

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
SEDE RODRIGO FACIO

INSERCIÓN PROFESIONAL EN ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS O TERMINALES EN EL CENTRO NACIONAL DE CONTROL DEL DOLOR Y
CUIDADOS PALIATIVOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

**Práctica Dirigida para optar por el grado de
Licenciatura en Psicología**

Sustentante: Daniela Ayala Alonso

Carné: B40741

Equipo asesor:

Directora: Dra. Ana María Jurado Solórzano

Lector: M.Sc. Manuel Solano Beauregard

Lectora: Dra. Mónica Salazar Villanea

Asesor Técnico: Dr. Javier A. Rojas Elizondo



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

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 208

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

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
Daniela Ayala Alonso	B40741	2-2019

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

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

Tribunal Examinador	
M.Ed. Alejandra Arguedas Gamboa	Presidenta
Lic. Ruthman Moreira Chavarria	Profesora Invitada
Dra. Ana María Jurado Solórzano	Directora de T.F.G.
M.Sc. Manuel Solano Beauregard	Miembro del Comité Asesor
Dra. Mónica Salazar Villanea	Miembro del Comité Asesor

ARTICULO I

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

ARTICULO II

La postulante hace la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado: **"Inserción profesional en atención a pacientes con enfermedades crónicas o**

terminales en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense de Seguro Social”.

ARTICULO III

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

ARTICULO IV

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

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

Observaciones: Se recomienda la publicación de dicho trabajo. La calificación que se le otorga es 100.

ARTICULO V

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

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

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las **11:50 a.m.** se levanta la sesión.

Nombre:



Firma:

M.Ed. Alejandra Arguedas Gamboa	
Lic. Ruthman Moreira Chavarria	

Dra. Ana María Jurado Solórzano	
M.Sc. Manuel Solano Beauregard	
Dra. Mónica Salazar Villanea	
Daniela Ayala Alonso	Daniela Ayala

Dedicatoria

A mi mamá Rosario y a mi hermana Valeria, por todo su amor y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

A todas las personas profesionales en salud, que día a día se enfrentan al sufrimiento humano.

Agradecimientos

A la Universidad de Costa Rica, que me permitió desarrollarme a nivel académico y profesional en la carrera que escogí por amor, y gracias a todas las personas maravillosas con las que pude compartir durante esta etapa.

A las profesoras Ana María Jurado y Mónica Salazar, gracias por apoyarme y por compartir su conocimiento y experiencia conmigo. Gracias por el amor a la psicología y a la sensibilidad con la que trabajan día a día.

A todo el personal del Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo, siempre amables y dispuestos a colaborar en todo.

Al Dr. Javier Rojas, Eduardo López y a todas las personas profesionales en psicología del CNCDCP. Gracias por tener siempre sus puertas abiertas para mí.

A todas las personas que al igual que yo, viven con una enfermedad crónica. Gracias por permitirme ser parte de sus procesos terapéuticos y enseñarme tanto sobre la vida y la psicología.

A Walter, por su paciencia y cariño. Gracias por estar para mí siempre.

Contenido

<u>RESUMEN</u>	10
<u>INTRODUCCIÓN</u>	12
<u>JUSTIFICACIÓN Y ARGUMENTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA</u>	15
<u>MARCO REFERENCIAL E INSTITUCIONAL</u>	18
<u>1. Antecedentes internacionales</u>	18
<u>2. Antecedentes nacionales</u>	21
<u>3. Contexto histórico e institucional</u>	24
<u>MARCO TEÓRICO</u>	26
<u>1. Psicología de la salud</u>	26
<u>2. Dolor</u>	30
<u>3. Manejo farmacológico del dolor</u>	35
<u>4. Modelo biopsicológico del dolor</u>	39
<u>5. Cuidado Paliativo</u>	44
<u>5.1 Atención familiar en cuidado paliativo</u>	48
<u>6. Duelo</u>	49
<u>7. Psicología intrahospitalaria y modelo de interconsulta</u>	56
<u>8. Enfermedades hematológicas y oncológicas</u>	60
<u>8.1 Aspectos psicológicos en pacientes hemato-oncológicos</u>	63
<u>8.2 Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos</u>	65
<u>PROBLEMATIZACIÓN Y OBJETIVOS</u>	67
<u>1. Objetivo general</u>	67
<u>2. Objetivos específicos</u>	67
<u>3. Objetivo externo</u>	67
<u>METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCESO</u>	68
<u>1. Descripción general de la Práctica Dirigida</u>	68
<u>2. Descripción de las funciones del Departamento de Psicología</u>	69
<u>3. Descripción de las estrategias de intervención a nivel grupal para pacientes de hematología</u>	70
<u>4. Descripción de las estrategias y técnicas de intervención psicológica individual</u>	72
<u>4.1 Reestructuración cognitiva</u>	73

<u>4.2 Psicoeducación:</u>	74
<u>4.3 Entrenamiento en resolución de problemas</u>	75
<u>4.4 Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)</u>	76
<u>4.5 Técnicas de relajación</u>	76
<u>5. Descripción de las estrategias de intervención a familiares de personas con enfermedad terminal</u>	78
<u>6. Intervenciones no contempladas dentro de los objetivos iniciales</u>	80
<u>6.1 Programa cognitivo-conductual para tratamiento de la obesidad</u>	80
<u>RESULTADOS Y HABILIDADES DESARROLLADAS</u>	81
<u>1. Resultados y aprendizajes de cada fase de trabajo</u>	82
<u>1.1 Rotación</u>	82
<u>1.2 Rotación en visita domiciliar</u>	86
<u>2. Resultados de las sesiones para pacientes hemato-oncológicos</u>	89
<u>3. Sesiones como facilitadora en terapia de duelo</u>	91
<u>4. Atención individual en Consulta Externa</u>	93
<u>5. Rol como coterapeuta</u>	94
<u>5.1 Pacientes con dolor crónico</u>	95
<u>5.2 Pacientes con cáncer</u>	97
<u>5.3 Pacientes con ELA</u>	98
<u>5.4 Pacientes de duelo</u>	99
<u>6. Rol como terapeuta</u>	101
<u>6.1 Estrategias utilizadas y principales resultados</u>	101
<u>6.2 Evaluación de la atención a nivel individual</u>	105
<u>6.3 Aprendizajes y habilidades desarrolladas en consulta externa.</u>	106
<u>ALCANCES Y LIMITACIONES</u>	107
<u>DISCUSIÓN</u>	109
<u>CONCLUSIONES</u>	115
<u>RECOMENDACIONES:</u>	120
<u>1. A la Escuela de Psicología</u>	120
<u>2. Al Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo</u>	121
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	123
<u>ÍNDICE DE TABLAS</u>	142
<u>APÉNDICES</u>	143
<u>Apéndice 1: Tabla de actividades realizadas por la estudiante</u>	144

<u>Apéndice 2: Propuesta de atención grupal a pacientes hemato-oncológicos</u>	150
<u>Apéndice 3: Sesión grupal para pacientes de duelo</u>	178
<u>Apéndice 4 Materiales para la sesión de duelo</u>	180
<u>Apéndice 5 Propuesta de sesión grupal para pacientes de duelo</u>	182
<u>Apéndice 6 Reflexión para sesión de cuidadores</u>	184
<u>Apéndice 7 : BDI-II</u>	186
<u>Apéndice 8: BAI</u>	189
<u>Apéndice 9 Material para sesión de nutrición</u>	190
<u>Apéndice 10 Carta rotación en hematología</u>	195
<u>Apéndice 11 Rotación en el CNCDCP</u>	196
<u>Apéndice 12: Charla para el departamento de enfermería sobre comunicación asertiva</u>	197
<u>Apéndice 13: Charla para el departamento de enfermería sobre autoestima</u>	202

RESUMEN

El siguiente documento presenta la Memoria de una Práctica Dirigida realizada en el Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo (CNCDCP). El CNCDCP es un centro especializado en atención y manejo de dolor, que brinda un servicio interdisciplinario cuyo objetivo es promover la calidad de vida a pacientes con dolor y enfermedades terminales, así como a sus familiares.

