas: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento (Wechsler, 2012).

Específicamente en el contexto de la práctica dirigida, este instrumento fue utilizado como parte de la batería de pruebas establecidas por la Unidad de Psicología Clínica para la evaluación neuropsicológica de pacientes con diagnóstico de epilepsia y posible intervención quirúrgica.

- NEUROPSI Atención y Memoria 2ª edición (NAM): Este instrumento evalúa procesos de atención y memoria en personas desde los 6 hasta los 85 años.

Arroja resultados en cuanto a la atención selectiva, sostenida y el control atencional, así como la memoria de trabajo, a corto y largo plazo. La prueba se encuentra dividida en las siguientes áreas de evaluación: orientación, atención y concentración, memoria de trabajo, memoria espontánea, proceso visuoespacial, memoria lógica, memoria visual de caras, formación de categorías, memoria verbal, detección visual, asociación de pares, fluidez verbal, fluidez no verbal, funciones motoras y tiempo de reacción (Ostrosky, Gómez, Matute, Rosselli, Ardila y Pineda, 2012). Específicamente en la práctica dirigida, esta prueba se utilizó para realizar evaluaciones neuropsicológicas referidas por otros especialistas.

- Memoria Visual de Rostros (MVR): El fin de este instrumento es evaluar la memoria a mediano plazo. Consiste en la presentación de rostros a la persona evaluada, junto con datos sobre cada uno de ellos por un tiempo determinado y posteriormente se pregunta sobre estos datos. Es utilizada en adolescentes y adultos (Seisdedos, 2002).
- d2 Test de Atención: Se utilizó la versión adaptada al español. Este instrumento permite evaluar la atención selectiva como proceso básico, por lo que se evalúa la capacidad de la persona para centrarse en uno o dos estímulos mientras se suprime la atención a otros estímulos. Para esto, la prueba está conformada por 14 líneas con 47 caracteres entre los cuales se encuentran las letras “d” y “p”, y la persona debe revisar el contenido de

cada línea y marcar las letras d que contengan dos líneas en un periodo de tiempo (Brickenkamp, 2012).

Específicamente en la práctica dirigida, este instrumento fue utilizado como parte e un proceso de evaluación neuropsicológica referido por un especialista de otro servicio.

Al completar la sesión de evaluación por parte de la practicante, la asesora técnica o la psicóloga encargada de dicha evaluación, realizó el respectivo informe de evaluación y comunicó los resultados de forma personal a los y las pacientes evaluados. En los casos en que la practicante realizó la evaluación completa, se realizaron los respectivos informes.

5. Atención en hospitalización

La atención de pacientes en hospitalización se realizó por medio de dos formas: Interconsultas y como parte del protocolo propuesto en el presente TFG con el Servicio de Cirugía Cardíaca.

De la misma forma que con las actividades descritas anteriormente, para la atención de personas durante la hospitalización, se realizó una primera fase de trabajo como observadora y coterapeuta de los casos atendidos por la asesora técnica. Para esta primera fase se dedicó un tiempo de seis semanas.

En una segunda fase, la practicante tuvo el rol de terapeuta de acuerdo a las demandas tanto de las interconsultas como de la cantidad de pacientes del Servicio de Cirugía

Cardiaca del HSJD. Esta fase se desarrolló entre los meses de marzo y junio, tomando un tiempo de 17 semanas.

a. Interconsultas

Las interconsultas fueron derivadas a la Unidad de Psicología por parte de otros servicios del HSJD ante la necesidad de atención de alguna situación específica de una persona en hospitalización, la cual debió ser atendida en un periodo de 48 horas máximo, posterior a su notificación (Campos, comunicación personal, 2019). Lo anterior debido a que generalmente estos casos indican un riesgo para la persona, por lo que se requiere que la intervención sea inmediata y de fácil acceso.

Partiendo de lo anterior, se realizaron intervenciones en crisis de primer y segundo orden, con el fin de que la persona pudiera restaurar el equilibrio, a pesar de que no se regresara al nivel de funcionamiento previo a la situación. En algunos casos, se realizó un seguimiento de la interconsulta para el logro del objetivo, debido a que se considera que el periodo de crisis puede tener una duración de hasta seis semanas (Slaikeu, 1999).

Las intervenciones en crisis de primer orden se enfocaron en brindar apoyo, reducir el riesgo de muerte y enlazar a las personas con otros recursos, como trabajo social. Sin embargo, en la mayoría de las interconsultas se realizaron intervenciones en crisis de segundo orden, pues se asistió a los y las pacientes para generar un mayor nivel de funcionamiento, fomentando estrategias de afrontamiento y la expresión de sentimientos y pensamientos sobre la situación (Slaikeu, 1999).

b. Atención en hospitalización del Servicio de Cirugía Cardíaca

En las atenciones realizadas a personas hospitalizadas en el servicio de cirugía cardíaca, se brindó un acompañamiento perioperatorio a las y los pacientes ingresados.

Durante la atención clínica preoperatoria se realizó la revisión del expediente clínico físico y en EDUS, una entrevista clínica inicial, evaluación de factores de riesgo y factores protectores y preparación prequirúrgica por medio de psicoeducación. De igual manera, en pacientes que presentaron sintomatología ansiosa, se utilizó la atención en crisis de segundo orden, técnicas de relajación y estrategias de reestructuración cognitiva.

Durante la atención en el proceso postoperatorio (POP), se realizó nuevamente una valoración de los factores de riesgo y factores protectores, así como se utilizó la entrevista motivacional para indagar la adherencia al tratamiento. Esta entrevista motivacional buscó provocar un cambio en las conductas de las personas, por medio de la exploración, no pretendió convencer, sino aumentar la autonomía y libertad de elección de la persona de acuerdo con sus propias conductas (Rollnick y Miller, 1996).

Por último, ante el posible egreso de los y las pacientes por el servicio de cirugía cardíaca, se realizó una valoración del alta. En caso de no presentar factores de riesgo asociados a la cirugía en el momento postoperatorio, se dio el alta a las personas; de lo contrario, se recomendó al servicio de cirugía cardíaca realizar una referencia para psicoterapia individual en la Unidad de Psicología Clínica del HSJD o según la lejanía de la residencia, al especialista en psicología del centro de salud más cercano del o la paciente.

Además de esto, se realizaron visitas médicas a la sala de cirugía cardíaca ubicada en la Unidad de Emergencias Quirúrgicas. Se acordó con el jefe del servicio, realizar estas visitas dos días a la semana, los días lunes y viernes, con el fin de conocer los ingresos y egresos semanales, así como los avances semanales durante los procesos. Las visitas médicas se realizaron a partir del mes de marzo hasta finales del mes de junio.

En cada una de las visitas participó uno de los de médicos cirujanos del Servicio de Cirugía Cardíaca, el médico especialista, el estudiante residente en cirugía cardíaca y la practicante, en algunos casos en que se presentaron enfermedades comórbidas, se contó con la participación de otros médicos especialistas. Durante las visitas se realizó un resumen del progreso de la enfermedad y de la cirugía, se realizaron preguntas y se brindaron recomendaciones a los y las pacientes hospitalizados.

6. Otras actividades

Durante la inserción profesional se realizaron otras actividades adicionales enmarcadas bajo el objetivo general del TFG, sin embargo, que no se encontraban contempladas previamente dentro de los objetivos específicos. Estas actividades tuvieron como objetivo brindar apoyo en otros espacios o bien tuvieron un carácter asistencial, las cuales se describen a continuación.

a. Labores administrativas

Se desarrollaron desde inicios hasta finales de la inserción profesional en el HSJD, dentro de las tareas se encontraron: Capacitación y uso de EDUS, revisión de expedientes clínicos físicos y digitales, redacción de notas de atención individuales y grupales, organización de

grupos de filtro, desarrollo y organización de material a utilizar en sesiones de trabajo y apoyo con las estadísticas mensuales.

b. Apoyo en talleres de estimulación cognitiva

Como parte de la práctica profesionalizante se brindó apoyo en la facilitación de talleres semanales sobre estimulación cognitiva dirigidos a personas con diagnósticos de esclerosis múltiple en su mayoría, a pesar de que se contó con la participación de un integrante con diagnóstico de Enfermedad de Parkinson y otro participante con diagnóstico de deterioro cognitivo leve.

Los talleres se desarrollaron por un periodo de cuatro meses de duración, desde el mes de febrero hasta el mes de junio del año 2019, por medio de diez sesiones de trabajo, con duración de dos horas cada una y desarrolladas de forma quincenal. En las sesiones participaron únicamente las personas referidas, a pesar de que se mantuvo comunicación con los y las familiares que mostraron interés. La metodología de trabajo consistió en sesiones psicoeducativas y participativas, por lo que se contó con material informativo y un folleto de trabajo en sesión y otro de tareas para la casa, pues por cada sesión se asignaron actividades.

El equipo de trabajo estuvo conformado por una psicóloga de la Unidad de Psicología Clínica, una estudiante de posgrado de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE) y la practicante. El planeamiento y el desarrollo principal de las sesiones se llevó a cabo por parte por la estudiante de posgrado, como parte de su TFG, razón por lo que las tareas de la practicante se limitaron a: apoyo a participantes con limitaciones auditivas, visuales y motoras durante las sesiones, apoyo en la entrega y recolección de materiales utilizados y desarrollo de actividades cortas en espacios de organización de materiales.

c. Sesiones psiquiátricas

El Servicio de Psiquiatría del HSJD realiza semanalmente sesiones en las cuales se integra a la Unidad de Psicología Clínica y a la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. En estas sesiones se desarrolla un tema de interés para los profesionales en el área por parte de una de las personas funcionarias del servicio. Las sesiones tuvieron una duración de una hora.

El rol de la practicante en estas sesiones fue meramente participativo, con el fin de capacitarse en temas específicos vinculados a la práctica en el HSJD.

d. Capacitaciones en psicología clínica

Durante la inserción profesionalizante, se trabajó en compañía de estudiantes residentes del posgrado de psicología clínica de la UCR, quienes realizaron capacitaciones a las funcionarias de la unidad sobre el uso de instrumentos de evaluación. Así como también se asistió a una capacitación en el servicio de neurología desarrollada por la Unidad de Psicología Clínica sobre la comunicación de noticias en relación con diagnósticos terminales o muerte.

e. Asistencia a reuniones del servicio de nefrología

Como parte del trabajo interdisciplinario en el HSJD, la Unidad de Psicología Clínica se encarga de realizar evaluaciones a las personas donantes y a los pacientes receptores de órganos del servicio de nefrología. Para esto, se asigna una psicóloga diferente a cada una de las partes (donante y receptor) para realizar la evaluación que determine el visto bueno o contraindicaciones de la donación.

La asesora técnica de la practicante fue la encargada de realizar las evaluaciones a las personas receptoras de órganos durante el tiempo de la inserción, por lo que asistió una vez al mes a reuniones interdisciplinarias programadas por el servicio de nefrología. El rol de la practicante en este espacio consistió meramente en la asistencia a las mismas, con el fin de capacitarse a nivel interdisciplinario en la temática.

La asistencia a las sesiones se realizó el primer miércoles de cada mes y las mismas tuvieron una duración aproximada de tres horas. Sin embargo, por diferentes razones, hubo meses en los que no se realizaron las sesiones la primera semana del mes.

f. Evaluación para el tratamiento de hormonización de personas transexuales

Desde el año 2018, la Caja Costarricense del Seguro Social (2018) estableció un Protocolo de Atención Integral de personas Transexuales para la Hormonización en la Red de Servicios de Salud, el cual establece que los profesionales en salud deben brindar evaluación y acompañamiento psicosocial (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018).

Ante esto se establece como parte del protocolo que los profesionales en psicología deben realizar una evaluación integral en conjunto con los profesionales de psiquiatría y endocrinología, con el fin de asegurarse que la persona usuaria no tenga ninguna contraindicación para el tratamiento hormonal. Entre las contraindicaciones que indica el protocolo que debe evaluar el profesional en psicología, se encuentra el mal control de tratamientos farmacológicos previos en caso de contar con un trastorno mental, o el uso abusivo de sustancias (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018).

En caso de contar con alguno de estos dos factores, se recomienda iniciar un proceso de psicoterapia antes y durante el tratamiento de hormonización, o bien, se refiere a la persona usuaria a los respectivos programas de atención a pacientes con dependencia de drogas (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018).

g. Trabajo realizado en casa

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, se dedicaron horas de trabajo en casa al planeamiento de las sesiones, la búsqueda bibliográfica y la preparación de materiales de trabajo. Asimismo, se realizaron los informes de evaluación psicodiagnóstica y neuropsicológica, los protocolos de trabajo con el Servicio de Cirugía Cardíaca y el Protocolo de Incorporación de PCSA.

C. Roles

El rol de la practicante de psicología consistió en una inserción profesional en el HSJD por un periodo de seis meses a tiempo completo para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el TFG.

Inicialmente se realizó un proceso de capacitación por medio de observaciones en las primeras semanas de la práctica, lo cual se realizó de igual manera bajo la supervisión de la directora de práctica y el acompañamiento directo de la asesora técnica. En una segunda fase se inició con la capacitación y desarrollo de conocimientos y habilidades con intervenciones grupales e individuales supervisadas directamente y de forma presencial por la asesora técnica, con el fin de poner en práctica las destrezas, así como de recibir retroalimentación

por parte de la supervisora y de la directora de práctica. La practicante llevó a cabo los procesos de atención individuales y grupales con las supervisiones constantes de la asesora técnica, la directora de práctica y los lectores según la necesidad.

D. Proceso de supervisión

La supervisión de esta práctica dirigida, tal y como lo solicita la Escuela de Psicología, contó con el apoyo de una profesional en psicología, con grado de doctora, docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica e integrada al Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (CPPCR); quien estuvo a cargo de la dirección de la práctica. Esta persona dirigió las acciones que realizó la practicante desde el ámbito de la universidad.

Se contó con el apoyo de dos lectores integrados al CPPCR, uno de ellos con grado de doctor y otro con grado de licenciado, quienes brindaron apoyo y supervisión adicional durante el proceso. También se contó con la asesora técnica en el HSJD; quien cuenta con el grado de máster en psicología clínica y de la salud y especialista en psicología clínica, coordinadora de la Unidad de Psicología del HSJD y docente del posgrado del CENDEISSS de la UCR, y fue la encargada de asesorar a la practicante y coordinar con la misma, específicamente en sus labores en la institución. Estas personas conformaron el equipo asesor y se encargaron de leer el documento del TFG, realizando las correcciones correspondientes y dando la aprobación.

E. Proceso de evaluación

La práctica dirigida fue evaluada desde el inicio hasta el final de la inserción en el HSJD y tuvo el siguiente procedimiento: En primera instancia la directora de la práctica, en coordinación con la asesora técnica, definieron el trabajo a realizar como proceso de observación inicial y co-facilitación de las sesiones de trabajo; lo cual permitió que la practicante se familiarizara con el ambiente de trabajo y las funciones que se le demandaron. Se realizaron observaciones iniciales y retroalimentación por ambas partes para posteriormente iniciar con el trabajo de facilitación de grupos, atención clínica individual, atención en hospitalización, evaluaciones y otras actividades.

Durante todo el proceso se contó con la evaluación por parte de la asesora técnica y la directora de la práctica; quienes realizaron las observaciones necesarias en todos los ámbitos de trabajo de la práctica dirigida, fomentando así un trabajo de calidad para las personas beneficiadas. Cabe destacar que la asesora técnica estuvo presente en todo momento de trabajo dentro del HSJD.

Durante todo el proceso, la evaluación por parte de la directora de la práctica se realizó a través de supervisiones semanales, así como informes mensuales dirigidos a los lectores. En estos informes mensuales se utilizaron como criterios de evaluación la descripción las labores realizadas en relación con los objetivos planteados, el cumplimiento de los objetivos según el cronograma de trabajo y reportes sobre los avances de la inserción. La sustentante llevó una bitácora de trabajo, con el fin de apoyar en ella las supervisiones con las partes.

De igual manera, la asesora técnica, los lectores y la directora realizaron la retroalimentación necesaria durante el proceso de práctica, velando con el cumplimiento de

los objetivos y el mejoramiento de estos para su cumplimiento de forma efectiva. Finalmente, se realizó el presente informe escrito, el cual fue evaluado por las personas integrantes del comité asesor; con el fin de determinar el cumplimiento de los aspectos establecidos inicialmente como trabajo final de graduación.

VIII. Resultados

Con base en los objetivos del TFG, se afirma que se cumplió de forma satisfactoria el objetivo general de la práctica dirigida, ya que, a través de las actividades realizadas, se potenciaron habilidades y destrezas profesionales en psicología clínica y de la salud, fortaleciendo así los conocimientos obtenidos en la carrera de psicología de la UCR. Cabe agregar que no solo se obtuvo un fortalecimiento de conocimientos, sino la adquisición de nuevos, así como de nuevas habilidades profesionales en psicología, específicamente en el ámbito hospitalario.

De acuerdo a los objetivos específicos, se logró el cumplimiento de los tres planeados inicialmente, ya que se brindó atención integral e individualizada a las referencias recibidas de consulta externa, se facilitaron las sesiones de trabajo de PCSA desde un marco de desarrollo humano y se planificó y desarrolló un proceso de psicoterapia grupal de duelo dirigida a la promoción y prevención de la salud.

El segundo objetivo de trabajo estaba inicialmente limitado a la facilitación de las sesiones, sin embargo, este se amplió hacia la planificación de las mismas y la evaluación del proceso en general. De igual manera, se creó un protocolo de incorporación al programa, con el fin de que los jóvenes tengan mayor comprensión de proceso tanto individual como grupal, desde la primera sesión individual.

Por otro lado, se adicionaron actividades durante la práctica dirigida, correspondientes a la demanda de necesidades de la Unidad de Psicología Clínica del HSJD, los cuales se resumen en: labores administrativas, apoyo en la planificación y facilitación de un proceso

psicoterapéutico grupal dirigido a mujeres en situación de violencia intrafamiliar, apoyo en organización y desarrollo de talleres de estimulación cognitiva, atención de interconsultas, trabajo interdisciplinario con el Servicio de Cirugía Cardíaca, asistencia a sesiones psiquiátricas, asistencia a sesiones con el servicio de nefrología, capacitaciones en psicología clínica, apoyo en las evaluaciones para el tratamiento de hormonización de personas transexuales y sesiones de intercambio de información con trabajo social.

Por medio de las actividades mencionadas anteriormente se atendieron un total de 84 pacientes y se dedicó un total de 977 horas de trabajo divididas porcentualmente según el Gráfico 1.



Gráfico 1. Distribución porcentual de las horas invertidas por área de trabajo

Como bien se visualiza en el Gráfico 2, del total de 977 horas, 798 de las horas se dedicaron a trabajo realizado en las actividades del HSJD. Seguido de las labores administrativas, las actividades a la cuales se le dedicó mayor tiempo dentro del hospital fueron a las planteadas en los objetivos específicos, así como a la actividad adicional realizada con el Servicio de Cirugía Cardíaca.

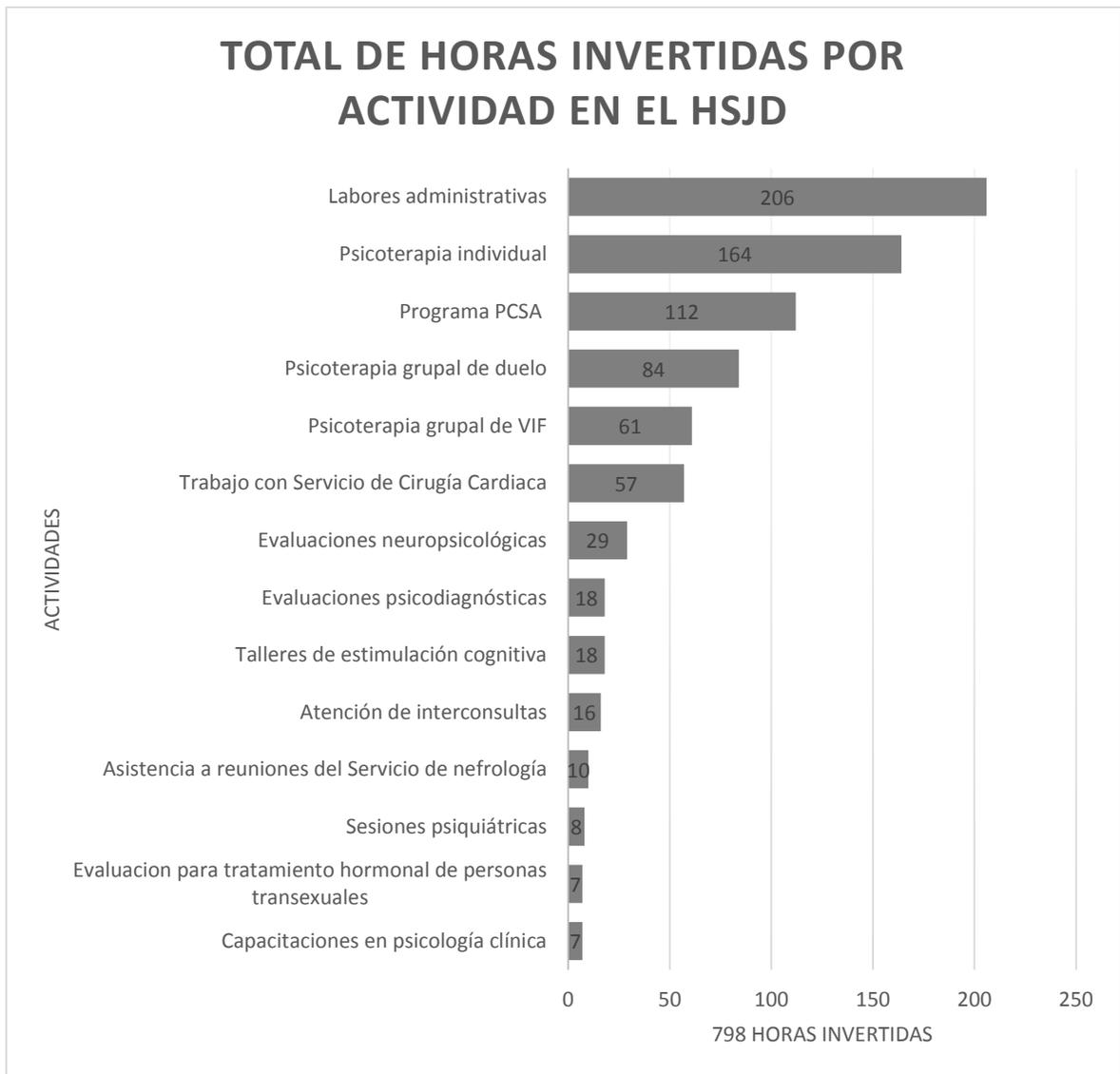


Gráfico 2. Total de horas invertidas por actividad en el HSJD

Con respecto al objetivo externo, el mismo fue alcanzado por medio de la atención individual a pacientes por primera vez en la especialidad de psicología del HSJD, por medio del apoyo y co-facilitación de los procesos grupales, de la creación y actualización de nuevos

planeamientos, así como de la creación de nuevos protocolos y el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario.

Los resultados detallados de esta práctica dirigida se presentan a continuación, en el apartado de resultado, de acuerdo a las áreas de intervención y según el cumplimiento de los objetivos generales y específicos en cada una de ellas.

A. Psicoterapia individual

Como parte de los objetivos específicos del TFG, se brindó psicoterapia individual a personas referidas a la Unidad de Psicología Clínica del HSJD. Para esto, tal y como se establece en el apartado de intervención, se realizó una fase de observación inicial de las sesiones de atención en psicoterapia realizadas por la asesora técnica, y una segunda fase en la cual se adquirió el rol de terapeuta, continuando asimismo con las actividades de observación de sesiones por el resto de la inserción profesional.

Resultados por productos obtenidos

Según la primera fase de la intervención planteada en el TFG, referente al rol de observadora, se observaron un total de 30 sesiones de psicoterapia individual divididas en los seis meses de inserción profesional, dedicando un total de 36 horas de trabajo. Durante los primeros dos meses se observó un mayor número de casos, mientras que la cifra disminuyó paulatinamente en los siguientes cuatro meses debido a que se dedicó mayor cantidad de tiempo a la atención de los casos.

Además, se dedicaron 68 horas de trabajo fuera del HSJD, invertidas en la revisión bibliográfica de artículos e información relevante sobre los casos, los planeamientos de trabajo y la preparación de las sesiones.

En la segunda fase de la intervención, se inició el proceso psicoterapéutico con un total de 7 pacientes en psicoterapia individual, de los cuales 4 completaron el proceso con la practicante y lo continuaron con la asesora técnica en el momento del retiro de la misma del HSJD debido a otros objetivos por trabajar, 2 fueron dados de alta y 1 abandonó el proceso. Se realizaron un total de 52 sesiones individuales y dos sesiones de familia (Gráfico 3).

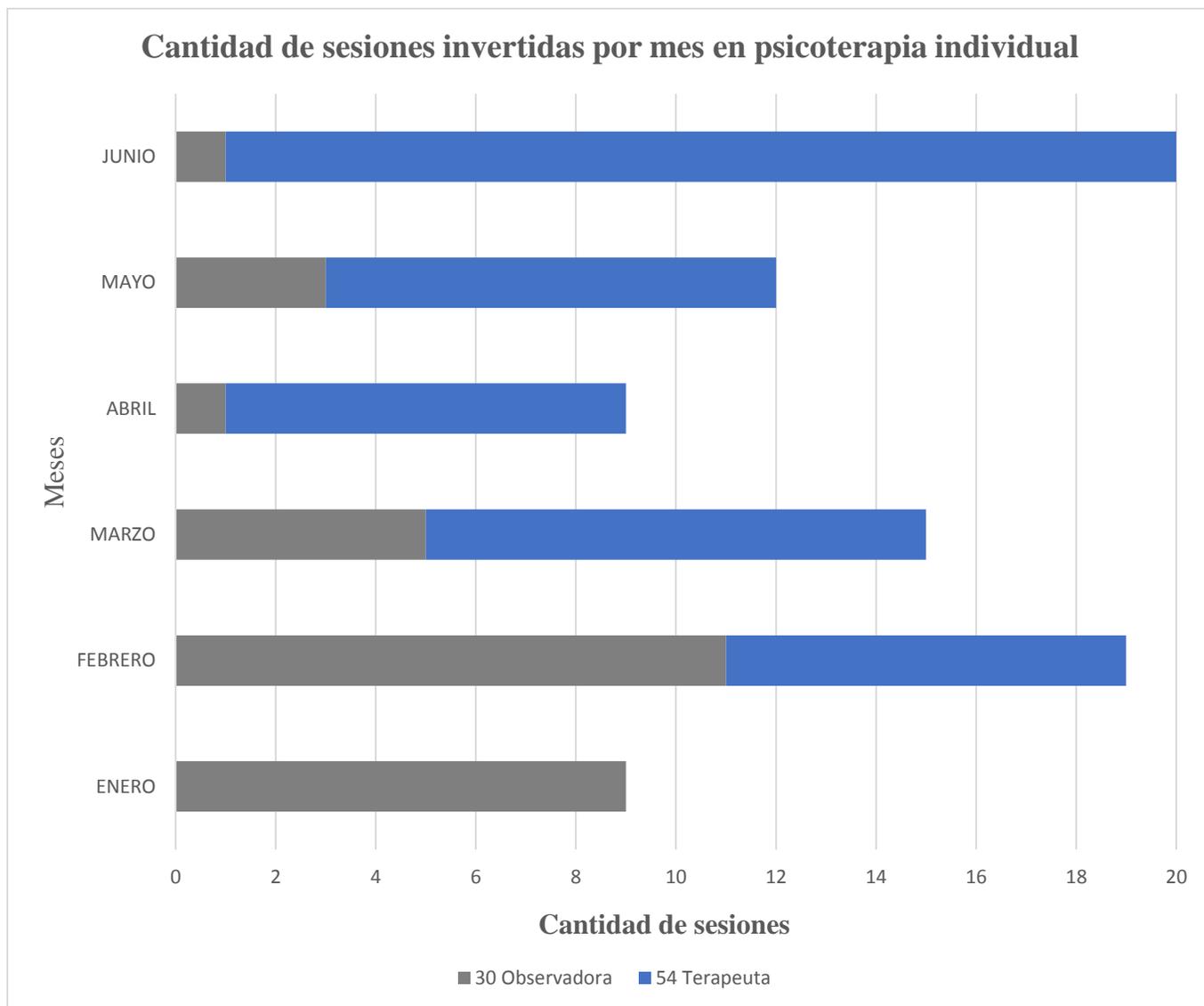


Gráfico 3. Cantidad de sesiones invertidas por mes en psicoterapia individual

En relación con el sexo, se atendieron un total de 6 mujeres y solamente un hombre; y en cuanto a la edad, 4 personas eran adultas y 3 adolescentes, ninguna de las personas atendidas en psicoterapia individual fue adulta mayor. El promedio de edad fue de 33 años, encontrándose las personas adultas en un rango entre 40 y 55 años y las personas menores de edad entre 15 y 17 años.

Como se explicó anteriormente en el apartado de intervención, para todos los casos se realizó una entrevista clínica conductual, observaciones conductuales y análisis funcional de la conducta. Las sesiones se iniciaron en el mes de febrero y se programaron generalmente cada dos semanas, a pesar de que factores externos influyeran en lo establecido. Se dedicó un total de 60 horas de atención individual y se realizaron un total de 7 a 11 sesiones individuales por persona, exceptuando el caso de seguimiento grupal.

Para cada uno de los casos se realizaron notas de atención físicas y digitales, las cuales se ingresaron en el EDUS y en el expediente físico. Al finalizar la práctica dirigida, se dejaron completos todos los expedientes clínicos con las notas del proceso, con el fin de que los profesionales en salud que requieran la revisión del mismo puedan tener acceso completo.

Resultados por motivo de consulta

De estas personas, 5 fueron referidas por el servicio de psiquiatría, tres de ellas por motivo de referencia de trastornos de ansiedad, con problemáticas asociadas, mientras que las otras dos personas tuvieron como motivo de referencia síntomas depresivos, abuso sexual y violencia intrafamiliar. Una de las 7 referencias fue realizada por el servicio de ginecología por motivo de referencia de preparación prequirúrgica por agenesia útero-vaginal o Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH). Así como también se brindó atención a una persona con referencia por parte del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) por motivo de referencia de episodio depresivo, proceso de duelo y problemas de salud. Sin embargo, no todos los motivos de referencia estuvieron acorde a los motivos de consulta, lo cual se describe en la Tabla 1.

Caso	Motivo de referencia	Motivo de consulta
1	Ansiedad generalizada Alopecia Dermatitis atópica	Ansiedad social Autoestima
2	Ansiedad generalizada Alcoholismo	Ataques de pánico Agorafobia
3	Agenesia útero-vaginal Manejo de la pérdida Cirugía Concepto de mujer Perspectiva de madre	Ansiedad generalizada
4	Trastorno de pánico	Autorregulación emocional Autoestima Rasgos de personalidad límite
5	Episodio depresivo Proceso de duelo Problemas de salud	Control del dolor crónico Violencia intrafamiliar
6	Fallas cognitivas Depresión Abuso sexual	Autorregulación emocional Autocuidado
7	Violencia intrafamiliar	Violencia intrafamiliar Aumento de la independencia

Tabla 1. Motivo de referencia y motivo de consulta de psicoterapia individual

Dentro de los resultados obtenidos se encuentra el cumplimiento de los objetivos terapéuticos de 6 de los 7 casos que se iniciaron a atender, esto con base en los motivos de consulta y de referencia.

Los casos atendidos por motivo de consulta de trastornos de ansiedad reportaron como resultados comunes la identificación de situaciones detonantes de la sintomatología ansiosa, una disminución de los síntomas asociados, entre los cuales se encontraron disminución de la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico según las SUDS, identificación y disminución de distorsiones cognitivas asociadas a la minimización, maximización y catastrofismo, utilización de estrategias de respiración diafragmática y relajación en situaciones detonantes, disminución de la intensidad de las sensaciones físicas durante la exposición por imaginación y exposición en vivo y aumento de actividades de autocuidado y actividades placenteras.

En todos los casos atendidos por motivo de consulta de trastornos de ansiedad, se reportó una generalización de los resultados obtenidos en otras áreas de funcionamiento como lo fueron las relaciones interpersonales con padre y madre, con compañeros de trabajo o estudio y a nivel de pareja, así como en el desempeño laboral y académico.

Al finalizar el proceso, entre los resultados que se reportaron de forma individual en los casos de trastornos de ansiedad, se encontraron: la identificación de factores que intervienen en el ciclo estrés-ansiedad-dermatitis, la disminución del consumo de alcohol y el aumento de la independencia, así como dos casos reportaron un aumento en la comunicación asertiva.

En el caso atendido por rasgos de personalidad límite, dificultades de autorregulación emocional y autoestima, se obtuvo el reconocimiento de emocionales y de habilidades y

gustos propios, el aumento de actividades placenteras y disminución de las conductas autolesivas y de riesgo, el aumento de las habilidades de comunicación y la permanencia en el proceso psicoterapéutico. De igual manera, se reportó el planeamiento de un proyecto de vida, la disminución de la emoción de ira según las SUDS y la utilización de estrategias de relajación.

En el caso con motivo de consulta por dificultades en autorregulación emocional y autocuidado, se reportó el desarrollo y utilización de estrategias de autorregulación emocional, la disminución de pensamientos irracionales, aumento de actividades de autocuidado y de estrategias para el mantenimiento del bienestar, así como un aumento de la autoestima. Debido al cumplimiento de los objetivos planteados inicialmente, se realizó el alta por psicología clínica.

El caso atendido por motivo de consulta de episodio de despersonalización y aumento de la independencia y violencia intrafamiliar, había llevado previamente un proceso grupal de VIF, sin embargo, se brindó atención individualizada por motivo de episodio de despersonalización, planteando el objetivo de aumento de independencia. En este caso se reportaron resultados de aumento de la comunicación asertiva, aumento de responsabilidades propias y disminución de los pensamientos irracionales. Con base en los objetivos alcanzados se brindó el alta por psicología clínica.

B. Psicoterapia grupal

Tal y como se escribió en el apartado de intervención, se brindó psicoterapia grupal a personas en procesos de duelo y a personas víctimas o sobrevivientes de violencia intrafamiliar (VIF). A continuación, se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los espacios de intervención.

1. Psicoterapia grupal de duelo

Como parte del proceso de psicoterapia grupal, se brindó acompañamiento a dos grupos de personas en proceso de duelo. El primero de los grupos correspondió a la primera fase de trabajo destinada a la observación y el rol de coterapeuta, mientras que con el segundo grupo se brindó el desarrollo y facilitación de las sesiones, adquiriendo el rol de terapeuta.

En el primer grupo asistieron un total de 4 personas que se encontraban en un proceso de duelo reciente, tres de las cuales eran mujeres y solo uno de ellos hombre. El acompañamiento y apoyo de este proceso se llevó a cabo por un periodo de dos meses con sesiones programadas de forma semanal, con una duración de dos horas cada sesión.

De este primer grupo, 3 de 4 personas fueron dadas de alta por psicología clínica, mientras que una continuó el proceso con psicoterapia individual y psiquiatría. Se dedicó un total de 8 horas de trabajo con este grupo, divididas en 4 sesiones en un tiempo de dos meses entre enero e inicios de marzo.

Para el segundo grupo se contó con un total de 7 participantes, todas mujeres adultas entre los 40 y los 65 años y solamente una persona adulta mayor y todas con el mismo motivo de

consulta: la muerte de su madre. Cabe resaltar que, a pesar de tener el mismo motivo de consulta, el grupo estuvo conformado por personas tanto en proceso de duelo reciente, como por otras en proceso de duelo complicado, ya que cinco de las participantes habían pasado por la pérdida hace más de cinco años, mientras que dos de ellas tenían menos de un año.

De igual manera, todas las participantes contaban con procesos de duelo asociados a problemáticas de salud, siendo estas: sobrevivientes de cáncer, mastectomía, neurocirugía, discapacidad física para caminar y cirugía de familiar. Asimismo, durante las sesiones surgieron otros procesos de duelo asociados con: pérdida de hijo recién nacido, divorcio, partida de hijo de la casa, vivencia de la adultez mayor, vivencia de la maternidad y muerte de padre años anteriores. Los cuales se integraron en el trabajo realizado en las sesiones.

A continuación, se presentan los resultados del trabajo realizado con el segundo grupo de psicoterapia grupal, de acuerdo a los productos obtenidos, los resultados según el motivo de consulta y los resultados por cumplimiento de objetivos de abordaje psicoterapéutico.

Resultados por productos obtenidos

Se llevaron a cabo 13 sesiones grupales de forma semanal distribuidas en un periodo de dos meses y medio entre marzo y junio, con una duración de dos horas cada una (Gráfico 4).

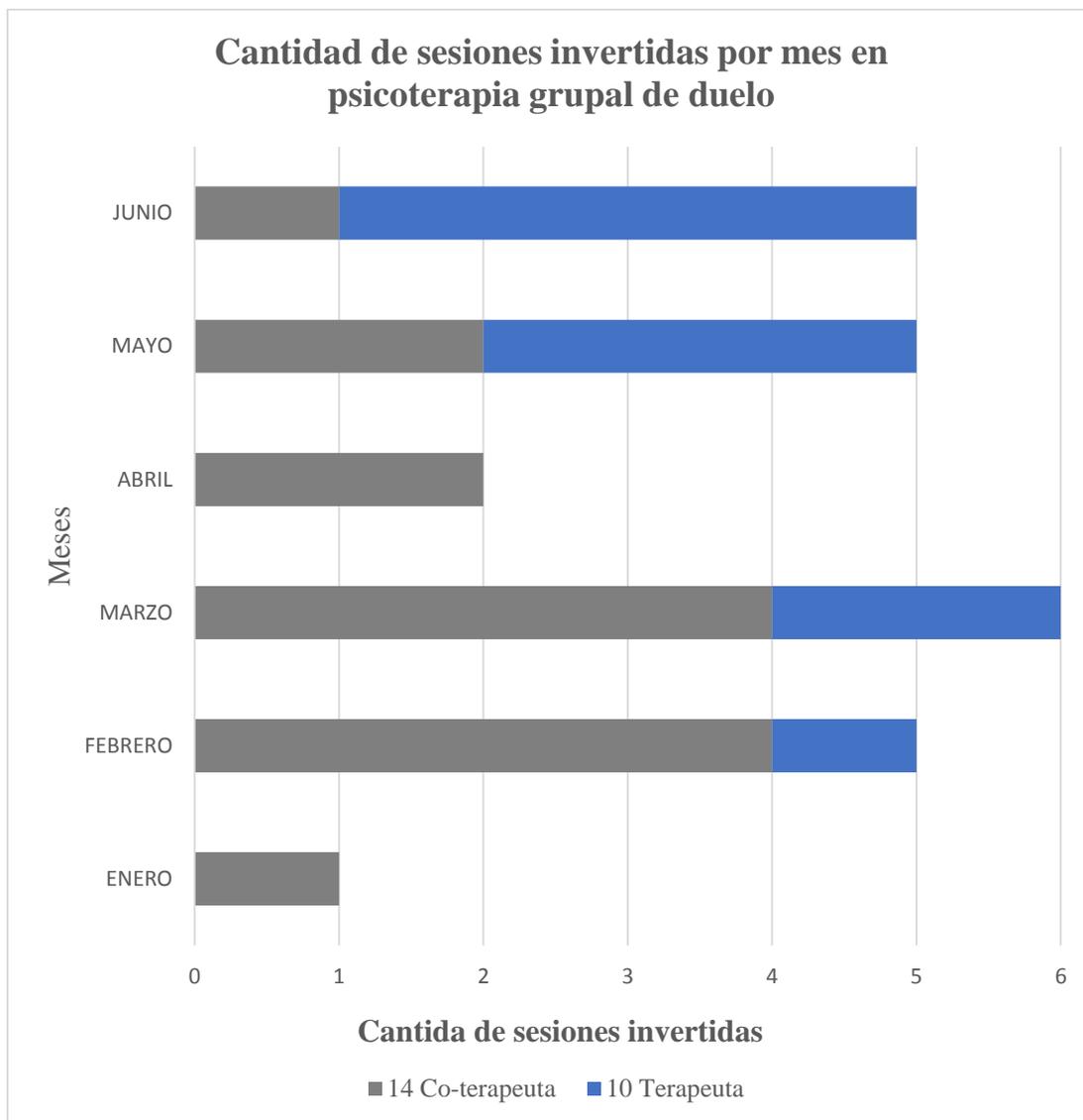


Gráfico 4. Cantidad de sesiones invertidas por mes en psicoterapia grupal de duelo

Se realizó una inversión de 24 horas de trabajo en las sesiones, debido a que no se participó en una de estas, aunque de igual manera se realizó el planeamiento de la misma. En el anexo 3 se observa el cronograma de trabajo y el planeamiento de las sesiones realizadas. Además de esto se dedicaron 56 horas de trabajo fuera del HSJD invertidas en la revisión bibliográfica, el planeamiento de las sesiones y los materiales de trabajo.

Como parte de los resultados, 5 de las participantes completaron el proceso con alta por psicología clínica y 2 lo abandonaron por razones médicas. De estas 5 personas, dos se encontraban en procesos de duelo reciente y tres en procesos de duelo complicado.

Entre los productos obtenidos se encuentra el planeamiento y los materiales de trabajo por sesión, encontrados en el anexo 3. Se mantuvieron las temáticas establecidas en el planeamiento inicial del HSJD, sin embargo, se agregaron temáticas según la información basada en evidencia en el tema de duelo, y se modificó la metodología de las sesiones.

Se realizó una modificación teórica en relación con las etapas del duelo, ya que no contaban con una teoría base, por lo que se establecieron según lo plantea Kübler Ross (1997), así como se agregaron las temáticas de: tareas del duelo según Worden (2009) y proyecto de vida. Se mantuvieron algunas de las actividades establecidas, para esto se conservaron los anexos 3.3, 3.8, 3.13, 3.14 y 3.16, los demás materiales fueron brindados por parte de la practicante.