La práctica consistió en la inserción profesional de una estudiante avanzada de la carrera de Psicología en un periodo de 6 meses a tiempo completo. Durante la práctica se llevaron a cabo las funciones propias de una persona profesional en psicología en un ámbito hospitalario de cuidado paliativo y control del dolor.

El objetivo de la práctica consistió en desarrollar intervenciones clínicas individuales para el abordaje psicológico del dolor crónico y los cuidados paliativos, así como la rotación e inserción en equipos interdisciplinarios dentro de la institución. Además, se realizaron talleres para pacientes de duelo y de hematología.

Como parte del alcance que tuvo la práctica, se atendió un total de 305 personas tanto a nivel individual como a nivel grupal, a través de diferentes actividades que comprenden: atención individual en consulta externa de psicología, evaluación psicológica, facilitación de talleres y sesiones grupales, visitas intrahospitalarias, rotaciones interdisciplinarias y visitas domiciliarias junto al equipo de psicología. Las intervenciones realizadas se basaron en el modelo biopsicosocial que propone la psicología de la salud y se utilizaron estrategias basadas en evidencia.

A través de la práctica se pudo evidenciar la importancia de incluir modelos integrales en espacios hospitalarios, puesto que las necesidades de los pacientes no sólo incluyen dolor físico, sino problemas a la hora de adaptarse a su enfermedad, en sus relaciones interpersonales y laborales. Así mismo, los motivos de consulta estaban relacionados a problemas de estado de ánimo, falta de espacios de ocio, problemas de sueño acompañados siempre de medicación y duelo. Otro factor que es importante rescatar es que una de las razones que más aquejaba a las y los pacientes con enfermedades crónicas estaba relacionada a su funcionalidad; es decir, que tanto afectaba su condición a la hora de realizar tareas cotidianas y laborales.

La apertura de prácticas profesionalizantes en instituciones públicas como el CNCDCP indica que existe una demanda por parte del sistema de salud y las personas usuarias, al acceso de servicios enfocados en salud mental y la importancia de desarrollarse profesionalmente para poder brindar atención de calidad.

Palabras clave: Cuidado paliativo, dolor, duelo, enfermedades crónicas, hematología, psicología, cáncer.

INTRODUCCIÓN

El Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDCP) y la Escuela de Psicología, abrieron la posibilidad de realizar Prácticas Dirigidas y permitir la formación profesional y multidisciplinaria de estudiantes avanzados de psicología en un ámbito hospitalario. El presente trabajo dio continuidad a lo realizado por Ramírez (2018) & Montero (2019) dentro de la misma institución y partió de la necesidad que tenemos como profesionales de desarrollarnos en el campo de la salud.

El CNCDCP cuenta con un equipo interdisciplinario para la atención de pacientes con enfermedades terminales y enfermedades crónicas. Para realizar un trabajo donde la estudiante tuviera la oportunidad de conocer a fondo la labor realizada por profesionales en psicología, la Práctica Dirigida se dividió en tres fases:

1. Rotación por los diferentes servicios y departamentos del CNCDCP.
2. Inserción en consulta externa del Departamento de Psicología para la atención individual y familiar, visita domiciliaria, interconsultas y participación en sesiones grupales realizadas por el Departamento de Psicología.
3. Desarrollo de una propuesta de atención grupal a pacientes hemato-oncológicos.

Debido a que la práctica dirigida se realizó en un contexto hospitalario, se utilizó el modelo biopsicosocial expuesto por la psicología de la salud y terapias basadas en evidencia.

Es importante recalcar que la psicología de la salud, emerge como especialidad interdisciplinaria debido a la confluencia de importantes investigaciones y aportes realizados en el siglo XX para comprender la salud. Desde 1911, muchos profesionales como Sheperd Ivory Franz o E. A. Bott, y la misma Asociación de Psicología Americana (APA) abrieron la discusión sobre la necesidad de incluir la psicología como parte del currículo en las escuelas de medicina, apelando

a temas novedosos en ese momento como la respuesta placebo y la influencia que los aspectos psicológicos tenían en las enfermedades (Friedman & Silver, 2007). Sin embargo, un siglo después, la presencia de psicólogos y psicólogas en escuelas de medicina y en el campo de la salud sigue siendo escasa.

La investigación sobre los aspectos psicológicos que influyen en la salud ha demostrado que la enfermedad no es un proceso aislado, sino una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (Ogden, 2012). Esta visión multidimensional, permite que la psicología pueda integrarse en el abordaje interdisciplinario de diferentes condiciones médicas, así como en su prevención y en la promoción de la salud, gracias a su versatilidad y al desarrollo de modelos basados en evidencia que se ajustan a la estructura hospitalaria.

La concepción de enfermedad como un proceso y no como un estado, nos permite comprender de una forma más amplia la salud, sobre todo para condiciones que se cronifican debido a los avances médicos, donde el objetivo primordial, además de mantener la enfermedad controlada, es que las personas puedan aprender a convivir y a reorganizar su vida cotidiana de acuerdo con su condición de salud.

Nieto, Abad & Albert (2015) indican que el modelo biopsicosocial, se caracteriza por su visión integradora, comprensiva y sistémica. Su postulado básico radica en que la interpretación de la enfermedad y la salud debe hacerse en un contexto global donde se parte del sujeto y se toman su contexto y organización social como vinculantes y determinantes en la forma en que se aborda la enfermedad.

Un campo de gran importancia para la psicología es el modelo biopsicosocial con el cual se ha diseñado el protocolo de atención a pacientes con dolor crónico, pues se ha demostrado que ninguno de los tratamientos farmacológicos, médicos o quirúrgicos más utilizados son, por sí solos, lo suficientemente capaces de eliminar el dolor o de mejorar sustancialmente el funcionamiento

físico y emocional (Veehof et al., 2016). Es precisamente el fracaso a la hora de tratar el dolor crónico únicamente desde una perspectiva médica, lo que ha permitido que diferentes profesionales de la salud trabajen interdisciplinariamente con el objetivo de mejorar la calidad de vida de pacientes que sufren enfermedades crónicas, ya que se entiende el dolor desde una perspectiva multidimensional.

Por su parte, Rajalingam y Bruera (2016) exponen que la experiencia de pacientes que viven con enfermedades crónicas y/o terminales es compleja, pues incluye síntomas físicos, habilidades de afrontamiento, situación financiera, cambio en dinámicas familiares y preocupaciones espirituales. Aspectos que han demostrado ser capaces de incrementar la percepción de dolor, y que por supuesto, difieren en intensidad de persona a persona creando una experiencia de dolor singular.

Denk, McMahon & Tracey (2014) indican que, en enfermedades como la osteoartritis, no siempre se puede encontrar una relación entre el daño en las articulaciones y la cantidad del dolor percibida por los y las pacientes. Así mismo, se ha demostrado que entre un 5% y 40% de pacientes sufren de dolor crónico después de una operación y únicamente un tercio de los pacientes con dolor lumbar desarrolla el padecimiento de forma crónica.

Así mismo, existen factores de riesgo que interactúan en el proceso de la enfermedad, como la historia individual de los y las pacientes, el ambiente psicosocial, estrés, depresión y tendencia a pensamientos catastróficos, que pueden afectar negativamente condiciones crónicas y la percepción subjetiva del dolor (Denk, McMahon & Tracey, 2014).

Debido a esto, la psicología toma un papel fundamental dentro de instituciones dedicadas al manejo del dolor y cuidado paliativo. Según Rajalingam y Bruera (2016) estos programas están diseñados a nivel internacional con tres características fundamentales:

- Una evaluación multidimensional y manejo de síntomas físicos y emocionales.

- Cuidado provisto por un equipo interdisciplinario.
- Énfasis en la persona enferma y su familia.

Así mismo, la atención psicológica a pacientes con cáncer y enfermedades hematológicas es de gran importancia en el campo de la salud. Se ha hipotetizado que el estrés psicológico, puede relacionarse indirectamente con resultados en salud, mediante la alteración de comportamientos saludables considerados como factores de protección. De igual manera, el deterioro de sistemas fisiológicos afecta el sistema inmune y la respuesta inflamatoria, dando como resultados agravantes en enfermedades como el cáncer por la sobre exposición a los glucocorticoides y catecolaminas (Ortiz, Willey & Chiang, 2014)

JUSTIFICACIÓN Y ARGUMENTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

El dolor crónico es un problema de salud serio que afecta a una gran parte de la población. A nivel mundial, se ha estimado que 1 de cada 5 adultos sufre dolor y que a 1 de cada 10 se les diagnostica dolor crónico cada año (Goldberg & McGee, 2011).

La falta de conocimiento sobre la fisiopatología y el manejo del dolor aumenta la necesidad de profesionales de la salud capacitados con habilidades específicas para tratar el dolor crónico, desde una perspectiva interdisciplinaria. Por ejemplo, Darnall (2018) indica que el tratamiento inadecuado, muchas veces, ocasiona una prescripción excesiva de opioides. Esto se convierte en un problema debido a la adicción que generan los medicamentos, además del peligro que conlleva su sobredosis. Se ha demostrado que el uso de opioides perjudica el desempeño cognitivo de las y los pacientes (Richards et al, 2018). Internacionalmente, además, la crisis de opioides ha supuesto un reto para los diferentes sistemas de salud y a la psicología misma, ya que se hace necesario tener estrategias alternativas a los medicamentos para sobrellevar el dolor.

Aunado a esto, la dinámica del sistema familiar, el empleo y el entorno socioeconómico, incide sobre el estado emocional de pacientes con enfermedades crónicas, por lo que es importante tener en cuenta la alta comorbilidad del dolor crónico, con trastornos como depresión o ansiedad (Cederberg, et al., 2016).

Esto indica, que además de los aspectos particulares de salud que atraviesan los y las pacientes, es importante no obviar los riesgos sociales y económicos que puedan enfrentar y que directamente perjudican su condición.

En Costa Rica, datos expuestos por la Red de Servicios de la CCSS (2017) indican que en el 2016 fueron atendidas un total de 25,029 personas en urgencias en el Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos y hubo 20,558 consultas médicas el mismo año. Lo cual indica una alta demanda en el servicio.

Dichosamente, Costa Rica cuenta con protocolos de atención en cuidados paliativos y dolor crónico basados en una perspectiva interdisciplinaria. Según Solís (2015) debido a la necesidad de un abordaje integral, en el CNCDCP se brinda atención en medicina, farmacia, enfermería, trabajo social, psicología y terapia física. Esto ubica a Costa Rica como ejemplo a nivel mundial a la hora de abordar esta problemática de salud.

En cuanto a pacientes con enfermedades hemato-oncológicas, es importante recalcar, que el Departamento de Hematología del Hospital Calderón Guardia, no cuenta con servicio de psico-oncología, a pesar de la evidencia que existe en cuanto a aspectos emocionales que puedan influir en el transcurso de la enfermedad, así como en la calidad de vida de los y las pacientes. Además, las enfermedades hemato-oncológicas en la actualidad, cuentan con tratamientos que prolongan la esperanza de vida de muchos pacientes y que, al no ser tratamientos curativos, los convierten en pacientes del CNCDCP, aumentando así la demanda del servicio en psicología.

La evidencia sugiere que el estrés, la depresión, y la sensación de desesperanza e impotencia que podrían acompañar un diagnóstico de cáncer, están relacionadas con la calidad de vida de los y las pacientes. Además, se ha demostrado que los factores psicosociales relacionados con el estrés se asocian con una mayor incidencia de cáncer en personas inicialmente sanas y una menor supervivencia en personas con cáncer (Oh et al., 2016).

Moorey & Greer (2012) indican que las terapias grupales para pacientes con cáncer cuentan con gran evidencia que respalda su eficacia. Además, muestran beneficios como el apoyo social y emocional entre pacientes, una mejora en la autoestima que brinda la sensación de ayudar a otros, así como una reducción de costos para el sistema de salud. En particular, el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia no cuenta con servicio de psico-oncología, por lo tanto, la Clínica del Dolor ha asumido la atención psicológica de esta población, sin embargo, con grandes limitaciones, ya que no cuentan con suficientes profesionales para abarcar ambas poblaciones.

De esta forma, realizar una práctica profesionalizante en el CNCDCP, permitió no sólo el desarrollo de habilidades terapéuticas para abordar problemáticas tan demandantes, como el dolor crónico y enfermedades hemato-oncológicas, sino que, además propició un espacio para que estudiantes de la Universidad puedan contribuir a la sociedad, al brindar atención profesional dentro de una institución como la Caja Costarricense de Seguro Social.

MARCO REFERENCIAL E INSTITUCIONAL

1. Antecedentes internacionales

La investigación psicológica en el campo de la salud es bastante amplia y ha permitido desarrollar modelos de atención basados en evidencia que demuestran la importancia de incluir

aspectos biopsicosociales en la forma en que comprendemos la salud y la enfermedad. Debido a que la Práctica Dirigida se realizó en un centro de salud donde se atiende una gran cantidad de pacientes con diferentes diagnósticos, la recopilación de antecedentes será una integración de investigaciones realizadas en el manejo de dolor crónico, en atención a pacientes con cáncer y en enfermedades terminales, así como sus principales resultados.

Primeramente, en cuanto a dolor crónico, Jensen & Turk (2016) realizaron un trabajo para la Universidad de Washington donde detallaron las contribuciones de la psicología en el ámbito clínico para el manejo del dolor crónico. Los autores hacen hincapié en que el dolor crónico genera disfunción física y emociones negativas que ocasionan depresión y una disminución en las actividades diarias. Así mismo, indican que los tratamientos médicos, farmacológicos o quirúrgicos no brindan una solución a largo plazo para el paciente, por lo tanto, incluir el abordaje de factores psicosociales en el tratamiento de pacientes con estas condiciones cada vez toma más relevancia.