Al igual que con los procesos de psicoterapia individual, para cada una de las consultantes se realizaron notas de atención en cada una de las sesiones, las cuales se ingresaron solamente en el expediente físico, debido a que, por razones del sistema, los procesos grupales no se encuentran registrados en el EDUS. Al finalizar la práctica dirigida, se dejaron completos todos los expedientes clínicos con las notas del proceso, con el fin de que los profesionales en salud que requieran la revisión del mismo, puedan tener acceso completo.

Otro de los productos que se obtuvo en resultados fue la elaboración de un folder personalizado con la sistematización de tareas realizadas y trabajos en sesiones, así como

información de psicoeducación. Por lo que en total se realizaron cinco folders completos que fueron entregados a cada una de las participantes al finalizar el proceso.

Resultados por motivo de consulta

Entre los resultados obtenidos a nivel general se reportó el reconocimiento de los procesos de duelo diferentes entre sí, por medio de la relación entre las demás participantes del grupo y el reconocimiento del duelo más allá de la muerte de una persona, sino de otros procesos de pérdida. De igual manera, reportaron la identificación de los pensamientos irracionales en relación con la personalización y sobregeneralización de la pérdida y las dificultades asociadas, así como los pensamientos de culpa en torno a no haber evitado la muerte de su madre.

Uno de los resultados comunes que reportaron las participantes fue la expresión de sentimientos y pensamientos en un espacio seguro, debido a que la mayoría evitaba hablar de la pérdida con familiares o personas cercanas y en algunos de los casos se evitaba el reconocimiento del fallecimiento de la persona.

Algunos resultados obtenidos se dividieron de acuerdo con dos características del motivo de consulta: procesos de duelo reciente y procesos de duelo complicado.

En cuanto a los resultados específicos reportados por las personas en procesos de duelo reciente, indicaron el reconocimiento de su autonomía, aún sin la presencia de su madre, debido a que en ambos casos la madre representaba la figura de apoyo para la toma de decisiones y para sobrellevar situaciones difíciles. De igual manera, llevaron a cabo el

planteamiento de un proyecto de vida en relación con el duelo, iniciando con el aumento de tiempo en actividades con la familia o personas allegadas.

Una de las participantes en proceso de duelo reciente indicó la asistencia a lugares relacionados con la persona fallecida y los rituales religiosos, así como el desalojo de pertenencias de la persona fallecida por medio de donaciones.

En cuanto a las personas que acudieron por procesos de duelo complicado, entre los resultados comunes se reportó la disminución de las sensaciones de dolor y sentimientos de tristeza, así como el aprovechamiento de espacios de soledad para realizar nuevas actividades placenteras, lo cual se vio vinculado a la realización de un proyecto de vida, el cual se evidenció y reportó en los tres casos de personas con procesos de duelo complicado.

Este último punto fue uno de los más relevantes para las personas en proceso de duelo complicado, debido a que las participantes habían identificado el paso por las tres primeras tareas planteadas por Worden (2009), sin embargo, tenían dificultades con la última de las tareas, la cual se trabajó por medio del proyecto de vida. Lo anterior permitió el establecimiento de actividades placenteras, dentro de las cuales se encontraron, planear paseos con sus familiares, realizar manualidades, iniciar nuevos pasatiempos y pasar tiempo con sus nietos.

Uno de los resultados particulares de las personas que asistieron por procesos de duelo complicado fue la identificación con otras compañeras en las primeras etapas del duelo, así como con etapas de maternidad, crianza.

Entre todas las participantes se reportó la generalización de resultados hacia las siguientes situaciones: pérdidas asociadas al cáncer de mama y mastectomía, con el planteamiento de una posible cirugía de reconstrucción mamaria, duelo por muerte de hijo recién nacido años anteriores, disminución de ansiedad ante cirugía por medio de las estrategias de respiración diafragmática.

Resultados de acuerdo con los objetivos de abordaje psicoterapéutico

Con respecto a los objetivos del plan de trabajo, se estableció:

- Identificar dificultades comunes que presentan las participantes en su proceso de duelo, por medio de actividades participativas que permitan la normalización del duelo como proceso adaptativo.
- Conformar una red de apoyo con objetivos comunes, por medio de la formación de nuevas relaciones interpersonales seguras, que aumenten los factores protectores de cada una de las participantes.
- Facilitar los cambios cotidianos a enfrentar por parte de las participantes, teniendo como eje transversal el proyecto de vida, para así disminuir las posibles consecuencias disfuncionales.
- Favorecer la identificación de emociones y pensamientos en torno al proceso de duelo, por medio de psicoeducación, con el fin de que las participantes disminuyan las conductas disfuncionales y aumenten las conductas adaptativas.

- Brindar herramientas para el fortalecimiento de habilidades adaptativas, por medio de estrategias de autorregulación y autocuidado que aumenten y mantengan la calidad de vida de las participantes.

Con respecto al primer y segundo objetivo, a pesar de que se obtuvo el reconocimiento de los procesos de duelo diferenciados en cada una de las personas, identificaron dificultades y síntomas similares ante la pérdida, principalmente por haberse tratado de la muerte de la madre en todos los casos.

Este reconocimiento permitió que las participantes realizaran preguntas entre sí y brindaran apoyo y consejos en caso de haber pasado previamente por situaciones similares como fue el caso de la maternidad o bien del inicio del proceso de duelo. Las participantes expresaron frases como “yo la entiendo a ella”, “yo ya pasé por ahí y me identifico”, “cuando yo me sentía así”, “yo también me he sentido así”. Lo anterior, permitió la formación de redes de apoyo entre las participantes, quienes al finalizar el proceso, propusieron formar un grupo autogestionado.

Con respecto al tercer objetivo, se tuvo presente el proyecto de vida desde el inicio del proceso psicoterapéutico, por lo que se mantuvo como eje transversal hasta la finalización del mismo. Por último, con respecto al tercer y cuarto objetivo de trabajo, se logró el reconocimiento de emociones y pensamientos por parte de todas las participantes, lo cual permitió implementar las herramientas propuestas en el cuarto objetivo, aumentando así las sensaciones de bienestar.

En cuanto a los objetivos planteados de acuerdo con las tareas de Worden (2009), se obtuvo que todas las participantes pasaron por la tarea de aceptar la realidad de la pérdida. Una de las participantes que se encontraba en un proceso de duelo reciente, aún se encontraba en la tarea de procesar el dolor del duelo al finalizar la psicoterapia grupal. La otra de las participantes en proceso de duelo reciente se encontraba en la tercera tarea sobre ajustarse al mundo sin la pérdida. Las tres participantes en proceso de duelo complicado se encontraron realizando la última y cuarta tarea al finalizar el proceso, centrada principalmente en el desarrollo de su proyecto de vida.

2. Psicoterapia grupal de violencia intrafamiliar

El trabajo realizado con el grupo de VIF no se tenía contemplado dentro de los objetivos de trabajo inicialmente propuestos en el TFG. Sin embargo, ante la necesidad de la psicóloga encargada del grupo de contar con una coterapeuta, se integró a la practicante en el proceso grupal como un objetivo adicional, adquiriendo un rol de coterapeuta desde el inicio del trabajo con el grupo

Las participantes se encontraron dentro del grupo etario de adultez con edades entre los 41 y 64 años. Dos de las participantes contaban con grado universitario, mientras que las demás contaban con nivel educativo de primaria o secundaria. Dos de las participantes se encontraban laborando formalmente para el momento del proceso.

Resultados por productos obtenidos

Se realizaron un total de 16 sesiones en un periodo de 6 meses, las cuales se realizaron de forma semanal con dos horas de duración cada una (Gráfico 5).

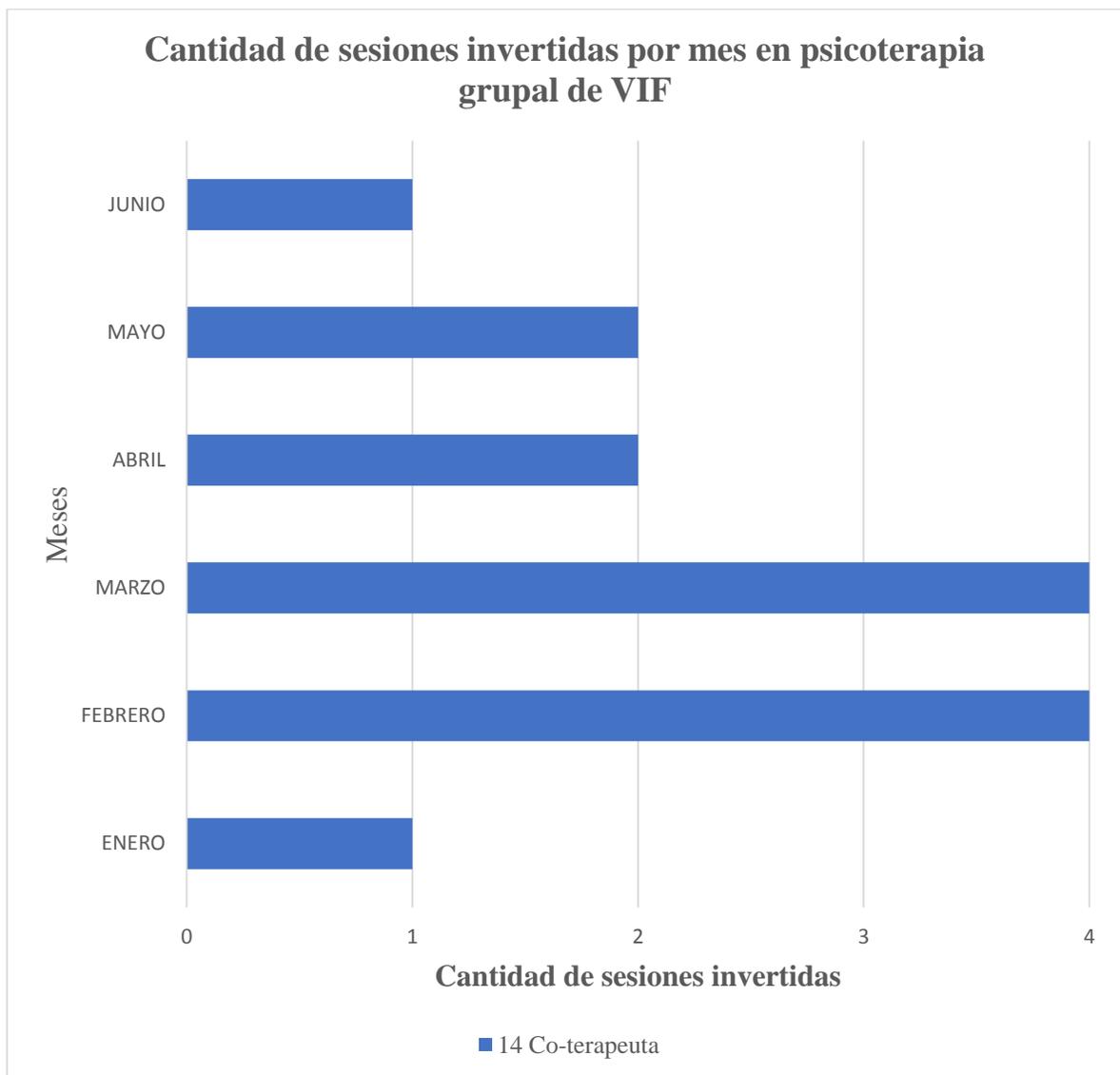


Gráfico 5. Cantidad de sesiones invertidas por mes en psicoterapia grupal de VIF

Se participó en 14 de las sesiones, por lo que se dedicó un total de 28 horas de trabajo en sesiones. Además, se invirtieron 33 horas de trabajo fuera del HSJD dedicadas a la revisión bibliográfica, el planeamiento de las sesiones y la preparación de material de trabajo.

Iniciaron un total de 8 participantes, de las cuales 6 finalizaron el proceso con alta por psicología clínica, una de ellas continuó el proceso en psicoterapia individual y otra de las participantes abandonó el proceso.

Como parte de los productos tangibles obtenidos se encuentra el planeamiento del anexo 4, el cual se realizó en conjunto con la encargada del grupo, quien se encontraba cubriendo una licencia de maternidad y quien ya contaba con un planeamiento inicial; sin embargo, se realizaron modificaciones según las necesidades de las pacientes. Se realizó un planeamiento general debido que la practicante adquirió un rol de apoyo y coterapeuta de las temáticas de las sesiones inicialmente planteadas.

De todas las sesiones planeadas durante el proceso completo, la practicante realizó las actividades relacionadas con los anexos 4.2, 4.3, 4.5, 4.6 y 4.7. Los anexos 4.1 y 4.4. pertenecieron a actividades relacionadas por la profesional del HSJD.

Resultados por motivo de consulta

De las participantes que iniciaron el proceso, cinco eran sobrevivientes de violencia intrafamiliar, mientras que tres de ellas se encontraban aun conviviendo en situaciones de VIF, siendo una de ellas quien no volvió al proceso. En siete de los casos la VIF había sido ejercida por su pareja sentimental, en todos los casos hombres, sumándose en dos de estos

casos violencia por parte de los hijos, y en sólo uno de los casos la VIF había sido ejercida por parte de la madre.

Además del motivo de referencia por VIF, las participantes contaron con problemáticas asociadas que manifestaron como motivos de consulta, siendo estos temas relacionados con: maternidad, adultez mayor, autopercepción, autonomía, independencia, trabajo, relaciones de pareja, salud y ansiedad. Los temas mencionados anteriormente se trabajaron durante las sesiones con las participantes de forma grupal. Los resultados del proceso completo se muestran con mayor detalle en la Tabla 2.

Problemáticas relacionadas	Resultados reportados
Maternidad	. Reconocimiento de relaciones de violencia.
Histerectomía	. Aumento de comunicación asertiva con familiares.
Autopercepción	. Aumento de sensaciones de bienestar.
Relaciones de pareja	. Reconsideración de cirugía.
	. Identificación de conductas “abusivas, controladoras y violentas”.
Autopercepción	. Reconocimiento de relaciones de violencia.
Maternidad	. Aumento de independencia.
	. Separación de pareja violenta.
	. Aumento de actividades agradables.
	. Cambios en conductas que han aumentado el bienestar.
Autopercepción	. Reconocimiento de relaciones de violencia.
Autonomía	. Aumento de autonomía.
Relaciones de pareja	

	. Reconocimiento de relaciones de violencia.
Adulthood	. Denuncia por VIF que se encuentra en proceso.
Self-perception	. Cambios a nivel personal que han generado sensaciones de bienestar.
Mother-child relationship	. Aumento de la comunicación asertiva con hijos.
	. Reconocimiento de relaciones de violencia.
Relationships	. Aumento de comunicación asertiva con familiares.
Autonomy	. Aumento de autonomía.
Maternity	. Aumento de actividades placenteras.
	. Formación de nuevas relaciones de pareja.
	. Disminución de frecuencia de ataques de pánico.
	. Reconocimiento de relaciones de violencia.
Anxiety	. Aumento de actividades placenteras.
Health	. Utilización de estrategias de respiración.
	. Disminución de intensidad de ataques de pánico
	. Reconocimiento de relaciones de violencia.
Maternity	. Comunicación asertiva con familiares.
	. Aumento de autonomía.
	. Aumento de autovaloración.
Work	. Reconocimiento de relaciones de violencia.
Relationships	. Reconocimiento de emociones.

Salud . Expresión de emociones.
. Aumento de auto percepción.

Tabla 2. Resultados por motivo de consulta de psicoterapia grupal de VIF

Resultados de acuerdo con los objetivos de abordaje psicoterapéutico

De acuerdo con los objetivos específicos planeados en el planeamiento de las sesiones, se alcanzaron de forma satisfactoria los objetivos planteados, los cuales fueron:

- Conformar una red de apoyo con objetivos comunes, por medio de la formación de nuevas relaciones interpersonales seguras, que aumenten los factores protectores de cada una de las participantes.
- Identificar patrones de conductas violentas, por medio de psicoeducación, que permita a las participantes detectar las relaciones de violencia y generar acciones de protección.
- Brindar herramientas para el fortalecimiento de habilidades adaptativas, por medio de estrategias de autocuidado que aumenten y mantengan la calidad de vida de las participantes.

Con respecto al primer objetivo, al igual que con el proceso de psicoterapia en procesos de duelo, se formaron redes de apoyo entre las participantes, tanto dentro como fuera de las sesiones, realizando en ocasiones actividades de autocuidado. Asimismo, al finalizar el proceso, propusieron formar un grupo autogestionado.

En cuanto al segundo objetivo, las ocho participantes lograron el reconocimiento de las relaciones de violencia, tanto en momentos previos como en las relaciones que mantenían para el momento. Por último, la mayoría de las participantes aumentaron sus actividades placenteras y de autocuidado, generando así un aumento en las sensaciones de bienestar.

Sin embargo, al finalizar el proceso de psicoterapia grupal centrado en el objetivo de VIF, las pacientes reportaron sentimientos constantes de ansiedad y estrategias disfuncionales de autorregulación emocional, por lo que se decidió realizar cuatro sesiones extras complementarias al proceso, enfocadas en brindar estrategias de autorregulación emocional.

Estas sesiones se realizaron de forma más distanciada en tiempo, con el fin de que las participantes aplicaran las estrategias brindadas. De esta forma también se pretendió facilitar el distanciamiento de la relación terapéutica para fomentar la autonomía de las participantes.

En las sesiones enfocadas en VIF, la practicante se enfocó principalmente en los temas de comunicación asertiva y autopercepción y salud; de igual manera participó en la propuesta e implementación de actividades en el resto de las sesiones. Específicamente en las sesiones enfocadas en “recursos emocionales” la practicante brindó estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson (1993, citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

C. Programa PCSA

Este programa se encuentra en un apartado diferente a los procesos de psicoterapia grupal, debido a su naturaleza, ya que más que un proceso de terapia es un programa legal de

psicoeducación, con objetivos y fines establecidos en todos los casos y con referencias emitidas por parte del Poder Judicial y no de un profesional en salud.

Como parte de la inserción profesional, la practicante llevó a cabo las actividades correspondientes a las tres fases del programa PCSA descritas en el apartado de intervención, correspondientes a: evaluación inicial de factores de riesgo y protección, desarrollo de sesiones grupales y evaluación de indicadores de logro y recaídas.

Primera fase

En la primera fase correspondiente a la evaluación de factores de riesgo y protección, se observaron 7 evaluaciones realizadas por la asesora técnica, dedicando un total de 7 horas de trabajo y se evaluó a un total de 12 jóvenes en un periodo de cinco meses según el Gráfico 6, entre los meses de febrero a junio, dedicando un total de 12 horas de trabajo. También se realizaron 12 notas de registro de consulta en el EDUS, las cuales de igual manera fueron impresas e ingresadas en los expedientes físicos.

En el mes de marzo no se realizaron evaluaciones de la primera fase, por lo que no se reporta ningún dato. Sin embargo, se realizaron evaluaciones de la tercera fase descrita posteriormente.

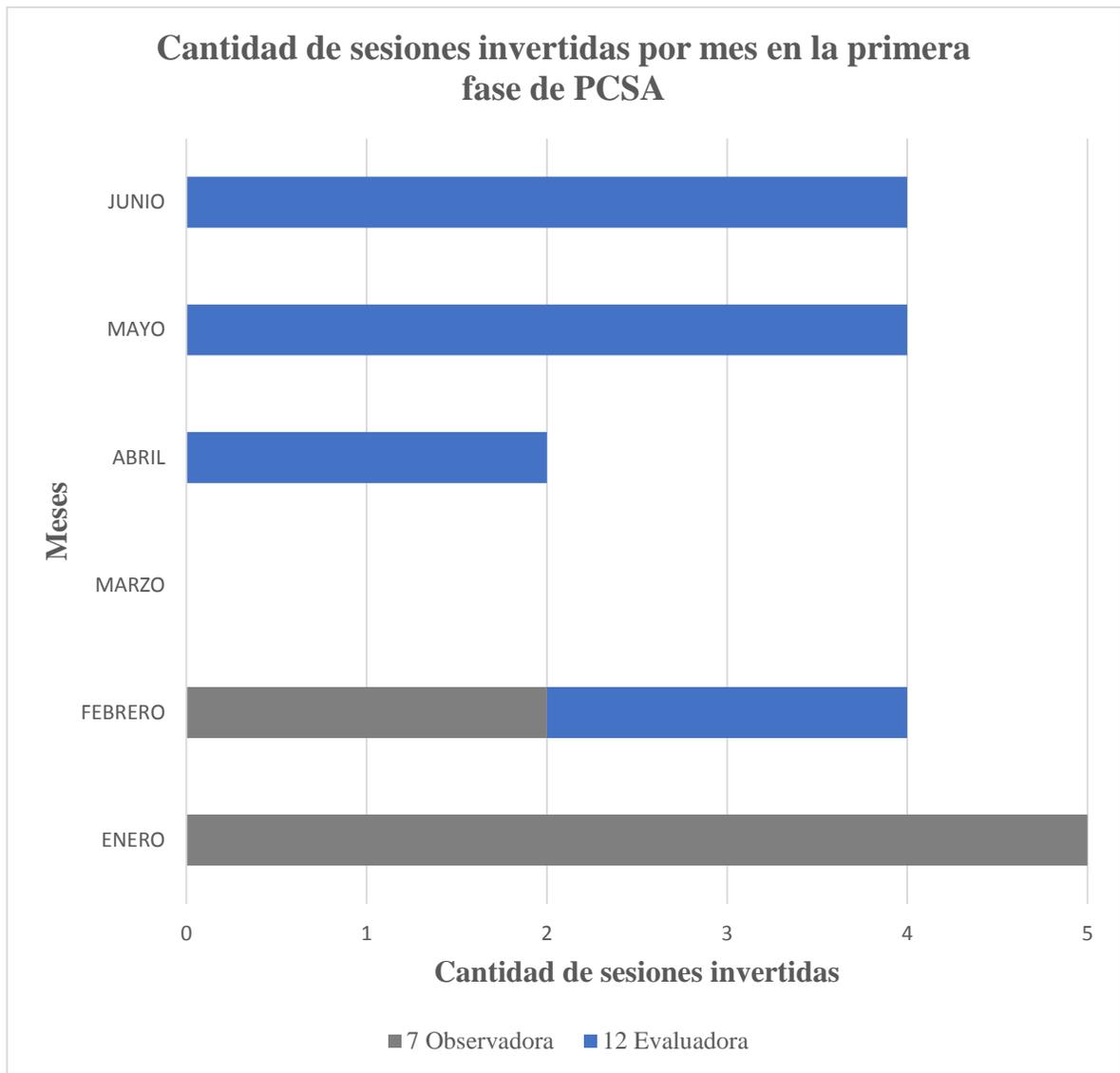


Gráfico 6. Cantidad de sesiones invertidas por mes en la primera fase del PCSA

Como parte de los productos obtenidos de esta primera fase, se realizó un Protocolo de Incorporación a los Jóvenes del Programa de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva (Anexo 7) según demanda de la Unidad de Psicología Clínica, debido a que se identificó una desinformación por parte de los jóvenes en cuanto al proceso del programa PCSA previo a la primera cita.

Segunda fase

Como parte de la segunda fase, correspondiente al desarrollo de las sesiones grupales, se trabajó con un grupo de jóvenes mayores de edad, con edades entre los 18 y 22 años.

Todos los participantes fueron hombres por criterios de inclusión, debido a que se recibe una cantidad muy pequeña de referencias judiciales de mujeres, las cuales se llevan a cabo por medio de sesiones individuales.

El grupo se conformó inicialmente con 12 participantes, de los cuales 10 completaron el proceso grupal, uno de ellos solamente participó en la primera sesión y otro se retiró del proceso después de haber asistido a once sesiones, debido a ausencias no justificadas según el proceso y argumentadas sin comprobantes. Tres de los diez que completaron el proceso se encontraban laborando, mientras que los nueve restantes se encontraban estudiando en secundaria.

El proceso grupal se llevó a cabo durante seis meses, contemplados entre enero y junio del 2019, por medio de 18 sesiones de trabajo grupal realizadas de forma semanal, con una duración de dos horas cada una. Se adquirió el rol de co-facilitadora en 7 de las sesiones y de facilitadora en 11 sesiones (Gráfico 7).

En las sesiones de trabajo se dedicaron 36 horas, mientras que se invirtieron 55 horas de trabajo fuera del HSJD en la revisión bibliográfica, planeamiento de las sesiones y preparación del material de trabajo.

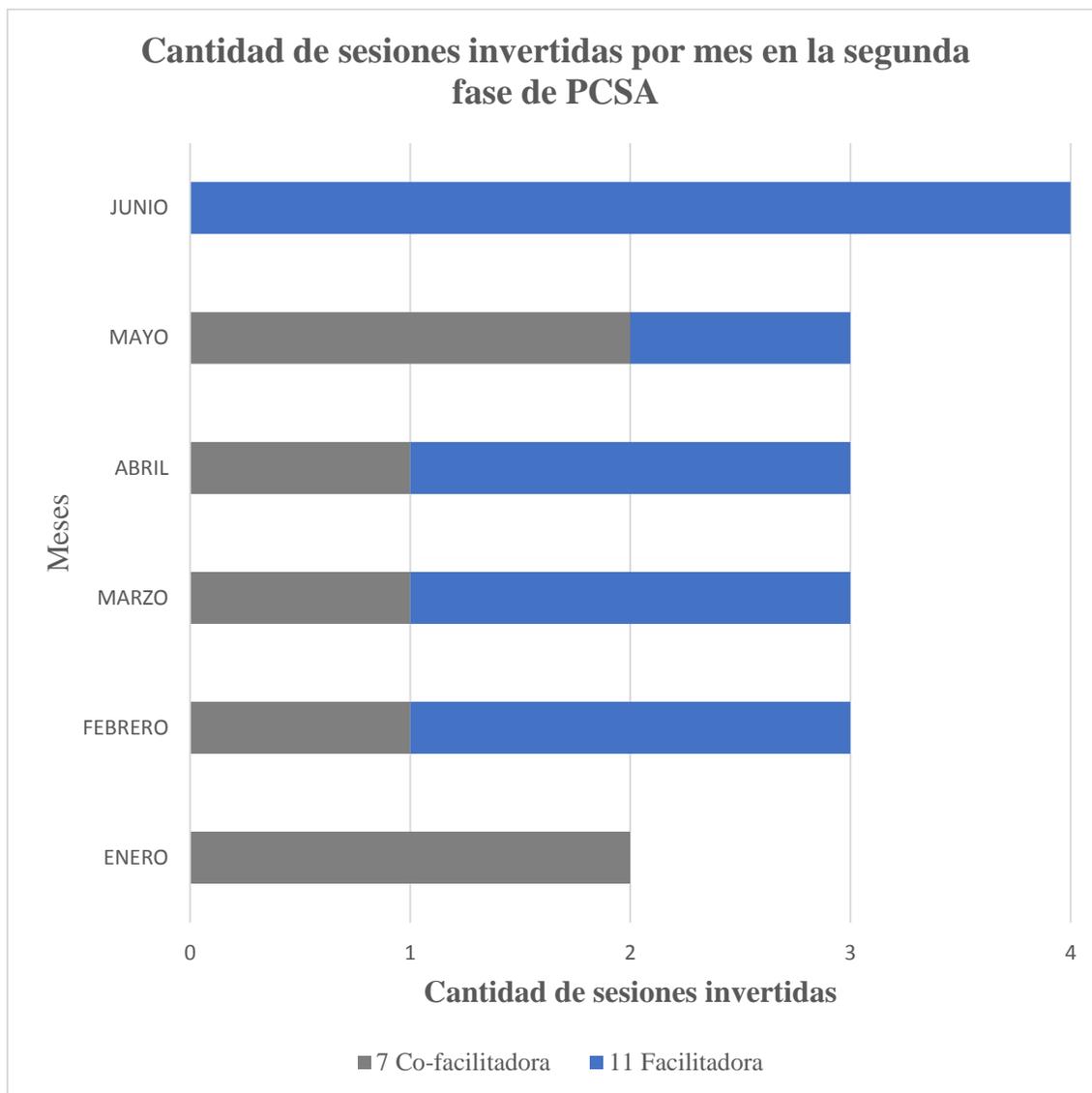


Gráfico 7. Cantidad de sesiones invertidas por mes en la segunda fase del PCSA

Entre los productos obtenidos se encuentra el planeamiento y los materiales de trabajo por sesión, encontrados en el anexo 6.

Se mantuvieron las temáticas establecidas en el planeamiento inicial del HSJD, solamente se agregó la temática de masculinidades. debido a que como se indicó en el apartado de intervención, estas se encontraron de acuerdo con lo que propone el Instituto Nacional de

Excelencia en Salud y Cuidado de Reino Unido dirigidas a la intervención del comportamiento sexual nocivo entre niños y jóvenes (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Sin embargo, se modificó en gran medida la metodología establecida inicialmente, ya que el trabajo se realizaba principalmente por medio de sesiones informativas con hojas de trabajo. Por otro lado, como se establece en el planeamiento de trabajo realizado por la practicante, este se encuentra dirigido hacia sesiones con mayores técnicas didácticas e información visual, y menor cantidad de hojas de trabajo, manteniendo los espacios de psicoeducación y reflexión por parte de los participantes.

De igual manera, se realizó una modificación teórica en relación con los precursores motivacionales, denominados en el planteamiento inicial como “barreras”, basadas en el modelo de precondiciones de Finkelhor (1984; citado en Fernández, 2016) quien deriva su modelo de la teoría de incesto y realizó sus investigaciones con personas presas acusadas por pedofilia, y el cual no ha recibido evaluaciones críticas ni sistemáticas desde su teorización.

Por otro lado, la teoría planteada de los precursores motivacionales se genera del modelo cuadripartito de la agresión sexual de Hall y Hirschman (1991) quienes consideran la existencia de cuatro precursores al realizar una agresión sexual: excitación sexual, evaluaciones cognitivas, autorregulación emocional y componentes de personalidad; y plantean como eje transversal las contingencias ambientales. Los autores afirman que no necesariamente las personas con estos factores realizan una agresión sexual, sin embargo, investigaciones han demostrado que la combinación de los cuatro factores aumenta la posibilidad de realizarla.

Se mantuvieron algunas de las actividades establecidas por parte del HSJD, para esto se conservaron los anexos 3.3, 3.8, 3.13, 3.14 y 3.16, los demás materiales fueron brindados por parte de la practicante.

Para cada uno de los participantes se realizaron notas de atención en cada una de las sesiones, teniendo un total de 18 notas por joven. Estas se ingresaron solamente en el expediente físico, debido a que por razones del sistema, los procesos grupales no se encuentran registrados en EDUS. Al finalizar la práctica dirigida, se dejaron completos todos los expedientes clínicos con las notas del proceso, con el fin de dejar un registro de su participación completa en el PCSA.

De igual manera, se contó con el registro de las hojas de trabajo individuales entregadas en cada una de las sesiones, las cuales se ingresaron en el portafolio físico del HSJD. Dentro de estas hojas de trabajo se encuentran los planteamientos de proyectos de vida con metas a corto, mediano y largo plazo.

Resultados de acuerdo a los objetivos de intervención

Los resultados de acuerdo con los objetivos planteados a nivel grupal se presentan por medio de la Tabla 3, en la cual se plantean los resultados obtenidos y las valoraciones que los respaldan por parte de los participantes, las cuales fueron expresadas tanto de forma oral como escrita.

Objetivos planteados	Resultados obtenidos	Valoraciones de los participantes
<p>Diferenciar los distintos delitos sexuales según la legislación nacional de Costa Rica, así como sus consecuencias legales, a partir de brindar información sobre el tema legal de la conducta sexual abusiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Conocimiento sobre la diferencia entre abuso sexual y violación de acuerdo con los términos y edades. . Conocimiento sobre las diferentes formas de abuso sexual. . Conocimiento sobre las relaciones impropias. . Conocimiento sobre las consecuencias legales de una conducta sexual abusiva en Costa Rica. 	<p>“O sea que menor de 15 son ilegales y menor de 12 son muy ilegales”</p> <p>“¿Aunque sea el esposo?”</p>
<p>Identificar comportamientos de coerción y consentimiento de las conductas sexuales, por medio de casos específicos, con el fin de fortalecer el conocimiento de los participantes sobre la conducta sexual abusiva o no abusiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Identificación de conductas sexuales abusivas y consentidas. . Identificación de las diferencias entre coerción y amenaza. . Cuestionamiento de orientación sexual. 	<p>“Es coerción porque le dijo que parara”</p> <p>“Pero dice Mauricio y Michael y son dos hombres”</p> <p>“Es ilegal porque tenía retardo mental”</p>
<p>Comprender el comportamiento sexual abusivo, por medio de la identificación de precursores motivacionales de la conducta sexual, con el fin de prevenir la</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Identificación de factores que intervienen en el cometimiento de una conducta sexual abusiva. . Reconocimiento de conducta sexual abusiva como responsabilidad de la persona que la comete y no de la víctima. 	<p>“Que la gente cuando está enojada y tomada puede no pensar”</p> <p>“No es instinto porque puede pensar”</p>

reincidencia de una conducta sexual abusiva.

Abordar los errores de pensamiento de los participantes por medio del cuestionamiento de creencias disfuncionales sobre las personas víctimas de la ofensa sexual y su propia conducta abusiva, con el fin de disminuir los mitos en relación con las conductas sexuales abusivas y aumentar los conocimientos sobre conductas sexuales saludables.

Reconocer las consecuencias a nivel emocional, conductual y social que puede generar la conducta sexual abusiva, por medio de la visualización de una película, con el fin de generar empatía hacia la víctima.

. Conocimiento sobre mitos de la conducta sexual abusiva.

.Identificar errores de pensamiento en cuanto a la conducta sexual abusiva.

. Reconocimiento de errores de pensamiento personales.

. Identificación de consecuencias del abuso sexual en la víctima.

“Por ejemplo, si no quiere té, no se lo toma y uno no puede obligarla a tomarse el té”.

“Todo se trata de consentimiento”

“No siempre debe haber contacto físico porque usted puede gritarle algo”

“Por ejemplo aquella foto en que estaba la muchacha vestida con un vestido cerca y ya por eso el mae pensaba que quería con él”

“Si cambian las cosas en una situación sexual, no se puede estar con alguien así”

“Si uno le grita algo ella si lo puede denunciar”

“No porque sea el esposo tiene derecho”

“Porque se suponía que era una persona que tenía que cuidarla y la agredió”

“Mucha gente le decía que era una mentirosa”

“Para ella tener relaciones era como un castigo”

“Puede llegar hasta matarse la persona”

Identificar la influencia del sexo y género en los comportamientos que implican conductas sexuales, por medio de la psicoeducación, con el fin de iniciar el cuestionamiento sobre la masculinidad hegemónica.

. Reconocimiento de la diferencia entre sexo, género y orientación sexual.

. Cuestionamiento sobre la masculinidad hegemónica.

“Entonces ¿a un gay se le puede considerar un hombre?”

“Supuestamente por el cuerpo del mae tenía muchas mujeres”

“Mi abuelo nunca se hubiera puesto una chema rosada”

“Es que para mí es muy complicado entenderlo, porque a mí me enseñaron que el hombre era el macho masculino con pelos en el pecho, y ahora tengo que cambiar todo lo que tengo en mi cabeza”

Revisar elementos de la masculinidad hegemónica, por medio de actividades participativas, con el fin de generar discusión sobre las consecuencias perjudiciales que generan estas conductas.

. Cuestionamiento de los estereotipos de masculinidad.

.Identificación de elementos de la masculinidad hegemónica.

. Cuestionamiento de influencia de los elementos de la masculinidad hegemónica en la conducta sexual abusiva.

“Por ejemplo, yo estaba muy pequeño cuando se murió mi mamá y a mí me dijeron que no podía llorar”

“Una vez mi novia me envió flores y yo no sabía qué hacer, pero a mí me pareció bonito”

“Si a mí una muchacha me dice algo en la calle yo me sentiría acosado”

“Si los hombres jugáramos con muñecas, ahora sabría cómo darle el chupón y cambiarle el pañal a mi bebé, en cambio la güila como jugaba con eso, es como si ya lo trajera”

Promover conocimientos sobre sexualidad integral en los jóvenes integrantes, por medio de actividades

.Reconocimiento de la sexualidad como parte de las relaciones con otras personas.

Palabras indicadas en relación con la sexualidad:

- Inicio de la sesión: placer, sensaciones, necesidad, amor, respeto, enfermedades

<p>participativas y psicoeducación, que permitan el cuestionamiento de conductas sexuales riesgosas y aumenten las conductas sexuales saludables.</p>	<p>. Ampliación del término de sexualidad más allá de las relaciones de pareja.</p>	<p>de transmisión sexual, prevención, anticonceptivos, erotismo, orgasmo, pasión.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Posterior a la psicoeducación: relajación, afectividad, espiritualidad, sensibilidad, emociones, altruismo, masturbación, relaciones sexuales, erección.
<p>Demostrar la forma en que las redes sociales fomentan las conductas sexuales abusivas y la desinformación, por medio de la presentación de imágenes y frases.</p>	<p>. Cuestionamiento de los micromachismos. . Identificación de conductas violentas normalizadas. . Cuestionamiento de conductas de crianza que normalizan la violencia.</p>	<p>“Esto tiene que ver con lo que la trabajadora social me dijo de los micromachismos” “Yo hasta le he llegado a decir a mi hermana que no se ponga alguna ropa porque me da miedo que le digan algo” “¿Acaso si yo ando sin camisa por la calle me van a andar gritando varas?”</p>
<p>Identificar factores de riesgo y factores de protectores de la propia historia personal, por medio de la realización de un genograma, con el fin de promover las fortalezas y habilidades de los participantes.</p>	<p>. Identificación de situaciones importantes en la historia de vida. . Evasión sobre datos importantes de la historia de vida.</p>	<p>“Voy a empezar desde los 10 años que fue cuando empecé a vivir en San José” “Es que no me gusta hablar de esto”</p>
<p>Fomentar la planificación de un proyecto de vida con metas a corto, mediano y largo plazo, tomando en cuenta las</p>	<p>. Reconocimiento de habilidades. . Identificación de diferentes redes de apoyo.</p>	<p>“En fortaleza, que toda mi familia trabaja junta” “Hay que pensar que lo puedo lograr”</p>

fortalezas, habilidades, oportunidades y áreas por mejorar de cada uno de los participantes.	. Desarrollo de un proyecto de vida individual.	<p>“No quiero desaprovechar la oportunidad de tuve con la beca, entonces ahora voy a buscar otra”</p> <p>“Con sólo entrar a la universidad ya fue todo un logro”</p> <p>“En oportunidades haber pasado a nacionales en crossfit”</p>
Establecer un plan de contingencia en relación con las conductas sexuales abusivas, con el fin de minimizar los factores de riesgo y aumentar los factores protectores de la salud sexual y la protección de las otras personas.	. Planteamiento de estrategias de prevención de una conducta sexual abusiva.	<p>“P.P.A (paro, pienso y actúo)”</p> <p>“Pensar antes de hacer las cosas”</p> <p>“Manejar las emociones que pueda llegar a tener”</p> <p>“Pedir a ayuda a un psicólogo si ya veo que estoy pensando mucho en eso”</p>
Evaluar los aprendizajes obtenidos a lo largo del proceso, para así tomar las modificaciones correspondientes a la mejorar del programa PCSA en el HSJD.	<p>Entre los aprendizajes más significativos:</p> <p>. Aprendizajes en torno a la legislación nacional.</p> <p>. Aprendizajes sobre las distorsiones cognitivas.</p> <p>. Identificación de factores sociales.</p>	<p>“Eran las de Homero, generalización personalización...”</p> <p>“Que género es lo social que nos dicen”</p> <p>“No sabía mucho de las leyes”</p> <p>“A mi me gustó lo de las leyes”</p> <p>“Lo de las edades”</p>

Tabla 3. Resultados de PCSA según objetivos de trabajo

Tercera fase

Por último, como parte de la tercera fase, se realizaron dos evaluaciones finales en el mes de marzo, a jóvenes que habían formado parte del grupo de trabajo anterior, es decir, entre los meses de julio del 2018 y enero del 2019. Ambos jóvenes completaron el proceso del PCSA tanto con psicología como con trabajo social, con indicadores de logro y sin indicadores de recaídas, sino que en ambos casos se abordaron consultas sobre el proyecto de vida y se reforzaron las metas establecidas.

Por tanto, de igual manera se realizaron dos notas de cierre de proceso en EDUS, las cuales fueron impresas e ingresadas en los expedientes físicos. En estos casos, la asesora técnica realizó la carta de alta por psicología clínica dirigida al juzgado correspondiente.

D. Evaluaciones

Como parte de la inserción profesional, la practicante realizó evaluaciones de tipo neuropsicológicas y psicodiagnósticas. A continuación, se describen los resultados obtenidos en cada una de estas actividades.

Evaluaciones neuropsicológicas

En total se realizaron cinco sesiones de evaluaciones neuropsicológicas contempladas entre los meses de marzo a mayo, las cuales fueron realizadas a tres personas diferentes. Las evaluaciones fueron realizadas a tres personas entre los 22 y 62 años de edad, dos de sexo femenino y una de sexo masculino. Solamente a una de estas personas se realizó la evaluación

completa, correspondiendo a tres sesiones de trabajo, mientras que a las dos restantes solamente se aplicaron pruebas en una sesión cada una.

Se dedicó un total de 19 horas de trabajo en la evaluación, y administración y calificación de pruebas y 10 horas en el trabajo realizado fuera del HSJD correspondiente a la preparación para la aplicación de las pruebas y la elaboración del informe neuropsicológico.