Según los autores, el modelo cognitivo conductual se mantiene como una de las terapias más efectivas en el manejo del dolor crónico, utilizando técnicas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, activación conductual, psicoeducación y validación de emociones.

Por su parte, del Río et al (2015) realizaron una investigación sobre el abordaje psicológico del dolor lumbar, uno de los tipos de dolor crónico más comunes y recurrentes en población española.

El estudio desarrollado por las autoras señala que el miedo que sufren los pacientes a realizar actividades diarias por temor al dolor que puedan sentir, disminuye en gran medida el número de actividades lúdicas y de ocio, esto incrementa los niveles de tristeza y anhedonia, aumentando así los niveles de dolor percibido y las limitaciones de la enfermedad.

La muestra estuvo compuesta por 11 participantes diagnosticados con dolor lumbar, quienes recibieron 6 sesiones de TCC grupal, con una frecuencia de dos horas una vez por semana. Para

analizar los datos, las autoras utilizaron una prueba d de Cohen, y los resultados fueron muy positivos. Hubo una disminución significativa en la intensidad del dolor, con un tamaño de efecto alto (1,63) y la discapacidad generada por el dolor lumbar mostró un alto tamaño de efecto (1,04) además, los resultados indican que hubo una reducción en las creencias sobre miedo y evitación relacionada con la actividad física (del Río et al, 2015).

Martínez et al., (2013) realizaron un estudio con pacientes diagnosticadas con fibromialgia. Se tuvo como objetivo analizar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en problemas de sueño asociados a la enfermedad. En el estudio participaron 59 mujeres adultas, en un rango de 25 a 60 años, divididas en dos grupos, uno de higiene de sueño y otro en el que se realizó una intervención cognitivo conductual. Las sesiones fueron grupales y brindadas por tres terapeutas, una vez a la semana durante un periodo de seis semanas.

El grupo que recibió terapia cognitivo-conductual mostró mejoras a nivel de calidad subjetiva de sueño, latencia y duración del sueño, y en mejoras asociadas a trastornos de sueño, manteniendo los resultados en evaluaciones de seguimiento. El porcentaje de éxito en pacientes del grupo que recibió TCC fue de 87% versus el grupo de higiene de sueño, con un porcentaje de éxito del 45%. Así mismo, la TCC mostró mejoras en cuanto a la fatiga y el funcionamiento diario en las pacientes.

En cuanto al papel de la psicología en el abordaje de enfermedades oncológicas, un metaanálisis realizado por Oh et al., (2016) señala aspectos de gran importancia para tener en cuenta a la hora de diseñar protocolos para atender pacientes con cáncer. Las autoras indican, que las intervenciones psicológicas en personas con esta enfermedad mejoran su calidad de vida, sobre todo si se dan en etapas tempranas.

Oh, et al., (2016) exponen en su estudio que una de las herramientas terapéuticas con mejores resultados fueron las intervenciones psicoeducativas, cuando abarcan temáticas como

educación en temas de salud y cáncer, habilidades de afrontamiento, manejo de estrés y apoyo psicológico.

El estudio sugiere que los talleres psicoeducativos tienen mejores resultados, cuando los reciben pacientes con menos del 50% de metástasis. Así mismo, los grupos de pacientes deben ser homogéneos en cuanto a la etapa de la enfermedad en que se encuentran. Se ha demostrado que participar en este tipo de intervenciones reduce en un 41% el riesgo de muerte, ya que se promueven conductas saludables, así como la adherencia al tratamiento y a consultas médicas de seguimiento.

Por su parte, Andersen et al., (2008) realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el cual brindaron atención psicológica a pacientes con cáncer.

El protocolo de intervención utilizado incluyó técnicas de manejo de estrés, relajación muscular progresiva, solución de problemas (como la fatiga), identificación de redes de apoyo, comunicación asertiva, estrategias para promover actividades diarias, alimentación saludable, estrategias de afrontamiento, la importancia de la adherencia al tratamiento, así como la asistencia a citas médicas.

Los resultados del estudio fueron muy positivos. Con once años de seguimiento, la tasa de recaída fue del 29% sin embargo, análisis multivariados muestran que las pacientes que recibieron atención psicoterapéutica tuvieron un riesgo menor de recaída. Así mismo, la tasa de supervivencia en pacientes que tuvieron intervención fue de 6.1 años, mientras que la tasa de supervivencia para pacientes del grupo control fue de 4,8 años.

Es necesario, además, indicar que lo paliativo no sólo hace referencia a cáncer, existen enfermedades terminales como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o la Enfermedad Renal Crónica, que tienen un tratamiento paliativo. La ansiedad y la depresión son comorbilidades muy comunes de estas enfermedades. Un estudio desarrollado por Pumar et al., (2014) indica que la población con EPOC tiene mayor prevalencia de depresión y ansiedad que la

población general e inclusive, con índices más altos que otras enfermedades crónicas. La presencia de ansiedad es particularmente peligrosa en esta enfermedad debido a que la hiperventilación puede empeorar los síntomas respiratorios.

La investigación sugiere que el tratamiento cognitivo-conductual y el entrenamiento en relajación pueden ser de gran utilidad para esta población. Inclusive, muchos ejercicios de relajación utilizados en psicología son parte de los programas de rehabilitación pulmonar.

Los estudios señalados muestran la capacidad que tiene la psicología de integrarse al manejo de diferentes enfermedades y los beneficios que pueden tener los pacientes al mejorar integralmente su calidad de vida. Sin embargo, también muestran la falta de investigación psicológica en tratamientos para esta población.

2. Antecedentes nacionales

La Escuela de Psicología y en particular, profesores como Ana María Jurado, Mónica Salazar, Manuel Solano y Ronald Ramírez han motivado a diferentes estudiantes a realizar Prácticas Dirigidas en el campo de la psicología de la salud, por lo tanto, existen una variedad de antecedentes de estudiantes que se integraron y realizaron trabajos de gran calidad en este ámbito de la psicología, no sólo en contextos paliativos, sino en psicooncología, atención a pacientes con esclerosis múltiple y atención el Departamento de Neurocirugía del Hospital México y en atención clínica de pacientes del hospital San Juan de Dios, por lo tanto, en este apartado se retomarán algunos de esos TFG y sus principales resultados.

Primeramente, es imprescindible retomar el trabajo de Ramírez (2018) quien, en el marco de Trabajos Finales de Graduación, realizó una práctica dirigida en el CNCDCP.

El trabajo de Ramírez (2018) se dividió en tres fases, una de inserción y rotación por los diferentes servicios del Centro, una segunda fase en que se trabajó de forma grupal con pacientes diagnosticadas con fibromialgia y una última parte donde brindó atención a 12 pacientes en consulta externa y visita domiciliar.

Para evaluar la eficacia de la intervención grupal, se utilizó el Cuestionario de Salud General de Goldberg durante la evaluación inicial y posterior a la intervención. Los resultados obtenidos por Ramírez (2018) indican una puntuación inicial de 65,52 puntos y una puntuación de 82,29 durante el post test. Además, tuvo una excelente evaluación por parte de las participantes, obteniendo una nota de 9,52 sobre 10.

En cuanto a atención individual, se brindó consulta a un total de 48 pacientes, incluyendo familiares de los pacientes y casos para una valoración inicial. Durante el proceso de atención psicológica, se evidenció la necesidad de trabajar en cuestiones de activación conductual, relaciones familiares, manejo del dolor, violencia intrafamiliar y dificultad para la adherencia al tratamiento, así como la ausencia de condiciones de vivienda adecuadas.

Otro trabajo importante de rescatar es el de Salazar (2015) quien realizó una Práctica Dirigida insertándose como psicóloga en un ámbito hospitalario, específicamente la Fundación Pro-Clínica del Dolor en el Hospital San Juan de Dios. La práctica de Salazar (2015) estuvo enfocada en la implementación de talleres para personas cuidadoras de pacientes terminales, con el objetivo de promover prácticas de salud y autocuidado.

Los talleres estuvieron enfocados en una visión integral de la persona cuidadora, incluyendo aspectos a nivel individual, familiar e institucional.

Se trabajaron aspectos como el rol del cuidador, la reorganización personal en cuanto a labores de cuidado y sus repercusiones en la salud. Así mismo, se incluyeron temáticas relacionadas

a la dinámica familiar, la reorganización del sistema familiar ante el diagnóstico terminal y la relación de los pacientes y sus familiares con el sistema médico.

El trabajo de Salazar (2015) resalta la importancia de las y los profesionales en equipos de Cuidado Paliativo, para apoyar al paciente y al familiar de personas que atraviesan un proceso de enfermedad terminal.

Por su parte, Zeledón (2016) realizó una práctica dirigida en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México, donde atendió a cuidadores a través de talleres psicoeducativos alcanzando un total de 142 personas y 29 en intervención individual. Así mismo, trabajó en el programa de psicoprofilaxis preoperatoria de mama, donde atendió un total de 123 personas y a nivel de consulta externa Zeledón (2016) atendió a 10 personas, en un programa de cuatro sesiones.

Zeledón (2016) obtuvo resultados muy positivos en cuanto a los talleres psicoeducativos y en atención individual. A través de la intervención, hubo una mejora en la conciencia de autocuidado y conocimiento de las implicaciones de la ausencia de este. Además, la educación en cuanto a la enfermedad también tomó un rol fundamental para desmitificar lo relacionado al cáncer.

En cuanto a la atención individual, la intervención realizada por Zeledón (2016) mostró una mejora en cuanto a síntomas de ansiedad y depresión en el post test. Se utilizaron técnicas como reestructuración cognitiva, psicoeducación sobre el autocuidado, uso de técnicas de relajación, comunicación asertiva e higiene de sueño.

Esto indica que la atención psicológica a cuidadores es efectiva y logra reducir síntomas de ansiedad y depresión. Además, promueve el autocuidado como un factor fundamental para la salud física y mental de los cuidadores.

3. Contexto histórico e institucional

Según lo indicado por Brenes, Brenes y Núñez (2013) la medicina paliativa nace formalmente en Costa Rica a finales de enero de 1991. En la década de los noventa, se crean diferentes centros encargados de esta labor, pertenecientes tanto a la CCSS como a Organizaciones no Gubernamentales, siendo la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Dr. Max Peralta, la primera en prestar estos servicios.

En 1991, el hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, abre la primera clínica del Control del Dolor y Cuidados Paliativos del país, fundada por el Dr. Luis Paulino Hernández Castaneda y el Dr. Isaías Salas Herrera, y posteriormente se convierte en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDCP) en 1999. En abril de ese mismo año, la Junta Directiva de la CCSS aprueba que el CNCDCP fuese el coordinador e impulsor de las políticas en esta área, formando una red de servicios a la población en distintos puntos del territorio nacional. Actualmente, cuenta con 45 clínicas de control del dolor y cuidados paliativos. De acuerdo con la autoridad de la CCSS este esquema costarricense es observado por otras naciones y por ello el país participa en una red mundial de cuidados paliativos (Solís, 2015).

Siguiendo la línea de Solís (2015) una tercera parte de los y las pacientes que necesitan cuidados paliativos en el CNCDCP, tiene cáncer. El resto padece enfermedades degenerativas que afectan al corazón, los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro, o enfermedades crónicas o potencialmente mortales, como la infección por VIH y la tuberculosis farmacorresistente.

Actualmente, el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos cuenta con los siguientes servicios:

1. Hospital de Día.
2. Consulta médica especializada.
3. Intervencionismo paliativo.
4. Atención domiciliar paliativa.
5. Investigación y docencia.
6. Videoconferencias tele consultas
7. Interconsultas hospitalarias.
8. Terapias Especializadas
9. Terapia física.
10. Terapia respiratoria
11. Psicología.
12. Trabajo social.
13. Nutrición.
14. Enfermería.
15. Infusiones e Inhaloterapia.
16. Atención y educación farmacéutica

Por su parte, el Departamento de Psicología del CNCDCP, donde se realizó la inserción profesionalizante, tiene como función principal, brindar atención psicosocial a la persona que sufre de dolor de difícil manejo, así como a su grupo familiar, proporcionando atención de índole oportuna y eficiente, dentro de un equipo interdisciplinario (Rojas, 2009).

El tipo de paciente que recibe el Centro es referido por problemas relacionados al dolor por cáncer, enfermedad terminal o enfermedad crónica. Con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida, se atiende a través de consulta externa, visita domiciliaria o interconsultas.

MARCO TEÓRICO

La práctica que hace constar este informe fue realizada en un contexto hospitalario y de cuidado paliativo. Para insertarse en un área laboral tan delicada como lo es cuidados paliativos, es de vital importancia tener un conocimiento teórico riguroso, actualizado e interdisciplinario, que acompañe la práctica clínica. Por lo tanto, los siguientes apartados muestran los aspectos teóricos

que respaldan la intervención realizada y de nuestra capacidad como profesionales para integrarnos en un ambiente cuyo objetivo principal siempre estará en función de promover una mejor calidad de vida para los y las pacientes y sus familiares.

1. Psicología de la salud

Si partimos del concepto de salud propuesto por la OMS (1946), la definiremos como un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad. De esta forma, los aspectos fisiológicos (genética, virus, bacterias, defectos o lesiones estructurales), los psicológicos (conducta, cogniciones, emociones, técnicas de afrontamiento) y los aspectos sociales (clase social, empleo, etnia) son tomados en cuenta para adoptar modelos de intervención integrales.

Si bien, la OMS propone la salud como algo multifactorial, el completo bienestar en esos tres aspectos no concuerda en su totalidad con lo que puede observarse en nuestras sociedades. Autores como Odgen (2012) proponen el concepto de salud como un continuum, y exploran la forma en que los factores psicológicos pueden influir en la salud, en cualquiera de sus niveles, ya sea en las etapas iniciales de una enfermedad, la forma en que se adapta un individuo a esta, su progreso y desenlace.

Según Odgen (2007) la psicología de la salud viene a desafiar la visión dualista mente-cuerpo y retoma una visión integral donde aspectos psicológicos tienen gran influencia en el desarrollo y tratamiento de enfermedades. Se diferencia de la medicina psicosomática y la medicina conductual en que su investigación está más relacionada al campo de la psicología.