La primera de las evaluaciones se realizó como apoyo a la Unidad de Psicología, debido a que la practicante representaba un elemento neutro y desconocido para la persona evaluada por posible diagnóstico de deterioro cognitivo; por lo que solamente se realizó una sesión de evaluación. La segunda evaluación se realizó como parte de la capacitación y apoyo a la Unidad de Psicología Clínica en la evaluación de un paciente hospitalizado y en estudio por posible diagnóstico en neurocirugía, ya que se deben realizar una batería de pruebas en un periodo de tiempo establecido y la psicóloga clínica encargada del área contaba con tiempo limitado. La tercera evaluación se realizó como parte de la capacitación de la practicante. Los casos se detallan en la Tabla 4.

La prueba aplicada en el primer caso fue seleccionada por la psicóloga clínica encargada del caso, en el segundo caso se aplicó una prueba según la batería establecida para los casos que ingresan por este motivo, y en el tercer caso, las pruebas fueron seleccionadas por la asesora técnica, quien realizó la entrevista inicial, mientras que la practicante participó como observadora.

Solamente se realizó el informe neuropsicológico del último caso, por lo que se citó a la persona a una cita de devolución, sin embargo, la misma no se presentó el día asignado. Se

realizó la nota correspondiente en el EDUS y se ingresó el informe impreso en el expediente físico de la paciente, el cual fue supervisado y revisado por la asesora técnica, así como contó con la firma y sello de la misma.

Motivo de referencia	Pruebas y estrategias de evaluación utilizadas	Resultados obtenidos
Posible diagnóstico de deterioro cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS) 	Para la practicante: . Conocimiento de la aplicación de la Escala WAIS en pacientes con posible deterioro cognitivo.
Posible diagnóstico de epilepsia con posibilidad de neurocirugía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NEUROPSI Atención y Memoria 2ª edición (NAM) 	Para la practicante: . Conocimiento de la aplicación de NEUROPSI en pacientes hospitalizados.
Diagnóstico diferencial de síndrome demencial vs deterioro cognitivo secundario a cuadro afectivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión del expediente de salud ▪ Observación clínica ▪ Entrevista con la usuaria ▪ Entrevista con hijo menor de la usuaria. ▪ Aplicación de pruebas neuropsicológicas: <ul style="list-style-type: none"> - NEUROPSI Atención y Memoria 2ª edición (NAM). - Memoria Visual de Rostros (MVR). - d2 Test de Atención. 	A partir de la evaluación: . Descarte de trastorno neurocognitivo. . Funcionamiento cognitivo global normal. . Proceso de duelo. Para la practicante: . Entrenamiento evaluación neuropsicológica completa. . Conocimiento de aplicación de las pruebas mencionadas.

Tabla 4. Descripción de casos individuales de evaluación neuropsicológica

Evaluaciones psicodiagnósticas

En cuanto a las evaluaciones psicodiagnósticas realizadas, se realizaron un total de 8 sesiones de evaluación, dirigidas a 3 personas con edades entre los 27 y los 56 años, dos de sexo femenino y uno de sexo masculino. En dos los casos se realizó la evaluación completa, excepto la devolución de los resultados que fue realizada por la asesora técnica.

En el primero de los casos se participó como observadora en la primera entrevista, la cual tenía el objetivo de cumplir con el protocolo dirigido a personas transexuales que optan por tratamiento hormonal, sin embargo, ante el motivo de consulta de la participante, se realizaron pruebas psicodiagnósticas, las cuales fueron aplicadas por la practicante, así como se realizó parte del informe, sin embargo, la asesora técnica finalizó la calificación e impresión diagnóstica de las pruebas y realizó la devolución. En el segundo caso se realizó una evaluación en hospitalización, derivada de una interconsulta por posible deterioro cognitivo y en el tercer caso se realizó una evaluación por referencia del servicio de psiquiatría por posible diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

En ambos casos en que se realizó la evaluación completa, se realizó un informe psicodiagnóstico, el cual fue impreso e ingresado en el expediente físico, con nota en el EDUS. Al igual que en el caso de los informes neuropsicológicos, estos fueron revisados por parte de la asesora técnica, quien selló y firmó los mismos.

Se dedicó un total de 12 horas a la evaluación, aplicación de pruebas y calificación y 6 horas de trabajo fuera del HSJD, correspondiente a la elaboración de informes. Los casos evaluados se detallan en la Tabla 5.

Motivo de referencia	Estrategias de evaluación utilizadas	Resultados obtenidos
Protocolo dirigido a personas transexuales que optan por el tratamiento hormonal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión del expediente de salud ▪ Observación clínica ▪ Entrevista con el usuario ▪ Aplicación de pruebas psicológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Bienestar Psicológico (EBP) - Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) - Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA) - Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA) - Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) 	<p>Para la practicante:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Conocimiento del protocolo completo dirigido a personas transexuales que optan por tratamiento hormonal. . Entrenamiento en aplicación de pruebas mencionadas.
<p>“Corroborar discapacidad mental”</p> <p>Evaluación para decidir capacidad de estancia en albergue por VIF</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión del expediente de salud ▪ Observación clínica ▪ Entrevista con el usuario ▪ Aplicación de pruebas psicológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Test de Evaluación Rápida de las Funciones Cognoscitivas (ERFC) 	<p>A partir de la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Deterioro cognitivo leve. . Independencia en ejecución de actividades. <p>Para la practicante:</p>

		. Entrenamiento en evaluación de pacientes en hospitalización con deterioro cognitivo.
		. Entrenamiento en aplicación de prueba ERFC.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión del expediente de salud ▪ Observación clínica ▪ Entrevista con la usuaria ▪ Aplicación de pruebas psicodiagnósticas: 	A partir de la evaluación:
Diagnóstico diferencial de trastorno de personalidad o	<ul style="list-style-type: none"> - Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) - Inventario de Adjetivos para la evaluación de los Trastornos de Personalidad (IA-TP) - Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) - Cuestionario-Estructural Tetradimensional para la Depresión - Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) - Escala de Manía de Bech-Rafaelsen (MAS) 	<ul style="list-style-type: none"> . Descarte de TEA . Rasgos de personalidad antisocial. . Diagnóstico de Trastorno Bipolar II
Trastorno del Espectro Autista		Para la practicante:
		. Entrenamiento evaluación psicodiagnóstica completa.
		. Conocimiento de aplicación de las pruebas mencionadas.

Tabla 5. Descripción de casos individuales de evaluación psicodiagnóstica

E. Atención en hospitalización

Esta actividad no se encontraba contemplada en los objetivos del TFG, sin embargo, ante el interés de la practicante por el trabajo interdisciplinario y atención en hospitalización, y en conjunto con la alta demanda de interconsultas, se agregó al trabajo realizado en la práctica dirigida, por medio de las interconsultas y la atención hospitalaria a pacientes del Servicio de Cirugía Cardíaca.

1. Interconsultas

Como parte de la primera fase de inserción profesional, se observaron 4 sesiones de interconsultas atendidas por la asesora técnica en los meses de febrero y marzo, dedicando un total de tiempo de 4 horas. Para la segunda fase del rol de la practicante, se realizaron interconsultas entre los meses de marzo y mayo.

Se atendió un total de 7 pacientes por medio de interconsultas, para las cuales se realizaron un total de 15 sesiones invirtiendo un total de 8 horas de trabajo, ya que se brindó seguimiento durante la hospitalización a 5 de estas personas. Todas las personas atendidas fueron mayores de 18 años y solamente se atendió a una persona adulta mayor, 5 hombres y 2 mujeres. Además, se dedicaron 5 horas de trabajo fuera del HSDJ correspondientes a la revisión bibliográfica.

Los motivos de referencia y el trabajo realizado se describen en la Tabla 6.

Unidad/Servicio de referencia	Motivo de interconsulta	Trabajo realizado
Unidad de Quemados	Descarte de discapacidad intelectual Posible intento de autoeliminación	.Evaluación de factores de riesgo y factores protectores. .Breve seguimiento en hospitalización. .Autopercepción. .Se refiere a psicóloga clínica que inició como encargada de la unidad.
Unidad de Quemados	Labilidad emocional	.Evaluación de factores de riesgo y factores protectores. .Breve seguimiento en hospitalización. .Estrategias de relajación. .Se refiere a psicóloga clínica que inició como encargada de la unidad.
Servicio de cirugía Cardíaca	Situación de VIF	.Evaluación de factores de riesgo y factores protectores. .Interconsulta formal realizada ante identificación de VIF. .Recomendación de interconsulta a trabajo social. .Seguimiento en hospitalización. .Psicoeducación sobre VIF. .Psicoeducación sobre cirugía. .Adherencia al tratamiento. .Proyecto de vida.
Servicio de urología	Abordaje integral	.Evaluación de factores de riesgo y factores protectores.

Servicio de Cirugía Cardíaca	Adherencia al tratamiento	. Evaluación de factores de riesgo y factores protectores. .Seguimiento en hospitalización. .Adherencia al tratamiento.
Servicio de Cardiología	Adherencia al tratamiento	. Evaluación de factores de riesgo y factores protectores. .Psicoeducación.
Medicina 2	Descarte de diagnóstico de “discapacidad mental”	.Evaluación de factores de riesgo y factores protectores. . Seguimiento en hospitalización. .Evaluación psicodiagnóstica. .Actividades.

Tabla 6. Descripción de casos individuales atendidos en interconsultas

2. Atención en el Servicio de Cirugía Cardíaca

Como parte de las actividades adicionales de la práctica dirigida, se coordinó con la asesora técnica y el jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca, con el fin de crear un protocolo de trabajo interdisciplinario entre este servicio y la Unidad de Psicología Clínica del HSJD, ya que ya se disponía con la aceptación de un tiempo establecido por parte de la unidad para la atención de pacientes de este servicio, sin embargo, no se recibían casos con frecuencia.

Como bien se describe en el apartado de intervención, para llevar a cabo este objetivo, se realizaron visitas con el equipo médico del servicio de cirugía cardíaca, atención a los pacientes en el proceso perioperatorio y la redacción de dos protocolos de intervención, uno

de ellos dirigido a la Unidad de Psicología Clínica (Anexo 8) y otro dirigido al Servicio de Cirugía Cardíaca (Anexo 9). Todas estas actividades se llevaron a cabo entre los meses de marzo y junio del 2019.

En un primer momento se llevó a cabo la observación de una intervención por parte de la asesora técnica la cual requirió un acompañamiento prequirúrgico, postquirúrgico y transquirúrgico. Posterior a la observación y revisión bibliográfica de la temática, se llevaron a cabo 13 visitas con el servicio, dedicando 15 horas de tiempo a esta actividad.

Se atendieron 21 pacientes del servicio, por medio de 33 sesiones individuales, ya que según fue el caso se realizó una intervención preoperatoria, postoperatorio o perioperatoria (Gráfico 8). Se invirtió un total de 30 horas de tiempo en la atención en hospitalización.

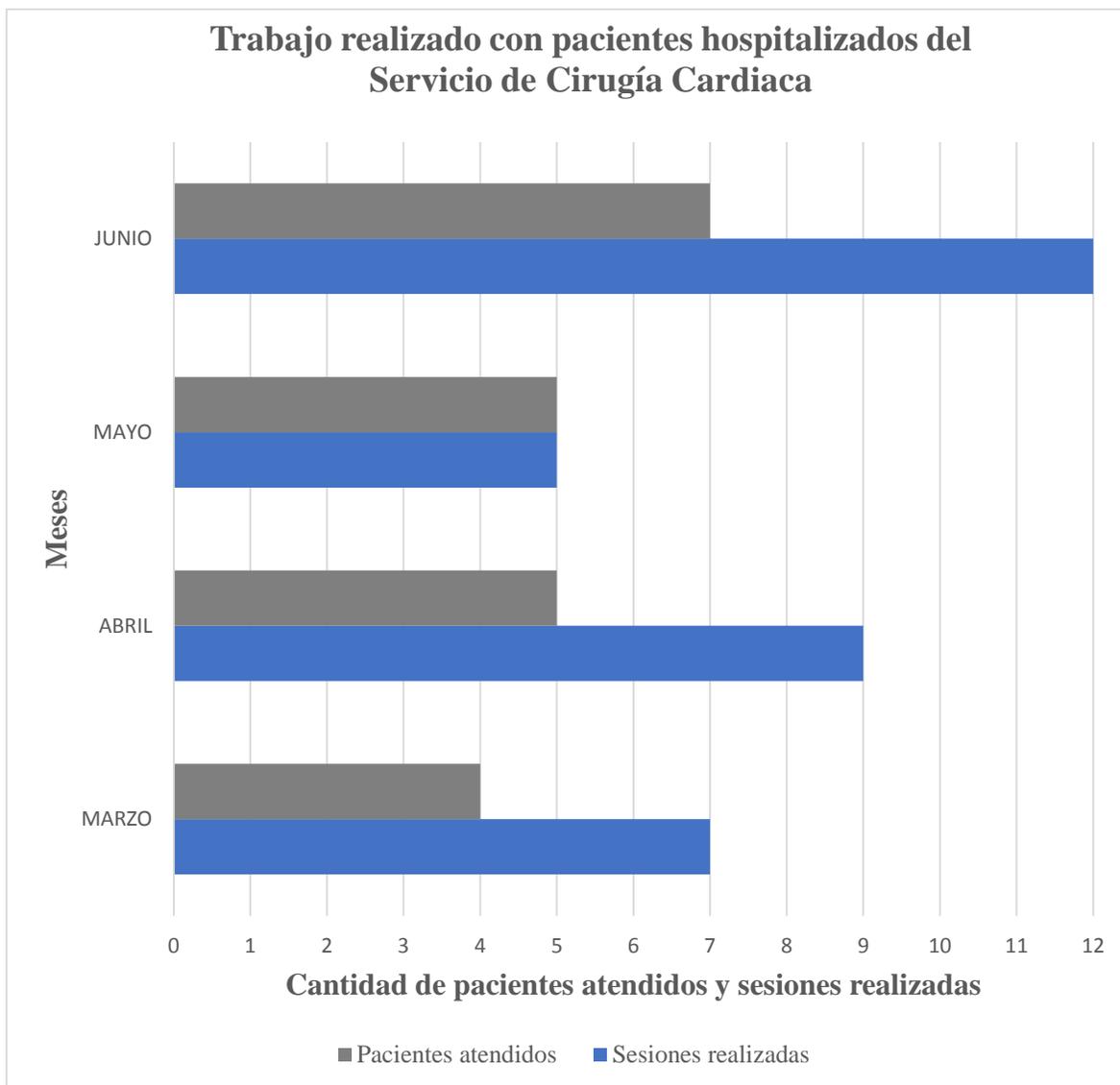


Gráfico 8. Trabajo realizado con pacientes hospitalizados del Servicio de Cirugía Cardíaca

Además, se dedicaron 12 horas de trabajo fuera del HSJD correspondiente a la revisión bibliográfica en relación con las temáticas abordadas.

De las personas atendidas, 9 de ellas eran adultas mayores y los 12 restantes se encontraron en edades entre los 42 y los 63 años de edad, 10 fueron mujeres y 11 hombres. Se atendieron 11 personas tanto en periodo prequirúrgico como postquirúrgico, 9 personas

únicamente en periodo postquirúrgico y una persona solamente en periodo prequirúrgico debido a que falleció durante la cirugía.

En el primer mes de trabajo con el servicio, se asistió al menos a una visita por semana en los días establecidos inicialmente, lunes y viernes, atendiendo en promedio a un paciente por semana. En los meses posteriores las cifras de las visitas disminuyeron, sin embargo, las sesiones semanales y los pacientes atendidos aumentaron hasta casi redoblar la cifra de pacientes atendidos en el primer mes.

De igual manera, se obtuvo la referencia de dos interconsultas por parte del servicio de cirugía cardiaca hacia la Unidad de Psicología Clínica por factores de riesgo identificados. Así como la referencia de una persona para seguimiento postoperatorio por medio de consulta externa.

La mayoría de los pacientes contaban con cirugía programada con anterioridad por problemas en relación con estenosis aórtica o estenosis de la válvula mitral. Solamente dos pacientes fueron ingresados al servicio sin cita programada, uno de ellos por un infarto y el otro por la identificación de una enfermedad cardiaca durante hospitalización en otro centro de salud.

Se encontraron coincidencias entre los antecedentes personales patológicos, así como en las dificultades reportadas durante el periodo de hospitalización, tanto prequirúrgico como postquirúrgico. Lo anterior se describe en la Tabla 7, de forma descendente según la frecuencia con que se reportó.

Antecedentes personales patológicos	Dificultades reportadas en periodo prequirúrgico	Dificultades reportadas en periodo postquirúrgico
<p>Cerca de la mitad de los pacientes contaban con diagnóstico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión Arterial (HTA). ▪ Diabetes. <p>Se presentó en menor medida (de dos a tres pacientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo de alcohol. ▪ Infartos previos ▪ Síntomas depresivos ▪ <i>Bypass</i> coronario ▪ Violencia intrafamiliar <p>Solamente en un caso se presentó:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obesidad ▪ Trastorno de ansiedad ▪ Tabaquismo 	<p>En la mayoría de los casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desconocimiento del proceso quirúrgico. ▪ Incertidumbre del proceso. ▪ Dificultades en el sueño. ▪ Preocupaciones laborales. 	<p>Cerca de la mitad de los pacientes reportaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultades para comer ▪ Dificultades para conciliar el sueño ▪ Falta de apoyo social ▪ Sintomatología depresiva en torno al movimiento limitado. <p>Se presentó en menor medida (de dos a tres pacientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desorientación ▪ Despersonalización ▪ Desesperanza por el uso de la sonda foley <p>Solamente en un caso se presentó:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ideas de muerte ▪ Temor por otra intervención

Tabla 7. Reporte de casos atendidos en el Servicio de Cirugía Cardíaca

F. Otras actividades

Como se mencionó en el apartado de intervención, la practicante realizó actividades adicionales vinculadas al trabajo cotidiano en la Unidad de Psicología Clínica, o bien a actividades bajo la responsabilidad de la asesora técnica y que dieron apertura a la asistencia de la practicante como espacio de formación profesional. Estas actividades fueron: labores administrativas, apoyo en talleres de estimulación cognitiva, asistencia a sesiones psiquiátricas y del servicio de nefrología, capacitaciones en psicología clínica, evaluación para el tratamiento de hormonización de personas trans, sesiones con trabajo social y trabajo en casa. Las actividades se describen en mayor detalle en la Tabla 8.

Actividad realizada	Rol de la practicante	Tiempo invertido en horas	Resultados obtenidos
Labores administrativas	<ul style="list-style-type: none">▪ Capacitación en el uso de EDUS.▪ Revisión de expedientes clínicos físicos y digitales de los pacientes atendidos.▪ Redacción de notas de atención individuales y grupales e ingreso en los expedientes.▪ Organización de grupos de filtro.▪ Desarrollo y organización de material a utilizar en las sesiones de trabajo.▪ Apoyo con las estadísticas mensuales.	206 horas	<ul style="list-style-type: none">▪ Conocimiento de asuntos administrativos a nivel hospitalario.▪ Conocimiento del uso de EDUS para búsqueda de información, redacción de notas, realizar referencias, ingreso de diagnósticos y altas.▪ Conocimientos sobre la realización de estadísticas en el HSJD.

Apoyo en talleres de estimulación cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo en preparación de materiales para actividades en sesión. ▪ Desarrollo de actividades cortas en espacios de organización. ▪ Apoyo en entrega y recolección de materiales utilizados en sesión. ▪ Apoyo a participantes con limitaciones auditivas, visuales y motoras. 	16 horas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo a 8 pacientes integrantes el grupo. ▪ Adquisición de conocimientos en la Enfermedad de Esclerosis Múltiple. ▪ Adquisición de herramientas de trabajo en temas de estimulación cognitiva.
Asistencia a sesiones psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asistencia a las sesiones de capacitación. 	8 horas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento sobre el trabajo interdisciplinario entre el servicio de psiquiatría, la fundación clínica del dolor y cuidados paliativos y la unidad de psicología del HSJD. ▪ Conocimiento de problemáticas atendidas desde el servicio de psiquiatría en un hospital general. ▪ Adquisición de conocimientos en estrategias de intervención en problemáticas atendidas en la unidad de psicología de un hospital general.
Asistencia a sesiones en el servicio de nefrología	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asistencia a las sesiones con la asesora técnica. 	10 horas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento sobre el trabajo interdisciplinario entre el servicio de nefrología y la unidad de psicología del HSJD.

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adquisición de conocimientos en torno a la enfermedad renal. ▪ Conocimiento en torno al protocolo del HSJD para la aceptación y mantenimiento del proceso de diálisis en casa y de donación de órgano donante cadavérico o de donante con vida.
Capacitaciones en psicología clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asistencia a las sesiones de capacitación por parte de los residentes. ▪ Asistencia a sesiones de aplicación de pruebas por parte de los residentes. 	7 horas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adquisición de conocimiento de pruebas psicodiagnósticas y neuropsicológicas utilizadas en un hospital general. ▪ Adquisición de aprendizajes sobre la aplicación y calificación de pruebas psicodiagnósticas y neuropsicológicas.
Evaluación para el tratamiento de hormonización de personas transexuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo en el proceso de evaluación de personas trans para el tratamiento de hormonización 	7 horas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo en la evaluación de tres personas transgénero. ▪ Conocimiento sobre los lineamientos del protocolo de hormonización para personas transexuales de la C.C.S.S. ▪ Conocimientos sobre escalas de evaluación adaptadas para hombres y

			mujeres ESDETRA ESANTRA.	trans: Y
			▪ Conocimiento sobre historia de vida de mujeres y hombres trans.	
Otros trabajos realizados fuera del hospital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Búsqueda bibliográfica. ▪ Preparación de materiales. ▪ Realizar protocolos del Servicio de Cirugía Cardíaca y el Programa PCSA. ▪ Realizar las bitácoras e informes mensuales de la práctica dirigida. ▪ Supervisiones. 	179 horas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultados de información a utilizar en la práctica dirigida. ▪ Protocolos dirigidos a la Unidad de Psicología y al Servicio de Cirugía Cardíaca del HSJD. ▪ Protocolo de Incorporación de PCSA. 	

Tabla 8. Resultados de otras actividades realizadas

Cabe resaltar que en los meses de enero, abril y mayo se contó con un total de cuatro semanas de vacaciones de la asesora técnicas, en las cuales no se asistió de forma presencial al HSJD, lo cual incidió en los resultados reportados. Sin embargo, durante estas semanas se acordó realizar trabajo en casa equivalente a mínimo las 8 horas de trabajo que se dedican en el hospital.

Durante las primeras dos semanas del mes de enero, se dedicó el tiempo a la revisión bibliográfica en temas de duelo, VIF y conducta sexual abusiva en adolescentes. Partiendo de esto, se realizó la propuesta de los planeamientos de intervención grupal a desarrollar en los grupos de VIF y PCSA, así como técnicas y actividades correspondientes al primer grupo de duelo. Esto fue revisado posteriormente por la asesora técnica y la encargada del grupo de

VIF previo a cada sesión de trabajo, con el fin de realizar las modificaciones correspondientes según los avances durante los procesos.

En las siguientes dos semanas de vacaciones de la asesora técnica entre los meses de abril y mayo, se realizó nuevamente una revisión bibliográfica en los temas de duelo y VIF, debido a que para estas fechas se inició con el segundo grupo de psicoterapia de duelo, el cual fue facilitado por la practicante, así como se decidió extender las sesiones de psicoterapia de VIF, centrando las mismas en brindar recursos para la autorregulación emocional y resolución de problemas. Por tanto, se realizó la propuesta de los planeamientos grupales, los cuales también fueron revisados previamente por las encargadas y modificados según las necesidades y avances. Para estas semanas de trabajo durante la casa, también se inició el protocolo de atención dirigido al servicio de cirugía cardíaca y a la unidad de psicología clínica para la atención de pacientes ingresados con enfermedad cardíaca.

IX. Alcances

Tomando en cuenta que gran parte de la población de la Región Central acude al HSJD, la demanda que actualmente recibe la Unidad de Psicología Clínica genera una gran necesidad de recurso humano capacitado para brindar atención psicológica y para la implementación de programas que promuevan el mantenimiento de la salud integral.

Específicamente en las tareas realizadas por la practicante, los alcances fueron más allá de lo establecido inicialmente en los objetivos específicos del TFG. Si bien se trabajó en brindar atención personalizada a personas referidas por consulta externa, facilitar la intervención grupal de jóvenes del programa de PCSA, y planificar y desarrollar el proceso psicoterapéutico con el grupo de personas en duelo, se realizaron tareas adicionales según las demandas del HSJD.

Estos objetivos de trabajo se lograron de forma satisfactoria, aun extendiendo lo planteado inicialmente, debido a que, con respecto al primer objetivo, además de la atención de referencias para psicoterapia, se tomaron también referencias para realizar evaluaciones psicodiagnósticas y neuropsicológicas. Esto permitió una formación de parte de la practicante en el conocimiento y la aplicación a casos reales, debido a que en la formación académica es una práctica que no se realiza mucho. Además, permitió una capacitación en la elaboración de informes dirigidos a otros especialistas, es decir, con carácter interdisciplinario.

En relación con el segundo objetivo, más que facilitar las intervenciones, se desarrolló un nuevo plan de trabajo y materiales para el grupo de PCSA, lo cual implicó también la modificación del marco teórico-referencial del programa, como se establece en la sección de

resultados del presente escrito. Lo anterior permitió una formación teórico-práctica de la practicante en el tema de ofensores sexuales, incluyendo aspectos legales, actualización sobre temáticas e investigaciones en temas de abuso sexual y de intervenciones basadas en evidencia.

El trabajo realizado por medio de este segundo objetivo fue uno de los que tuvo mayores alcances por dos razones principales. La primera de ellas es que se realizó una actualización del plan de trabajo que se venía utilizando desde años anteriores, el cual fue desarrollado específicamente para la intervención de jóvenes menores de edad que asisten al Hospital Nacional de Niños. Lo anterior permitió brindar una atención a los jóvenes de acuerdo con guías que se han establecido específicamente para el tratamiento de jóvenes que han cometido ofensas sexuales, disminuyendo los índices de recaídas y basadas en un enfoque biopsicosocial.

La segunda razón de los alcances de este objetivo es que es la primera práctica dirigida en la escuela de psicología de la UCR que realiza un trabajo con jóvenes ofensores sexuales, lo cual sienta un precedente para la continuación de este trabajo, tanto por otras personas practicantes, como para los y las especialistas en psicología clínica, bien sea en el HSJD o en otros hospitales nacionales.

Con respecto al tercer objetivo, inicialmente se tenía pensado realizar un proceso psicoterapéutico con personas en proceso de duelo reciente, ya que regularmente la Unidad de Psicología Clínica del HSJD había dividido los grupos de acuerdo con las referencias. Sin embargo, debido a la demanda de casos referidos en el HSJD, se inició un grupo que combinó personas referidas por procesos de duelo recientes y procesos de duelo complicado.

Lo anterior tuvo resultados favorables para la formación de la practicante, debido a que facilitó la formación en el tratamiento a llevar a cabo en ambos tipos de procesos de forma conjunta, promoviendo también la adquisición de habilidades en psicoterapia grupal de duelo a nivel general.

Otro de los alcances con respecto a este objetivo estuvo dirigido al proceso psicoterapéutico, debido a que esto facilitó lo propuesto por Neimeyer (2016) en cuanto a la validación de los estados emocionales o de las historias de pérdida, así como la visualización del proceso de duelo en todas sus fases por parte de las mismas participantes.

Sin embargo, el alcance de esta práctica dirigida no se limitó a una inserción en psicología clínica, sino que por medio de la misma se adquirieron conocimientos y destrezas que son necesarios específicamente en el ámbito de trabajo hospitalario de la psicología. Esto debido a que el campo de trabajo de la psicología en los servicios de salud, no estuvo aislado de las demás unidades y servicios, sino que los y las pacientes reciben una atención integral de sus problemáticas, y por tanto, la persona profesional en psicología debe recibir la capacitación adecuada para atender las problemáticas de la persona consultante de forma integral.

La inserción profesional permitió dar cuenta de que la persona profesional en psicología que labora en campos hospitalarios no solamente debe saber de psicología, sino que tal y como se realizó en la presente práctica dirigida, este espacio permite una formación y atención en problemáticas que han sido consideradas históricamente como “físicas” y por tanto correspondientes solamente a algún área especializada de la medicina.

Durante la inserción profesional, tanto en los procesos de psicoterapia individual, grupal, evaluaciones y atención hospitalaria, se atendieron casos relacionados con dermatitis, cáncer de mama, cirugías, diabetes, hipertensión, obesidad, agenesia útero-vaginal, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, epilepsia y artritis. Es decir, se brindó una atención interdisciplinaria con áreas de trabajo como oncología, neurología, ginecología, ortopedia y cirugía cardíaca.

Esto además del trabajo realizado diariamente con psiquiatría, quien enviaba las referencias y permitía la valoración de casos de forma conjunta, y el trabajo realizado con trabajo social en los casos del PCSA.

Lo anterior pone en evidencia que uno de los mayores alcances fue el trabajo interdisciplinario, pues para lograr los objetivos del TFG se requirió el trabajo en conjunto con otros profesionales y áreas de la salud. Además, se afirma que este punto es fundamental para la educación y capacitación del estudiantado (Llewelyn & Kennedy, 2013).

En relación con el trabajo interdisciplinario, uno de los mayores alcances de esta práctica dirigida fue el trabajo realizado con el Servicio de Cirugía Cardíaca, esto debido a que a pesar de que se contaba con el espacio de tiempo asignado por el HSJD, no estaba siendo utilizado. Sin embargo, la inserción de la practicante en esta área fortaleció el trabajo interdisciplinario entre el Servicio de Cirugía Cardíaca y la Unidad de Psicología Clínica.

A través del trabajo realizado, se obtuvo la identificación de casos que presentaban situaciones de contraindicación para la cirugía, o bien casos con necesidad de seguimiento POP por parte de psicología clínica, también se realizaron recomendaciones de interconsultas

a trabajo social en casos de VIF o ausencia de seguro médico. Lo anterior generó un aumento en las interconsultas realizadas desde el Servicio de Cirugía Cardíaca a la Unidad de Psicología Clínica del HSJD y por ende, del trabajo interdisciplinario.

Además, la práctica dirigida fortaleció el vínculo existente entre la institución hospitalaria y la Universidad de Costa Rica, principalmente para la Escuela de Psicología, debido a que a través de la misma se continuó con el trabajo realizado por practicantes anteriores, así como generó nuevos espacios de trabajo para las futuras practicantes, como es el caso del PCSA y el trabajo interdisciplinario en servicios diferentes a los trabajados anteriormente. Lo anterior, representa el cumplimiento del objetivo externo planteado en el presente TFG.

Por tanto, se considera que los y las estudiantes practicantes son una fuente de recurso humano que genera un gran aporte en el tema de coste-beneficio hacia la capacidad económica y técnica el servicio social, pues se capacita, apoya, colabora y entre otras tareas al sistema de salud, sin necesidad de un pago económico.

Por último, los alcances de las prácticas dirigidas a nivel hospitalario permiten un impacto en personas y problemáticas reales y contextualizadas a la población general a nivel nacional, pues más allá de los protocolos realizados, los planeamientos y propuestas de trabajo, genera resultados en las dificultades cotidianas de las personas, incidiendo en temas como la salud integral y el mejoramiento de la calidad de vida.

X. Limitaciones

Dentro de las limitaciones encontradas durante la inserción profesional en el HSJD se pueden mencionar inicialmente, aquellas derivadas de la formación académica por parte de la universidad. Específicamente en el plan de estudios de la carrera de psicología, existe una faltante de cursos dirigidos a la puesta en práctica de habilidades y conocimientos en psicología en espacios hospitalarios, por lo que la inserción de la practicante requirió en primera instancia, de una familiarización con el espacio de trabajo hospitalario, el tipo de problemáticas que se refieren y las diferentes necesidades en salud que se deben cubrir.

Si bien es cierto que se realiza una gran cantidad de prácticas universitarias, la mayoría de estas se encuentran dirigidas a objetivos muy específicos y de alcance rápido y accesible, pues se realizan en instituciones dirigidas a resolución de necesidades particulares. Sin embargo, la unidad de psicología de un hospital general recibe referencias desde las diferentes unidades y servicios por problemáticas crónicas, comórbidas o que se encuentran en proceso de evaluación para su diagnóstico y la decisión del tratamiento.

Por tanto, la responsabilidad del profesional en psicología en el espacio hospitalario requiere de una actualización constante, por medio de revisión bibliográfica y capacitación con expertos en el área, ya que las acciones y decisiones que se implementen recaen tanto sobre la persona consultante, como sobre las acciones y decisiones de otros profesionales. Ante esto, la inserción profesional requirió de actualizaciones de la practicante en temas de nulo o muy poco conocimiento previo por parte de la formación universitaria, la cual debería estar dirigida a las exigencias y necesidades de la sociedad.

En relación con lo anterior, en la formación de la carrera de psicología existe una limitación en cuanto a las herramientas pedagógicas para el manejo de grupos, ya que los cursos en relación con procesos grupales se centran en actividades y técnicas, sin embargo, el conocimiento sobre un planeamiento pedagógico que fomente los aprendizajes significativos es limitado. A raíz de esto, la practicante tuvo limitaciones inicialmente con la forma de presentar la información y generar participación en los jóvenes del grupo de PCSA.

Posteriormente, al acudir a supervisiones con los profesionales de su equipo asesor relacionados con la temática, se obtuvieron mayores herramientas y habilidades durante la práctica que permitieron desarrollar las sesiones posteriores de mejor manera. Sin embargo, esto podría representar una limitación constante en los y las estudiantes que trabajan con grupos en espacios educativo no formales, debido a la escasa formación en el tema.

Existieron limitantes debido al estigma y conocimiento popular que se tiene sobre la psicología, debido a que en la mayoría de las ocasiones las personas atendidas indicaron que se encontraban ahí por referencia del psiquiatra, y a pesar de que reconocían sus problemáticas, no tenían conocimientos sobre la forma en que la psicología podría incidir en el mejoramiento de las mismas.

Por esta misma razón, se encontraron limitaciones en cuanto al apoyo familiar recibido por parte de las personas en proceso psicoterapéutico. Asimismo, se contó con la limitación de que en ocasiones las personas se ausentaron a las citas agendadas, lo cual se atribuye a la falta de conocimiento de los recursos de tiempo, económicos y humanos empleados para los procesos, debido a la creencia del sistema de salud público como “gratuito”. La ausencia de las personas a los procesos limitó el seguimiento de los procesos psicoterapéuticos y la

efectividad del logro de los objetivos, así como la comunicación de los resultados de evaluaciones o bien la agilidad y el cumplimiento de los plazos establecidos en procesos legales como en el caso de PCSA.

Ante esto, en la mayoría de los casos se debió iniciar con un trabajo de psicoeducación sobre la forma en que las conductas, incluyendo pensamientos, las emociones, los factores biológicos y sociales influyen en el desarrollo de las problemáticas, y la forma en que el trabajo interdisciplinario con psicología podría incidir en las mismas. Principalmente en el trabajo realizado con PCSA, los jóvenes son generalmente malinformados por parte de otros profesionales de otras disciplinas, sobre el proceso a llevar a cabo en psicología.

Por último, en cuanto a las limitaciones dentro del espacio hospitalario se observó que también existe una falta de conocimiento de la incidencia de las labores de psicología en el hospital, debido a que se requirió de conversaciones por parte de la asesora técnica con servicios como nefrología o cirugía cardíaca para la comprensión de la importancia de las evaluaciones psicológicas para la toma de decisiones en cuanto a cirugías.

Lo anterior se evidencia en la ausencia de trabajo interdisciplinario, lo cual promovió el inicio del trabajo realizado con el Servicio de Cirugía Cardíaca y había influido hasta el momento, en la ausencia de un protocolo de trabajo interdisciplinario entre ambas especialidades.

Debido a la misma razón, las problemáticas asociadas con dificultades a nivel psicológico son generalmente atendidas en un primer momento por otros servicios, como es el caso de las enfermeras de salud mental. Generalmente se realiza una interconsulta posterior a la

unidad de psicología clínica, lo cual suele generar confusión por parte de los y las pacientes y en ocasiones, rechazo de la atención.

Otra de las limitaciones con la cual se trabajó en la inserción profesional fue la utilización del sistema EDUS, el cual permite un acceso más rápido a los padecimientos previos de la persona atendida, así como a las notas realizadas por otros profesionales de salud; sin embargo, esto también representa una mayor facilidad de acceso a información confidencial. Lo anterior genera dificultades ante la redacción de las notas de atención, con el fin de no omitir información importante y asimismo incluir sólo los datos que sean relevantes para el historial clínico. Para esto se optó por utilizar siglas que únicamente puedan ser comprendidas por el profesional de salud.

Otra de las limitaciones con la utilización de EDUS es la exigencia de un diagnóstico al momento de la atención para que se registre la consulta. Lo anterior generó dificultades en la practicante, debido a que en ocasiones no existió concordancia con el diagnóstico establecido por el profesional en salud previo a la consulta en psicología clínica, o bien, el motivo de consulta de la persona no correspondía con algún diagnóstico establecido por el CIE-10, el cual es el sistema de clasificación que utiliza la C.C.S.S.

Específicamente en las limitaciones de trabajo en la Unidad de Psicología Clínica, se encontró con que los planeamientos de las sesiones de trabajo se habían estado implementando por tiempos prolongados sin actualizaciones, ante lo que las psicólogas realizaban cambios en las sesiones de trabajo según las necesidades que emergieran del grupo. Sin embargo, estos no habían sido actualizados de forma escrita, por lo que más que

una limitación, implicó un reto y una extensión de los objetivos de trabajo, con el fin de sistematizar las modificaciones correspondientes a las actualizaciones con evidencia.

Sin embargo, fue una limitación en cuanto al tiempo de trabajo con el que se contó y los objetivos planteados inicialmente. Y esto se encuentra relacionado con la limitación de tiempo con la que cuenta la Unidad de Psicología Clínica del HSJD, en comparación con las demandas que le son asignadas. Asimismo, existe una limitación de espacio físico, tanto para la organización de materiales de trabajo de las psicólogas y de los y las psiquiatras, como para para la atención individualizada, por lo que en ocasiones hubo que movilizarse a otras oficinas o inclusive a uno de los parques del hospital ante una situación durante una sesión grupal.

XI. Discusión

La inserción del profesional en psicología en los centros de salud no fue considerada necesidad hasta que se inició la evolución de los conceptos de salud, enfermedad, vida y muerte y con ello, la ruptura de la dicotomía entre lo físico y lo mental, y la salud y la enfermedad (Alves, 2008; citado en Fernandes et al., 2016). En Costa Rica, el personal en psicología se ha venido desarrollando desde 1983 en los servicios de salud (Adis, 1984), maximizando la atención clínica y generando beneficios para las personas atendidas en los hospitales (Wu et al., 2017).

Durante la inserción profesional en el HSJD se realizó tanto una capacitación de la practicante, como el fortalecimiento de la atención brindada por la Unidad de Psicología Clínica del hospital, objetivo externo que siguió la línea de lo planteado por Wu et al. (2017) en cuanto a la maximización de los servicios.

Con respecto a lo anterior, se evidenció una importante adquisición de conocimientos, habilidades y competencias en el área de la psicología clínica y de la salud aplicada en contexto hospitalario por parte de la practicante. Asimismo, se crearon vínculos de trabajo entre la UCR y el HSJD, entre los Servicios de Cirugía Cardíaca y la Unidad de Psicología Clínica y se plantearon protocolos y planeamientos de trabajo sistematizados; acciones con las que se espera haber fortalecido la atención brindada por la unidad de psicología clínica del HSJD.

Las actividades adicionales a las planteadas en el anteproyecto de TFG, se fundamentan con lo planteado por Rosete, Molina y Campos (2016) en cuanto al trabajo que realizan los

estudiantes practicantes en los hospitales como parte de la experiencia formativa; ya que afirman que más que una vinculación con el hospital, también se realiza un cubrimiento de funciones de los profesionales en el hospital, una contextualización multidimensional del proceso de conocimiento y la generación de espacios de trabajo en diferentes dimensiones del hospital (Rosete, Molina & Campos, 2016), lo cual implica la inserción en espacios que requieran la necesidad de recurso humano.

En cuanto a las fases planteadas del rol de la practicante durante la inserción, se cumplieron tal cual se establecieron en el TFG. Se afirma que la disminución de las actividades correspondientes al rol de observadora, se explican debido a que posterior al primer mes de la inserción, la practicante adquirió en mayor medida el rol de terapeuta, así como mayores tareas en el hospital; lo cual aumentó el tiempo dedicado a estas responsabilidades y limitó el rol de observadora. Por lo tanto, la disminución de este rol corresponde a un aumento en la focalización del resto de los objetivos específicos y las actividades que surgieron durante la inserción.

En torno a los resultados del proceso de atención psicoterapéutica tanto individual como grupal, se plantea que la comorbilidad es un factor fundamental en el hecho de que las personas no abandonen el proceso psicoterapéutico, debido a que existen mayores dificultades de por medio que inciden en su calidad de vida, y por ende, hacen mayor uso de los servicios de salud y tratamientos (Palomo, Rublo y Gérvas, 2006).

Lo anterior respalda el hecho de que las cuatro personas que continuaran con el proceso psicoterapéutico posterior al proceso llevado con la practicante contaban con más de un diagnóstico por parte tanto de psiquiatría como de psicología. Este factor aumentó la

complejidad de los casos en su proceso de intervención, ya que a pesar de que se plantearon objetivos específicos a trabajar inicialmente, existían otros objetivos que las personas expresaron querer seguir trabajando.

Lo anterior respalda lo establecido tanto por el Ministerio de Salud de Costa Rica (2012), como por la Organización Panamericana de la Salud (2004), en relación con que los casos atendidos en los niveles de atención terciaria requieren de mayor especialización, tratamiento, recursos financieros y humanos.