A pesar de que la investigación en psicología ha sido muy extensa, y que la salud es un tema de gran importancia para la ciencia, la psicología de la salud como especialidad es relativamente reciente.

Fernández et al., (2018) indican que la psicología de la salud nace en los últimos años de la década de los setenta y rápidamente se constituyó como una disciplina genérica de la psicología. Fue hasta el año 1978, que la APA crea la división 38 con el objetivo de integrar los aportes de la psicología al campo de la salud.

Según lo indica la APA (2020) la psicología de la salud es una especialidad que investiga e implementa servicios clínicos a diversas poblaciones, con el objetivo de promover la salud y el bienestar, y prevenir, tratar y abordar la enfermedad. Por su parte, Kaplan (2009) señala que la psicología de la salud abarca aspectos de la biología, el comportamiento y el contexto social para comprender y desarrollar modelos de atención basados en evidencia y que respondan a la complejidad que el campo de la salud requiere.

Friedman, & Silver (2007) exponen que, como una disciplina académica, la psicología de la salud es definida como el estudio científico de los procesos psicológicos relacionados con la salud, mientras que a nivel profesional la definen como la puesta en práctica de la teoría psicológica y los resultados de investigaciones y evidencia, para comprender e incentivar los pensamientos, emociones y conductas que promueven la salud. Siguiendo la línea de los autores, para la psicología de la salud, los seres humanos no somos o estamos saludables hasta que adquirimos una enfermedad, y los problemas mentales o el estrés no están separados de los problemas físicos, precisamente debido a que la salud y a enfermedad no son estados inmutables. Según Friedman, & Silver (2007) el organismo humano es arrojado con una dotación genética particular, en un entorno complejo y en constante cambio en el que reacciona, afronta, aprende, se esfuerza y envejece.

En muchos casos, no hay una cura definitiva a un problema de salud, como los problemas cardíacos, la obesidad, el estrés, el dolor o el envejecimiento. Es la forma en que las personas piensan, se comportan y afrontan los desafíos en su salud, lo que realmente tiene un impacto cuando se enferman, porque de esto depende que haya una adherencia al tratamiento y que se realicen los cambios necesarios para mejorar la calidad de vida.

Otro aspecto de gran relevancia es que la salud pública, ha retomado aportes de la psicología de la salud, por ejemplo, en Estados Unidos, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) por sus siglas en inglés, le ha brindado especial importancia a la promoción de conductas que favorezcan la promoción de la salud y el fomento de ambientes más saludables (Friedman, & Cohen, 2006).

Martin y Dimatteo (2014) indican que muchos de los fallos a la hora de lograr resultados médicos óptimos son debido al fallo de las acciones que toman los y las pacientes relacionadas a su salud, refiriéndose a la adherencia de muchos de los tratamientos. Teniendo en cuenta lo anterior, comprender la influencia de la conducta sobre la salud es vital para desarrollar intervenciones adecuadas tanto en prevención como en el tratamiento de las diferentes enfermedades.

La versatilidad de la psicología permite ampliar los horizontes en cuanto a nuestras posibilidades como profesionales, pues va más allá de la salud mental y posibilita una forma de atención donde se puede prevenir, modificar conductas de riesgo asociadas a estilos de vida que pueden afectar la salud física, colaborar interdisciplinariamente para que haya mejor adherencia a los tratamientos y en un aumento en calidad de vida. Así mismo, la psicología de la salud propone que las personas no tomarán un rol pasivo en cuanto al tratamiento, pues los cambios en conductas, pensamientos y estrategias de afrontamiento influyen enormemente en la salud y el curso de las enfermedades.

De esta forma, la psicología de la salud se basa en un modelo biopsicosocial donde las variables biológicas, psicológicas y sociales; incluyendo además políticas públicas de salud, se integran a la hora de evaluar y realizar intervenciones en el campo clínico.

Gatchel y Oordt (2013) indican el papel que tienen las personas profesionales en psicología en el un ámbito hospitalario:

- Evaluación: las evaluaciones en psicología de la salud deben incluir aspectos relacionados a los síntomas de una enfermedad, un análisis funcional, factores biopsicosociales que sean necesarios retomar, psicopatología, historia y hábitos de salud. Los autores recomiendan que realizar entrevistas estructuradas es mucho más oportuno en un ámbito hospitalario que utilizar pruebas psicométricas, a menos que la situación específica lo amerite, ya que permite conocer un amplio espectro de cosas en menos tiempo, y por lo tanto diseñar planes de intervención de forma más eficiente y realizar recomendaciones óptimas.
- Manejar bien el tiempo: los hospitales no siempre facilitan periodos de atención tan largos, como se podrían tener en consulta estándar. Por eso, se insiste en crear protocolos optimizados, eficientes y basados en evidencia, pues facilita la forma de intervención y permite brindar atención de calidad.
- Experiencia en modelos cognitivos-conductuales: al ser una perspectiva psicológica que utiliza modelos estructurados, breves y orientados al cambio, se adaptan mejor al ambiente hospitalario.
- Tomar decisiones con pocos datos: muchas veces, el tiempo es muy limitado y no se logra recopilar toda la información necesaria sobre las y los pacientes, por lo tanto, se deben buscar formas para obtener información clave y no tomar decisiones erradas.

- Poder motivar al cambio: muchas y muchos pacientes que son referidos a psicología pueden tener hábitos que afecten su salud, por lo tanto, es vital que se realicen cambios. Una recomendación que brindan los autores es utilizar técnicas como la entrevista motivacional
- Buena comunicación con el equipo médico y habilidad para trabajar en equipo.
- Comprender el lenguaje técnico, condiciones médicas, procedimientos y medicamentos.

Trabajar en un ambiente hospitalario es un gran reto como profesionales, es necesario adaptarse a las dinámicas y a las limitaciones del sistema de salud. Es por eso, que los programas de atención en este ámbito suelen ser más estructurados y basados en las necesidades más inmediatas de muchos pacientes para poder lograr cambios y mejoras en la vida diaria, que siempre estén enfocados en incrementar la calidad de vida de las personas.

2. Dolor

Históricamente, han existido diferentes modelos para comprender el dolor. Según Acevedo (2013) una de las teorías más importantes ha sido la Teoría de la Compuerta del Dolor, la cual dio sustento a múltiples tratamientos del dolor y abrió camino a una vasta investigación en el tema. La teoría de la Compuerta del Dolor fue propuesta en 1965 por Melzack y Wall, y es reconocida como base para entender los mecanismos periféricos y centrales que participan en la generación y mantenimiento del dolor.

Melzack y Wall proponen que la percepción del dolor está modulada y sujeta a variaciones en distintos momentos y por el efecto de múltiples factores, es por esto, que una misma estimulación nociceptiva podría ser experimentada de forma muy distinta en una situación u otra aún por la misma persona (Miró, 2006).

La Teoría de la Compuerta del Dolor indica que la estimulación periférica de las fibras mielinizadas gruesas producía un potencial negativo de la raíz dorsal y que la estimulación de fibras (del dolor) delgadas C desmielinizadas causaba un potencial positivo en dicha raíz (Ropper et al., 2019).