Aunado a esto, las dos personas que se dieron de alta por psicología clínica eran las únicas que no contaban con un trastorno como tal, debido a que una de ellas había sido referida por VIF, mientras que la otra persona, a pesar de ser referida por sintomatología depresiva, se realizó una evaluación funcional y se determinó que existían circunstancias ambientales que requerían procesos de adaptación emocional y conductual.

Las razones por las cuales se determina que se atendió mayor cantidad de mujeres que de hombres, son varias. Estudios han demostrado una mayor prevalencia de trastornos en mujeres que en hombres (Universidad de Costa Rica, 2013), sin embargo, lo anterior no se asocia con el sexo como tal, sino con factores de vulnerabilidad como lo son el desempleo, la falta de acceso a los medios de comunicación, el endeudamiento, la violencia y entre otros (Ministerio de Salud, 2014), de los cuales todos se encontraron presentes en los casos, unos en mayor medida que otros.

Otro de los factores que incide en este aspecto es que se ha demostrado que las mujeres muestran una mayor preocupación por su salud, por ende, una mayor asistencia a los

servicios de salud que los hombres, lo anterior explicado por las diferentes necesidades de atención, los diferentes patrones de socialización y los factores estructurales (Weisman, 1998; citado en Gómez, 2002).

En relación con los procesos de psicoterapia grupal, a través de los resultados obtenidos se concluye que la obtención de resultados esperados no solamente se vio incidida por el trabajo realizado por la practicante por medio de la aplicación de técnicas de intervención o por las personas participantes. Sino que se afirma que la cohesión grupal, que si bien es cierto es favorecido por el contexto de intervención, tiene un papel importante como factor de cambio en las etapas intermedias y finales de los procesos grupales, ya que facilita el aprendizaje interpersonal, el reconocimiento recíproco de las dificultades, la comunicación y la socialización de situaciones (Campos, 2000).

Lo anterior se vio reflejado específicamente en la retroalimentación obtenida por parte de las participantes de los grupos, pues tanto aquellas que integraron el grupo de duelo como las del grupo de VIF, indicaron una identificación con las situaciones de las otras compañeras, con situaciones similares que ya habían vivido o bien con situaciones que se encontraban vivenciando en ese momento.

Por otro lado, en el trabajo realizado con el programa PCSA, a diferencia de los otros grupos de trabajo, los jóvenes no se encontraban en el programa por voluntad propia, a pesar de tener la posibilidad de decidir asistir o no, es comprendido por los participantes como parte del cumplimiento de un proceso legal. Por tanto, la cohesión grupal y la motivación existente en los grupos de psicoterapia grupal no se vio presente en tal medida en este grupo, hasta las etapas finales del proceso en algunos de los casos.

Como parte de un programa también legal, la presentación de los resultados es dada de forma distinta a los de psicoterapia grupal, debido a que los resultados se plantean en torno a los objetivos de trabajo establecidos como parte del programa y no en torno a un motivo de consulta.

Durante el proceso realizado con PCSA se observó que los principales avances se dieron en relación con el tema del consentimiento y del conocimiento de la legislación nacional. Se afirma que una de las razones por las cuales se debe trabajar el consentimiento en grupos de hombres que han cometido agresiones sexuales, es porque no se suele visualizar a la víctima como tal, sino como un adulto con consentimiento, principalmente si es hombre (Kato, Barker, Sharafi, Mora y Lauro, 2016).

Por tanto, la educación sobre el consentimiento sexual no sólo es esencial para prevenir la reincidencia de la conducta sexual abusiva, sino para prevenir riesgos en los hombres y promover una sexualidad saludable con habilidades para tomar decisiones sobre la misma (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2018).

Por otro lado, el interés por la legislación demuestra el desconocimiento social de la existencia y funcionamiento de normas y leyes establecidas y de las consecuencias de su incumplimiento. Se hipotetiza que la poca importancia a la legislación surge del pensamiento erróneo de que la política es un tema aparte a la vida de las personas. Sin embargo, se ha demostrado que existe un claro impacto de la política en la salud, en temas relacionados con mortalidad, desigualdades económicas, acceso al trabajo y cobertura sanitaria pública (Navarro et al., 2007).

En general, entre los elementos a destacar del trabajo realizado durante la inserción, se afirma que se debe cuestionar el impacto que están teniendo las problemáticas de ansiedad en las personas, sin importar la edad, el nivel educativo o el sexo. Durante la práctica realizada, el tema de la ansiedad estuvo presente en gran medida, tanto en la atención psicoterapéutica individual y grupal, como en las intervenciones en hospitalización. De los motivos de referencia, representó el mayor motivo de consulta por parte de las personas atendidas de forma individual, lo cual se relaciona con el hecho de que los temas que se abordaron en mayor medida por medio de la psicoeducación fueron la autorregulación emocional y el autocuidado.

De igual manera, fue el mayor elemento trabajado durante las últimas sesiones del grupo de VIF, con resultados muy favorables tanto en este grupo como en el grupo de duelo. Además, fue uno de los componentes principales en la atención de personas hospitalizadas, tanto por medio de las interconsultas como en el Servicio de Cirugía Cardíaca.

Esto representa una grave problemática no sólo a nivel nacional, sino a nivel mundial, pues pone en evidencia la realidad nacional de las problemáticas de salud y los escasos recursos a nivel emocional con los que cuentan las personas. Como bien se indicó anteriormente, en los últimos 30 años las cifras de personas con trastornos de ansiedad han aumentado en un 50% (Ministerio de Salud, 2014) y representa un 4.7% del total de años de vida con discapacidad (World Health Organization, 2017), siendo así millones de personas a nivel mundial y miles de personas a nivel nacional, las que se encuentran enfrentando las consecuencias de este trastorno. Esto sin mencionar a las muchas personas que no han tenido la oportunidad de acceso y diagnóstico y por ende, de un tratamiento adecuado y de calidad.

En relación con el programa PCSA, se concluye que el hecho de que se recibieran más referencias de hombres que de mujeres, refuerza lo planteado por la OPS/OMS (2002), en cuanto a que los actos de violencia son cometidos principalmente por hombres, así como que específicamente en Costa Rica, la mayoría de los actos sexuales abusivos son cometidos por hombres.

Sin embargo, se ha demostrado que las cifras de actos de violencia sexual cometidos por hombres no refieren a una explicación biológica, sino cultural; ya que ocurren debido al desequilibrio de poder en función de la raza, etnia, clase social, género, edad, religión, orientación sexual, escolaridad y entre otros factores que intervienen en las relaciones de poder. Específicamente en la violencia sexual hay mayor predominio de una relación asimétrica y violencia de hombre-mujer (Villaseñor y Castañeda, 2003).

Lo anterior se evidencia en la inserción profesionalizante, debido a que en la mayoría de los casos atendidos en las tres fases de PCSA, los actos sexuales abusivos se habían cometido hacia niños o niñas menores a la edad de los jóvenes referidos, o bien hacia jóvenes mujeres.

El planeamiento propuesto para trabar con estos jóvenes correspondió por tanto a trabajar también con los errores de pensamiento, más allá que con las conductas abusivas o actos que se han atribuido a mujeres u hombres. Esto debido a que se ha determinado que las intervenciones en esta temática con adolescentes, que tienen como objetivo la prevención, deben abordar las ideas, los significados, la forma en que la violencia es entendida y legitimada, las actitudes relacionadas con la masculinidad y paternidad y lo que posibilita la violencia en la realidad (Villaseñor y Castañeda, 2003).

El trabajo realizado con PCSA y por medio de la atención psicoterapéutica individual pone en cuestionamiento la necesidad que tiene la población adolescente a nivel nacional en cuanto al acceso de la educación de temas relacionados con sexualidad, conductas de riesgo, factores protectores, autorregulación emocional, salud integral y calidad de vida, debido a que fueron elementos en común que se trabajaron en todos los casos con población adolescente.

Asimismo, el hecho de que el HSJD reciba una gran cantidad de referencias de personas adolescentes, evidencia la necesidad de profesionales en psicología especializados y capacitados en la atención de esta población. Como bien demuestra la Encuesta Nacional de Mujeres, Niñez y Adolescencia o EMNA (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018), el 22% de los adolescentes reportan alguna dificultad funcional en algún dominio de: vista, educación, caminar, autocuidado, comunicación, aprendizaje escolar, concentración, recordar, aceptación del cambio, control conductual, habilidades sociales, ansiedad o depresión. De esta cifra, 8% de los adolescentes de 15 a 17 años reportaron sentir ansiedad, 4% depresión y 15% dificultades para aceptar el cambio. Lo anterior respalda entonces el mayor número de consultantes en torno a sintomatología ansiosa y dificultades de autorregulación emocional.

Específicamente en el trabajo realizado con cirugía cardíaca se demuestra lo planteado por Brannon, Feist y Updegraff (2013) en cuanto a que la hipertensión arterial y los problemas metabólicos de glucosa son un factor de riesgo para el desarrollo de una CVD. Sin embargo, en los casos atendidos se evidenció en mayor medida un factor comportamental en relación con la dieta, debido a que la mayoría de los pacientes con diabetes e hipertensión,

reportaron posteriormente no querer alimentarse con la comida brindada por el hospital, debido a la falta de condimentos y grasa; así como indicaron llevar una dieta distinta en sus hogares.

Aunado a lo anterior, se ha planteado que los factores de riesgo psicosociales para desarrollar una CVD son: el nivel de apoyo social y marital, el estrés, la ansiedad, la depresión, la hostilidad y la ira (Brannon, Feist & Updegraff, 2013).

En la mayoría de los casos se reportaron altos niveles de estrés, relacionados principalmente con situaciones laborales, considerando tanto trabajos formales y trabajo doméstico o de cuidado, en uno de los casos en relación con actividades académicas, mientras que en dos casos se reportó en relación con violencia intrafamiliar. Se afirma que principalmente las mujeres, tienen un factor de riesgo aumentado ante la falta de apoyo familiar, el estrés del trabajo y adicional a ello, el estrés de la familia (Sher, 2009).

Se afirma que estos mismos factores de riesgo influyeron en la adherencia al tratamiento de los y las pacientes, debido a que la mayoría tuvo dificultades para alimentarse en periodo POP, así como para conciliar el sueño debido a pensamientos en torno al futuro; lo cual generó aumento de la fatiga durante el día y poca movilidad en algunos casos, repercutiendo en la recuperación. En relación con esto, se ha demostrado que, en personas con hipertensión arterial, no solamente se debe indagar la adherencia al tratamiento farmacológico, sino que la adherencia más complicada es al cambio de estilo de vida y modificaciones conductuales en donde la psicología ha adquirido un rol fundamental (Varela, 2010)

Asimismo, más de la mitad de los casos reportaron falta de apoyo social, principalmente familiar, tanto por la ausencia de interés en sus familiares, como por las limitaciones de

acceso en lugares alejados; generando sentimientos de tristeza y pensamientos de desesperanza y abandono. Con respecto a esto, se ha demostrado que la familia cumple un rol importante en relación con complejidad de la recuperación, pues brinda apoyo emocional y comunicación durante la hospitalización, ante lo que se ha demostrado que la familia tiene un mayor impacto en los momentos de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Bautista, Arias y Carreño, 2016) donde se encuentran los pacientes de cirugía cardíaca posterior a la cirugía.

En las tareas relacionadas con la realización de evaluaciones, la atención en hospitalización, tanto en interconsultas como en el servicio de cirugía cardíaca, las labores administrativas y el apoyo en los talleres de estimulación cognitiva; se comprueba la carencia de profesionales en psicología para la atención de las demandas en los hospitales generales. Lo anterior, debido a que las actividades mencionadas surgieron como forma de abordar las necesidades de atención de la Unidad de Psicología Clínica del HSJD ante la falta de recurso humano que pudiera dedicar tiempo a estas actividades.

Desde el año 2008, la OPS y la OMS, y posteriormente el Ministerio de Salud en el 2012, reportaron tanto la carencia de profesionales en psicología en las instituciones de salud, como de profesionales verdaderamente capacitados, principalmente en el tercer nivel de atención. Sin embargo, la inserción profesionalizante en el HSJD, muestra que en la realidad sigue existiendo esta carencia.

A pesar de que investigaciones desde 1990 han realizado críticas con respecto a la formación académica en psicología dirigida únicamente a la tradición clínica (Alves, Silva & Santos 2003; Boarine, 1996; Lovelle, 2003; Peter Spink, 1992; Silva, 1992; Spink, 1992;

Yamamoto & Cunha, 1999; citados en Fernandes et al., 2008), en Costa Rica existe una escasa formación profesional en prácticas de salud pública, por lo que no existe una relación entre la formación universitaria y las demandas de la sociedad.

Específicamente en el área de labores administrativas, las psicólogas de la unidad dedican una gran cantidad de tiempo que en otras unidades o servicios no es necesario, debido a la asignación de personal administrativo para estas tareas. Entre los meses de enero y junio que se realizó la práctica dirigida, se registraron 763 horas de trabajo administrativo por parte de la Unidad de Psicología Clínica del HSJD (Campos, comunicación personal, 2019), lo cual explica la cantidad de horas dedicadas a estas actividades en la inserción profesional de la practicante.

Se afirma que estas horas de trabajo podrían ser dedicadas a espacios de atención de personas que se encuentran en lista de espera, sin embargo, ante la necesidad de realizar estas actividades y la falta de una persona del área, no es posible. Lo anterior demuestra la necesidad de un trabajo interdisciplinario desde los servicios de los hospitales generales, no solamente con profesionales del área de salud, sino de áreas que impliquen la agilización del trabajo y, por ende, una eficacia en la solvencia de las necesidades de la población.

Ante esto, el trabajo interdisciplinario realizado con el Servicio de Cirugía Cardíaca, la asistencia a las sesiones con psiquiatría, nefrología y trabajo social fue de suma importancia para la formación profesional de la practicante, pues permitió visualizar el impacto positivo que tiene el abordaje integral para la persona.

Sin embargo, se afirma que existe aún una necesidad de aumentar el trabajo interdisciplinario en el HSJD, pues el poco conocimiento y apertura por parte de los

diferentes servicios al área de psicología, limita la eficacia de la atención y la toma de decisiones en salud. Además de esto, limita el desarrollo del sistema de salud, pues como se mencionó anteriormente, en países desarrollados como Holanda, las referencias a los profesionales en psicología son realizadas en el 70% de los casos por unidades de atención distintas al departamento de psiquiatría (Buela, 2004), mientras que, en los hospitales generales en Costa Rica, la mayoría de los casos son referidos por los profesionales en psiquiatría.

Lo anterior también demuestra una problemática en cuanto a la jerarquización de los servicios, debido a que en el HSJD las referencias de consulta externa son atendidas en primera instancia por el o la profesional en psiquiatría, quien decide por criterio profesional referir o no a la persona a la unidad de psicología clínica.

Si bien es cierto que desde las investigaciones y las prácticas se ha dado importancia al trabajo interdisciplinario entre psicología clínica y psiquiatría, a través de la inserción profesional se visualizó la importancia de un trabajo interdisciplinario más allá de lo que es considerado como salud mental. Esto con el fin considerar al ser humano y sus problemáticas en salud desde una perspectiva integral, sin divisiones entre lo que se considera físico o mental, por otro lado, tomando en cuenta la interacción de factores y su impacto en el bienestar de las personas.

Como bien plantean Llewelyn y Kennedy (2013), el trabajo interdisciplinario es fundamental tanto para la investigación como para la práctica y debe ser un aspecto fundamental en los procesos de graduación.

Además del trabajo interdisciplinario para la atención integral, durante la inserción profesional se evidenció la necesidad de realizar un trabajo con las familias, principalmente de las personas hospitalizadas. Ante esto, se entiende la limitación existente en cuanto a los procesos establecidos en las normativas de los hospitales generales y la necesidad de contar con una referencia.

Sin embargo, se ha demostrado que entre las necesidades más importantes que perciben las personas durante la hospitalización de un familiar, son la seguridad, la información, la proximidad y el apoyo emocional (Bautista, Arias y Carreño, 2016); acciones que no requieren de un proceso terapéutico como tal, sino de una aproximación y acompañamiento en los momentos oportunos durante las visitas a los familiares.

Específicamente se han reportado necesidades de apoyo emocional en los casos en que los familiares se encuentran en Unidades de Cuidados Intensivos (Bautista, Arias y Carreño, 2016; Castiblanco, 2016; Díaz, Barrios y Mendoza, 2014), ante lo que se puede dar un acompañamiento de parte del personal de enfermería, pues son las profesionales que se encuentran la mayor parte del tiempo en la unidad. Sin embargo, en la experiencia de inserción profesional, el personal de enfermería brindó un escaso o nulo acompañamiento a los familiares de los pacientes del Servicio de Cirugía Cardíaca, por lo que los familiares se acercaron regularmente a la practicante con el fin de resolver dudas en relación con el proceso y el estado anímico de sus familiares hospitalizados.

De igual manera, de acuerdo a los resultados obtenidos, se puede observar que la familia representó un factor importante durante la hospitalización de los pacientes, en su adherencia al tratamiento, la recuperación y en el soporte afectivo con el paciente (Castiblanco, 2016),

por lo que es importante considerar a la familia como un factor protector de la recaída y es imprescindible brindar la información necesaria (Díaz, Barrios y Mendoza, 2014) y en términos entendibles sobre la enfermedad de sus familiares.

Lo anterior pone en evidencia un punto importante del trabajo en hospitales y es la capacitación continua y actualizada de los profesionales de salud en temas que envuelven tanto su área específica de estudio, como otras áreas de salud, con el fin de aumentar el trabajo interdisciplinario y por ende, el bienestar del paciente.

XII. Conclusiones

A partir de lo realizado durante la inserción profesional, se concluye que se lograron satisfactoriamente los objetivos planteados inicialmente. Aunado a esto, se plantearon actividades adicionales en el transcurso del proceso, las cuales de igual manera fueron cumplidos.

Se contó con una gran cantidad de actividades por realizar, lo cual permitió la adquisición de habilidades y conocimientos sobre el rol de las profesionales en psicología en los niveles de atención terciara. Sin embargo, la capacitación en estas áreas de trabajo fue también posible debido a la apertura y coordinación que brindó la asesora técnica para la inserción de la practicante en los diferentes espacios según las necesidades que surgieron.

A pesar de la cantidad de trabajo que realizan las psicólogas del HSJD, aún se cuentan con largas listas de espera de las personas referidas. De igual manera, más allá de lo que se recibe de consulta externa, existe una gran necesidad de atención y trabajo interdisciplinario por parte de otras unidades y servicios, como es el caso de la Unidad de Quemados, la Clínica de VIH/SIDA, el Servicio de Neurocirugía, el Servicio de Nefrología, el Servicio de Ortopedia y Rehabilitación, el Servicio de Ginecología, y la Clínica de Cesación de Fumado. Durante la inserción profesional, se visualizó que se refieren una cantidad importante de interconsultas por parte de estos servicios, ante lo que dos especialistas en psicología clínica deben asumir por completo los casos del Servicios de Neurocirugía, la Clínica de Cesación de Fumado, la Unidad de Quemados y la Clínica de VIH/SIDA.

Sin embargo, estas son sólo siete de las muchas unidades que demandan trabajo en conjunto con psicología, y de estas solamente cinco tienen la atención designada por horario y profesional de la unidad. Hasta hace poco tiempo que se inició con estas estrategias, siendo la atención de la Unidad de Quemados y de la Clínica de VIH/SIDA hasta el presente año, debido al aumento de una psicóloga clínica asignada en la unidad de psicología. Lo anterior demuestra entonces la necesidad tanto de la formación universitaria en el ámbito hospitalario, como la especialización de los profesionales en psicología, con el fin de contar con la capacitación adecuada para la atención de casos en temas especializados y que se atienden con mucha más frecuencia en el área de trabajo de la psicología clínica de los hospitales generales, que en las clínicas de atención privada.

A partir de esto, se refuerza nuevamente la importancia del trabajo interdisciplinario en la atención hospitalaria, debido a la relevancia que han empezado a adquirir las intervenciones psicológicas durante la hospitalización por diferentes enfermedades o situaciones de salud. Esto representa también un avance en la desmitificación de la psicología por parte de los mismos profesionales en salud, por lo que es necesario asumir las demandas de estos servicios, con el fin de continuar aumentando el conocimiento de la labor del profesional en psicología y su impacto en los procesos de atención hospitalaria.

A pesar de que se han empezado a disminuir los prejuicios y mitos sobre la labor del profesional en psicología, durante la inserción profesional se observó que aún existe una estigmatización y en casos una evitación de la atención por parte de las personas usuarias. Ante esto, cabe cuestionarse el rol que han venido desarrollando los psicólogos y psicólogas

en los niveles de atención terciaria, que ha provocado reacciones de desconfianza, temor e incredulidad de resultados beneficiosos.

Durante la inserción hospitalaria se experimentó que parte de esta desconfianza surge de la combinación de intervenciones que reciben las personas hospitalizadas tanto de las psicólogas, como de los y las profesionales en psiquiatría y de enfermería en salud mental. Esto debido a que a pesar del trabajo interdisciplinario que suele realizar el servicio de psiquiatría con la unidad de psicología, existe muy poca compatibilidad entre los procedimientos y técnicas utilizadas por las psicólogas y psiquiatras y por otro lado, las que se utilizan desde enfermería en salud mental, lo cual causa confusión por parte de las personas usuarias, quienes suelen confundir los tres servicios que se brindan desde aproximaciones distintas.

Es por esta razón que se resalta la importancia de trabajar con información y bajo procedimientos basados en evidencia, que aseguren la obtención de resultados positivos y sostenibles para las personas, y no un empeoramiento de la salud. Asimismo, trabajar bajo evidencia científica podría aumentar la apertura de espacios de trabajo interdisciplinarios con otros servicios y por ende la atención integral.

Se concluye que el trabajo que se realiza en la Unidad de Psicología Clínica del HSJD trasciende la conceptualización y las funciones de la psicología clínica planteadas por la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, 2018), ya que no solo se trata de realizar entrevistas, evaluaciones, aplicación de test y realizar intervenciones, sino que requiere de la integración de conocimientos y habilidades en psicología de la salud, neuropsicología, psicología del desarrollo, psicología de la familia,

psicología social y entre otros campos de formación de la psicología que no se pueden resumir meramente en el área clínica, a pesar de que la unidad lleva por sí misma ese nombre.

Tanto socialmente como a nivel de instituciones públicas, se ha limitado la concepción del profesional en psicología hacia la atención en clínica, sin embargo, el trabajo a nivel hospitalario requiere de mucho más que solo la clínica, ya que se reciben diferentes necesidades de atención en todas las diferentes áreas de salud que se pueden encontrar en un hospital. Además de esto, la psicología lidia con los factores sociales que inciden en la salud de estas personas, por lo que a diferencia de todas las áreas que integran la sección de medicina de un hospital general, psicología debe evaluar los elementos que se encuentran fuera del espacio físico de hospitalización pero que inciden en él. Ante esto la importancia de una formación e intervenciones de calidad, integrales y basadas en evidencia.

XIII. Recomendaciones

A. A la Unidad de Psicología Clínica del HSJD

Con base en la práctica dirigida, se recomienda en primera instancia a la unidad de psicología continuar abriendo espacios de prácticas dirigidas a los y las estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica, con el fin de crear lazos de trabajo intersectorial que permitan la optimización tanto del servicio como de la formación profesional. Esto debido a que los aprendizajes obtenidos en la inserción del espacio laboral en un hospital nacional son de gran enriquecimiento profesional y personal, pues la experiencia de insertarse a diario en una práctica es muy diferente a la realizada por los módulos optativos del plan de psicología, generando mayores aprendizajes de los que generan la formación meramente académica

Se recomienda mantener los espacios de trabajo interdisciplinario en las diferentes unidades y servicios y asignar a las personas practicantes tareas que puedan fortalecer la asistencia de estas necesidades, debido a que genera un beneficio mutuo, tanto para el hospital como para la persona practicante.

Específicamente en relación con el trabajo realizado por la practicante, se recomienda continuar con el trabajo realizado con el programa PCSA y el realizado en conjunto con el Servicio de Cirugía Cardíaca, con base en los protocolos realizados. Se recomienda compartir el protocolo dirigido a la Unidad de Psicología Clínica con las profesionales que se encarguen de atender interconsultas de este servicio y con los y las practicantes que continúen el trabajo de la práctica dirigida.

De igual manera, se recomienda plantear la posibilidad de trabajar con las personas familiares de los pacientes hospitalizados en cirugía cardíaca, lo cual, dado los recursos limitados de tiempo y recurso humano, se podría plantear por medio de una práctica dirigida de TFG.

Otra de las recomendaciones es utilizar el protocolo de introducción realizado durante la práctica dirigida, con los y las jóvenes referidos por el poder judicial para el programa PCSA, debido a que esto podría disminuir los estereotipos y la falsa información que suelen manejar estas personas sobre el proceso a llevar a cabo en la Unidad de Psicología Clínica.

B. A la Escuela de Psicología

Se recomienda de igual manera a la escuela de psicología de la UCR, continuar abriendo espacios de formación profesional en el sistema de salud pública de Costa Rica, debido a que de esta manera los y las estudiantes pueden tener un contacto directo y continuo con las realidades y necesidades de la sociedad costarricense. Asimismo, las prácticas profesionalizantes de medio tiempo o tiempo completo permiten la familiarización del o la estudiante con contextos laborales en psicología, facilitando así el proceso de adaptación y entrada a un futuro espacio laboral.

Aunado a esto, se recomienda incluir prácticas en contextos hospitalarios dentro de los módulos de la malla curricular obligatoria para optar por el grado de licenciatura, debido a que actualmente solamente se cuenta con la posibilidad de asistir a los espacios

hospitalarios por medio de módulos optativos y de forma muy limitada como para generar aprendizajes significativos.

Para lo anterior, es indispensable aumentar los cursos de formación dirigidos hacia la psicología de la salud desde la malla curricular, pues actualmente los cursos que llevan este nombre se encuentran más relacionados con psicología clínica que con psicología de la salud, representando un grave problema entre el currículo planteado y las necesidades reales de la población costarricense.

Actualmente se cuenta con una formación muy vaga en lo que refiere a psicología de la salud y una formación completamente dividida en el tema de psicología clínica; por lo que los y las estudiantes, más allá de centrarse en el cómo llevar los conocimientos a la práctica y la realidad, se centran en aspectos meramente epistemológicos de la psicología. La realidad nacional requiere de una formación profesional más allá de la teoría, sino basada en evidencia, que permita resolver de forma eficaz las demandas generadas por las personas por medio de servicios de calidad.

Aunado a esto, se recomienda a la escuela de psicología incorporar al menos un curso de pedagogía y didáctica, con el fin de contar con las herramientas básicas necesarias para generar conocimientos significativos y fomentar la participación en los grupos. Con el objetivo de fomentar el trabajo interdisciplinario, se recomienda también promover en mayor medida la carrera de enseñanza de la psicología impartida en la Universidad de Costa Rica, la cual brinda una formación complementaria en estas áreas a los estudiantes de psicología.

Se recomienda aumentar las posibilidades de acceso a las prácticas dirigidas como TFG, tanto en el área de salud como en otras. Esto debido a que actualmente son los y las estudiantes quienes tienen la responsabilidad de contactarse con la institución, organización o empresa en la cual se tenga una necesidad, sin embargo, es un factor limitante debido al desconocimiento que se posee a nivel social sobre los roles e impacto de la psicología en estos espacios. Ante esto, sería de mayor utilidad que la escuela de psicología contara con alianzas establecidas con instituciones con necesidades particulares, facilitando el acceso a las personas que cuentan con el interés de insertarse en áreas de formación profesional específicas.

Asimismo, no solo se recomienda la facilitación del acceso, sino también la promoción de las mismas, con base en los resultados exitosos que se han generado de las prácticas dirigidas presentadas con anterioridad. Lo cual permitiría también una toma en cuenta del trabajo realizado por los y las estudiantes previamente, con el fin de que los mismos puedan ser reevaluados y continuados en el tiempo, de acuerdo con las demandas y necesidades reales de la población.

XIV. Referencias bibliográficas

- Acuña, Y. (2017). *Desarrollo de competencias y habilidades por medio del apoyo supervisado en la atención integral a pacientes y familiares usuarios del servicio de Neurocirugía, la unidad de Neurooncología y el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Adis, G. (1984.). La psicología clínica en los servicios médico-asistenciales de la C.C.S.S. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 5(1), 37-45.
- Alonso, F. (2011). *CET-DE Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión*. Madrid: TEA Ediciones.
- Alvarado, N. & Ortiz, A. (2015). *Factores psicosociales e institucionales que intervienen en la convivencia carcelaria entre los jóvenes privados de libertad del Centro Especializado Adulto Joven*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Ansón, L., Bayés, I., Gavara, F., Giné, A., Nuez, C. & Torrea, I. (2015). *Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria*. España: Consorci Sanitari Integral.

- Arguedas, Y. & Rojas, Y. (2019). *Acompañamiento psicoeducativo a tres grupos de mujeres cuidadoras del Hospital William Allen Taylor de la Caja Costarricense de Seguro Social de Turrialba, que presentan como emergente los problemas de comportamiento de sus hijos e hijas*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Arroyo, E., Chamorro, J., Castañeda, C., Torres, J., Poveda, J. & Gil, R. (2009). Adaptación y validación del test Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (Gil et al, 1986). Primera versión en castellano con una muestra geriátrica. *Psiquiatría Biológica*, 16(3), 111-120.
- Arroyo, N. & Schosinsky, I. (2009). *Proceso de duelo en niños y niñas de cuatro a seis años tras la muerte de un pariente cercano debido a una enfermedad terminal*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Artiaga, F. (2008). Manejo del Proceso de Duelo e Intervención en Crisis con Pacientes y sus Familias en el Contexto Hospitalario: La Situación de los Nuevos Profesionales de Medicina y Enfermería en Costa Rica. *InterSedes*, 9(16), 55-67.
- Barguil, M. & Schosinsky, I. (2016). *Protocolo de Atención Psicoterapia Grupal para Duelo*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2016). *Research Methods in Clinical Psychology*. Chichester: Wiley Blackwell.
- Barlow, D. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: The Guilford Press.

- Barradas, M., Fernández, N., Robledo, M., Delgadillo, R. & Luna, M. (2007). Trastornos afectivos: Nivel de ansiedad y depresión en universitarios. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, (2), 1-17.
- Bautista, L., Arias, M. & Carreno, O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297-1309.
- Berrutti, E., Rodríguez, S. & Tricotti, L. (2008). *Vida con proyectos. Guía metodológica para la elaboración de proyectos desde una perspectiva de equidad de género y competencias*. Montevideo, Uruguay: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Bianchi, J. y Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33 (2), 69-80.
- Bogantes, J. (2008). Violencia Doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25(2), 55-60.
- Bonilla, A., Valero, D., Stella, E. & Buitrago, L. (2017). *Check list para identificar distorsiones cognitivas en víctimas de violencia conyugal*. (Tesis de grado). Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Borduín, C., Heiblum, N. & Schaeffer, C. (2009). A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 26-37.
- Bott, S., Guedes, A., Claramunt, M. & Guezmes, A. (2010). *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género*. Manual de referencia para

- profesionales de salud en países de desarrollo*. New York: International Planned Parenthood Federation.
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2013). *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learning.
- Brenes, F. (2019). *Atención psico-oncológica mediante técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en pacientes con cáncer de próstata que son atendidos en el Departamento de Hemato-Oncología del Área de Psico-Oncología del Hospital México en San José, Costa Rica*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Brickenkamp, R. (2012). *D2 Test de Atención*. Madrid: TEA Ediciones.
- Brodsky, B. & Stanley, B. (2013). *The Dialectical Behavior Therapy Primer. How DBT Can Inform Clinical Practice*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bucay, J. (2001). *El camino de las lágrimas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana Del Nuevo Extremo.
- Buela, G. (2004). *La Psicología: ¿una profesión sanitaria con distintas especialidades?*. Granada: Universidad de Granada.
- Butcher, J., Graham, J., Ben-Porath, Y., Tallegen, A., Dahlstrom, W. & Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2 Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2006-2018). *Hospital San Juan de Dios*. Recuperado de <http://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=25>

- Caja Costarricense del Seguro Social. (2009a). *Guía de Atención para el Abordaje de Personas Adolescentes con Conductas Sexuales Abusivas con Suspensión Proceso a Prueba*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2009b). *Técnicas de intervención psicosocial para la atención en salud de adolescentes con Conducta Sexual Abusiva (CSA)*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2015). *Lineamiento para la coordinación interinstitucional entre la Caja Costarricense del Seguro Social y Poder Judicial para la atención de Adolescentes con conducta sexual abusiva en suspensión del proceso a prueba (CCSS/ACSA)*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2018). *Atención integral de personas trans para la hormonización en la red de servicios de salud*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Campos, J. (2000). Los factores terapéuticos: ¿Qué es lo que produce cambios en los grupos?. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 8(24), 205-229.
- Campos, M. (2016). *Propuesta de programa de intervención psicológica integral perioperatoria en pacientes del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular del Hospital México*. (Tesis de posgrado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Carrera, J. (2013). *Abordaje del duelo en profesionales de equipos de salud mental de los centros de salud familiar de la comuna de Maipú. Un estudio exploratorio*. (Tesis de grado). Santiago de Chile: Universidad de Chile.

- Castiblanco, W. (2016). *Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Enfermería a la familia del paciente pediátrico en la UCI*. (Tesis de grado). Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Castro, L. & Ángel, E. (1997). Formulación clínica conductual. En: Caballo. V. (Eds). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (3-73). España: Siglo XXI de España Editores.
- Cháves, F. (2004). *La política sancionatoria para ofensores sexuales juveniles entre los años de 1998 y 2002*. (Tesis de grado). Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- Cimientos. (2016). *Cuadernillo de actividades para la elaboración de un proyecto formativo-ocupacional para jóvenes con enfoque de género*. Argentina: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Ciencia y práctica*. New York: The Guilford Press.
- Colegio Profesional de Psicólogos. (2017). *Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos/as de Costa Rica*. Recuperado de <http://psicologiacr.com/documentos/>
- Custodio, N., Montesinos, R. & López, G. (2018). Deterioro cognitivo en pacientes con esclerosis múltiple. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(4), 338-345. ñ
- Díaz, A., Barrios, Z. & Mendoza, C. (2014). Cuidado y comunicación por parte de los enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Cultura del Cuidado*, 11(2), 17-31.
- Díaz, S. (2019). *Atención Integral a pacientes sobrevivientes de cáncer de mama pertenecientes al grupo Tour Rosa, del Departamento Hemato-Oncología en el*

- Servicio de Medicina Paliativa y Atención Psicosocial del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Dirección de Comunicación Organizacional. (2011). *Guía telefónica Hospital San Juan de Dios*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Donker, F. (1991). Medicina conductual y psicología de la salud. En: Buela, G. & Caballo, V. (Coord). *Manual de psicología clínica aplicada* (3-13). Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Duque, A., Grau, J., Hernández, E. & Werner, R. (2005). La psicología de la salud en la atención hospitalaria. En: Grau, J. & Meléndez, E. (Eds). *Psicología de la Salud: Fundamentos y aplicaciones* (295-232). México: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. & Cruz, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Behavioral Psychology*, 20 (2), 423-435.
- Epstein, N. & Baucom, D. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples*. Washington, United States of America: APA.
- Fernandes, R., Jiménez, S., Do Carmo, M., Almeida, D., do Nascimento, E. & Araújo, P. (2016). Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal. *Revista de Psicología*, 34(2), 357-386.
- Fernández, C. (2012). Las sanciones alternativas en la población penal juvenil. *Anuario Centro de Investigación y Estudios Políticos*, 3, 5-28.

- Fernández, M. (2016). *Evaluación del modelo de las precondiciones de Finkelhor y exploración de la constelación familiar*. (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Fernández, R. (2011). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Figuerola, J. (2007). El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes?. *Revista Coeducando*, 1, 77-97.
- Frías, M., López, A. & Díaz, S. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15-24.
- Gallardo, R. (2017). *Inserción profesional desde la psicología clínica, en el departamento de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- García, L. & Leventhal, G. (2005). Psychology's Adaptation to Medical Schools, Teaching Hospitals, and Academic Medical Centers: The Role of Academic Medicine Organizations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(3), 221-234.
- Garrido, M. (2019). *Intervención cognitivo conductual para promover el afrontamiento y el autocuidado en personas cuidadoras de pacientes con esclerosis múltiple que asisten a la Clínica de Esclerosis Múltiple del Hospital San Juan de Dios*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5), 327-334.

- Gómez, X., Quintanilla, C. & Zelaya, E. (2016). *Programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para el manejo adecuado de síntomas en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del Hospital San Pedro de la ciudad de Usulután desarrollado durante los meses de febrero-agosto de 2016*. (Tesis de grado). San Miguel: Universidad de El Salvador.
- González, M. (2019a). *Inserción profesional desde la psicología clínica y psicología de la salud, en el Área de Psicología Clínica del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- González, M. (2019b). *Inserción profesionalizante en el Servicio de Psicología del Hospital San Juan de Dios: Intervención desde la psicología de la salud para los trastornos de ansiedad y aproximación a la evaluación psicodiagnóstica*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Hall, N. & Hirschman, R. (1991). Toward a Theory of Sexual Aggression: A Quadripartite Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 662-669.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2018). *Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia 2018 (EMNA)*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Irving, W. (2003). *Handbook of Psychology*. New Jersey: Hoboken.
- Jara, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista cúpula*, 22 (1) 4-14.
- Jiménez, J., Rivera, D., Benítez, P., Tarrats, H. & Ramos, A. (2013). Integrating Mental Health Services into a General Hospital in Puerto Rico. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 294-301.

- Juárez, G. (2010). Neurorehabilitación del paciente con esclerosis múltiple. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22, 41-53.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Kato, J., Barker, G., Sharafi, L., Mora, L. & Lauro, G. (2016). *Adolescent Boys and Young Men: Engaging Them as Supporters of Gender Equality and Health and Understanding their Vulnerabilities*. Washington, D.C: Promundo.
- Krug, S. (1987). *CAQ Cuestionario de Análisis Clínico*. Madrid: Ediciones TEA.
- Kübler, E. (1997). *On Death and Dying*. New York: Scribner.
- Ley N°7576. La Gaceta, San José, Costa Rica, 08 de marzo de 1996.
- Ley N°33. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 05 de octubre de 2011.
- Ley N°8590. La Gaceta, San José, Costa Rica, 18 de julio de 2017.
- Llewelyn, S. & Kennedy, P. (2003). *Handbook of Clinical Health Psychology*. John Wiley & Sons Inc: USA.
- Mallie, A., Viljoen, J., Mordell, S., Spice, A. & Roesh, R. (2011). Childhood Abuse and Adolescent Sexual Re-Offending: A Meta Analysis. *Child Youth Care Forum*, 40, 401-417.
- Mata, A. (2008, 9 de enero). *Costa Rica: CCSS no da abasto con menores que abusan de otros*. Alianza por tus derechos. Recuperado de <https://alianzaportusderechos.org/article/costa-rica-ccss-no-da-abasto-con-menores-que-abusa/>

- Máximo, N. (2007). *Neurorrehabilitación en la Esclerosis Múltiple*. España: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- McNeely, O. (2006). Toni Morrison's *Beloved*: A Journey through the Pain of Grief. *Journal of Medical Humanities*, 27(1), 117-124.
- Meléndez, C. (2014). *Escala de evaluación funcional de la persona con trastorno mental y del comportamiento para el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut.* (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2014). *Análisis de Situación de Salud Costa Rica*. Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Molinari, M. (2015). *Evaluación neuropsicológica en pacientes con tumores cerebrales del Servicio de Neurocirugía del Hospital México*. Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Moos, R. (2010). *CRIA Inventario de Respuestas de Afrontamiento-Adultos*. Madrid: TEA Ediciones.
- Mora, M. (2017). *Inserción profesionalizante en la Clínica de Adolescentes en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Morales, S. (2017). *Abordaje Cognitivo Conductual a pacientes con dolor crónico maligno en la Clínica del Dolor del Hospital San Juan de Dios*. Práctica Dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.

- Morey, L. (2011). *PAI Inventario de Evaluación de la Personalidad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Municipalidad de San José. (2014). *Distrito Hospital*. Recuperado de https://www.msj.go.cr/informacion_ciudadana/SitePages/hospital.aspx
- Murphy, R. (2010). *Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Harmful sexual behavior among children and young people*. Reino Unido: NICE.
- Navarro, V., Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodríguez, M., Gumà, J., Vergués, N. & Pasarín, M. (2007). El impacto de la Política en la Salud. *Salud Colectiva, 3(1)*, 9-32.
- Neimeyer, R. (2016). *Techniques of Grief Therapy*. New York: Routledge.
- Olascoaga, J. (2010). Calidad de vida y esclerosis múltiple. *Revista de Neurología, 51*, 279-288.
- OPS/OMS. (2001). *Hacia un Modelo Integrado de Atención a la Violencia Intrafamiliar: Ampliando y consolidando las intervenciones coordinadas del Estado y la Sociedad Civil*. Costa Rica: OPS/OMS.
- OPS/OMS. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: OPS.

- OPS/OMS. (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental Costa Rica utilizando el instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS)*. Costa Rica: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2016, abril 13). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. *Comunicados de prensa OMS*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual Clínico*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Public Health Services*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services>
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Perfil del sistema de servicios de salud en Costa Rica*. San José: Ministerio de Salud.
- Ortiz, J. (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 supervisada para optar por el grado de licenciatura en psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Ostrosky, F., Gómez, E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A. & Pineda, D. (2012). *Neuropsi atención y memoria*. México: Manual Moderno.

- Palomo, L., Rubio, C. & Gérvas, J. (2006). La comorbilidad en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 182-191.
- Pan American Health Organization. (s.f.). *Programa de violencia familiar*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9998:violence-prevention-program&Itemid=962&lang=es
- Peraza, D. (2010). *La Utilización de la Suspensión del Proceso a Prueba dentro de la Etapa de Juicio en Materia Penal Juvenil en el 2008*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en derecho. San José: Universidad de Costa Rica.
- Pérez, M., Fernández, C., Amigo, I. y Fernández, J. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. España: Ediciones Pirámide.
- Piña, J. (2003). Psicología clínica y psicología de la salud: en defensa de la psicología de la salud. *Suma psicológica*, 10(1), 67-80.
- Poder Judicial. (2018). *Delitos sexuales*. Recuperado de <https://www.poder-judicial.go.cr/observatoriodegenero/soy-especialista-y-busco/estadisticas/delitos-sexuales/>
- Quesada, M. (2008). *Responsabilidad Estatal en el Abordaje de los Ofensores Sexuales, en materia Penal Juvenil*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en derecho. San José: Universidad de Costa Rica.
- Quesada, M. (2015). *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*. Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en psicología. San José: Universidad de Costa Rica.

- Ramírez, W. (2002). Caracterización de Ofensores Sexuales Juveniles: Experiencia de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños. *Acta Pediátrica Costarricense*, 16(2), 9-18.
- Ramírez, J. (2019). *Inserción profesional en el abordaje psicológico de pacientes con enfermedades crónicas y terminales y sus familiares en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo de la C.C.S.S.* (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Redondo, D. (2015). *Adaptación de la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck al Gran Área Metropolitana de Costa Rica.* (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual.* México: Editorial El Manual Moderno.
- Rodríguez, J. (1998). Psicología de la salud y psicología clínica. *Papeles del psicólogo*, 1(69), 1-5.
- Rodríguez, J., Asenjo, N., Becerra, A. & Lucio, M. (2015). Escalas de depresión y ansiedad para personas transexuales. *Psicología desde el Caribe*, 32(1), 53-80.
- Rojas, R. (2005). *Sistematización del Modelo de Atención de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Extrafamiliar en el Programa de Atención Integral en Salud –PAIS- Área Montes de Oca.* Tesis para optar por el grado de maestría. San José: Universidad de Costa Rica.
- Rollnick, S. & Miller, W. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional?. *Revista de Toxicomanías*, 1(6), 3-7.

- Rosete, C., Molina, L. & Campos, M. (2016). Reflexión de una experiencia formativa de psicólogos en un hospital desde la complejidad. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social* 2(2), 204-222.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclee de Brouwer, S.A.
- Salazar, K. (2015). *Promoción de prácticas de salud y autocuidado en personas cuidadoras primarias de pacientes adultos con cáncer en fase terminal que asisten a la Fundación Pro-Clinica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios*. Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Salazar, M. (2015). *Atención Cognitivo Conductual Emocional al Paciente Oncológico que Asiste al Departamento de Psicooncología y Hemato-Oncología del Hospital México*. (Trabajo final de graduación de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Sánchez, J. (2013). *EBP Escala de Bienestar Psicológico*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sarafino, E. & Smith, T. (2011). *Health psychology: biopsychosocial interactions. Seven edition*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Schutt, J. & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Washington, DC: OPS.
- Seisdedos, N. (2002). *MVR Memoria Visual de Rostros*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seto, M. & Lalumière, M. (2010). What Is So Special About Male Adolescent Sexual Offending? A Review and Test of Explanations Through Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575.

- Sher, L. (2009). *Psychological Factors and Cardiovascular Disorders. The Role of Stress and Psychosocial Influences*. New York: Nova Biomedical Books.
- Slaikeu, K. (1999). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Soldino, V. & Carbonell, E. (2017). Effect of treatment on sex offenders' recidivism: a meta-analysis. *Anales de psicología*, 33(3), 578-588.
- Soto, K. (2018). *Ejercicio de la Psicología en una institución hospitalaria: Intervención cognitivo conductual desde un modelo de Psicología de la Salud a las y los usuarios del servicio de atención psicológica del Hospital San Juan de Dios y aproximación a las necesidades del paciente con enfermedad renal que asiste regularmente a su proceso de hemodiálisis*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Stephens, C. (2008). *Health Promotion. A psychosocial approach*. New York: McGraw Hill.
- The General Hospital Corporation. (2007-2018). *Psychiatry Patient & Family Resource Center*. Massachusetts General Hospital. Recuperado de <http://www.massgeneral.org/psychiatry/about/patient-education/?display=programs>
- Tous, J., Pont, N. & Muiños, R. (2005). *IA-TP Inventario de Adjetivos para la evaluación de los Trastornos de Personalidad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Tribunal Supremo de Elecciones. (1998). *Código de la Niñez y la Adolescencia*. San José: La Gaceta.

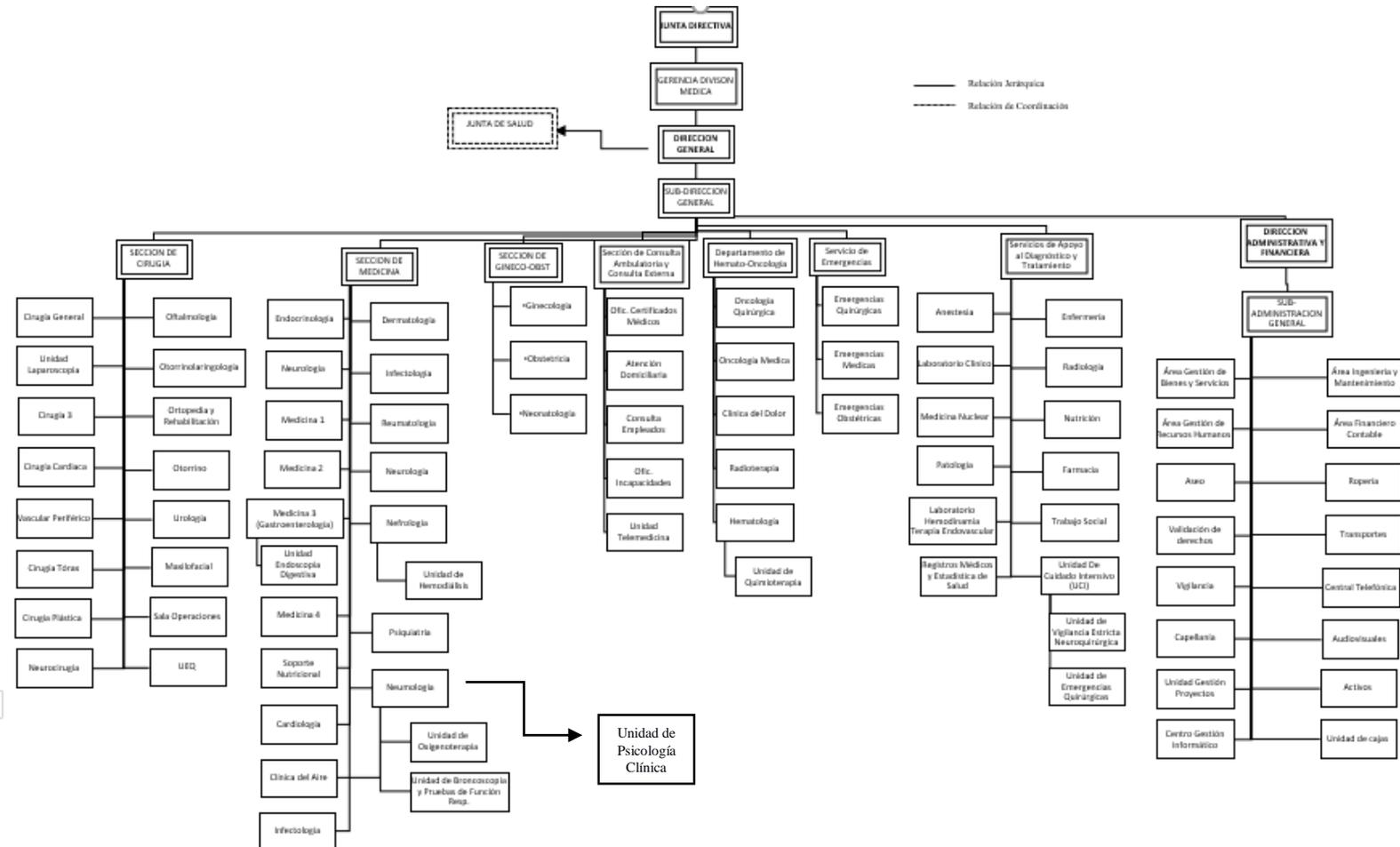
- Tulchinsky, T. & Varavikova, E. (2014). *The New Public Health*. San Diego: Academic Press.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2018). *International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach*. Francia: UNESCO.
- Universidad de Costa Rica. (2000, junio 22). Reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos. *La Gaceta Universitaria*, pp.1,6.
- Universidad de Costa Rica. (2013). *Estado del Arte de la Investigación en Salud Mental en Costa Rica*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Universidad de Costa Rica. (2017). *Escuela de Psicología*. Recuperado de <https://www.psico.ucr.ac.cr/index.php/es/asuntos-estudiantiles>
- Valerio, S. (2017). *Uso de Estrategias Cognitivo-Conductuales para la Reducción de Niveles de Distrés en Pacientes Oncológicos que Asisten al Servicio de Medicina Paliativa y Psicooncología del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Valverde, C. (2012). *Uso de la Terapia Cognitiva Conductual en la atención a Personas con Trastorno de Dolor Crónico Benigno en la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Puriscal*. Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Varela, M. (2010). El reto de evaluar a adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 127-140.

- Vargas, G., Gallegos, C., Salgado, C., Salazar, M., Huamán, C., Bonilla, C., Reyes, N. & Caballero, P. (2019). Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 123-130.
- Vicente, M. (2017). *Atención psicológica integral a pacientes oncológicos y de cuidados paliativos, familiares y cuidadores que asisten a la Fundación Pro-Clínica para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios*. Práctica Dirigida para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Villaseñor, M. & Castañeda, J. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45(1), 44-57.
- Volpacchio, E. (2018). *Práctica dirigida en Psicología Clínica desde el enfoque cognitivo conductual dentro de la sección de Psicología General del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Wai, I., Cheung, M. & Kit-Ying, A. (2015). Sentencing Male Sex Offenders Under the Age of 14: A Law Reform Advocacy Journey in Hong Kong. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24, 333-353.
- Wechsler, D. (2012). *Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos-IV*. Madrid: NCS Pearson, Inc.
- Worden, J.W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Geneva: WHO Document Production Services.

- Wu, Q., Luo, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., Xiong, Y., Liao, Y. & Liu, T. (2017). Mental health literacy survey of non-mental health professionals in six general hospitals in Hunan Province of China. *PLoS ONE*, *12*(7), 1-13.
- Zeledón, D. (2016). *Atención Integral Primaria a cuidadores de pacientes hemato-oncológicos del Departamento Hemato-Oncología en el área de Psicooncología del Hospital México*. (Trabajo final de graduación de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Zeledón, M. (1990). La prestación de servicios de psicología en la Caja Costarricense del Seguro Social. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, *10*(3), 3-7.
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J. & Jayaram, M. (2015). *Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness*. Estados Unidos: John Wiley & Sons, Ltd.

XV. Anexos

Anexo 1: Organigrama del Hospital San Juan de Dios



Anexo 2: Entrenamiento en respiración profunda (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

Respiración profunda

Se trata de un ejercicio útil para la reducción del nivel de activación general. Las indicaciones son las siguientes:

1. *Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.*
2. *Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos.*
3. *Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.*
4. *Mantener la respiración. Repetirse interiormente "mi cuerpo está relajado"*
5. *Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación.*

El entrenamiento mediante este ejercicio consiste, en general, en realizar 4 o 5 ejercicios de respiración seguidos y repetir los ejercicios entre diez y quince veces al día, por la mañana, tarde, noche, y especialmente en situaciones estresantes.

Anexo 3: Planeamiento de Psicoterapia Grupal de Duelo

Terapia Grupal de Duelo

Fecha de inicio: 14 de marzo 2019

Fecha de finalización: 27 de junio 2019

Horario: Jueves de 7:00am a 9:00am

Seguimiento: Semanal

Objetivo general

- ❖ Brindar psicoterapia grupal a personas en proceso de duelo, por medio de estrategias terapéuticas que faciliten la adaptación a su vida cotidiana posterior a la pérdida.

Objetivos específicos

- ❖ Identificar dificultades comunes que presentan las participantes en su proceso de duelo, por medio de actividades participativas que permitan la normalización del duelo como proceso adaptativo.
- ❖ Facilitar los cambios cotidianos a enfrentar por parte de las participantes, teniendo como eje transversal el proyecto de vida, para así disminuir las posibles consecuencias disfuncionales.
- ❖ Conformar una red de apoyo con objetivos comunes, por medio de la formación de nuevas relaciones interpersonales seguras, que aumenten los factores protectores de cada una de las participantes.
- ❖ Favorecer la identificación de emociones y pensamientos en torno al proceso de duelo, por medio de psicoeducación, con el fin de que las participantes disminuyan las conductas disfuncionales y aumenten las conductas adaptativas.
- ❖ Brindar herramientas para el fortalecimiento de habilidades adaptativas, por medio de estrategias de autorregulación y autocuidado que aumenten y mantengan la calidad de vida de las participantes.

Cronograma de trabajo

Fecha	Tema
14/03/2019	Introducción al grupo de duelo
21/03/2019	Cómo es mi duelo
28/03/2019	Etapas y reacciones del duelo
04/04/2019	El duelo como procedo natural
09/05/2019	Mitos ante la pérdida y tareas en el proceso de duelo
16/05/2019	Distorsiones cognitivas y rumiaciones
23/05/2019	La culpa
30/05/2019	Emociones
06/06/2019	Recordando a nuestros seres queridos
13/06/2019	Proyecto de vida
20/06/2019	Autocuidado
27/06/2019	Cierre del proceso grupal

Sesión #1: Introducción al grupo de duelo

Objetivo general: Introducir a las personas participantes al grupo de duelo y conocer las situaciones de cada una para plantear así los objetivos de trabajo.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Encuadre	Encuadrar el proceso grupal, por medio de la presentación de las facilitadoras, detallando la duración del proceso grupal, la duración por sesión y la forma en que se llevará a cabo, con el fin de tener organización en el proceso.	Se explica la forma en que se llevará a cabo el proceso de terapia grupal y se entrega cronograma de trabajo sellada y firmada por la asesora técnica.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cronograma de trabajo (Anexo 3.1)
Reglas del grupo	Establecer reglas generales del grupo, con el fin de que tanto facilitadoras como participantes, se comporten bajo un orden de trabajo.	<p>Las facilitadoras indican y explican la primera regla del grupo: confidencialidad.</p> <p>Se solicita a los participantes indicar reglas que consideren importantes de seguir en el grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja • Lapicero
Conocer historia de pérdida	Comentar sobre la historia de pérdida del ser querido, con el fin de establecer relación entre las participantes del grupo y conocer el motivo de asistencia de los participantes.	Cada uno de los participantes deberá entrevistar a su compañero del lado. Deberá preguntarle su nombre, dónde vive, y por qué están ahí. Posteriormente, cada uno deberá presentar a su pareja.	NA

Sesión #2: Cómo es mi duelo

Objetivo general: Visualizar por medio de actividades participativas, los sentimientos y pensamientos en común ante la pérdida de un ser querido, con el fin de facilitar el proceso de aceptación de la pérdida.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Introducción a las nuevas participantes	Introducir a las personas participantes al grupo de duelo, con el fin de conocer las situaciones de cada una y plantear así los objetivos de trabajo.	Dar la bienvenida a las nuevas participantes, explicar las reglas del grupo y entregar horario de trabajo sellada y firmada por la asesora técnica.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cronograma de trabajo (Anexo 3.1)
¿Cómo visualizo mi duelo?	Visualizar los sentimientos, pensamientos y conductas que se generan ante la pérdida del ser querido, con el fin de identificar las reacciones en común de los participantes.	Se presentan algunas imágenes y se solicita a los participantes que elijan una con la cual se identifiquen en el proceso de duelo. Posteriormente se solicita a cada uno que comparta la razón por la que eligió la imagen y los sentimientos o pensamientos con los que se identifica.	<ul style="list-style-type: none"> • Imágenes recortadas (Anexo 3.2) • Cinta adhesiva
¿Cómo me quiero sentir?	Identificar los objetivos de cada uno de los participantes y los objetivos en común, para así realizar el plan de trabajo.	<p>Se solicita a los participantes que elijan una imagen con cual se identifiquen en cómo se quieren sentir a futuro. Se solicita a cada uno de los participantes que comparta la razón por la que eligió la imagen.</p> <p>Finalmente se entrega una imagen sobre el proceso natural del duelo, se enfatiza en la importancia de que cada uno lleve su proceso en el tiempo de cada uno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imágenes recortadas (Anexo 3.2) • Imagen sobre duelo como proceso natural (Anexo 3.3)

Sesión #3: Etapas y reacciones del duelo

Objetivo general: Identificar la forma en se ha llevado la pérdida del ser querido, por medio de psicoeducación sobre el duelo y su naturalidad, para así facilitar el proceso de aceptación de la pérdida.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
¿Qué es el duelo?	Definir el concepto de duelo según la experiencia de las participantes.	Se introduce el tema entregando a cada una de las participantes una hoja de color y un lapicero y se les solicita que escriban las palabras que se relacionan con el proceso de duelo. Posteriormente se solicita que la compartan con las demás participantes y se realiza la explicación de la definición: “Es un proceso de reacción emocional, completamente natural, ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo en donde un vínculo afectivo se rompe” (Elisabeth Kübler-Ross)	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de colores • Lapiceros
Tipos y etapas del duelo	Visualizar la naturalidad de las etapas del proceso de duelo.	Posteriormente se entrega una hoja con las etapas de duelo propuestas por Kübler-Ross (1997) y su comparación con etapas de sanación de una herida en el cuerpo. Se explica como tradicionalmente se propone, sin embargo, se hace énfasis en su forma circular de avanzar.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de comparación del proceso de duelo y el proceso de sanación de una herida (Anexo 3.4)
Reacciones durante el proceso de duelo	Normalizar las reacciones durante el proceso de duelo, por medio de la psicoeducación, con el fin de que los participantes comprendan la	Se explica la normalidad de estos sentimientos o pensamientos que han compartido a través de la actividad anterior. Se comenta sobre la naturalidad del proceso de duelo en comparación con otros procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Infograma (Anexo 3.5)

	naturalidad del proceso de cada uno de ellos.	naturales de la vida del ser humano y la funcionalidad de tener estas expresiones.	
--	---	--	--

Sesión #4: El duelo como proceso natural

Objetivo general: Normalizar el duelo como un proceso de ajuste, por medio del cuestionamiento de las reacciones aceptadas y no aceptadas ante una pérdida, con el fin de facilitar el procesamiento del dolor de la misma.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Reacciones aceptadas ante la pérdida	Identificar las reacciones aceptadas y no aceptadas ante las pérdidas en el transcurso de la vida, con el fin de cuestionar su funcionalidad.	Se pregunta a las participantes ¿cómo les han enseñado en sus familias que deben reaccionar ante el dolor o la pérdida de algo? Por ejemplo, al estar pequeñas y perdían un juguete o algo importante para ustedes ¿cómo debían reaccionar según sus padres, hermanos, etcétera?	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilots
La expresión de sentimientos	Realizar psicoeducación sobre la funcionalidad de la expresión de sentimientos ante la pérdida.	Se pregunta a las participantes cuántas de ellas por seguir estos mitos no se han permitido si quiera llorar con sus familiares o seres cercanos. Se comenta que la expresión de sentimientos, más allá de lo que las personas piensan, es saludable.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja “el camino de las lágrimas” (Bucay, 2001) (Anexo 3.6)
¿En qué etapa de mi duelo estoy?	Visualizar la forma en que se han llevado las etapas del proceso de duelo, así como obstáculos ante las mismas.	Se entrega una hoja de trabajo con la metáfora de un árbol. Se pide a las participantes que describan su proceso de duelo en cada una de las fases por las que ha pasado y se encuentra en este momento y los mitos que han surgido alrededor de ellas.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja con árbol (Anexo 3.7) • Arbustos del árbol • Goma • Lapiceros

Sesión #5: Mitos ante la pérdida y tareas en el proceso de duelo

Objetivo general: Identificar mitos en relación con el proceso de duelo, con el fin de desmitificar creencias e identificar factores protectores ante la presencia de un duelo patológico, para así facilitar el dolor de la pérdida.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Mitos del duelo	Identificar mitos en relación con el enfrentamiento de una pérdida, con el fin de aumentar los conocimientos sobre el proceso natural del duelo y desmitificar creencias, por medio de una dinámica grupal.	Se entrega un papel a cada una de las participantes, estos estarán divididos en “mitos” y “verdades” del proceso de duelo. Se solicita a la primera participante leer el papel e indicar si corresponde a un mito o una verdad y la persona que tenga su contraparte deberá levantar la mano y leerlo. Así sucesivamente. Conforme se vayan leyendo los enunciados, se irá aclarando la creencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadros impresos (Anexo 3.8) • Una hoja completa para cada una de las facilitadoras
¿Cuándo es un duelo “normal”?	Identificar indicadores de un duelo patológico entre las participantes del grupo, para así idear estrategias de intervención adecuadas e identificar factores protectores.	Se plantea una línea del tiempo en la pizarra como metáfora del proceso de duelo y se pregunta a las participantes si creen que existe un periodo “normal” de tiempo para esa línea y cuánto creen que sería ese tiempo. Se explica a las participantes que no existe un tiempo universal, pero se teoriza que posterior a un año, el proceso puede ser menos doloroso. Se pregunta a las participantes qué actividades les han permitido a ellas que el proceso sea menos doloroso.	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilots

<p>Tareas del proceso de duelo según Worden (2009)</p>	<p>Realizar psicoeducación sobre el proceso de duelo para así identificar factores de riesgo y protectores durante las tareas del duelo según Worden (2009).</p>	<p>Se explica que el proceso de duelo más que por un tiempo o fases, puede medirse por la existencia de cuatro tareas fundamentales a cumplir en este camino. Se entrega una hoja y se leen las siguientes tareas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptar la realidad de la pérdida 2. Procesar el dolor del duelo 3. Ajustarse al mundo sin la pérdida 4. Encontrar una conexión con la pérdida en medio del camino a una nueva vida <p>Se organizan cuatro grupos de trabajo y se indica conversar sobre la forma en que han lidiado con estas tareas y en qué parte de la línea situarían cada una de las tareas. Posteriormente se comparte con el fin de encontrar factores comunes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja sobre tareas del duelo (Worden, 2009) (Anexo 3.9)
<p>Tarea</p>	<p>Indicar la tarea a realizar fuera del horario de sesión, con el fin de darle continuidad a las temáticas vistas y obtener resultados más eficaces.</p>	<p>Se solicita a las participantes llevarse la hoja de trabajo de las tareas de Worden, con el fin de identificar qué estrategias creen que han tenido cada una de ellas al pasar por las tareas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 3.9

Sesión #6: Distorsiones cognitivas

Objetivo general: Identificar la existencia de distorsiones cognitivas durante el proceso de duelo, con el fin debatir las mismas con evidencia, para facilitar el procesamiento del dolor de la pérdida.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Revisión de tarea	Revisar la aplicación de las temáticas contempladas en las sesiones en las propias situaciones personales.	Revisar las estrategias escritas por las participantes durante las tareas de duelo propuestas por Worden (2009), con el fin de entablar conexión de las mismas con el proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de tarea (Anexo 3.9)
Distorsiones cognitivas en el duelo	Realizar psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas en el proceso de duelo, por medio de un infograma, con el fin de que las participantes las identifiquen en su caso personal.	Se entrega a las participantes un infograma sobre las distorsiones cognitivas. Se explican las distorsiones cognitivas y cómo el duelo puede influir en ellas y estas a su vez en el proceso de duelo. Se pregunta si alguna de las participantes se siente identificada con las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de distorsiones cognitivas (Anexo 3.10)
Laberinto del duelo	Identificar las distorsiones cognitivas en relación con el proceso de duelo, con el fin de cuestionarlos y promover pensamientos positivos.	<p>Inicialmente se muestran cuatro bloques de papeles de colores, cada bloque va a representar una tarea a realizar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se entrega un papel de color a cada una de las participantes y se indica que escriban alguna distorsión cognitiva que tenga mucha influencia en su proceso de duelo actual. Deben colocarle un número del 1 al 10 de acuerdo a la intensidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuatro hojas de color para cada una de las participantes • Lapiceros • Pizarra • Pilots

		<p>de la angustia que este pensamiento les genera. Al terminar, cada una deberá entregarla.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Posteriormente, se entregará a cada una, una de esas hojas escritas por otra compañera, junto con otro papel de color con el fin de que escriban un argumento con el cual se podría refutar esa afirmación. 3. Se vuelven a recolectar las hojas de color y se leen en voz alta y anónima. Se pregunta de forma grupal que obstáculos podría enfrentar una persona para llegar de ese pensamiento a esa solución. 4. Se entregan las hojas a quien pertenecían inicialmente y se solicita que escriba las soluciones a los obstáculos que puede tener. <p>Finalmente se realiza una metáfora sobre un laberinto y las distorsiones cognitivas en el proceso de duelo. En el inicio se colocan las distorsiones, en el medio los obstáculos, hacia el final las soluciones y por último el nuevo pensamiento ya refutado.</p>	
Mindfulness	Realizar entrenamiento en mindfulness, por medio de tomar en cuenta las sensaciones físicas, las cogniciones y las emociones, con el objetivo último de lograr una aceptación de las	Se solicita a las participantes sentarse de forma cómoda para realizar el ejercicio. Se inicia el ejercicio. Finalmente se pregunta a las participantes qué sensaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de mindfulness descargado • Parlante

	mismas en lugar de eliminarlas, evitarlas o modificarlas	experimentaron, qué les gustó y qué cambiarían.	
Tarea	Indicar la tarea a realizar fuera del horario de sesión, con el fin de darle continuidad a las temáticas vistas y obtener resultados más eficaces.	Se solicita a las participantes que durante la semana escriban las distorsiones cognitivas que presenten y realicen el ejercicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de tarea (Anexo 3.11)
Cajita "Mi camino"	Evaluar los nuevos aprendizajes y habilidades adquiridas durante la sesión, con el fin de mantener o modificar el plan de trabajo.	Se coloca una caja en el centro del grupo y se entrega una hoja en forma de huella a cada una de las participantes. Se solicita que escriban los aprendizajes que creen que tuvieron el día de hoy.	<ul style="list-style-type: none"> • Cajita • Un papel en forma de huella para cada una (Anexo 3.12) • Lapiceros

Sesión #7: La culpa

Objetivo general: Abordar el sentimiento de culpabilidad como reacción ante el duelo de un ser querido, por medio de actividades que permitan facilitar el dolor de la pérdida.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Revisión de tarea	Revisar la aplicación de las temáticas contempladas en las sesiones en las propias situaciones personales.	Revisar las distorsiones cognitivas anotadas por las participantes durante la semana y si realizaron los ejercicios de mindfulness y preguntar su funcionalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 3.11
Introducción al tema	Introducir a las participantes al concepto de la culpa, por medio de una actividad que permita construir el concepto de forma grupal.	Se indica a las participantes que el tema de la sesión se va a tratar sobre la culpa. Se pregunta si alguna podría indicar que cosas	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilots

		se encuentran relacionadas con la culpa en un proceso de duelo y se anotan en la pizarra.	
Mi culpa	Identificar los pensamientos en relación con la culpa.	Se entrega a las participantes hojas impresas con frases a completar sobre la culpa. Posteriormente se pregunta a las participantes, si esos pensamientos tuvieran forma, qué tan grande y pesada creen que serían.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de trabajo (Anexo 3.13) • Lapiceros.
Culpa del sobreviviente	Realizar psicoeducación sobre los pensamientos irracionales de la culpa, por medio de la ejemplificación de la culpa del sobreviviente.	Se entrega y lee la “Carta de culpa del sobreviviente” como ejemplificación de las etapas de la culpa. Se explica el concepto de culpa del sobreviviente.	<ul style="list-style-type: none"> • Carta para cada una de las participantes (Anexo 3.14)
Mindfulness	Realizar entrenamiento en mindfulness, por medio de tomar en cuenta las sensaciones físicas, las cogniciones y las emociones, con el objetivo último de lograr una aceptación de las mismas en lugar de eliminarlas, evitarlas o modificarlas	Se realiza una actividad de relajación guiada.	NA
Tarea	Indicar la tarea a realizar fuera del horario de sesión, con el fin de darle continuidad a las temáticas vistas y obtener resultados más eficaces.	Se solicita a las participantes que realicen una carta como la leída anteriormente, con el fin de empezar a cerrar el proceso de culpa. Se relaciona esta tarea con el proyecto de vida.	NA

Cajita "Mi camino"	Evaluar los nuevos aprendizajes y habilidades adquiridas durante la sesión, con el fin de mantener o modificar el plan de trabajo.	Se coloca una caja en el centro del grupo y se entrega una hoja en forma de huella a cada una de las participantes. Se solicita que escriban los aprendizajes que creen que tuvieron el día de hoy.	<ul style="list-style-type: none"> • Cajita • Un papel en forma de huella para cada una (Anexo 3.12) • Lapiceros
--------------------	--	---	---

Sesión #8: Emociones

Objetivo general: Abordar las emociones que surgen durante el proceso de duelo, por medio de la psicoeducación, con el fin de que las participantes puedan identificar la funcionalidad y disfuncionalidad del mantenimiento de las mismas y generen estrategias de autorregulación.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Revisión de tarea	Revisar la aplicación de las temáticas contempladas en las sesiones en las propias situaciones personales.	Se pregunta quienes realizaron las cartas y se genera discusión al respecto.	N.A.
Introducción a las emociones en el proceso de duelo	Identificar la funcionalidad de las emociones durante el proceso de duelo.	<p>Se colocan papeles con 10 emociones diferentes en la pizarra: enojo, soledad, tristeza, ansiedad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio.</p> <p>Se solicita a las participantes que elijan en silencio una que creen que haya sido la más importante dentro de su proceso de duelo, le coloquen el nombre y un número del 1 al 10 tomando como base las SUDS. Posteriormente solicita que piensen qué función pudo haber tenido esa emoción en su</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papeles con emociones impresas • Cinta adhesiva • Pizarra

		duelo. Finalmente, se realiza psicoeducación sobre la funcionalidad de las emociones en un momento determinado del duelo, así como disfuncionalidad que puede surgir de su mantenimiento prolongado.	
Camino de las emociones	Ejemplificar el proceso emocional que implica el duelo.	Se entrega a cada una de las participantes una hoja y se lee en voz alta.	<ul style="list-style-type: none"> • Poema de Mario Benedetti (Anexo 3.15)
Mindfulness	Brindar herramientas de autorregulación emocional por medio de la realización de una relajación guiada.	Se realiza un ejercicio de mindfulness. Recaltar el hecho de estar conectadas con el ser querido, sin hacer del dolor la forma de la conexión.	<ul style="list-style-type: none"> • Parlante • Grabación
Hoja de trabajo	Identificar las emociones presentes en el proceso de duelo de cada una de las participantes.	Posteriormente se entrega una hoja de trabajo con una silueta, donde se indica a las participantes que deben indicar por medio de colores, señalizaciones, etcétera, los puntos corporales en los cuales sintieron mayor relajación y mayor tensión, así como pensamientos o sentimientos que hayan estado presentes. Se solicita que coloquen nuevamente un número del 1 al 10 a la emoción que eligieron inicialmente.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de trabajo (Anexo 3.16) • Lápices de colores
Tarea	Indicar la tarea a realizar fuera del horario de sesión, con el fin de darle continuidad a las temáticas vistas y obtener resultados más eficaces.	Traer a sesión un recuerdo del ser querido. Ejemplo: una foto, un accesorio, un regalo, etcétera.	<ul style="list-style-type: none"> • NA

Sesión #9: Recordando a nuestros seres queridos

Objetivo general: Brindar un espacio para recordar al ser querido, con el fin de facilitar el ajuste a la vida cotidiana sin la pérdida.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Revisión de la tarea	Revisar la aplicación de las temáticas contempladas en las sesiones en las propias situaciones personales.	Se pregunta quienes realizaron la tarea y que sentimientos y pensamientos tuvieron al realizarla. Si hubo dificultades o facilidades.	NA
Presentando a mi ser querido	Facilitar el ajuste a la vida cotidiana con los recuerdos del ser querido, de manera funcional.	Se abre el espacio para mostrar el recuerdo del ser querido y compartir su significado con las demás participantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerdo del ser querido
Recordando	Demostrar el recuerdo del ser querido como legado familiar.	Se visualiza un extracto de la película “Coco” y se lee la canción “recuérdame”. Se discute al respecto.	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Computadora • Video descargado • Parlante
Tarea	Indicar la tarea a realizar fuera del horario de sesión, con el fin de darle continuidad a las temáticas vistas y obtener resultados más eficaces.	Visualizar la película “Coco” Realizar una lista de actividades placenteras actuales o que quisiera realizar.	NA

Sesión #10: Proyecto de vida

Objetivo general: Facilitar el planteamiento de un proyecto de vida, por medio de la psicoeducación, con el fin de encontrar una conexión con la pérdida en medio del camino a una nueva vida

Tema	Objetivo	Actividad	Materiales
Revisión de la tarea	Revisar la aplicación de las temáticas contempladas en las sesiones en las propias situaciones personales.	Se pregunta a las participantes quienes realizaron la tarea sobre las actividades placenteras, se comparte de forma voluntaria y se genera discusión al respecto.	NA
Integrando el recuerdo de mi ser querido	Valorar las reacciones de las participantes ante el recuerdo del ser querido.	Se retoma el tema de la sesión anterior, con el fin discutir la tarea asignada: Visualizar la película "Coco". Se vuelve a escuchar la canción "recuérdame"	<ul style="list-style-type: none"> • Letra de "Recuérdame" de película "Coco" (Anexo 3.17).
Presentándome a mí misma	Facilitar el planteamiento de un proyecto de vida en torno a los nuevos objetivos, tomando en cuenta la pérdida del ser querido.	<p>Posteriormente se entregan cinco papeles de colores en los cuales deben escribir una respuesta a las siguientes cinco preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> . ¿Quién era yo antes de que mi ser querido falleciera? . ¿Quién era yo cuando mi ser querido falleció? . ¿Quién soy yo ahora? . ¿Quién quiero ser? <p>Se comparte de forma de forma voluntaria y se genera discusión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papeles de colores para cada una de las participantes con las preguntas impresas de forma separada. • Lapiceros
Mi nuevo proyecto de vida		Se realiza hoja de trabajo. Se indica las participantes escribir metas reales a corto, mediano plazo y largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Material de proyecto de vida (Anexo 3.18)

		Se comenta de forma grupal.	
Tarea		Traer a sesión una actividad que les guste hacer en su tiempo libre y que se pueda compartir con el resto de las participantes.	NA
Cierre de la sesión y planeamiento de merienda final		Se recuerda a las participantes que en dos sesiones es la última del proceso y se plantea la posibilidad de un desayuno compartido.	NA

Sesión #11: Autocuidado

Objetivo general: Brindar información sobre formas de autocuidado, por medio de la psicoeducación y estrategias prácticas, con el fin de encontrar una conexión con la pérdida en medio del camino a una nueva vida.

Tema	Objetivo	Actividad	Materiales
Revisión de la tarea	Revisar la aplicación de las temáticas contempladas en las sesiones en las propias situaciones personales.	Se comparten actividades traídas por las participantes. Las facilitadoras llevan una actividad de respaldo.	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales de actividad de respaldo.
¿Qué tanto cuidamos de nosotras mismas?	Analizar la importancia que se le brinda al autocuidado como forma de facilitar el ajuste.	Se invita a las participantes a cuestionarse qué tanto cuidan ellas de sí mismas. Se genera discusión al respecto y formas de autocuidado que podrían tener.	NA
Contrato para cuidarme a mí misma	Proponer actividades de autocuidado, con el fin de aumentar la calidad de vida.	Se entrega a las participantes una hoja y se solicita que escriban al menos una actividad de autocuidado por cada uno de los recuadros, que quieran realizar y sea viable.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de trabajo (Anexo 3.19) • Lapiceros

Tarea	Indicar la tarea a realizar fuera del horario de sesión, con el fin de darle continuidad a las temáticas vistas y obtener resultados más eficaces.		<ul style="list-style-type: none"> • Lista de actividades de autocuidado • Autorregistro
-------	--	--	--

12: Cierre

Cierre: Realizar un cierre sobre el proceso psicoterapéutico, indicando los principales aprendizajes obtenidos, así como factores a mantener y a mejorar para futuros grupos.

Tema	Objetivo	Actividad	Materiales
Lo que dejo y lo que me llevo		Se coloca un cofre en el medio del espacio y se entregan dos papeles a cada una de las participantes. Se indica que en uno deben colocar lo que se dejan, y en el segundo lo que dejan. Este último lo van a colocar dentro del cofre al finalizar. Se comparte de forma voluntaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Dos papeles de colores a cada una. • Cofre. • Lapiceros.
Lo que cambiaría y lo que conservaría		Se entregan un papel a cada una de las participantes y se indica que escriban lo que cambiarían de las sesiones y lo que conservarían. Se discute al respecto.	<ul style="list-style-type: none"> • Una hoja de color. • Lapiceros.
Principales avances y entrega del folder		Se comentan los avances observados por parte de las facilitadoras. Se entregan folders personalizados a cada una de las participantes, los cuales incluyen	<ul style="list-style-type: none"> • Folders personalizados.

		los trabajos realizados durante las sesiones y las tareas. Así como información psicoeducativa.	
Agradecimiento y recuerdo final		Se agradece la participación y el compromiso y se entrega recuerdo final.	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 3.20.

Referencias

- Barguil, M. & Schosinsky, I. (2016). *Protocolo de Atención Psicoterapia Grupal para Duelo*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Berrutti, E., Rodríguez, S. & Tricotti, L. (2008). *Vida con proyectos. Guía metodológica para la elaboración de proyectos desde una perspectiva de equidad de género y competencias*. Montevideo, Uruguay: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Bucay, J. (2001). *El camino de las lágrimas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana Del Nuevo Extremo.
- Kübler, E. (1997). *On Death and Dying*. New York: Scribner.
- Neimeyer, R. (2016). *Techniques of Grief Therapy*. New York: Routledge.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Worden, J.W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Anexo 3.1: Cronograma de trabajo

Caja Costarricense del Seguro Social
Servicio de Psiquiatría – Unidad de Psicología Clínica

TERAPIA GRUPAL DUELO

Lugar: Tercer Piso del edificio principal del HSJD. Sector G,
Puerta #10

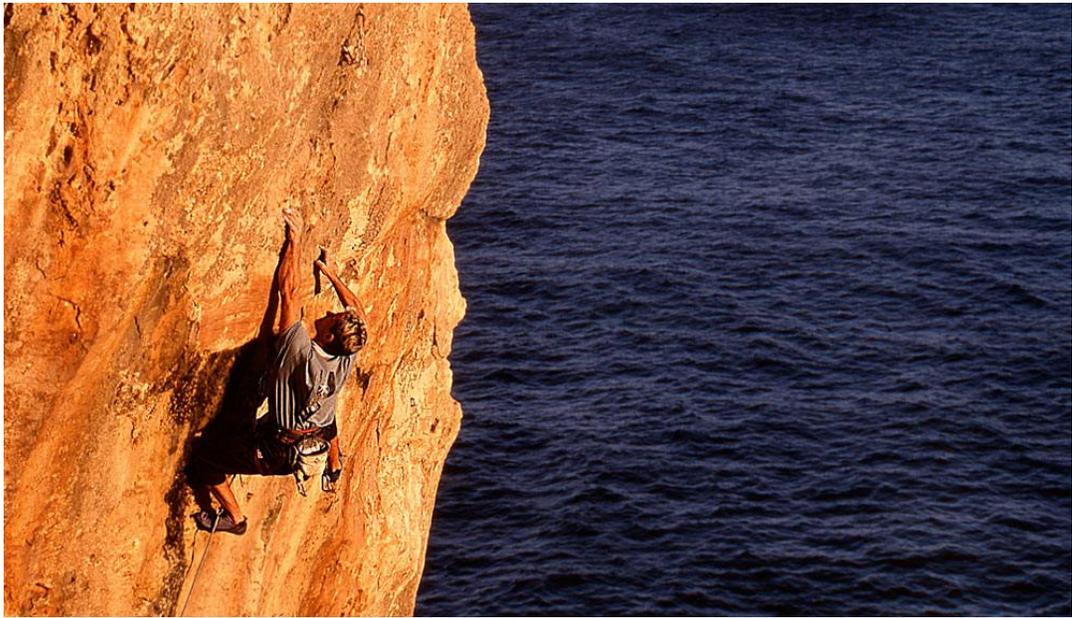
Horario: Se realizarán los siguientes jueves de 7:00am a 9:00am.