Inicialmente, las fibras nerviosas periféricas envían información sobre el dolor, presión o calor a la compuerta. La modulación de los impulsos sensoriales depende de la activación de las fibras A-beta llamadas fibras gruesas y las fibras A-delta y C llamadas fibras finas que penetran en la médula espinal. La actividad en las fibras gruesas cierra la compuerta, mientras que la actividad en las fibras finas abre la compuerta y facilita la transmisión sináptica de las llamadas células T (Miró, 2006). Las células T son las que van a determinar el estímulo doloroso que será transmitido a la corteza somatosensorial.

Lo interesante en la propuesta de Melzack y Wall es la integración de factores emocionales y cognitivos a la experiencia del dolor ya que pueden facilitar la apertura de la compuerta o disminuir la experiencia del dolor al cerrarla.

De esta forma, la propuesta de Melzack y Wall se convirtió en la antesala de los modelos con los que comprendemos en la actualidad el dolor, un ejemplo de esto es la definición que tiene la Asociación Americana para Estudios del Dolor (IASP) por sus siglas en inglés, quienes lo describen como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (IASP, 2020).

Además, todo dolor moderado o intenso conlleva ansiedad y el deseo imperioso de eludir o de suprimir esa sensación. Estas características ilustran la dualidad del dolor, ya que es tanto una sensación como una emoción (Rathmell & Fields, 2018).

Estudios anatómicos más recientes, indican que las sensaciones dolorosas inician cuando existe estimulación química, mecánica o térmica en los nociceptores periféricos, quienes están

encargados de emitir señales eléctricas a la médula espinal y al cerebro. Los componentes de un nervio cutáneo típico los comprenden dos categorías funcionales bien definidas de axones: aferentes primarios con soma en el ganglio de la raíz dorsal y fibras posganglionares simpáticas con soma en el ganglio simpático. Entre los aferentes primarios están los axones de gran diámetro mielínicos (A β), los mielínicos de diámetro fino (A δ) y los amielínicos (C) (Rathmell & Fields, 2018).

Las fibras A δ y C trabajan en mejorar la intensidad de la señal, mientras las fibras A β junto con fibras descendentes buscan inhibir la señal. Todo esto se suma a la actividad excitatoria de las células gliales dentro de la espina dorsal, una vez que esto ocurre, la señal es transmitida a través de la vía espinotalámica hacia regiones del cerebro encargadas de procesar el dolor (Ray, Ullmann & Francis, 2015).

Siguiendo la línea de los autores, se han identificado dos dimensiones implicadas en la percepción del dolor:

- Sensorial-discriminativa: se percibe como una sensación altamente localizada y se procesa a través de la vía espinotalámica, el tálamo y hasta la corteza somatosensorial contralateral.
- Afectivo-motivacional: esta dimensión explica los aspectos emocionales asociados al dolor, y se encuentran implicadas la amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, ínsula, y el giro cingulado anterior.

Cuando se percibe el dolor, ambas dimensiones se combinan creando una experiencia compleja donde diversas estructuras cerebrales y procesos cognitivos se ven implicados.

Según su duración, el dolor puede clasificarse como agudo o crónico. Para que un dolor se considere como crónico, debe persistir más allá del tiempo de curación normal y por lo tanto carecer de una función de advertencia aguda de la nocicepción fisiológica, generalmente cuando es recurrente en un periodo de tiempo de 3 a 6 meses (Treede et al, 2015).

En cuanto al tratamiento del dolor, existe una diferenciación entre el abordaje del dolor agudo y dolor crónico. El objetivo del primero está en identificar la causa, mientras que, en el manejo del dolor crónico, el enfoque está en tratar los efectos del dolor y maximizar la función y la calidad de vida de los y las pacientes (Mills, Torrance & Smith, 2016).

De acuerdo con su intensidad, Bonilla et al., (2017) explican que el dolor puede ser:

- Leve: interviene básicamente la piel por medio de los receptores de presión, temperatura, tacto fino, que pueden ser lesionados; es considerado leve si la escala visual numérica está entre 1 y 3.
- Moderado: está involucrada la epidermis y el tejido celular subcutáneo, se considera dolor moderado si la escala numérica está entre 4 y 6.
- Severo: se comprometen los músculos, las articulaciones, huesos y otros tejidos; se considera severo si la escala numérica está entre 7 y 10.

Loeser & Treede (2008) indican que, según su fisiopatología, el dolor puede ser:

- Neuropático: implica una patología del sistema somatosensorial, ya sea en sus elementos periféricos (dolor neuropático periférico) o en el SNC (dolor neuropático central). Este tipo de dolor crónico suele referirse como espantoso al tacto, en forma de quemadura o alfileres.
- Nociceptivo: es el modo habitual de dolor que se genera por una lesión que activa los nociceptores en los tejidos periféricos, y puede ser visceral o somático.

En enero del 2019, la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP) por sus siglas en inglés, publicó una serie de investigaciones que tuvieron como objetivo crear un modelo de clasificación del dolor amplio y sistemático, que dará sus frutos en la publicación del CIE 11. Este modelo de clasificación está basado en evidencia científica y en el modelo biopsicosocial del dolor.

Esta actualización es un gran avance en cuanto al diagnóstico y tratamiento del dolor, pues usualmente se trataba como un síntoma y no como una enfermedad independiente.

De esta forma, según Treede et al., (2019) el dolor crónico se clasificaría de la siguiente manera:

- **Dolor crónico primario** se define como el dolor en una o más regiones anatómicas que persiste o recurre durante más de 3 meses y se asocia con una angustia emocional significativa o una discapacidad funcional (interferencia con las actividades de la vida diaria y participación en roles sociales) y no puede ser mejor explicado por otra condición de dolor crónico. En esta categoría se incluyen: dolor crónico generalizado, síndrome del dolor regional complejo, migraña crónica, dolor crónico visceral, dolor crónico musculoesquelético.
- **Dolor crónico secundario** el cual está relacionado con otras enfermedades como la causa subyacente, por lo que el dolor puede considerarse inicialmente como un síntoma. En este caso se incluyen dolores ocasionados por cáncer, dolor crónico post-quirúrgico o post-traumático, dolor neuropático, cefalea secundaria crónica o dolor orofacial, dolor crónico secundario visceral y dolor crónico secundario musculoesquelético.

Esta nueva división propuesta por la IASP permite tratar el dolor como una enfermedad en sí, e implica una mejoría en la atención y diagnóstico a pacientes con dolor crónico. Esto implica una gran ganancia para todas las personas que sufren de dolor crónico, ya que el inicio de una atención integral comienza con una línea clara establecida desde el diagnóstico.

3. Manejo farmacológico del dolor

Al trabajar en un contexto hospitalario, es de vital importancia conocer aspectos relacionados al tratamiento de pacientes y los fármacos que utilizan en su vida diaria, pues muchas veces los efectos secundarios o el fracaso de un medicamento son temas comunes que se abordan en terapia y, además, es necesario conocer a fondo todo lo relacionado a la salud de las personas que se atienden.

Según la OMS (2020) la primera opción de tratamiento para personas con dolor crónico son los analgésicos no opioides, incluyendo además los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y adyuvantes, el segundo escalón del tratamiento, son los opioides débiles, incluyendo además paracetamol, AINEs y adyuvantes, el tercer escalón, incluye opioides potentes, más AINEs y paracetamol más medicamentos adyuvantes. Los opioides débiles como el tramadol y codeína se utilizan para el dolor de intensidad moderada no controlada y los opioides potentes, están indicados para dolor intenso (Berrocoso, Muñoz y Arcega, 2018).