1	14/Marzo/2019	7	23/Mayo/2019
2	21/Marzo/2019	8	30/Mayo/2019
3	28/Marzo/2019	9	06/Junio/2019
4	04/Abril/2019	10	13/Junio/2019
5	09/Mayo/2019	11	20/Junio/2019
6	16/Mayo/2019	12	27/Junio/2019

Anexo 3.2: Imágenes sobre el duelo



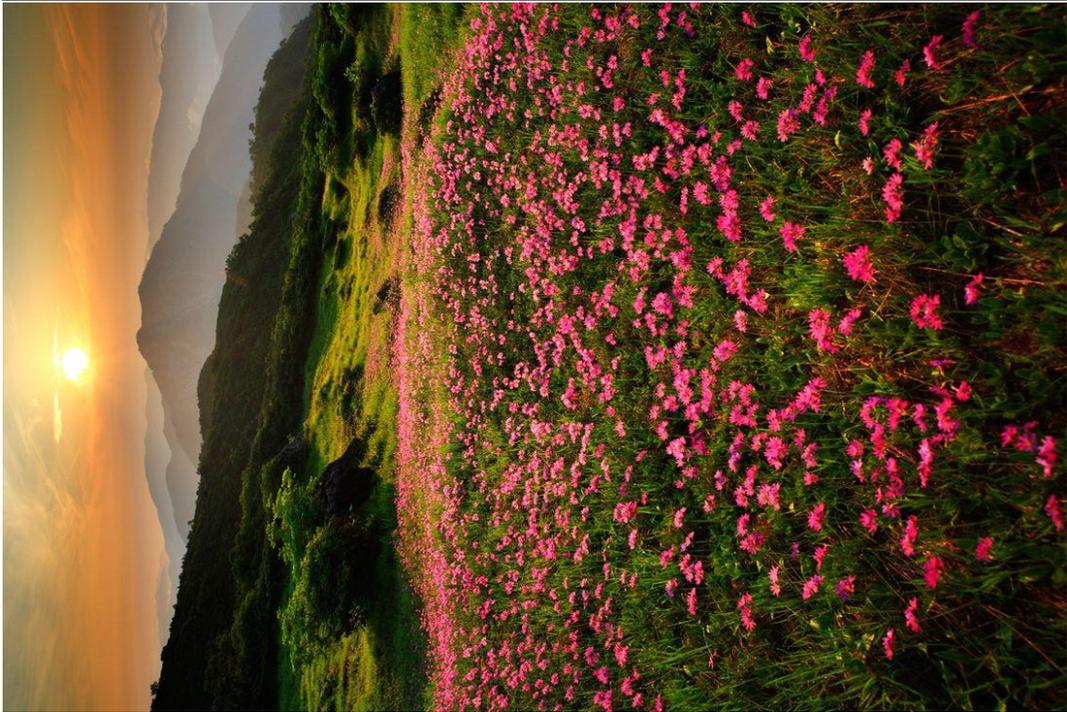














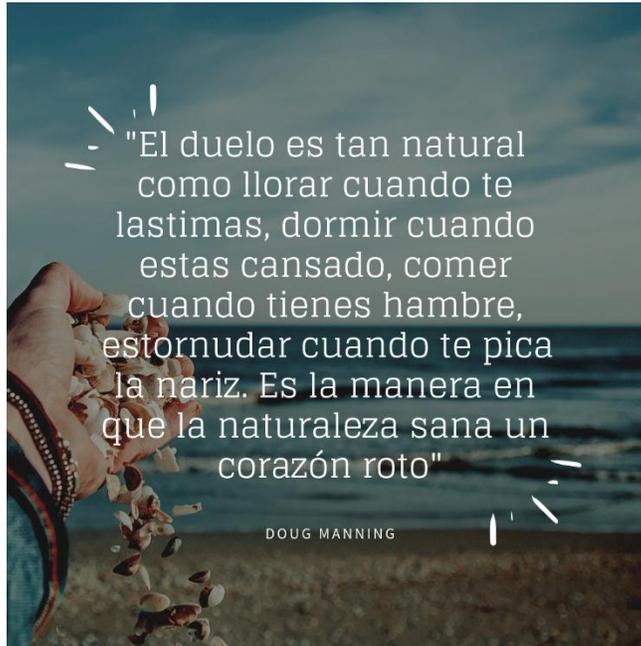








Anexo 3.2: Proceso natural del duelo



"El duelo es tan natural como llorar cuando te lastimas, dormir cuando estas cansado, comer cuando tienes hambre, estornudar cuando te pica la nariz. Es la manera en que la naturaleza sana un corazón roto"

DOUG MANNING

Anexo 3.4: Etapas del duelo (Elisabeth Kübler-Ross, 1997)

Etapas de sanación de una herida normal	Etapas del duelo
<p>I. Vasoconstricción: En el primer instante, ni siquiera hay sangre, el cuerpo hace una vasoconstricción y disminuye el paso de la sangre en el vaso afectado.</p>	<p>I. Negación: En esta etapa no significa que no se sepa que la persona querida ha muerto, sino, que aún no se puede creer, la realidad se convierte en algo excesivo para la persona. Al principio puede haber sensaciones de paralización o conductas de refugio en la insensibilidad. No es la negación de la muerte, sino de la realidad. Tiene la función de dosificar el dolor, de asimilar los sentimientos y la realidad. Ayuda a sobrevivir ante la pérdida y pasar los días. Es la forma en que la naturaleza deja entrar poco a poco lo que somos capaces de soportar.</p>
<p>II. Dolor y sangrado: Aparece el dolor agudo, intenso, a veces desmedido, como primera respuesta del cuerpo de que algo está pasando. La herida empieza a sangrar hasta que naturalmente se detenga.</p>	<p>II. Ira: Surgen las preguntas sobre el ¿cómo? ¿por qué? Comienzan a aparecer los sentimientos que se estaban negando y se manifiestan por medio de ira hacia el ser querido, hacia otras personas o hacia sí mismos. Se pueden volver más intensos los sentimientos de tristeza, pánico, dolor y soledad, lo que puede generar reacciones en seres cercanos. Existe un enfado por estar en una situación en la que no se quiere estar. La ira es funcional para evitar el dolor mientras se acepta la realidad, pues debajo de ella están los otros sentimientos evitados.</p>
<p>III. Coágulo: La sangre pasa de estar líquida a ser un gel, cesa la pérdida de sangre del vaso dañado con el fin de evitar una hemorragia.</p>	<p>III. Negociación: Surgen los “ojalá”, se quiere negociar con el dolor para no sentirlo. Se empieza a creer que se puede restaurar el orden y ante esto puede aparecer la culpa de lograr sobrevivir a la pérdida. Hay negociaciones cambiantes con el tiempo, pueden haber negociaciones antes o después de la pérdida. Se modifican las situaciones para explorar lo que se pudo haber hecho. Es funcional porque busca aliviar el dolor, es una estación de intermedio para la adaptación de la realidad.</p>
<p>IV. Retracción del coágulo: Empieza la etapa más larga del proceso. El coágulo se retrae y se seca y se forma en costra. Se estabilizan las plaquetas con el fin de prevenir futuras pérdidas de sangre.</p>	<p>IV. Depresión: Es la etapa que parece que más va a durar. Aparecen sensaciones de vacío, de tristeza ante dar cuenta de la realidad. Es funcional porque permite vivir el presente y reconstruir un nuevo camino.</p>
<p>V. Reconstrucción y cicatrización: Se empiezan a reconstruir los tejidos desde lo profundo a lo superficial, empujan la costra hasta que se desprenda y caiga. La herida ya no duele ni sangra, pero queda la cicatriz.</p>	<p>V. Aceptación: No se debe confundir con el hecho de comportarse como antes o estar de acuerdo con la pérdida, la aceptación implica aceptar la realidad de la ausencia, aprender a vivir de una nueva forma, readaptarse, no implica dejar de recordar. Se elimina la ira y sentimientos de vacío y se aprende a conmemorar la pérdida y verla en perspectiva.</p>

Anexo 3.5: Infograma sobre las reacciones en el duelo



Anexo 3.6: El camino de las lágrimas

Bienvenidos los tres: vos, tu risa y tus lágrimas

Con un duelo se aprende la experiencia de vivir ese duelo, que quizás no sirva demasiado para el próximo.

Sin embargo hay cuatro conceptos indiscutibles sobre el duelo:

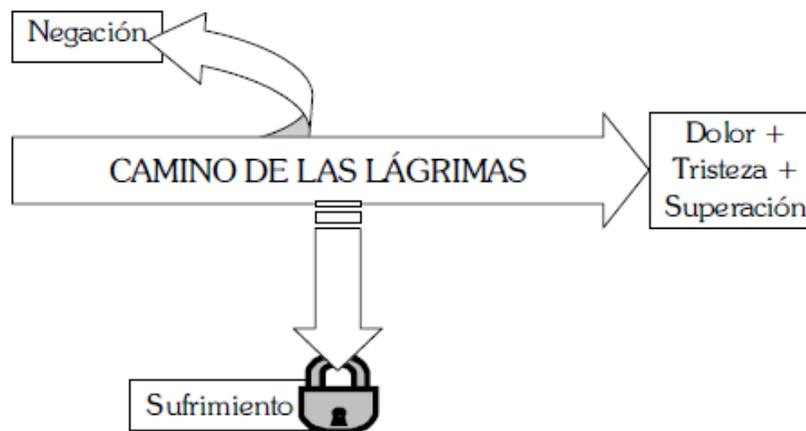
I. El único camino para terminar con las lágrimas es a través de ellas.

II. Nadie puede recorrer el camino por vos.

III. Es la idea de que el dolor de la pérdida es insostenible, lo que hace pesado el recorrido.

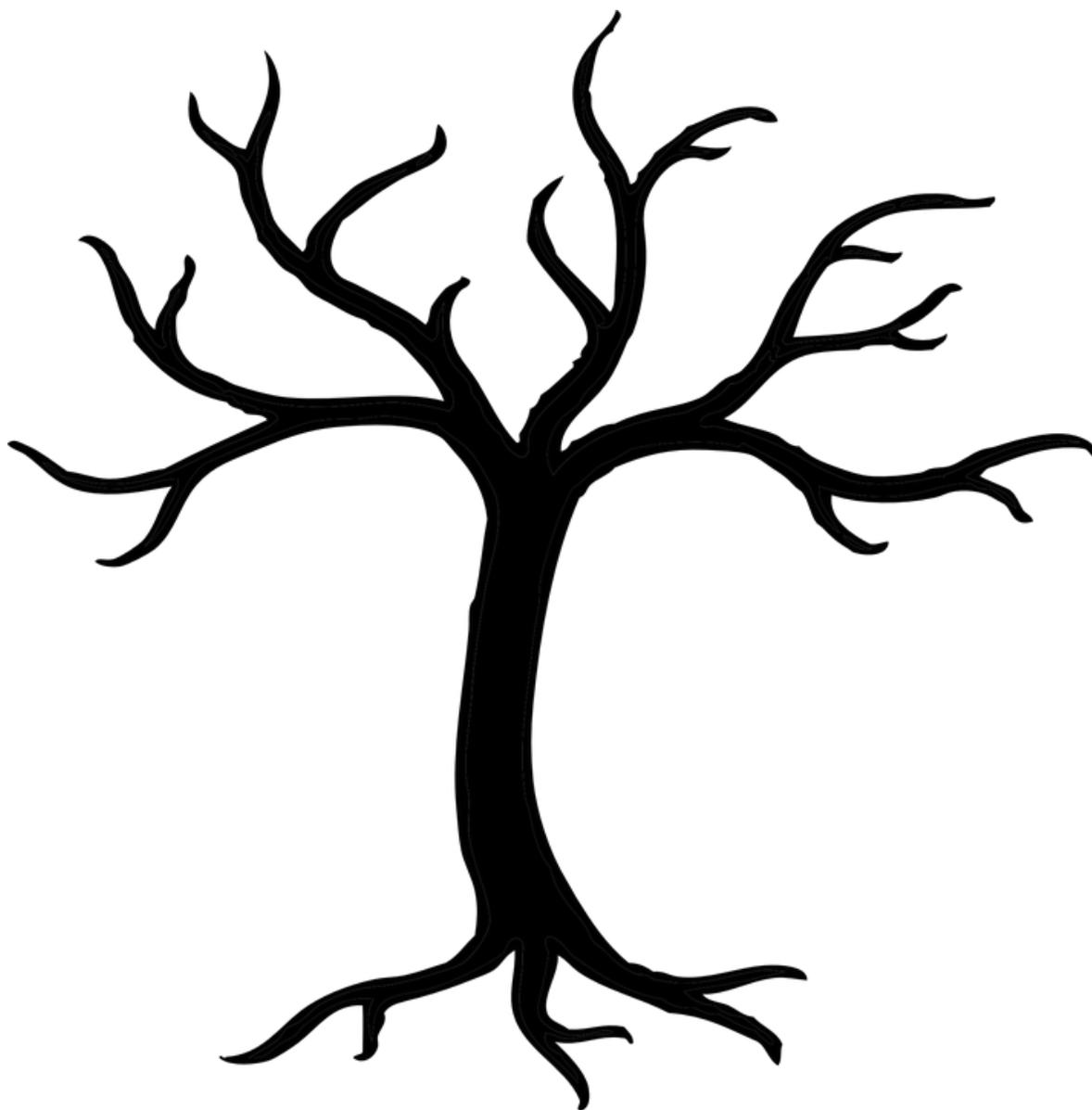
IV. Los duelos efectivos difícilmente se recorren en soledad.

El paso por el camino nos dejará más resueltos, maduros y crecidos, más allá de lo difícil que nos haya resultado el recorrido. La manifestación de la elaboración es la resignificación de lo perdido o la transformación del dolor en fecundidad.



Tres maneras de recorrer el camino frente a la pérdida.

Anexo 3.7: Árbol de etapas del duelo



Anexo 3.8: Mitos y verdades en torno al duelo

“Mitos y verdades en torno al duelo”

Mito	Verdad
El tiempo lo cura todo	Tu duelo no se cura solo con el tiempo; sino que depende de lo que tu hagas con ese tiempo
Expresar tu dolor te hace daño a ti mismo	Lo que puede enloquecer a la persona en duelo no es el llanto de atreverse a compartirlo, sino el sufrimiento callado de tener que contenerlo.
Expresar tu dolor hace daño a los demás	Cuando somos capaces de compartir nuestra pena durante unos momentos, en silencio o abrazados, expresamos que somos seres humanos en duelo, y que a pesar del dolor podemos apoyarnos mutuamente. Hagamos de nuestro hogar un espacio en el que podamos expresar alegría y buen humor, pero también tristeza y duelo.
Expresar dolor es una señal de inadecuación	La persona valiente no es la que oculta el sufrimiento, sino la que tiene el valor de compartirlo. <i>“Con frecuencia, en una familia en duelo, la persona que lo lleva de manera más saludable es la que la familia identifica como la que está peor”</i> (Borysenko, citado por Payàs, 2014, p.62)
El dolor debe ser expresado en la intimidad	El duelo es una herida provocada por la falta de relación, que sólo se puede curar dentro de otras relaciones.

TAREAS DEL DUELO

WILLIAM WORDEN

**Aceptar la
realidad de la
pérdida**

**Procesar el
dolor del duelo**

**Ajustarse al
mundo sin la
pérdida**

**Encontrar una nueva
conexión con la
pérdida en medio del
camino hacia una
nueva vida**

Anexo 3.10: Distorsiones cognitivas presentes en el duelo

DISTORSIONES COGNITIVAS *presentes en EL DUELO*

Las distorsiones son alteraciones que ocurren durante el procesamiento de la información que llevan a conclusiones arbitrarias.

CULPABILIDAD
Yo tengo la culpa de que se haya muerto.

LOS DEBERÍA
No se debió haber muerto.

ETIQUETACIÓN GLOBAL
Las personas son malas, no me entienden

FALACIA DE JUSTICIA
"No es justo que se haya muerto, si era una persona muy buena"

PENSAMIENTO POLARIZADO
Mi vida no tiene sentido

FILTRAJE
"Es irresistible vivir ahora que murió"

ESTOY TRISTE PORQUE MARÍA SE FUE

VISIÓN CATASTRÓFICA
¿Y si nunca vuelvo a ser feliz?

PERSONALIZACIÓN
Seguramente se fue porque me lo merezco

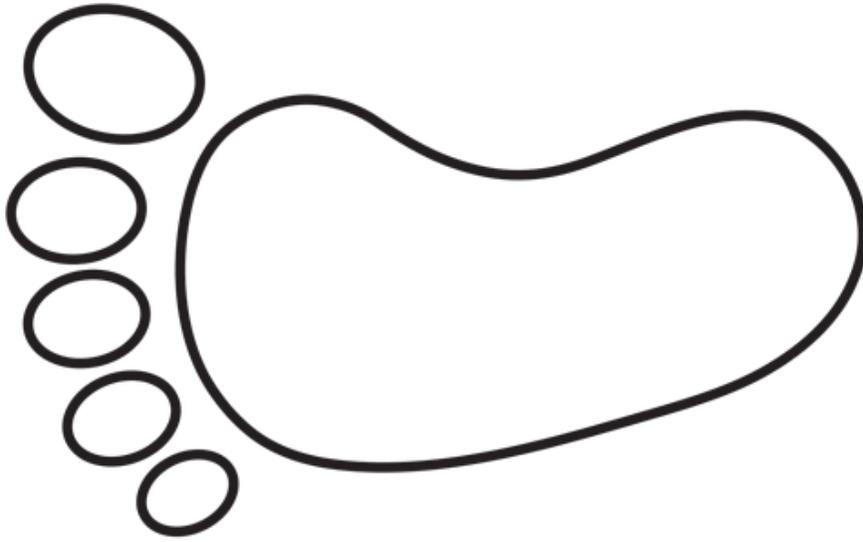
INCOSAME

Instituto Cognitivo Conductual de Salud Mental de México, 2017.
Carmona, C. (2009) "Análisis de un caso de duelo patológico desde la terapia cognitivo conductual". Revista de Psicología. 1(2),231-249.

Anexo 3.11: Autorregistro de distorsiones cognitivas

Registro De Pensamientos Disfuncionales						
Día/Hora	Situación	Pensamiento automático	Emoción/Emociones	Distorsión	Pensamientos alternativos	Resultado
	Describe: el evento que detonó las emociones displacenteras, o atrajo pensamientos, fantasías o recuerdos que produjeron emociones displacenteras o iniciaron sensaciones físicas desagradables	Escribe los pensamientos automáticos que precedieron a la emoción Que tanto creías en el pensamiento automático 0-100%	Especifica triste, enojado, ansioso, etc. Que tan fuerte era la emoción 0-100%	Pensamiento todo o nada Sobregeneralización Filtro mental Descalificando lo positivo Saltando a conclusiones Maximización o minimización Razonamiento emocional Declaraciones del "Debería" Etiquetar y malinterpretar Personalizar		

Anexo 3.12: Mi camino



Anexo 3.13: Mi culpa

Nombre: _____ Fecha: _____

“Frasas incompletas de pensamientos disfuncionales relacionados con la culpa”

Si hubiera : _____

Si no hubiera: _____

Es culpa mía porque: _____

Tendría que haber _____

Lo que no acepto es _____

Y no me puedo perdonar que _____

Y no puedo perdonar a _____ que _____

Anexo 3.14: Carta de culpa del sobreviviente

Querido hermano:

Quiero pedirte perdón. De no haber sido por mí, a lo mejor serías tú el que estaría vivo. Siento mucho haberme cambiado de asiento en el coche antes del accidente. Es algo que me ha perseguido toda la vida. ¿Casualidad o destino? Supongo que estas cosas pasan; debido a este cambio tú dejaste de vivir y yo continúo luchando en este valle de lágrimas. A veces me consuelo con la frase “Dios se lleva antes a los que más quiere”. Nunca me he sentido más querido por haberme quedado aquí; sí he sentido que recibía mucha responsabilidad, la de hacer de mi vida algo útil, que hiciera sentir orgullosos a mi familia y a ti.

A veces también me he sentido como un ladrón que te ha robado una larga vida. Y he sentido las ganas de volver a cambiarte el sitio, de darte la posibilidad de vivir esa vida. ¡Seguro que habrías triunfado! No sé... **Me siento responsable, pero me estoy dando cuenta de que no soy culpable. En cierto sentido sigues vivo dentro de mí, éste es el cielo que puedo ofrecerte. Contigo me siento fortalecido.** Te doy las gracias por la vida que has vivido, por tu presencia a mi lado, que he sentido en muchos momentos, cuando después de tu despedida sentía que ya no tenía hermano mayor. Me despido de ti sabiendo que me has perdonado. Gracias y hasta siempre.

Fuente: Payàs (2014)

Anexo 3.15: Poema Viceversa (Mario Benedetti)

Viceversa

Tengo miedo de verte
necesidad de verte
esperanza de verte
desazones de verte

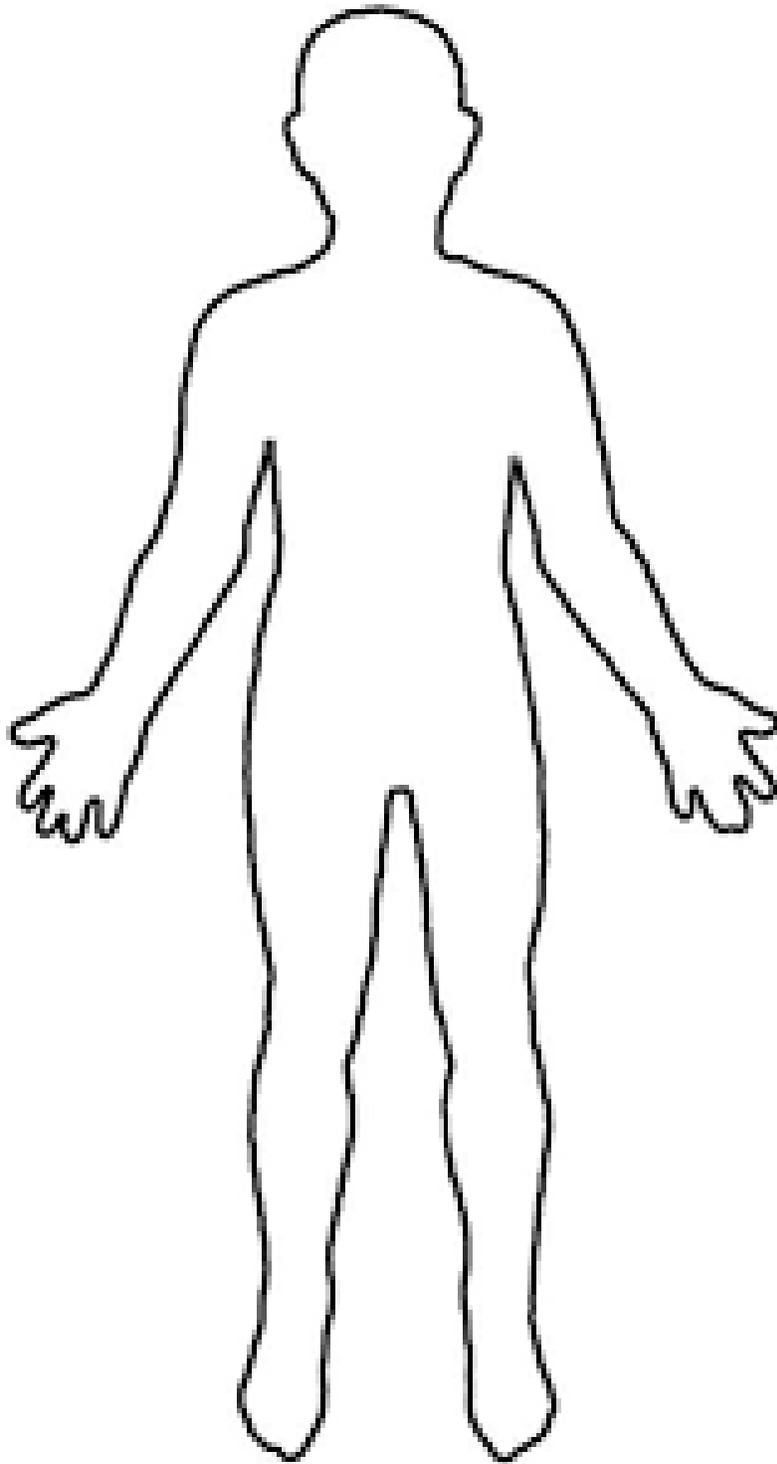
tengo ganas de hallarte
preocupación de hallarte
certidumbre de hallarte
pobres dudas de hallarte

tengo urgencia de oírte
alegría de oírte
buena suerte de oírte
y temores de oírte

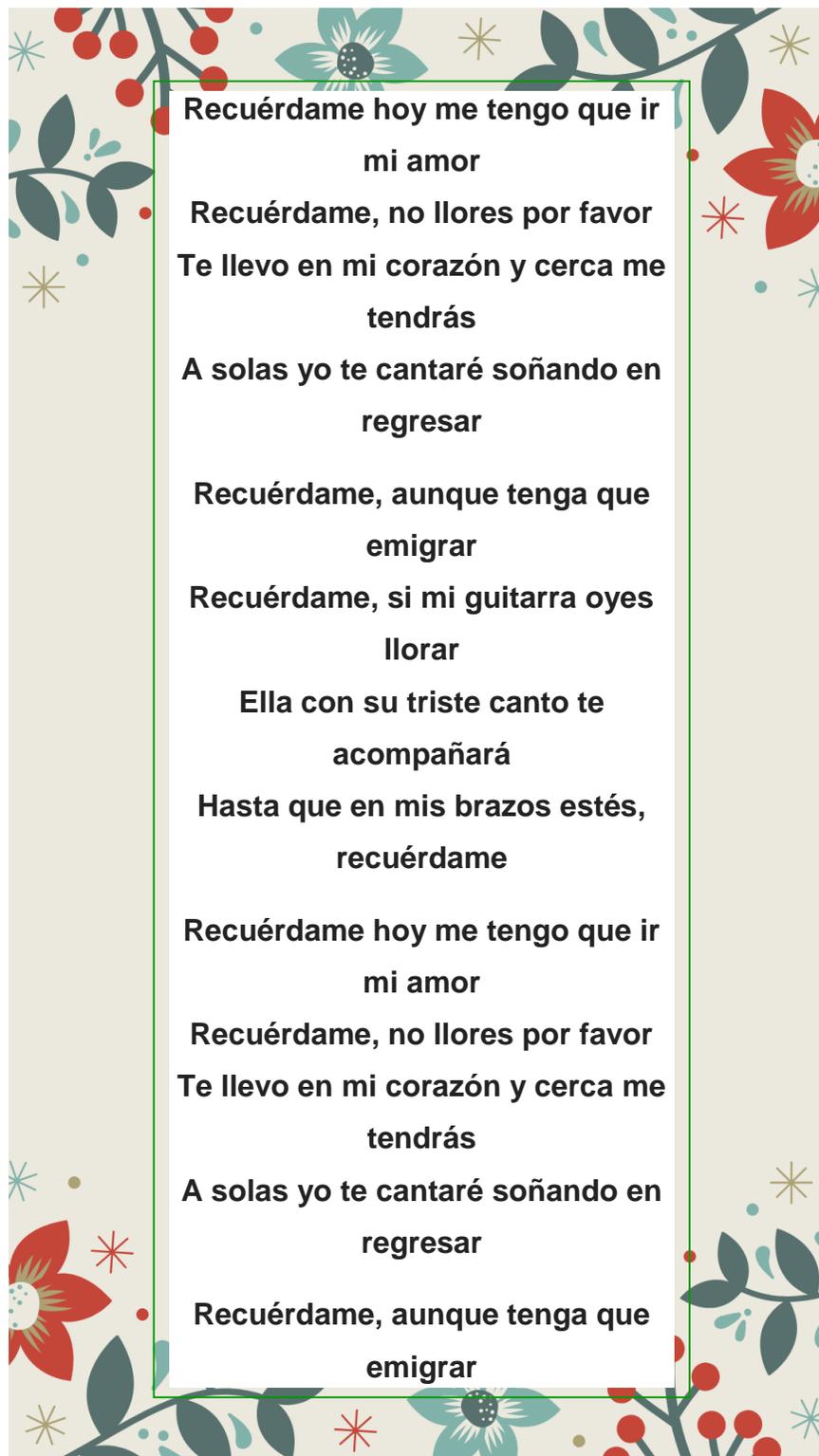
o sea
resumiendo
estoy jodido
y radiante
quizá más lo primero
que lo segundo
y también
viceversa.

Mario Benedetti

Anexo 3.16: Registro de sensaciones



Anexo 3.17: Canción de “Recuérdame” (Película “Coco”)



Anexo 3.18: Proyecto de vida

Cómo me veo de aquí a finalizar el año

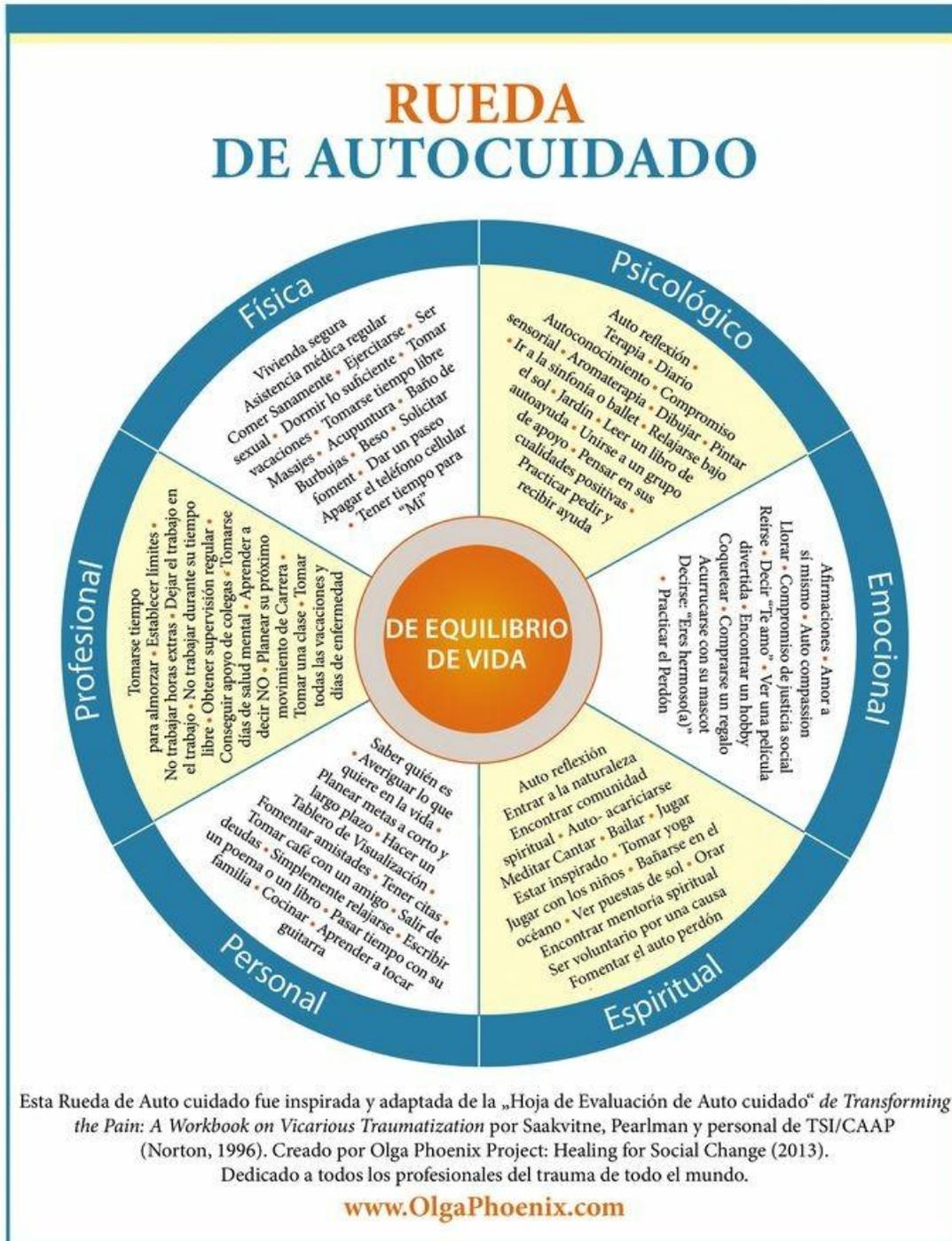
Cómo me veo de aquí a un año

Cómo me veo de aquí a dos o tres años

Anexo 3.19: Influencia de la pérdida en mi vida



Anexo 3.20: Rueda de autocuidado



Anexo 3.21: Imagen de cierre



Y justo cuando la Oruga
pensó que era su final,
se transformó en
Mariposa

Anexo 4: Planeamiento de psicoterapia grupal de violencia intrafamiliar

Terapia Grupal de Violencia Intrafamiliar

Fecha de inicio: 08 de enero 2019

Fecha de finalización: 02 de abril 2019

Horario: Martes de 1:00pm a 3:00pm

Seguimiento: Semanal

Objetivo general

- ❖ Brindar psicoterapia grupal a un grupo de personas sobrevivientes o en proceso de violencia intrafamiliar, por medio de estrategias terapéuticas que permitan la adquisición de herramientas que fomenten el desarrollo integral.

Objetivos específicos

- ❖ Conformar una red de apoyo con objetivos comunes, por medio de la formación de nuevas relaciones interpersonales seguras, que aumenten los factores protectores de cada una de las participantes.
- ❖ Identificar patrones de conductas violentas, por medio de psicoeducación, que permita a las participantes detectar las relaciones de violencia y generar acciones de protección.
- ❖ Brindar herramientas para el fortalecimiento de habilidades adaptativas, por medio de estrategias de autocuidado que aumenten y mantengan la calidad de vida de las participantes.

Cronograma de trabajo

Fecha	Tema
08/01/2019	Introducción al grupo de VIF
15/01/2019	Ciclo de la violencia
22/01/2019	Tipos de violencia intrafamiliar
29/01/2019	Importancia de los roles
05/02/2019	Comunicación asertiva
12/02/2019	Límites
19/02/2019	Autoestima
26/02/2019	Autoestima
05/03/2019	Autoestima
12/03/2019	Autoestima
19/03/2019	Toma de decisiones
26/03/2019	Proyecto de vida
02/04/2019	Cierre de tema de VIF
30/04/2019	Introducción a los recursos emocionales
07/04/2019	Las emociones
28/05/2019	Estrategias de autorregulación emocional
04/06/2019	Cierre

Plan de trabajo

Sesión	Tema	Objetivos	Actividades	Material
1	Introducción al grupo de VIF	<p>. Introducir a las personas participantes al grupo de VIF, por medio de actividades participativas, con el fin de encuadrar el proceso y conocer las situaciones de cada una, para así plantear los objetivos de trabajo.</p> <p>. Aclarar el concepto de violencia intrafamiliar, por medio de psicoeducación, para que las participantes identifiquen su situación actual y tengan información de seguridad.</p>	<p>Se realiza la presentación de las facilitadoras al grupo de trabajo y se invita a la presentación de las participantes. Se realiza el encuadre, explicando el tiempo del proceso, el horario establecido, la forma de trabajo y se establecen las reglas del grupo.</p> <p>Posteriormente se explica el concepto de violencia intrafamiliar y se entrega un plan de seguridad.</p> <p>Finalmente se realiza la actividad de la telaraña y se resaltan las fortalezas, intereses y expectativas del grupo.</p>	<p>. Computadora</p> <p>. Proyector</p> <p>. Ovillo de lana</p>
2	Ciclo de la violencia	<p>. Realizar psicoeducación sobre el ciclo de la violencia, con el fin de eliminar los mitos establecidos e identificar patrones de conductas violentas en las relaciones interpersonales.</p>	<p>Se inicia la sesión visualizando un video sobre la temática y se invita a las participantes a generar discusión al respecto. Posteriormente se inicia con psicoeducación sobre el ciclo de la violencia por medio de una presentación.</p> <p>Se realiza la metáfora sobre “la manzana que quería ser estrella”.</p>	<p>. Computadora</p> <p>. Proyector</p> <p>. Video descargad</p> <p>. Imagen sobre ciclo de la violencia (Anexo 4.1)</p> <p>.Manzana y cuchillo</p>

3	Tipos de violencia intrafamiliar	. Disminuir los sentimientos negativos de las participantes, a través de la psicoeducación sobre los tipos de violencia intrafamiliar, para así comprender las consecuencias negativas que esto podría generar en las víctimas.	Se inicia la sesión presentando los tipos de violencia intrafamiliar y posteriormente se trabajan las consecuencias que la violencia podría generar en las víctimas. Se utilizan videos como formas de complementar la información.	. Computadora . Proyector . Videos descargados
4	Importancia de los roles	. Realizar psicoeducación sobre los roles socialmente establecidos, con base en la teoría de perspectiva de género, con el fin de identificar roles de violencia en las dinámicas familiares.	Inicialmente se aborda la importancia de los roles en las relaciones interpersonales, seguido de la diferenciación entre los roles asignados y los roles asumidos. Se abordan los distintos tipos de roles, y la forma en que algunos propician la violencia intrafamiliar. Se aclara la diferencia entre sexo y género y los desafíos actuales en cuanto al tema.	. Computadora . Proyector
5	Comunicación asertiva	. Fomentar la asertividad, brindando herramientas de comunicación, con el fin de disminuir las conductas agresivas.	Se inicia la sesión presentando un video para generar discusión sobre el tema de la asertividad. Posteriormente se utiliza una presentación para llevar la sesión, se conversa sobre la comunicación pasiva, agresiva y asertiva. Se conversa sobre el derecho a ser asertivo y se entrega una hoja con derechos que tienen que ver con la asertividad, llamándoles “derechos asertivos”. Posteriormente se muestran algunas técnicas para llevar a cabo la comunicación asertiva en espacios particulares, se realizan	. Computadora . Proyector . Hoja de “Derechos Asertivos” (Anexo 4.2)

			ejemplos sobre las experiencias de vida. Finalmente, se solicita a las participantes que de tarea deben realizar al menos una conducta asertiva, utilizando alguna de las estrategias vistas en la sesión.	
6	Límites	. Facilitar las relaciones interpersonales asertivas por medio de psicoeducación y estrategias conductuales sobre poner límites, con el fin de disminuir las relaciones “tóxicas” y aumentar las relaciones saludables.	Se inició la sesión visualizando un video para generar discusión. Posteriormente se lleva la sesión por medio de una presentación para abordar los siguientes temas: Límites a sí mismas y a los demás, miedo a decir que no y personas “tóxicas”. Seguidamente se muestran diversas estrategias para poner límites. Finalmente se realiza revisión de la tarea. Se plantean actividades placenteras y se solicita realizar al menos una por semana como tarea.	. Computadora . Proyector . Hojas . Lapiceros
7	Autoestima	. Demostrar los elementos que conforman la autoestima y la forma en que la misma puede ser deteriorada por situaciones de violencia, con el fin de que las participantes evalúen la influencia de su historia de vida en la formación de su autoestima.	Se realiza la introducción al tema de autoestima, pues se estiman tres sesiones para el mismo. Se inicia con un video y se comenta sobre el mismo. Se realiza una presentación sobre los conceptos de autoestima, autoconcepto, autopercepción, autoimagen, dignidad, eficacia, género y autoestima y salud. Se complementa con un cuento y se finaliza con una hoja de trabajo.	. Computadora . Proyector . Video descargado . Cuento de la rosa blanca (Anexo 4.3)

				. Hoja de trabajo de autopercepción (Anexo 4.4)
8	Autoestima	. Analizar la forma en que los mandatos sociales y de belleza influyen en la autoestima de las mujeres, con el fin de cuestionar los mismos de acuerdo a la historia personal de las participantes.	Se continúa con el tema de autoestima. Se realiza por medio de una presentación de en la cual se muestran diferentes mujeres con diferentes cuerpos y aspectos físicos. Se genera discusión al respecto. Se complementa con un video.	. Computadora . Proyector . Video descargado
9	Autoestima	. Visualizar estrategias para el fortalecimiento de la autoestima, por medio de una película, con el fin de fomentar la autoestima de las participantes.	Se realiza la visualización de la película "Embrace".	. Computadora . Proyector . Película descargada
11	Autoestima	. Reconocer las consecuencias que puede generar la violencia en la autoestima, así como las estrategias personales para su reconstrucción.	Se discute sobre la película "Embrace" vista en la sesión anterior. Se realiza el cierre del tema de autoestima.	NA
12	Toma de decisiones	. Promover la toma de decisiones informadas y dirigidas al bienestar personal, por medio de psicoeducación.	Se realiza psicoeducación sobre la toma de decisiones en temáticas como: maternidad, pareja, profesión u oficio, familia y salud.	. Computadora . Proyector
13	Proyecto de vida	. Proponer un proyecto de vida, con metas a corto, mediano y largo plazo, con el fin de dar continuidad a los objetivos alcanzados.	Se inicia con un video sobre el objetivo del proyecto de vida.	. Computadora . Proyector . Video descargado

				. Hojas de proyecto de vida (Anexo 4.5)
14	Cierre del tema de VIF	Realizar un cierre sobre el proceso psicoterapéutico de VIF, indicando los principales aprendizajes obtenidos, así como factores a mantener y a mejorar para futuros grupos.	<p>Para esta sesión se realiza un almuerzo compartido. Se comentan los aspectos por mejorar y los que conservarían del grupo. Finalmente se realiza una actividad de evaluación escrita en la cual se brinda una hoja a las participantes en la cual deben escribir “lo que más me gustó”, “lo que mejoraría”, “lo que más aprendí”.</p> <p>Como forma de cierre se entregan dos hojas de colores. Se indica que en la primera hoja de color indiquen “lo que dejo”, esta hoja se doblará y se colocará dentro del cofre como forma de ritual. Finalmente se escribirá en la última hoja “lo que me llevo”, se comparte lo escrito y se la llevan cada una.</p> <p>Se comentan los principales logros alcanzados y se refuerza el compromiso y la participación.</p>	. Hojas de colores . Cofre
15	Introducción a los recursos emocionales	Brindar psicoeducación sobre el tema de recursos emocionales.	Se realiza psicoeducación por parte de las facilitadoras sobre cómo influyen las emociones al enfrentar situaciones de la vida cotidiana.	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Computadora • Rueda de la vida (Anexo 4.6)

			Se entrega la imagen sobre “la rueda de la vida” con el fin de visualizar la forma en que los seres humanos son biopsicosociales y cómo influyen los sentidos, las emociones, los pensamientos, las acciones y los factores ambientales sobre una situación.	
16	Las emociones	Brindar psicoeducación sobre las emociones, con el fin de generar conocimientos para la identificación de su funcionalidad y las estrategias disfuncionales de regulación.	Se inicia la sesión preguntando a las participantes qué piensan que son las emociones. Posteriormente se visualiza el extracto de la película “Intensamente” con el fin de demostrar la funcionalidad que cumplen todas las emociones, desmitificando el hecho de que algunas emociones son “malas”. Se entrega de igual manera el infograma sobre la función de las emociones. Se genera discusión al respecto sobre sus propias experiencia y las estrategias que utilizan para autorregularse.	<ul style="list-style-type: none"> • Extracto de película “Intensamente” • Función de las emociones (Anexo 4.7)
17	Estrategias de autorregulación emocional	Poner en práctica estrategias de autorregulación emocional, con el fin de que las participantes las apliquen en espacios de la vida cotidiana.	<p>Se inicia preguntando a las participantes qué entienden por “autorregulación emocional”. Se realiza psicoeducación al respecto.</p> <p>Posteriormente se realiza un entrenamiento en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiración diafragmática - Respiración profunda - Relajación muscular progresiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento impreso Relajación muscular progresiva de Jacobson (1993) (Anexo 4.8)

18	Cierre de recursos emocionales	Realizar un cierre sobre las estrategias de recursos emocionales, indicando los principales aprendizajes obtenidos.	Se evalúa la funcionalidad de las estrategias aprendidas. Se realiza el cierre del proceso.	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerdo de cierre.
----	--------------------------------	---	--	---

Referencias

Berrutti, E., Rodríguez, S. & Tricotti, L. (2008). *Vida con proyectos. Guía metodológica para la elaboración de proyectos desde una perspectiva de equidad de género y competencias*. Montevideo, Uruguay: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Murphy, R. (2010). *Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.

OPS/OMS. (2001). *Hacia un Modelo Integrado de Atención a la Violencia Intrafamiliar: Ampliando y consolidando las intervenciones coordinadas del Estado y la Sociedad Civil*. Costa Rica: OPS/OMS.

Pan American Health Organization. (s.f.). *Programa de violencia familiar*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9998:violence-prevention-program&Itemid=962&lang=es

Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

Sarafino, E. & Smith, T. (2011). *Health psychology: biopsychosocial interactions. Seven edition*. USA: John Wiley & Sons, Inc.

Anexo 4.1: “Derechos Asertivos”

- Derecho a ser la primera, no siempre tienes que ceder.
- Derecho a cometer errores. Los errores forman parte de la vida, son necesarios para el aprendizaje.
- Derecho a tener tus propias opiniones y creencias. Tener una opinión distinta a la mayoría, no implica estar equivocado.
- Derecho a cambiar de idea, opinión u actuación.
- Derecho a expresar críticas y a protestar por un trato injusto, pero siempre de forma respetuosa a los demás.
- Derecho a intentar cambiar lo que no te satisface.
- Derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
- Derecho a sentir y expresar el dolor.
- Derecho a ignorar los consejos de los demás, puedo elegir.
- Derecho a recibir el reconocimiento por un trabajo bien hecho. Reconoce tus méritos.
- Derecho a negarte a una petición, a decir “no” sin sentirte culpable o egoísta.
- Derecho a estar solo, aun cuando los demás deseen tu compañía.
- Derecho a no justificarte ante los demás. No tienes porqué dar excusas y menos si no son sinceras.
- Derecho a no responsabilizarte de los problemas de los demás.
- Derecho a ser tratada con dignidad.
- Derecho a tener tus propias necesidades y que sean importantes como las de los demás.
- Derecho a pedir lo que quieres y aceptar un “no” por respuesta.
- Derecho a decidir qué hacer con tu cuerpo, tiempo y propiedad.

Anexo 4.2: Cuento “La Rosa Blanca”

La rosa blanca

En un jardín de matorrales, entre hierbas y maleza, apareció como salida de la nada una rosa blanca. Era blanca como la nieve, sus pétalos parecían de terciopelo y el rocío de la mañana brillaba sobre sus hojas como cristales resplandecientes. Ella no podía verse, por eso no sabía lo bonita que era. Por ello pasó los pocos días que fue flor hasta que empezó a marchitarse sin saber que a su alrededor todos estaban pendientes de ella y de su perfección: su perfume, la suavidad de sus pétalos, su armonía. No se daba cuenta de que todo el que la veía tenía elogios hacia ella.

Las malas hierbas que la envolvían estaban fascinadas con su belleza y vivían hechizadas por su aroma y elegancia. Un día de mucho sol y calor, una muchacha paseaba por el jardín, cuando de pronto vio una rosa blanca en una parte olvidada del jardín, que empezaba a marchitarse.

- Hace días que no llueve, pensó – si se queda aquí mañana ya estará marchita. La llevaré a casa y la pondré en aquel jarrón tan bonito que me regalaron.

Y así lo hizo. Con todo su amor puso la rosa marchita en agua, en un lindo jarrón de cristal de colores, y lo acercó a la ventana.

- La dejaré aquí, pensó –porque así le llegará la luz del sol. Lo que la joven no sabía es que su reflejo en la ventana mostraba a la rosa un retrato de ella misma que jamás había llegado a conocer.

- ¿Esta soy yo? Pensó.

Poco a poco sus hojas inclinadas hacia el suelo se fueron enderezando y miraban de nuevo hacia el sol y así, lentamente, fue recuperando su estilizada silueta. Cuando ya estuvo totalmente restablecida vio, mirándose al cristal, que era una hermosa flor, y pensó: ¡¡Vaya!! Hasta ahora no me he dado cuenta de quién era, ¿cómo he podido estar tan ciega? La rosa descubrió que había pasado sus días sin apreciar su belleza. Sin mirarse bien a sí misma para saber quién era en realidad.

Anexo 4.3: Auto percepción

**Hospital San Juan de Dios
Unidad de Psicología Clínica
Grupo de Violencia Intrafamiliar**

Nombre: _____

Fecha: _____

Lo que mejor que sé hacer

Lo que más me gusta hacer

Lo que más me gusta de mí

Lo que me gustaría hacer para mí misma

Anexo 4.4: Proyecto de vida

TAREA:

Visualice con el mayor número de detalles posibles, vida familiar, situación económica, relación con usted misma y con los demás. ¿Cómo se ve usted? ¿Cómo se siente?

PRIMERA PARTE. Escriba a continuación una meta probable y concreta que quisiera lograr para el próximo año, descríbala en términos muy específicos.

Cómo quiero llegar a actuar

Cómo quiero llegar a sentir

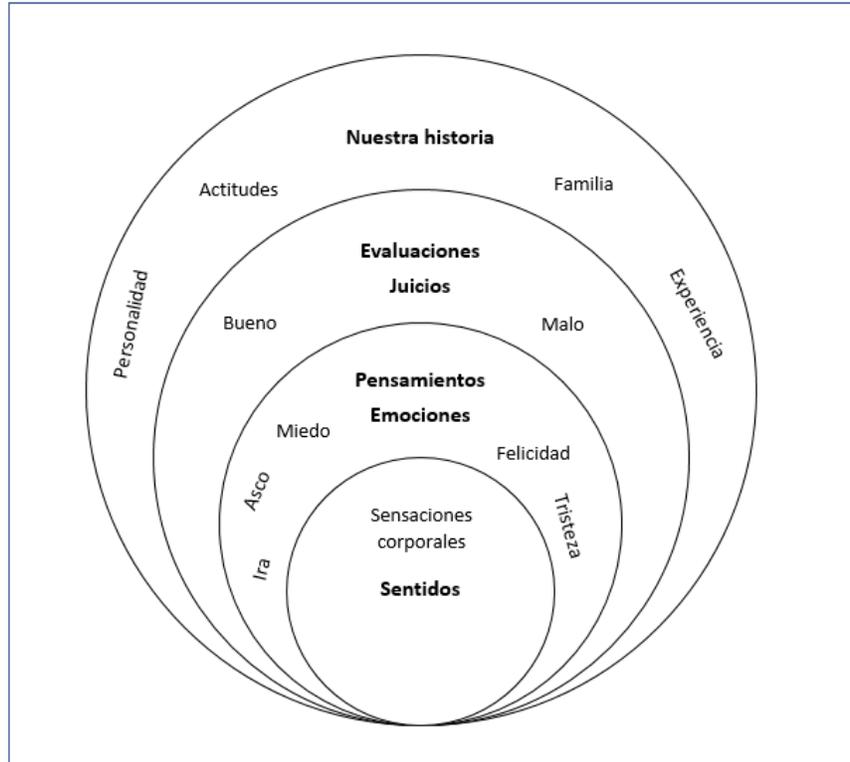
Cómo quiero llegar a pensar

SEGUNDA PARTE. En términos reales que debo de haber logrado en puntos intermedios, es decir, de aquí a 3 o 6 meses. ¿Cuáles son mis metas a corto plazo?

Metas a 6 meses

Metas a 3 meses

Anexo 4.5: Rueda de la vida



Anexo 4.6: Función de las emociones



**Anexo 4.7: Procedimiento de relajación muscular progresiva de Jacobson (1993)
(Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)**

Grupo muscular	Indicaciones
1. Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante
2. Brazo dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón
3. Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante
4. Brazo no dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón
5. Frente	Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente
6. Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
7. Boca	Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia afuera y presionar el paladar con la lengua
8. Cuello y garganta	Empujar la barbilla contra el pecho pero hacer fuerza para que no lo toque
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda	Arquear la espalda como si se fueran a unir los omoplatos entre sí
10. Región abdominal estomacal	Poner el estómago duro y tenso
11. Muslo dominante	Apretar el muslo contra el sillón
12. Pantorrilla dominante	Doblar los dedos del pie dominantes hacia arriba
13. Pie dominante	Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo
14. Muslo no dominante	Apretar el muslo contra el sillón
15. Pantorrilla no dominante	Doblar los dedos del pie hacia arriba
16. Pie no dominante	Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo



Anexo 5: Hoja de Valoración de Primera Fase de PCSA (C.C.S.S., 2009)

Intervención de Psicología

Primera Fase

Conductas Protectoras

Relaciones Sociales:

- * *Se relaciona con sus pares de manera positiva.*
- * *Tiene sentido de pertenencia a algún grupo social positivo.*
- * *Identifica personas de confianza dentro y fuera del vínculo familiar.*
- * *Autonomía.*
- * *Conciente de sus derechos y de su capacidad de defenderlos.*
- * *Competencia social.*
- * *Habilidad para comunicarse asertivamente.*
- * *Capacidad para discernir maneras adecuadas e inadecuadas en sus interacciones heterosexuales u homosexuales, acorde al contexto.*
- * *Capacidad para construir vínculos interpersonales positivos fuera del núcleo familiar.*

Historia y Creencia Sexual:

- ▲ *Percibe el sexo como una forma de manifestar amor, cariño y afecto.*

Cognición:

-  *Cognición que le permita asumir la responsabilidad de sus actos.*
-  *Empatía.*
-  *Capacidad para reconocer emociones apropiadas en otros.*
-  *Capacidad para captar la perspectiva de la otra persona.*
-  *Imagen positiva de sí mismo.*
-  *(Autoestima, adecuada autovaloración)*

Sexualidad:

1. *Ausencia de utilización de pornografía.*
2. *Autoerotismo como estrategia para posponer situaciones de riesgo.*
3. *Medidas de protección por ITS / VIH o embarazos.*

Afectiva:

- ❖ *Facilidad para expresar sentimientos.*
- ❖ *(miedos, deseos, enojos)*



- ❖ *Percibe la existencia de relaciones emocionalmente satisfactorias.*
- ❖ *Aceptación y amor incondicional con, al menos, una persona significativa.*

Ejecución Académica:

- ↔ *Capacidad de juicio crítico.*
- ↔ *Sentido de trascendencia desde el área escolar.*
- ↔ *Se percibe con la capacidad para aprender.*

Salud Mental:

- ✧ *Capacidad de introspección.*
- ✧ *Manejo del estrés.*
- ✧ *Ausencia de antecedentes de psicopatología.*

Habilidades:

- ▲ *Habilidad para resolver conflictos.*
 - *(Estilo de afrontamiento; Adaptabilidad al ambiente; Sentido del humor; Creatividad; Iniciativa).*
- ↔ *Capacidad de conocimiento de debilidades y fortalezas.*
 - *(Cualidades que le permitan destacarse en un área y ser reconocido por ello; facilidad de explorar sus destrezas; tipo de inteligencia).*
- ↔ *Capacidad de discernir.*
 - *(Opinar, incidir, decidir, promover cambios en su entorno).*

Factores protectores

Antecedentes de la historia longitudinal:

- ✧ *Ausencia de historia de maltrato.*

Salud Mental:

- ❖ *Ausencia de antecedentes de psicopatología.*

Sexualidad:

- ✧ *Pocas o nulas experiencias sexuales.*
- ✧ *Conocimiento sobre el desarrollo sexual.*
- ✧ *Orientación sexual definida.*



Creencias Sexuales:

- * *Tiene sistema de creencias, basados en valores y la ética.*

Nivel Intelectual y Cognitivo:

- 🔔 *Ausencia de problemas neurológicos.*
— (CI promedio o alto)
- 🔔 *Capacidad de aprender en sistema formal de educación.*
- 🔔 *Fortalezas en las áreas de:*
 1. *Planear*
 2. *Abstracción*
 3. *Inhibición de impulsos*
 4. *Flexibilidad cognitiva*

Conductas de Riesgo

Relaciones Sociales:

- *Se relaciona pobremente con sus pares.*
- *Aislamiento social o sentimiento de soledad.*
- *Déficit de competencia social.*
- *Ansiedad social.*
- *Miedo a las interacciones heterosexuales.*
- *Minimizan la capacidad para construir apegos interpersonales.*

Creencias sexuales:

- ☆ *Percibe el sexo como una forma de poder y control.*
(Herir, desagradar, castigar, disipar rabia)
- ☆ *Aceptación de la supremacía de la masculinidad.*

Cognición:

- ⊗ *Distorsiones cognitivas y atribuciones.*
—(Niegan o minimizan la responsabilidad de sus actos)
- ⊗ *Empatía reducida o se dificulta.*
- ⊗ *Incapacidad para reconocer emociones apropiadas en otros.*
- ⊗ *Incapacidad para captar la perspectiva de la otra persona.*
- ⊗ *Utiliza la despersonalización.*
- ⊗ *Imagen distorsionada de sí mismo.*
— (Baja Autoestima, bajo autoconcepto)



Sexualidad:

- ➔ *Excitación sexual desviada.*
— (Preferencia por los niños)
- ➔ *Búsqueda de material pornográfico.*
- ➔ *Tiene su inquietud sobre su orientación sexual.*

Afectiva:

- * *Dificultad para expresar sentimientos.*
- * *Percibe su entorno como carente de relaciones emocionalmente satisfactorias.*
- * *Angustia de perder sus fuentes de afecto y reconocimiento.*
—(Persuasión social)
- * *Rechaza la figura paterna, materna o modelos positivos.*

Ejecución Académica:

- ✧ *Conducta disruptiva.*
- ✧ *Absentismo escolar*
- ✧ *Se percibe con incapacidad para aprender.*

Deterioro Intelectual y Cognitivo:

- ☞ *Déficit neurológico.*
- ☞ *(coeficiente intelectual (CI) bajo)*
- ☞ *Déficit atencional.*
- ☞ *Conducta hiperactiva e impulsiva.*
- ☞ *Incapacidad de aprender en sistema formal de educación.*
- ☞ *Deterioro en las siguientes áreas:*
 - Planeación*
 - Abstracción*
 - Flexibilidad cognitiva*

Habilidades:

- * *Poca habilidad para resolver conflictos.*
— (Estilo de afrontamiento por medio de la violencia)



Factores de Riesgo

Antecedentes de Historia Longitudinal:

- ☒ *Maltrato infantil*

Disfunción Sexual:

- ☒ *Eyaculación precoz.*
- ☒ *Disfunción eréctil.*
- ☒ *Iniciación temprana de conductas violentas en el área sexual.*

Psicopatología:

- ⊙ *Depresión.*
- ⊙ *Ideación suicida.*
- ⊙ *Trastorno de ansiedad.*
- ⊙ *Dependencia o consumo de sustancias psicoactivas .*
- ⊙ *Trastorno de comportamiento en la infancia.*
— *(Robo, destrucción de la propiedad, intimidación)*

Sexualidad:

- * *Falta de información del desarrollo sexual.*
- * *Experiencias sexuales precoces.*

Relaciones Sociales:

- ☞ *Pertenencia a pandillas.*

Creencias sexuales:

- ✿ *Tiene sistema de creencias, basada en mitos culturales que justifican la violencia.*
- ✿ *Registro del proceso en el expediente de salud, y completar registro *sobre el motivo de intervención; datos obtenidos.*
- ✿ *En caso de identificar en el / la adolescente, elementos sugestivos de orden físico o emocional (ITS; VIH; depresión; ideas suicidas u otros), con inminente riesgo para él / ella; o de terceros; se refiere al profesional o institución correspondiente.*
- ✿ *Sí el / la adolescente presenta las siguientes condiciones:*
 - ☐ *Reside con la víctima,*
 - ☐ *Padres o responsables se encuentran en estado emocional, cognitivo o de conducta, que le impide protegerlo / la,*
 - ☐ *Familia rehúsa ser atendida,*
 - ☐ *Se encuentra en condición de indigencia*
 - ☐ *Entrevista a padres o responsables y otras RSS, significativas para el adolescente, con enfoque de vulnerabilidad, donde se privilegie la identificación de los siguientes factores protectores y de riesgo.*

Anexo 6: Planeamiento de trabajo de Programa de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva (PCSA) I-2019

Programa de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva

Fecha de inicio: 11 de enero 2019

Fecha de finalización: 18 de junio 2019

Horario: Martes de 7:00am a 9:00am

Seguimiento: Semanal

Objetivo general

- ❖ Brindar intervención interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial a los adolescentes que se encuentran en proceso de suspensión a prueba, por conducta sexual abusiva, con el fin de favorecer su salud integral en un marco de desarrollo humano en la CCSS.

Objetivos específicos

- ❖ Consultar el motivo de referencia y la aceptación del tratamiento por parte de la persona adolescente, de acuerdo a la referencia emitida por el Poder Judicial en relación con conducta sexual abusiva.
- ❖ Realizar una valoración inicial individual, sobre la condición general de la persona adolescente, identificando factores protectores y de riesgo, así como historia familiar en conjunto con sus redes sociales significativas, con el fin de definir su integración posterior en el grupo de trabajo.
- ❖ Brindar los servicios de atención psicológica, por medio de sesiones grupales, con el fin de desarrollar habilidades sociales y construcción de alternativas de interacción no violentas, desde un marco de desarrollo humano.
- ❖ Brindar seguimiento individual a las personas adolescentes que cumplieron con la asistencia grupal, para la evaluación del cumplimiento de los objetivos, con el fin de emitir la aprobación del cumplimiento del proceso de suspensión a prueba al juzgado correspondiente.

Cronograma de trabajo

Fecha	Tema
11/01/2019	Introducción al grupo de PCSA
18/01/2019	Legislación Nacional
08/02/2019	Identificación de casos
19/02/2019	Precondiciones motivacionales
26/02/2019	Distorsiones cognitivas
05/03/2019	Cine-foro: Consecuencias del abuso sexual
12/03/2019	Cine-foro: Consecuencias del abuso sexual
19/03/2019	Sexo y género
26/03/2019	Masculinidades
02/04/2019	Sexualidad Integral
09/04/2019	Redes sociales
16/04/2019	Sesión de reposición
07/05/2019	Redes sociales
21/05/2019	Historias de vida
28/05/2019	Historias de vida
04/06/2019	Proyecto de vida
11/06/2019	Proyecto de vida
18/06/2019	Plan de contingencia
25/06/2019	Cierre

Sesión #1: Introducción al grupo de PCSA

Objetivo general: Introducir a las personas adolescentes al Programa de Conducta Sexual Abusiva (PCSA), por medio de una actividad participativa, con el fin de conocer las situaciones de cada uno y plantear así los objetivos de trabajo.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Encuadre	Encuadrar el proceso grupal, por medio de la presentación de las facilitadoras, detallando la duración del proceso grupal, la duración por sesión y la forma en que se llevará a cabo, con el fin de tener organización en el proceso.	Las facilitadoras explican la forma en que se llevará a cabo el proceso grupal y las responsabilidades a cumplir según el juzgado.	NA
Reglas del grupo	Establecer reglas generales del grupo, con el fin de que tanto facilitadoras como participantes, se comporten bajo un orden de trabajo.	Las facilitadoras indican y explican las reglas del grupo para mantener el orden y respeto.	*Imprimir las reglas del grupo para las siguientes sesiones.
Consentimiento informado	Informar a los participantes sobre el trabajo a llevar a cabo y dar la oportunidad de consentir su participación, por medio del consentimiento informado.	Se entrega a cada uno de los participantes el consentimiento informado y se lee en voz alta. Se indica a los participantes el proceso a llevar si se encuentran de acuerdo y la alternativa si no se encuentran de acuerdo. Se reciben los consentimientos informados.	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado • Lapiceros

Tarea	Indicar la tarea a realizar fuera del horario de sesión, con el fin de darle continuidad a las temáticas vistas y obtener resultados más eficaces.	Se indica a los participantes que deben buscar la Legislación Nacional en torno a las conductas sexuales abusivas.	NA
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se aclaran dudas, se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesión #2: Legislación Nacional

Objetivo general: Diferenciar los distintos delitos sexuales según la legislación nacional de Costa Rica, así como sus consecuencias legales, a partir de brindar educación sobre el tema legal de la conducta sexual abusiva.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Revisión de tarea	Verificar que los participantes hayan cumplido con la tarea asignadas y los aprendizajes que obtuvieron al realizarla.	Se pregunta a los participantes quienes realizaron la tarea y quienes la trajeron a sesión de forma física o digital. Posteriormente se pregunta de forma individual sobre la ley encontrada y los detalles que llamaron su atención. Se va anotando en la pizarra.	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilots

Ley 7889 contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad	Brindar información correspondiente a la Ley 7889, con el fin de que los jóvenes identifiquen su delito dentro de la legislación nacional.	Se invita a los participantes a leer un artículo de la Ley, mientras la facilitadora amplía la explicación utilizando ejemplos.	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilots
Ley 9406 de las Relaciones Impropias	Brindar información correspondiente a la Ley 9406, con el fin de que los jóvenes identifiquen relaciones impropias y disminuir el riesgo de cometer estos delitos.	Se invita a los participantes a leer un artículo de la Ley, mientras la facilitadora amplía la explicación utilizando ejemplos.	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilots
Cierre	Realizar el cierre de la sesión grupal.	Se aclaran dudas, se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesión #3: Características de la conducta sexual abusiva

Objetivo general: Identificar comportamientos de coerción y consentimiento de las conductas sexuales, por medio de casos específicos, con el fin de fortalecer el conocimiento de los participantes sobre la conducta sexual abusiva o no abusiva.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Repaso	Repasar la legislación nacional sobre la conducta sexual abusiva.	Se pregunta a los jóvenes que recuerdan sobre la sesión anterior, la legislación nacional y los actos sexuales ilegales. Se crea discusión al respecto.	NA

Identificación de casos	Diferenciar las conductas sexuales abusivas de las no abusivas.	Se reparten casos aleatorios a los participantes y se solicita la identificación de una conducta sexual abusiva o no abusiva. Posteriormente se comparten y discuten de forma grupal y se aclaran dudas.	<ul style="list-style-type: none"> • Casos impresos (Anexo 6.1) • Lapiceros
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesión #4: Precusores motivacionales

Objetivo general: Comprender el comportamiento sexual abusivo, por medio de la identificación de precusores motivacionales de la conducta sexual, con el fin de prevenir la reincidencia de una conducta sexual abusiva.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Introducción	Introducir a los participantes al tema de los precusores motivacionales de las conductas humanas.	Se pregunta a los participantes si alguno se ha percatado que ocurre antes de realizar una conducta. Por ejemplo: Comer, ver televisión, etcétera.	NA
Precusores motivacionales	Brindar información con respecto a los precusores motivacionales de las conductas, por medio de una presentación, con el fin de que los jóvenes identifiquen los precusores en la conducta sexual abusiva.	Se inicia el tema con una presentación de Power Point sobre los precusores motivacionales y su relación con la CSA.	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Presentación

Precusores motivacionales en mi caso personal	Identificar los precusores motivacionales en el caso personal, de acuerdo con lo visto en la sesión.	Se entrega una hoja de trabajo y se indica a los jóvenes que deben completar la misma de acuerdo con el caso personal. Se discute de forma grupal.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de trabajo (Anexo 6.2) • Lapiceros
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesión #5: Distorsiones cognitivas

Objetivo general: Abordar los errores de pensamiento de los participantes por medio del cuestionamiento de creencias disfuncionales sobre las personas víctimas de la ofensa sexual y su propia conducta abusiva, con el fin de disminuir los mitos en relación con las conductas sexuales abusivas y aumentar los conocimientos sobre conductas sexuales saludables.

Tema	Objetivo	Actividad	Materiales
Normalización de los errores de pensamiento	Identificar errores de pensamiento por medio del análisis de una canción, con el fin de visibilizar la normalización de las conductas sexuales abusivas.	Se pone un video de canciones, se pide a los jóvenes que la escuchen con atención e identifiquen si existe algún error de pensamiento como los que se trabajaron la sesión anterior. https://www.youtube.com/watch?v=uNvK-Lx3e7Q	<ul style="list-style-type: none"> • Parlante • Canción
Mitos de la sexualidad	Identificar mitos en relación con la sexualidad con el fin	“Verdad o mito”	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas completas para las

	de aumentar los conocimientos sobre la conducta sexual saludable, por medio de una dinámica grupal.	Se entrega a cada uno de los participantes dos papeles con un mito o una verdad sobre la conducta sexual (anexo 1). Cada uno de los participantes debe leerla en voz alta y levantarse a pegarla en el espacio que según corresponda. Se pregunta a los demás compañeros si están de acuerdo, no y porqué. Finalmente las facilitadoras explican cada uno de los mitos o verdades y los colocan en los lugares correctos. Preguntas, dudas.	<p>facilitadoras (Anexo 6.3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitos impresos. • Escribir columnas de “verdad” y “mito” • Cinta adhesiva
Errores de pensamiento	Diferenciar los errores de pensamientos e identificarlos en relación con la conducta sexual abusiva.	Se entrega hoja de la caricatura de Homero Simpson y se leen los errores de pensamiento uno por uno. Se toman en cuenta los mitos dados inicialmente a los participantes y se clasifican de forma grupal en el error de pensamiento al que podría pertenecer.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de errores de pensamiento (Anexo 6.4) • Mitos iniciales (Anexo 6.3)
Consentimiento	Identificar el consentimiento de las conductas sexuales por medio de un video informativo.	Se visualiza el video “Tea Consent” en español y se discute al respecto. https://www.youtube.com/watch?v=E4WTnJCMrH8	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Proyector • Video descargado
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia y citas

Sesión #6: Cine-foro

Objetivo general: Reconocer las consecuencias a nivel emocional, conductual y social que puede generar la conducta sexual abusiva, por medio de la visualización de una película, con el fin de generar empatía hacia la víctima.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Introducción	Introducir a los participantes a la sesión.	Se explica a los participantes que la sesión se tratará sobre un cine foro. Se resalta la importancia de prestar atención para realizar el trabajo escrito correspondiente.	NA
Visualización de película	Visualizar una película con temática de abuso sexual, reconociendo emociones y consecuencias generadas a la víctima, con el fin de generar empatía.	Visualizar la película "Mentiras a la vista".	<ul style="list-style-type: none"> • Película descargada • Computadora • Proyector
Tarea	Indicar la tarea a realizar fuera del horario de sesión, con el fin de darle continuidad a las temáticas vistas y obtener resultados más eficaces.	Se entrega una hoja de trabajo en casa, la cual deberán completar para discutir la siguiente sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de tarea (Anexo 6.5)
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesión #7: Cine-foro

Objetivo general: Reconocer las consecuencias a nivel emocional, conductual y social que puede generar la conducta sexual abusiva, por medio de la visualización de una película, con el fin de generar empatía hacia la víctima.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Introducción	Repasar los puntos principales de la película, con el fin de iniciar la discusión sobre la misma.	Se realiza un repaso sobre la película vista la sesión anterior. Se anota en la pizarra.	<ul style="list-style-type: none">• Pizarra• Pilots
Discusión grupal	Discutir las consecuencias negativas que genera el abuso sexual en las víctimas.	Se realiza una discusión grupal con respecto a las consecuencias generadas hacia la víctima, así como los cargos legales que enfrentaría el abusador de acuerdo a la legislación nacional.	<ul style="list-style-type: none">• Película descargada• Computadora• Proyector
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none">• Comprobantes de asistencia• Hoja de citas

Sesión #8: Sexo y género

Objetivo general: Identificar la influencia del sexo y género en los comportamientos que implican conductas sexuales, por medio de la psicoeducación, con el fin de iniciar el cuestionamiento sobre la masculinidad hegemónica.

Tema	Objetivo	Actividad	Materiales
Introducción	Identificar las concepciones de los términos de hombre y mujer que poseen los participantes, con el fin de dirigir la sesión hacia el cuestionamiento de la masculinidad hegemónica.	Encuadre. Se solicita a los jóvenes que indiquen lo que para ellos significa ser hombre y ser mujer, se divide la pizarra en dos columnas. Se genera discusión al respecto.	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilots
Sexo y género	Realizar psicoeducación sobre la diferencia entre sexo y género, utilizando como base la actividad introductoria, con el fin de los jóvenes identifiquen el rol del factor social en sus comportamientos.	Se explica a los jóvenes que las características que ellos brindaron sobre lo que es ser hombre y ser mujer, están divididas entre sexo y género. Se pregunta si alguno ha escuchado en algún momento sobre esta diferencia. Se explica lo que es sexo y lo que es género.	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilots
Masculinidad	Demostrar por medio de un video didáctico las cosas y comportamientos que son	Se muestra un video sobre masculinidad y se pregunta que opinan. Posteriormente se explica la forma en que el género influye	<ul style="list-style-type: none"> • Video descargado • Dispositivo para visualizarlo

	considerados de “hombre”, con el fin de que los jóvenes identifiquen la influencia del género en la formación de su masculinidad.	en la formación de la masculinidad de cada uno.	
Tarea	Indicar la tarea a realizar fuera del horario de sesión, con el fin de darle continuidad a las temáticas vistas y obtener resultados más eficaces.	Se solicita a los jóvenes que busquen imágenes en los periódicos o revistas que piensen que sean masculinas y las traigan recortadas.	NA
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesión #9: Masculinidades

Objetivo general: Revisar elementos de la masculinidad hegemónica, por medio de actividades participativas, con el fin de generar discusión sobre las consecuencias perjudiciales que generan estas conductas.

Tema	Objetivo	Actividad	Materiales
Introducción	Cuestionar las acciones establecidas como “varoniles” en la sociedad actual.	Se indica a los jóvenes que la sesión corresponde al tema de la tarea que se dejó la sesión anterior, es decir, sobre lo que implica ser hombre. Para esto, se utiliza un video publicitario. Se solicita a los jóvenes que utilicen <i>Google</i> en sus celulares y escriban “está bien que un hombre” con el fin de visualizar las preguntas que se realizan las personas día a día sobre la masculinidad. Se pregunta qué de estas cosas se han preguntado ellos, se puede hacer de forma pública o se pasan papelitos.	<ul style="list-style-type: none"> • Video descargado • Dispositivo para visualizarlo • Papeles recortados
Masculinidad hegemónica	Identificar elementos de la masculinidad hegemónica.	Para esto se solicita a los jóvenes que expliquen cuál es la diferencia entre ser hombre y ser masculino. Posteriormente se pide a cada uno que expliquen las imágenes que trajeron y las peguen en la pizarra. Se llevarán imágenes recortadas para agregar o bien para aquellos que no hayan realizado la tarea. Se explica concepto de masculinidad hegemónica, el factor común con la mayoría de las imágenes y la forma en que se ha sido visualizado un hombre y un hombre masculino.	<ul style="list-style-type: none"> • Imágenes de tarea • Imágenes de respaldo (Anexo 6.6)

Masculinidad y relaciones de "amor"	Analizar la influencia de los elementos de la masculinidad hegemónica en la conducta sexual abusiva.	Se visualiza un video de campaña de "Paco Rabbane" sobre la "conquista" desde la masculinidad. Se pregunta los jóvenes cómo suelen "conquistar" los hombres y se anota en la pizarra. Se explica la forma en que esto está ligado con los mitos y distorsiones cognitivas de las relaciones de "amor" y generan CSA. https://www.youtube.com/watch?v=zsCD9cckY8	<ul style="list-style-type: none"> • Video descargado • Dispositivo para visualizarlo
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesión #10: Sexualidad Integral

Objetivo general: Promover conocimientos sobre sexualidad integral en los jóvenes integrantes, por medio de actividades participativas y psicoeducación, que permitan el cuestionamiento de conductas sexuales riesgosas y aumenten las conductas sexuales saludables.

Tema	Objetivo	Actividad	Materiales
Repaso	Discutir acerca de las distorsiones cognitivas presentes en la masculinidad.	Se revisa la hoja de la sesión anterior en relación con las distorsiones cognitivas/errores de pensamiento. Se relaciona con tema de masculinidad ya visto.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de trabajo de sesión anterior (Anexo 6.4)

Relaciones	Visualizar la influencia de las distorsiones cognitivas basadas en masculinidad, sobre las conductas sexuales abusivas.	Se pregunta a los jóvenes cómo creen que pueden afectar estos errores de pensamiento en las relaciones con otras personas. Se muestra video con el fin de ejemplificar la forma en que los errores de pensamiento pueden incidir en las relaciones con otras personas, principalmente en la sexualidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Video
Sexualidad integral	Identificar la información que poseen los jóvenes con respecto a la sexualidad y brindar psicoeducación sobre sexualidad integral.	Se pregunta a los jóvenes si alguno podría definir el término de sexualidad. Se anota en la pizarra lo que dicen. Se enfatiza en la definición integral del concepto y la naturalidad de la sexualidad. Se divide a los jóvenes en cuatro grupos de tres personas cada uno y se solicita que comenten lo que se les ha dicho sobre su sexualidad en estos espacios: 1. Medios de comunicación. 2. Familia. 3. Amigos. 4. Centros educativos. Posteriormente se comenta de forma grupal.	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra
Respuesta sexual humana	Brindar información sobre sexualidad, cuestionando mitos sobre la respuesta	Respuesta sexual humana en hombres y mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> • Brochure de ITS (Anexo 6.7)

	sexual humana, con el fin de fomentar las conductas sexuales saludables,		<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas de colores para hacer preguntas.
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesiones #11 y #12: Redes Sociales

Objetivo general: Demostrar la forma en que las redes sociales fomentan las conductas sexuales abusivas y la desinformación, por medio de la presentación de imágenes y frases.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Introducción	Identificar la influencia de las redes sociales en la información adquirida sobre sexualidad integral.	Se indica a los participantes que la sesión va a tratar sobre redes sociales. Se pregunta cuáles redes sociales suelen utilizar ellos con mayor frecuencia y de cuál reciben mayor información.	NA
Redes Sociales	Cuestionar la información recibida por medio de las redes sociales, por medio de la visualización de una presentación, con el fin de que los jóvenes analicen la	Se visualiza una presentación sobre distintas imágenes encontradas en las redes sociales como <i>facebook</i> , <i>Instagram</i> , <i>twitter</i> , <i>Pinterest</i> , etcétera. Se invita a los jóvenes a comentar al respecto y generar discusión.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación • Computadora

	influencia de esta información en sus actos.		
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se aclaran dudas, se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesiones #13 y #14: Historias de vida

Objetivo general: Identificar factores de riesgo y factores de protectores de la propia historia personal, por medio de la realización de un genograma, con el fin de promover las fortalezas y habilidades de los participantes.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Psicoeducación	Promover el cuestionamiento de conductas y pensamientos aprendidos y normalizados.	Se realiza psicoeducación sobre la influencia de factores ambientales y de crianza en el desarrollo de conductas abusivas.	NA
Genograma	Identificar los factores de riesgo y factores protectores en las relaciones familiares.	Se explican las instrucciones sobre cómo realizar un genograma y se solicita a los jóvenes realizar cada uno el suyo de forma personal. Posteriormente se exponen los genogramas.	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilot
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se aclaran dudas, se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesión #15 y #16: Proyecto de vida

Objetivo general: Fomentar la planificación de un proyecto de vida con metas a corto, mediano y largo plazo, tomando en cuenta las fortalezas, habilidades, oportunidades y áreas por mejorar de cada uno de los participantes.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
¿Cómo debe ser un hombre?	Identificar la forma en que los estereotipos de género influyen en la conformación del proyecto de vida de los hombres.	<p>Para iniciar la actividad, se le indica a los jóvenes que se debe partir de lo que se ha aprendido que es un hombre y cómo se le dice que debe ser su vida.</p> <p>Se dibuja la silueta en la pizarra, mientras se genera discusión se va completando de forma grupal.</p> <p>Deben indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la cabeza, lo que piensan los hombres. • En la boca, lo que dicen los hombres. • En el corazón, lo que sienten los hombres. • En las manos, las capacidades que tienen los hombres. • En los pies, los “errores” que pueden cometer los hombres. <p>Se discute cómo influye la masculinidad hegemónica en el desarrollo del proyecto de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Pilots • Guía de imagen (Anexo 6.8)

Psicoeducación	Indagar los conocimientos de los jóvenes sobre el proyecto de vida.	<p>Se explica a los jóvenes que el tema de la sesión es el proyecto de vida. Se pregunta si alguno ha escuchado al respecto o si han realizado uno, y sino, qué piensan que es.</p> <p>Se visualiza video introductorio.</p> <p>Se indica a los jóvenes que el proyecto de vida consta de tres pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿De dónde vengo? 2. ¿Quién soy? 3. ¿Hacia dónde voy? 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Proyector • Video descargado
¿De dónde vengo?	Identificar los gustos, éxitos, errores, influencias y momentos importantes de la vida de cada uno de los participantes.	<p>Se solicita a los jóvenes discutir de forma grupal los siguientes puntos. Posteriormente cada uno de ellos debe exponer lo que comentó el compañero de al lado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gustos - Éxitos y errores - Influencias (¿a quién sigo?) - Momentos que marcaron mi vida 	NA
¿Quién soy?	Identificar el estado de su salud integral actual, así como sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para el logro de sus objetivos actuales.	<p>Se entrega una hoja a los jóvenes y se indica identificar los factores que influyen en los cuatro aspectos generales de la vida de cada uno (espiritual, emocional, social y físico). Posteriormente se comenta que estos aspectos se encuentran integrados entre sí, por lo que uno influye en el otro y no son</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de trabajo (Anexo 6.9)

		<p>separables en la realidad. Se solicitan ejemplos al respecto.</p> <p>Posteriormente se pide los jóvenes realizar en la parte de atrás de la hoja un FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas) sobre su situación actual.</p> <p>Se comparte con el grupo y se genera discusión.</p>	
¿A dónde voy?	Plantear un proyecto de vida a futuro, con objetivos a corto, mediano y largo plazo.	<p>Finalmente, se entrega una hoja individual a cada uno de los participantes. Se indica que deben poner al menos tres objetivos: uno a corto plazo, uno a mediano plazo y uno a largo plazo, llenando todas las casillas correspondientes.</p> <p>Finalmente se comparte de forma grupal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de trabajo (Anexo 6.10)
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se aclaran dudas, se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesión #17: Plan de contingencia

Objetivo general: Establecer un plan de contingencia en relación con las conductas sexuales abusivas, con el fin de minimizar los factores de riesgo y aumentar los factores protectores de la salud sexual y la protección de las otras personas.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Psicoeducación	Brindar psicoeducación sobre la importancia de contar con un plan de contingencia para la prevención de la reincidencia.	Se inicia la sesión preguntando a los jóvenes si alguno sabe lo que es un plan de contingencia. Se hace la metáfora del plan de emergencia en caso de incendio o terremoto y la importancia de contar con estas estrategias. Se pregunta a los jóvenes si recuerda cuáles eran los precursores motivaciones en los casos de abuso sexual y si recuerdan cuáles eran las distorsiones cognitivas.	NA
Plan de contingencia	Identificar conductas viables de realizar para la prevención de la conducta sexual por medio de la creación de un plan de contingencia individual, con base en los precursores motivacionales.	Se entrega a los jóvenes la hoja de trabajo y se indica que deben realizar un plan de contingencias enfocado en conductas específicas a realizar en caso de presentar cada uno de los precursores motivacionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de trabajo (Anexo 6.11)
Plan de contingencia	Fomentar las diferentes acciones para la prevención de conductas abusivas por medio de la exposición del	Se solicita a los jóvenes exponer su plan de contingencia y se discute al respecto.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de trabajo (Anexo 6.11)

	plan de contingencia realizado.		
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se aclaran dudas, se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Sesión #18: Revisión de aprendizajes de proceso grupal y cierre

Objetivo general: Evaluar los aprendizajes obtenidos a lo largo del proceso, para así tomar las modificaciones correspondientes a la mejorar del programa PCSA en el HSJD.

Tema	Objetivos específicos	Actividad	Materiales
Evaluación de los aprendizajes	Identificar los aprendizajes obtenidos en las diferentes temáticas en relación con la conducta sexual abusiva, a través del proceso.	Se realizan grupos de tres y se entrega un papel con los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> - Leyes - Consentimiento y coerción - Emociones - Mitos del abuso sexual - Distorsiones cognitivas - Consecuencias del abuso sexual - Sexo y Género - Masculinidad - Sexualidad - Redes Sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Papeles con palabras recortadas

		Se solicita a los participantes conversar de forma grupal sobre los aprendizajes que han tenido en este tema.	
Evaluación del proceso	Evaluar el proceso implementado con el grupo, con el fin de tomar acciones en el mejoramiento del programa.	Se entrega una hoja a los participantes con dos columnas con el fin de que en una de las columnas identifiquen los principales aprendizajes que tuvieron o los temas que más les llamaron la atención y en la segunda, los temas que les gustaría se ahondaran en mayor medida o que se incluyeran en el proceso grupal.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de evaluación
Cierre	Realizar la despedida de la sesión grupal.	Se aclaran dudas, se despide, se agenda siguiente cita y se entrega comprobante de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de asistencia • Hoja de citas

Referencias

- Caja Costarricense del Seguro Social. (2009a). *Guía de Atención para el Abordaje de Personas Adolescentes con Conductas Sexuales Abusivas con Suspensión Proceso a Prueba*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2009b). *Técnicas de intervención psicosocial para la atención en salud de adolescentes con Conducta Sexual Abusiva (CSA)*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.

- Caja Costarricense del Seguro Social. (2015). *Lineamiento para la coordinación interinstitucional entre la Caja Costarricense del Seguro Social y Poder Judicial para la atención de Adolescentes con conducta sexual abusiva en suspensión del proceso a prueba (CCSS/ACSA)*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Cimientos. (2016). *Cuadernillo de actividades para la elaboración de un proyecto formativo-ocupacional para jóvenes con enfoque de género*. Argentina: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Kato, J., Barker, G., Sharafi, L., Mora, L. & Lauro, G. (2016). *Adolescent Boys and Young Men: Engaging Them as Supporters of Gender Equality and Health and Understanding their Vulnerabilities*. Washington, D.C: Promundo.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Harmful sexual behavior among children and young people*. Reino Unido: NICE.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2018). *International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach*. Francia: UNESCO.
- Villaseñor, M. & Castañeda, J. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45(1), 44-57.



Anexo 6.1: Identificación de casos

Nombre: _____ Fecha: _____

Casos

José de 19 años tiene una novia de 14, de camino a una fiesta, se detienen en un parque y empiezan a besarse y tocarse hasta que terminan teniendo relaciones sexuales. Luego José lleva a su novia a la casa y se va.

El comportamiento es legal o ilegal _____

¿Por qué? _____

Hubo ¿coerción o consentimiento? _____

Carlos de 16 y Arnold de 12 andan juntos en el colegio y la pasan muy bien, luego de un partido de basket, se van a la casa de Carlos y se bañan. Luego Carlos empieza a tocar a Arnold en sus partes íntimas y él le dice que pare, sin embargo, le dice que eso no es nada, que todo el mundo lo hace, que es rico y Arnold termina aceptando las caricias.

El comportamiento es legal o ilegal _____

¿Por qué? _____

Hubo ¿coerción o consentimiento? _____

Mauricio y Michael de 14 años son muy amigos y pasan el tiempo juntos haciendo cosas que les gusta, una noche en casa de Mauricio, terminan masturbándose juntos y teniendo relaciones anales.

El comportamiento es legal o ilegal _____

¿Por qué? _____

Hubo ¿coerción o consentimiento? _____

Melissa de 14 años está con su primita de 10 años jugando en su casa, y de repente su prima le pide que la toque en sus partes íntimas, ella no desea, pero su prima le insiste, hasta termina tocándola y la prima también a ella.



El comportamiento es legal o ilegal _____

¿Por qué? _____

Hubo ¿coerción o consentimiento? _____

Gustavo de 16 años vive con su madre y una hermana de 25 años con retardo mental, una noche cuando Gustavo cuidaba a su hermana, la obligó a que le frotara el pene con sus manos, ella intenta salir pero él la retiene hasta que lo hace.

El comportamiento es legal o ilegal _____

¿Por qué? _____

Hubo ¿coerción o consentimiento? _____

Frank de 20 años ha estado viviendo con su novia de 17 años desde hace un año, un día Carmen su novia, le prepara una cena romántica y con música suave y sensual, después de la cena, Frank desea tener relaciones sexuales con su novia, pero ella no lo desea, él insiste y la toca y la besa, pero ella le vuelve a indicar que por esa noche no está dispuesta a tener relaciones con él, y Frank sigue insistiendo hasta que lo hace...

El comportamiento es legal o ilegal _____

¿Por qué? _____

Hubo ¿coerción o consentimiento? _____

Jenny es la niñera de la familia Ramírez, ella tiene 14 años, mientras ella cuida a Carlos de 8 años, se fija que el niño tiene una erección espontánea y le pide que se la muestre, él acepta, luego Jenny se baja sus enaguas y le pide al niño que le toque sus partes íntimas y él lo hace.

El comportamiento es legal o ilegal _____

¿Por qué? _____

Hubo ¿coerción o consentimiento? _____



María de 23 años vive sola en su apartamento de estudiante, el cual le alquila la familia Sánchez. Una noche, Sergio el menor de los Sánchez, de 16 años, pasa cobrando el alquiler, ella lo invita a pasar mientras busca el dinero. Cuando ella regresa, aparece con su blusa desabotonada y empieza a seducir a Sergio, al punto de que terminan teniendo relaciones sexuales.

El comportamiento es legal o ilegal _____

¿Por qué? _____

Hubo ¿coerción o consentimiento? _____

Juan de 14 años es un chico popular en el barrio, él a menudo cuida menores para ganar dinero extra. Una tarde cuidando a Cindy de 6 años, la convence de tener relaciones sexuales con él, pero su pene no penetra del todo en la vagina.

El comportamiento es legal o ilegal _____

¿Por qué? _____

Hubo ¿coerción o consentimiento? _____



Anexo 6.2: Identificación de precursores motivacionales

Nombre: _____ Fecha: _____

Precursores motivacionales

1. Identifique los precursores motivacionales de la Conducta Sexual Abusiva en los casos personales.

Excitación sexual

Pensamientos

Emociones

Personalidad

Anexo 6.3: Mitos y verdades sobre la conducta sexual abusiva

Mitos

1. Un abuso sexual puede suceder por provocación de la víctima (Personalización)
2. El abuso sexual les ocurre más a los niños que a los adultos porque los adultos pueden defenderse
3. Las personas tienen impulsos sexuales que no se pueden frenar
4. Para los hombres existe una necesidad biológica de liberar tensión sexual que no se puede aguantar (Magnificación)
5. La mayoría de las personas abusadas están bajo los efectos del alcohol u otras drogas (Sobregeneralizar)
6. Hay personas que sufren abuso sexual y no tienen ninguna consecuencia (Minimización)
7. Si una persona permite tocamientos, significa que permite cualquier interacción sexual (Adivinación)
8. Si las víctimas siguen cerca de la persona cuando se ha cometido un abuso sexual, significa que no le afectó (Adivinación)
9. En la mayoría de los abusos, las víctimas son personas promiscuas (Etiquetaje)
10. Las parejas adquieren el derecho de tener relaciones sexuales con su esposo/esposa cuando se casan
11. Las mujeres dicen que no, pero en realidad quieren decir que si (Lectura de pensamiento)
12. La mayoría de las personas denuncian por lo mínimo que haya pasado (Minimización)
13. Todos los casos de abuso ocurren cuando las personas andan solas por la calle (Pensamiento todo o nada)
14. Para que exista una conducta sexual abusiva, siempre debe haber contacto físico

Verdades

1. Los silbidos y expresiones obscenas en la calle son violencia sexual
2. Los efectos del alcohol y las drogas pueden propiciar que se realice una conducta sexual abusiva
3. El abuso sexual puede causar consecuencias tan graves como la violencia física
4. Si la persona no dice “no”, aún es posible que exista la conducta sexual abusiva
5. Puede existir una conducta sexual abusiva aun cuando no hay contacto físico
6. Una persona puede ser víctima de abuso sexual por su esposo o esposa

Anexo 6.4: Errores de pensamiento

<p>PERSONALIZACIÓN</p>  <p>Personalizar significa responsabilizarse de un acontecimiento negativo cuando no existen bases para hacerlo (Y cree que Homer se lo pone a Marge, pero le responsable de su felicidad en ella, no él).</p> <p><u>Distorsiones cognitivas</u> Filmoterapia</p>	<p>ADIVINACIÓN</p>  <p>Este pensamiento irracional consiste en hacer una predicción y luego convencerse de que es un hecho en el futuro. El problema surge al confundir una posibilidad con una probabilidad.</p> <p><u>Distorsiones cognitivas</u> Filmoterapia</p>	<p>PENSAMIENTO TODO O NADA</p>  <p>Esto es la tendencia a evaluar las cualidades positivas y a extenderlas en extremos (buenos o malos). Esto suele expresarse con palabras como "siempre", "nunca", "total", "totalmente".</p> <p><u>Distorsiones cognitivas</u> Filmoterapia</p>
<p>LECTURA DEL PENSAMIENTO</p>  <p>Este pensamiento distorsionado consiste en asumir lo que los demás están pensando o sintiendo, con poca o ninguna evidencia para sustentar la presunción y según criterios de confirmación o rechazo.</p> <p><u>Distorsiones cognitivas</u> Filmoterapia</p>	<p>SOBREGENERALIZAR</p>  <p>Consiste en transformar un acontecimiento negativo en una regla absoluta de destino o fortuna. Se suelen usar palabras como "siempre", "siempre", "siempre".</p> <p><u>Distorsiones cognitivas</u> Filmoterapia</p>	<p>MINIMIZACIÓN</p>  <p>La minimización consiste en quitarle valor a las fortalezas, aptitudes y logros personales de una persona, así como de las acciones y logros de los demás.</p> <p><u>Distorsiones cognitivas</u> Filmoterapia</p>
<p>LOS DEBERÍA</p>  <p>Las "deberías" consisten en la transformación de deseos, deseos o preferencias personales en absolutos universales (al ser un talón tan irremediablemente humano se debería hacer o hacer algo así o así).</p> <p><u>Distorsiones cognitivas</u> Filmoterapia</p>	<p>ETIQUETAJE</p>  <p>Es el uso de etiquetas simples y habitualmente negativas para definirse a sí mismo y que exageran la importancia de las imperfecciones o errores.</p> <p><u>Distorsiones cognitivas</u> Filmoterapia</p>	<p>MAGNIFICACIÓN</p>  <p>La magnificación incluye dos tipos de exageración: la catastrofización, que es la exageración de los defectos, angustias negativas y de los errores. De otro modo, es la exageración de las aptitudes de los demás.</p> <p><u>Distorsiones cognitivas</u> Filmoterapia</p>
<p>RAZONAMIENTO EMOCIONAL</p>  <p>Esta distorsión consiste en usar las emociones como única evidencia para evaluar una situación, acontecimiento o conducta.</p> <p><u>Distorsiones cognitivas</u> Filmoterapia</p>	<p>FILMOTERAPIA 10 distorsiones cognitivas</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>Las distorsiones cognitivas se llaman así porque provocan interpretaciones erróneas del mundo, de uno mismo o de las relaciones, lo cual a su vez puede generar comportamientos autofrustrantes (perfeccionismos, necesidades de aprobación, victimismos...), emociones negativas desproporcionadas (ansiedad, ira, depresión...) y finalmente mucha infelicidad.</p> </div>	

Anexo 6.5: Análisis de película

Nombre: _____ *Fecha:* _____

Análisis de Película

¿Cuál era la situación en la que vivía Eva?

¿Qué comportamientos tenía Eva?

¿Qué llevó a Eva a terminar con su vida?

Anexo 6.6: Imágenes sobre masculinidad hegemónica







Anexo 6.7: Brochure sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

FORMAS DE TRANSMISIÓN

VIH / SIDA

¿CÓMO SE ADQUIERE?

- Sexo desprotegido con pareja infectada
- Compartir agujas con persona infectada
- Infección por productos sanguíneos
- Transmisión de madre infectada a feto

¿CÓMO NO?

- Por compartir comida
- Por usar el mismo inodoro
- Por picadura de mosquito

¿Y el resto de ITS?

- Se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual (vaginal, anal u oral)
- Las mujeres embarazadas pueden transmitir la ITS a su feto y causarle complicaciones

Otros Datos

Las ITS se producen por bacterias, parásitos, hongos o virus.

Las ITS afectan por igual hombres y mujeres, pero las mujeres suelen tener síntomas más graves.

Cada día, un millón de personas contraen una ITS.

Las ITS están entre las 5 primeras causas de atención médica.

MODOS DE PREVENCIÓN DE LAS ITS

- El uso correcto de preservativos reduce el riesgo de adquisición y contagio
- Educación sexual integral
- Asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS
- Asesoramiento sobre prácticas sexuales seguras y reducción de riesgos.

ITS

Infecciones de transmisión sexual



VIH/SIDA

¿QUÉ ES?

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

QUE CAUSA EL SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

VIH

- Virus que causa la infección
- Daña el sistema inmune

SIDA

- Última etapa de la infección por VIH
- Se incrementa la concentración de VIH y disminuye células del sistema inmune

CLAMIDIA



Causada por bacteria *Chlamydia Trachomatis*

- Secreciones anormales con olor fuerte
- Sensación de ardor al orinar
- Ardor o picazón
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Dolor e inflamación en uno o ambos testículos y abdominal bajo
- Náuseas y fiebre
- Dolor rectal, inflamación, sangrado

¿QUÉ PASA SI NO SE TRATA?

- En mujeres puede propagarse al útero y trompas de Falopio
- Dolor pélvico crónico, infertilidad, embarazo ectópico
- En hombres Infecciones en el epidídimo e infertilidad
- Aumenta posibilidades de VIH / SIDA

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

De los más de 200 tipos, Cerca de 40 de ellos afectan a los genitales.

DOS CATEGORÍAS:

- VPH de bajo riesgo: provoca verrugas en toda la zona genital. Generalmente no causan cáncer.
- VPH de alto riesgo: puede causar cáncer de cuello uterino, ano, vulva, vagina y algunos tipos de cáncer oral y de garganta. Para detectarlo se recomienda la prueba de Papanicolaou.

No tiene cura, pero existen tratamientos para los trastornos de salud que pueda causar.

GONORREA

- Producido por una bacteria.
- Infecta el tracto genital, la boca o el ano.
- Se diagnostica con exámenes de laboratorio.
- El tratamiento consiste en antibióticos.

¿QUÉ PASA SI NO SE TRATA?

- En hombres puede causar problemas en la próstata y testículos.
- En mujeres provoca la enfermedad inflamatoria pélvica, que causa problemas en el embarazo e infertilidad.

SÍFILIS

¿Qué es?

- Infección causada por la bacteria *Treponema Pallidum*.
- Es curable (antibióticos)
- Puede traer consecuencias graves si no se trata

¿Transmisión?

Por el contacto sexual directo con las lesiones o llagas de la sífilis

SÍNTOMAS:

- Dependen de la fase de la infección
- Fases: primaria, secundaria, latente y terciaria
- Aparición de una lesión o llaga que no sangra en las zonas genitales o cercanas
- También se dan sarpuillos, inflamación de ganglios, fiebre, e incluso afectaciones de corazón, cerebro, entre otros.

¿QUÉ PASA SI NO SE TRATA?

Riesgo de neurosífilis o sífilis ocular
Aumenta el riesgo de adquirir HIV

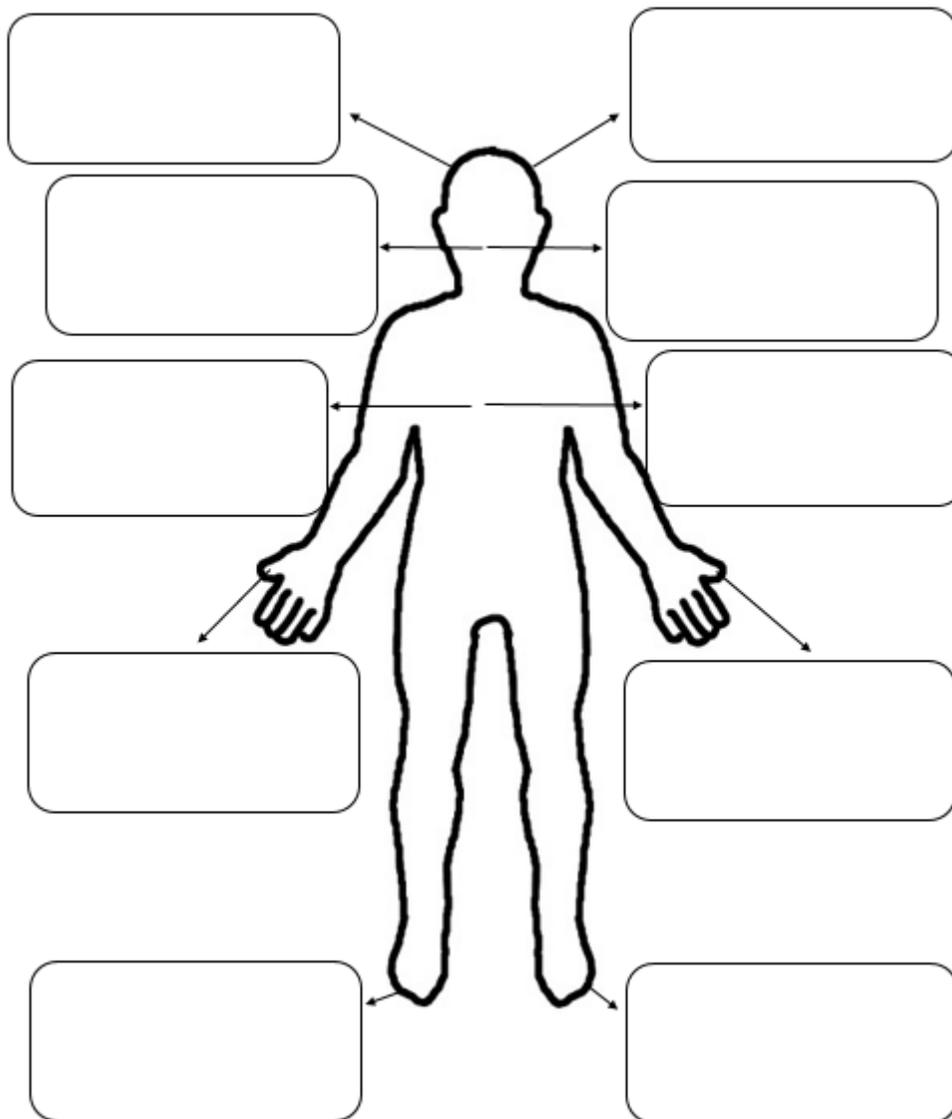
HERPES GENITAL

- Causado por el virus herpes simple de tipo 2, un poco No tiene cura, pero hay tratamientos anti virales
- Aumenta el riesgo de adquirir HIV.

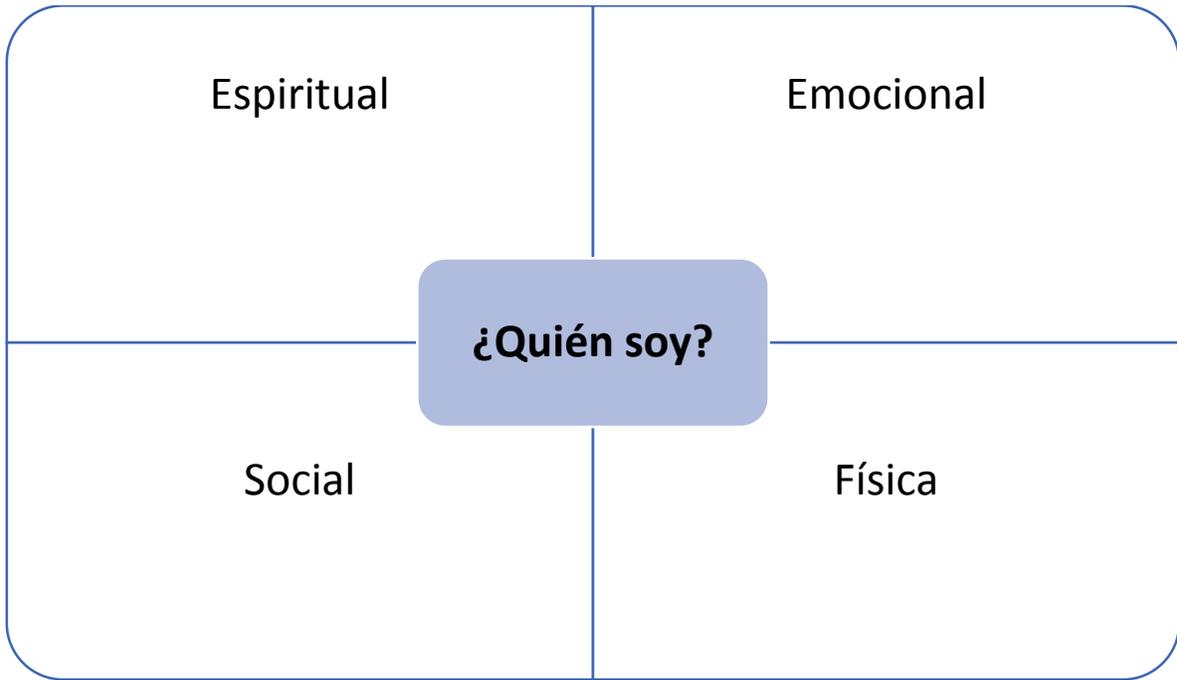
SÍNTOMAS:

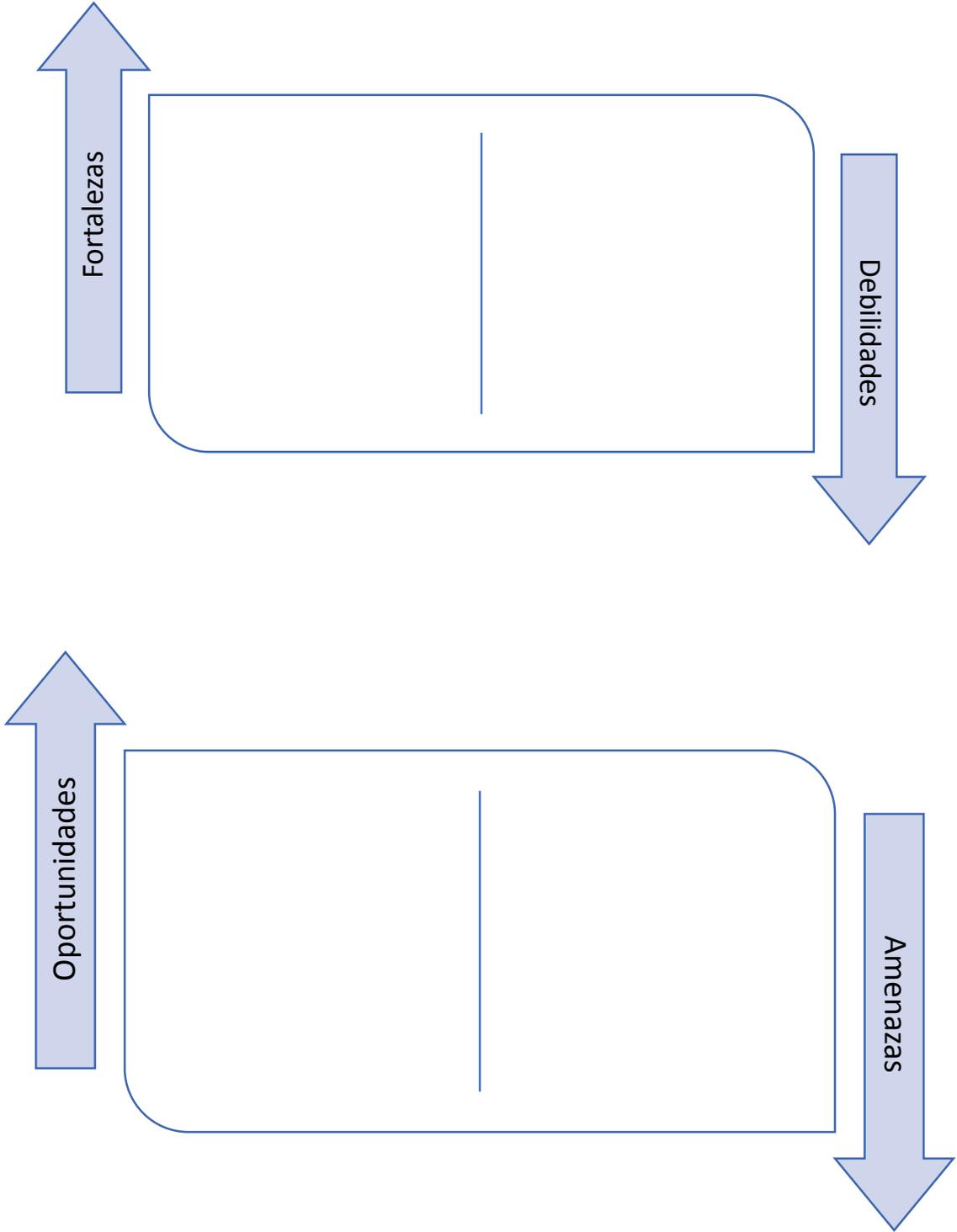
- Puede ser asintomático
- Vesículas dolores en la zona genital o anal
- Fiebres, dolores, adenopatías
- Los síntomas son más intensos en el periodo de adquisición
- Síntomas recurrentes

Anexo 6.8: ¿Cómo debe ser un hombre?



Anexo 6.9: ¿Quién soy?





Mi proyecto formativo-ocupacional

No todos/as tenemos el mismo plan para el año que viene. ¿Cuál es el tuyo? ¿Cuáles son TUS objetivos? Completar este cuadro te va a ayudar a organizar las ideas y acciones.

Objetivo	¿Qué puedo hacer para alcanzarlo?	¿Quién me puede ayudar?	¿Cuándo empiezo y cuándo termino?

Anexo 6.10: ¿A dónde voy?



Anexo 7: Protocolo de Incorporación de los Jóvenes al Programa de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva

La Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios, cuenta con el Programa de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva (PCSA). Este programa aborda a los jóvenes que son referidos por el Poder Judicial, con una suspensión del proceso legal a prueba.

Este beneficio consiste en el cumplimiento de obligaciones legales e instruccionales como alternativa a la acción penal cometida por el adolescente. Para optar por esta alternativa se debe cumplir con todas las siguientes acciones:

1. Asistencia a citas individuales en Psicología Clínica: Se deberá asistir al menos a tres citas individuales antes de iniciar un proceso grupal. La primera cita corresponde a la valoración inicial, la segunda cita deberá venir con la persona encargada de su crianza (madre, padre, o persona cuidadora principal) y la tercera cita será de forma individual. Es indispensable que asista una persona encargada a la segunda cita.

*Las citas de Trabajo Social del Juzgado Penal son independientes de este proceso, no se compensa la ausencia de una por la asistencia a la otra.

2. Asistencia a las citas individuales en Trabajo Social: Al finalizar esta primera cita, se entregará una referencia que se debe entregar inmediatamente en Trabajo Social, donde se brindará una cita. Se debe asistir a todas las citas programadas tanto en Psicología Clínica como en Trabajo Social. La ausencia de una representa un incumplimiento para todo el proceso.

*En caso de que asigne una cita el mismo día a la misma hora, deberá coordinar con la profesional en trabajo social para cambiar el horario de la cita.

3. Asistencia a sesiones grupales: Posterior a las tres citas individuales, se iniciará un proceso grupal con otros jóvenes que han cometido una conducta sexual abusiva. Estas sesiones se realizarán en las mañanas, una vez por semana, por un periodo aproximado de seis meses. Se de asistir de forma puntual y obligatoria todas las sesiones. Se brindará comprobante de asistencia en todas las sesiones y comprobante de cita en caso de tener que presentarlo al centro educativo o al trabajo.



*En caso de enfermedad o causa mayor, deberá presentar un comprobante de ausencia en un periodo máximo de ocho días hábiles. Este comprobante debe ser emitido por un centro de salud, **no se aceptan justificaciones escritas por el propio joven o sus padres.**

4. Asistir a una sesión final: En caso de haber completado de forma correcta todo lo descrito anteriormente, al finalizar el proceso deberá asistir a una cita individual de cierre y comprobación de los objetivos del programa. En esta cita se entregará una carta dirigida al juez, haciendo constar que se cumplió con el proceso, la cual se debe ir a dejar inmediatamente al Juzgado Penal correspondiente. Esta carta solo se entrega de forma personal, por lo que la asistencia a la cita es obligatoria.

Compromisos que se deben cumplir:

- Asistir a todas las citas y sesiones del proceso de forma puntual.
- Guardar todos los comprobantes de asistencia, los cuales se deben presentar en el juzgado al finalizar el proceso.
- Mantener un compromiso personal con el proceso, no se aceptan justificaciones de padres u otras personas.

***En caso de faltar con alguna de estas condiciones, se toma como incumplimiento al proceso, por lo que se enviará un documento por parte del Hospital San Juan de Dios al juez correspondiente y el/la adolescente no podrá seguir participante en el proceso.**

Yo _____ cédula
_____ me comprometo () / no me comprometo () al Programa de Adolescentes con Conducta Sexual Abusiva del Hospital San Juan de Dios.

Fecha

Firma

MPsc. Maureen Campos Alfaro
Especialista en Psicología Clínica
Código 5838



Anexo 8: Protocolo para el procedimiento de atención de los usuarios referidos por del Servicio de Cirugía Cardíaca a la Unidad de Psicología del HSJD

La Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios, brindará seguimiento psicológico de forma integral e interdisciplinaria, durante el momento perioperatorio, a aquellos usuarios del Servicio de Cirugía Cardíaca referidos ante la identificación de un factor de riesgo.

1. Recepción de la referencia

Se realiza una referencia a la Unidad de Psicología Clínica ante la detección factores de riesgo asociados con síntomas depresivos, ideación suicida (IS), intentos de autoeliminación (IAE), ansiedad preoperatoria, estresores traumáticos, violencia intrafamiliar (VIF), postparto o cualquier otro factor que el profesional en salud así considere pertinente.

1.1. Referencias por consulta externa: Se recibe la referencia sellada por la Jefatura del Departamento de Medicina del HSJD o bien firmada con el visto bueno de la encargada de la Unidad de Psicología Clínica. Se archiva la referencia por orden de prioridad o fecha de recepción.

1.2. Referencia en hospitalización: Se recibe la interconsulta sellada y firmada por un médico asistente del Servicio de Cirugía Cardíaca o bien por medio del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y realiza dentro de las siguientes 48 horas hábiles, con posibilidad de seguimiento perioperatorio.

2. Procedimiento de atención perioperatorio

Se brinda atención a los usuarios referidos durante el proceso completo de intervención quirúrgica, el cual se encuentra dividido en tres momentos: preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio (POP). El acompañamiento transoperatorio se valora previamente, y se brindará la atención en los casos que se consideren necesarios.

2.1. Atención clínica preoperatoria

2.1.1. Revisión del expediente clínico: Se revisa el historial médico de la persona usuaria.

2.1.2. Entrevista clínica inicial: Se toman datos personales de la persona usuaria incluyendo nombre completo, cédula, edad, residencia, ocupación, estado civil, hijos(as), religión y padecimiento actual. Posteriormente se evalúan elementos de



apariencia general, actitud, conciencia, orientación global, vigilia, tenacidad, confiabilidad, insight y juicio, con el fin de valorar la viabilidad de la evaluación.

- 2.1.3. Evaluación de factores protectores: Se valoran redes de apoyo, capacidad de insight, conciencia del padecimiento, estrategias de relajación y espiritualidad.
- 2.1.4. Evaluación de factores de riesgo: Si la persona accede y se encuentra en capacidad de ser evaluada, se procede a profundizar en el motivo de referencia y motivo de consulta por medio de la evaluación del factor de riesgo asociado a la cirugía, incluyendo temporalidad, gravedad e impacto personal. En caso de que el factor de riesgo de referencia u otro identificado, se considere una contraindicación para la cirugía, se comentará con el equipo médico, con el fin de tomar las decisiones pertinentes.

Contraindicaciones para la cirugía:

- IS actual
 - Poca adherencia al tratamiento en momento preoperatorio
 - Carencia de red de apoyo
 - Identificación de riesgo de abuso, negligencia o abandono en personas menores de edad o persona adultas mayores.
 - Trastorno de Estrés Postraumático (EPT) debido a un proceso quirúrgico previo
- 2.1.5. Atención en crisis de primer y segundo orden: En primer lugar se debe enfocar la atención en brindar apoyo, reducir el riesgo de muerte y enlazar a las personas con otros recursos, como trabajo social en situaciones de abandono, abuso o negligencia. En un segundo momento, se debe generar un mayor nivel de funcionamiento, fomentando estrategias de afrontamiento y la expresión de sentimientos y pensamientos sobre la situación.
 - 2.1.6. Reestructuración cognitiva: En caso de que el paciente presente pensamientos catastróficos sobre el proceso quirúrgico (ej: “voy a fallecer porque el compañero de al lado falleció”), se cuestionan las mismas con base en evidencia y la diferencia de cada caso y se brinda psicoeducación. Se guía a al paciente a formar nuevas perspectivas y se ofrece una explicación alterna y basada en evidencia de sus sensaciones.
 - 2.1.7. Preparación preoperatoria:
 - Psicoeducación en cuanto al proceso perioperatorio en general.



- Información preoperatoria: Uso de ropa estéril, dieta líquida, ayuno, uso de enemas evacuantes, baños con antiséptico después de enemas.
- Información sobre estímulos externos como posibles estresores durante el proceso transoperatorio: consideración de temperatura de la sala, ruidos, ropa estéril, equipo médico, preanestesia y anestesia.
- Indagar, reforzar o brindar estrategias de relajación.
- Reforzar la importancia de la red de apoyo en POP.

* En caso de sospecha o identificación de VIF, redes de apoyo debilitadas: Se realizará la referencia a la Unidad de Trabajo Social del HSJD, con el fin de abordar el caso de forma interdisciplinaria.

*En caso de sospecha o identificación de historial de abuso, negligencia o abandono de personas adultas mayores: Se realizará la referencia a la Unidad de Trabajo Social del HSJD, con el fin de abordar el caso de forma interdisciplinaria.

*En caso de sospecha o identificación de historial de abuso, negligencia o abandono de personas menores de edad: Se eleva el caso al Comité de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos (CEINNAAA) del HSJD.

2.2. Atención clínica transoperatoria

En casos de identificarse factores de riesgo como síntomas ansiosos o labilidad emocional durante el proceso de evaluación preoperatoria y según se considere necesario, se valorará de forma interdisciplinaria el acompañamiento de la persona usuaria del servicio durante el proceso transoperatorio previo a la anestesia.

2.2.2. Atención en crisis de primer orden: Enfocar la atención en brindar apoyo, reducir el riesgo de muerte.

2.2.3. Estrategias de relajación: Se realizan entrenamientos en respiración diafragmática, en con el fin de fomentar la relajación y reducir estados de activación fisiológica para incidir en la autorregulación emocional, cognitiva y conductual.

2.3. Atención clínica postoperatoria

2.3.1. Evaluación de factores de riesgo: Posterior a la operación, se requiere nuevamente la evaluación de factores de riesgo asociados con síntomas depresivos, ideación suicida (IS), intentos de autoeliminación (IAE), ansiedad, estresores traumáticos



y violencia intrafamiliar (VIF), así como del factor de riesgo identificado previamente.

- 2.3.2. Evaluación de factores protectores: Posterior a la operación, se requiere nuevamente la evaluación de factores protectores asociados.
- 2.3.3. Evaluación de adherencia al tratamiento: Se realiza evaluación sobre cuidado de herida quirúrgica, uso del apósito esternal, catéter, uso del sostenedor del esternón, uso del inspirómetro, dieta de acuerdo con las necesidades, lavado de manos y demás cuidados de higiene, deambulación, uso de vendas elásticas.
- 2.3.4. Entrevista motivacional: Busca provocar un cambio en las conductas de las personas, por medio de la exploración, no pretende convencer, sino aumentar la autonomía y libertad de elección de la persona de acuerdo a sus propias conductas.
- 2.3.5. Reestructuración cognitiva: En caso de que el paciente presente distorsiones cognitivas en el POP, la reestructuración debe ir orientada a la detección de creencias y esquemas disfuncionales y la confrontación de las mismas por medio de evidencia. Ej: “Nunca voy a volver a caminar bien”.
- 2.3.6. Programación de actividades agradables: En caso de que el paciente presente síntomas relacionados con pérdida de motivación, falta de esperanza y rumiación excesiva (ej: “ya no puedo hacer nada de lo que me gustaba”) se requiere fomentar el refuerzo positivo y el mantenimiento del estado de ánimo por medio de la programación de nuevas actividades que generen placer y gratificación, y que sean seguras según el proceso de intervención.

*Si se considera necesario el uso de psicofármacos o así el paciente lo solicita: Se realizará la referencia con un profesional en psiquiatría del HSJD.

3. Egreso de usuarios

Según los factores de riesgo identificados en el proceso postoperatorio, ante el egreso de las personas usuarias del servicio, pueden llevarse a cabo dos procedimientos:

- 3.1. Alta en hospitalización: Se realiza el alta por psicología clínica en caso de que la persona usuaria no presente factores de riesgo asociados a la cirugía en el POP.



3.2. Seguimiento por Psicología Clínica: En caso de que la persona presente factores de riesgo asociados al POP, se recomienda realizar una referencia por parte del Servicio de Cirugía Cardíaca, la cual debe ser sellada y firmada por parte de un médico asistente del servicio.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Ciencia y práctica*. New York: The Guilford Press.
- Rollnick, S. & Miller, W. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional?. *Revista de Toxicomanías*, 1(6), 3-7.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Sher, L. (2009). *Psychological Factors and Cardiovascular Disorders*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Violence Prevention 2014*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing.



Anexo 9: Protocolo para el procedimiento de referencia del Servicio de Cirugía Cardíaca a la Unidad de Psicología Clínica del HSJD

La Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios, brindará seguimiento psicológico de forma integral e interdisciplinaria, durante el momento perioperatorio, a aquellos usuarios referidos a la unidad ante la identificación de un factor de riesgo.

1. Procedimiento de referencia

En caso de detección de algún de riesgo perioperatorio, se realiza una referencia a la unidad de psicología por medio de las dos siguientes formas:

- 1.1. Consulta externa: Se refieren a la unidad de psicología a los usuarios del Servicio de Cirugía Cardíaca que presenten un factor de riesgo identificado.
- 1.2. Hospitalización: Se refiere a la Unidad de Psicología Clínica, por medio de una interconsulta a los usuarios en proceso perioperatorio del Servicio de Cirugía Cardíaca que se encuentren hospitalizados en el HSJD, sin exclusión de aquellos que se encuentren en salones correspondientes a otras unidades.

2. Factores de riesgo previo a la operación

- 2.1. Síntomas depresivos: Sentimientos de intensa tristeza, miseria o desesperanza y dificultad para recuperarse de tales estados de ánimo. Insomnio, fatiga y pérdida de interés o placer por actividades que anteriormente realizaba. Pesimismo sobre el futuro, si mismos y el mundo, vergüenza o culpa generalizada, sentimientos de inferioridad.
Ej: “Ya para que so igual me voy a morir”, “no voy a sobrevivir de la cirugía”, “no voy a poder hacer las cosas que me gustan hacer”, “qué voy a hacer después de la operación”.
- 2.2. Ideación suicida (IS): Pensamientos acerca de autolesiones, con consideración deliberada o planificación de posibles estrategias para causar su muerte.
Ej: “Mejor me muero durante la operación”, “mejor me muero antes”, “ya no quiero vivir más con esto”.
- 2.3. Intentos de autoeliminación (IAE): Acciones realizadas previamente con intención de acabar con la propia vida.
Ej: “Ya me he intentado morir antes”
- 2.4. Ansiedad preoperatoria: Anticipación aprehensiva del futuro con peligros o infortunios que podrían suceder durante la operación, con sensaciones de preocupación, angustia y/o síntomas somáticos.
Ej: “¿Y si no salgo de la operación?”



“¿Cuántas personas sobreviven?”.

2.5. Estresores traumáticos: Cualquier situación frente a la cual se haya encontrado la persona usuaria previa a la operación, que haya podido causar la muerte; o situaciones actuales que amenacen contra la vida de la persona usuaria o una persona cercana, familiar o conocido.
Ej: procesos quirúrgicos previos, violencia obstétrica, pérdida de conciencia, pérdida de memoria, lesiones graves o violencia sexual.

2.6. Violencia intrafamiliar (VIF): Comportamientos dentro de una relación íntima o cercana que causan daño físico, sexual o psicológico hacia otras personas que se encuentren en esa relación. Incluye agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y conductas controladoras.

2.7. Postparto: Mujeres madres biológicas o adoptivas de niños en periodo de lactancia u edades tempranas, encargadas primarias de su cuidado.

3. Factores de riesgo transoperatorio

3.1. Ansiedad: Anticipación aprehensiva del futuro relacionada con peligros internos o externos e infortunios, con sensaciones de preocupación, angustia y/o síntomas somáticos.

3.2. Labilidad emocional: Estado de ánimo inestable, con emociones cambiantes intensas y desproporcionadas de acuerdo con los eventos y circunstancias del momento.

4. Factores de riesgo postoperatorios

4.1. Síntomas depresivos: Sentimientos de intensa tristeza, miseria o desesperanza y dificultad para recuperarse de tales estados de ánimo. Pesimismo sobre el futuro sobre sí mismos y el mundo, vergüenza o culpa generalizada, sentimientos de inferioridad.

Ej: “Me siento inútil en esta cama”, “ya no voy a poder trabajar más”, “yo era muy activo”, “estoy siendo una carga para mi familia”.

4.2. Ideación suicida (IS): Pensamientos acerca de autolesionarse, con consideración deliberada o planificación de posibles estrategias para causar su muerte.

4.3. Terrores nocturnos: Episodios recurrentes de despertares abruptos, acompañados de miedo intenso, taquicardia, dificultad para respirar y sudoración.



4.4. Flashbacks: Experimentación vívida y angustiante de aspectos relacionados con la operación, como si estuvieran ocurriendo en el preciso momento.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Sher, L. (2009). *Psychological Factors and Cardiovascular Disorders*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Violence Prevention 2014*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing.
- World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Violence Prevention 2014*