Los estudios de validación de la escala analgésica de la OMS confirman una efectividad superior al 80% y consideran a la morfina oral como el opioide de mayor de referencia (Álvarez et al.; 2017). Sin embargo, los medicamentos opioides para manejo de dolor crónico no oncológico no muestran una eficacia mayor a 12 semanas y las características farmacodinámicas y farmacocinéticas son controversiales.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son fármacos con una estructura química heterogénea que comparten actividad antipirética, antiinflamatoria y analgésica a través de su capacidad para inhibir las enzimas ciclooxigenasa (COX), que intervienen en la síntesis de prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos (Lanas et al.; 2014).

Los AINEs deben utilizarse durante el mínimo tiempo y con la mínima dosis posible, adecuando su utilización a las diferentes indicaciones aprobadas (Lanas et al.; 2014). Esto deja sin opciones farmacológicas a personas con dolor crónico, por lo tanto, la utilización de medicamentos opioides comienza a verse como opción terapéutica.

Es importante agregar que cambiar de opioides débiles a medicamentos más fuertes como la morfina conlleva un riesgo para las y los pacientes, según Berrocoso, Muñoz y Arcega (2018) se deben evaluar los riesgos y beneficios al iniciar un tratamiento con opioides potentes, con metas realistas ya que estos medicamentos suelen tener efectos adversos si su uso es prolongado. Un metaanálisis realizado por Els et al., (2017) indica que el tratamiento con opioides por más de dos semanas tiene un 42% de alto riesgo de sufrir cualquier efecto adverso, y un 175% de efectos adversos serios asociados a los opioides en comparación con los placebos.

Esto nos lleva a otra temática interesante en los casos de dolor crónico y medicamentos opioides, y es la dependencia que podría generar su uso prolongado.

La crisis de opioides ocurrida en Estados Unidos es un suceso nunca visto, que pone en jaque empresas farmacológicas y su influencia en la dependencia masiva a estos medicamentos y debe alentarnos a proponer estrategias que permitan identificar a pacientes que puedan o hayan generado dependencia a este tipo de fármacos.

Si bien, los casos de dependencia a opioides en el CNCDCP no son tan comunes, existen, y es vital tener conocimiento en el tema para abordarlos adecuadamente.

En Costa Rica no existe un protocolo específico para manejo de adicción a opioides en un contexto de dolor crónico, donde claramente un enfoque de abstinencia no es una opción debido a que el dolor en pacientes crónicos o en etapa terminal es inmanejable desde otra perspectiva de tratamiento.

Contextualizando los datos en relación con dependencia a opioides, según datos del IAFA (2018) el consumo de ampollas de morfina de 15 mg aumentó de 584097 en el año 2003 a 883573 en el 2011 y la cantidad de tabletas de acción prolongada pasó de 90950 a 178470 en el mismo período. Así mismo, en 2018 fueron atendidas un total de 71 personas con adicción a ketamina, 21 personas por tramadol y 19 por medicamentos opioides de otro tipo. Teniendo en cuenta que el IAFA no cuenta con protocolo específico sobre cómo abordar adicción a este tipo de medicamentos, pues inclusive a nivel internacional, es un tema que se encuentra en auge y que supone un reto para todos los sistemas de salud.

No existen datos estadísticos que informen sobre la dependencia a opioides en atención del dolor en Costa Rica, sin embargo, es de vital importancia tener conocimiento en el tema debido a que las referencias al Departamento de Psicología para evaluar pacientes con dependencia a estos medicamentos han sido crecientes. Como profesionales en salud mental es necesario tener conocimiento previo para poder ser capaces de identificar a pacientes que tengan riesgo a desarrollar una dependencia al iniciar un tratamiento con opioides.

En mayo de 2019, The American Psychological Association creó una guía para el manejo de conductas de adicción relacionadas a los medicamentos opioides, debido a la crisis que ha dado como resultado demandas realizadas por millones de dólares, en contra de la industria farmacéutica.

El primer paso para abordar una posible conducta de dependencia a este tipo de medicamentos es realizar una evaluación de riesgo enfocada en verificar la historia de consumo de los pacientes. Si existe un consumo previo de sustancias psicoactivas, se debe estudiar el patrón de consumo para poder predecir de forma certera la posibilidad del paciente a desarrollar una conducta de dependencia.

Traducidas al español, existen dos escalas para utilizar en una evaluación de riesgo:

1. *Escala de valoración del riesgo potencial de opioides (ORT)*
2. *Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor*

Factores de riesgo identificados por la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

1. Dolor difuso
2. Signos y síntomas objetivos ausentes
3. Exacerbaciones del dolor frecuentes
4. Comorbilidad psiquiátrica grave y no controlada
5. Trastornos orgánicos grave y no controlada
6. Antecedentes familiares de adicción
7. Antecedentes personales de adicción
8. Tolerancia al medicamento
9. Dependencia física
10. Hiperalgnesia
11. Abuso
12. Nivel de aceptación de dolor bajo
13. Estrategias de afrontamiento
14. Funcionalidad
15. Aceptación de tratamientos multimodales

Según la APA (2019) los tratamientos para el abuso de opioides dependen en sí, de la severidad del problema, e identificar el programa adecuado, el cual podría ser la desintoxicación total, cambios en medicamentos, o la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, la misma

Asociación recalca la falla de los sistemas de salud, pues no existe en atención primaria, un protocolo adecuado para abordar la problemática.

Para pacientes con dolor crónico, las recomendaciones internacionales, por parte de APA y la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, son las siguientes:

1. Utilizar tratamientos interdisciplinarios y alternativos para que los pacientes identifiquen otras estrategias para manejar su dolor. Como las terapias cognitivas, ejercicio, terapia física, yoga, biofeedback, tai chi, acupuntura, masajes, crioterapia, terapia de calor, y Estimulación Nerviosa Transcutánea.
2. Utilizar combinaciones de analgésicos y AINEs para el tratamiento del dolor, antes de comenzar a utilizar analgésicos opioides.
3. Uso de ketamina, óxido de nitrógeno, lidocaína intravenosa, gabapentina o pregabalina.
4. Cuando el uso de opioides queda como única opción, es necesario rotar medicamentos, ajustar dosis, reevaluaciones periódicas e incluir otro tipo de tratamiento no farmacológico.

4. Modelo biopsicológico del dolor

Lo expuesto en los apartados anteriores, muestra la importancia de abordar el dolor más allá de la parte biomédica, ya que es un ejemplo muy claro del cómo en la salud incluyen factores psicológicos y sociales. Precisamente en el manejo del dolor hay fallas en el abordaje si no se utiliza un modelo integral.

Debido a esto, el modelo biopsicológico propuesto desde la psicología de la salud ha sido de vital importancia para el manejo del dolor crónico. El abordaje desde una perspectiva biomédica únicamente ha resultado útil para el manejo del dolor agudo, sin embargo, cuando este se convierte en crónico, las opciones terapéuticas deben ampliarse para dar cabida a aspectos de origen

psicosocial que pueden incrementar la percepción del dolor y afectar la calidad de vida de los y las pacientes.

Según Turk & Gatchel (2018) identificar la patología que ocasiona el dolor por sí misma, no predice de forma efectiva la severidad o el nivel de discapacidad. Además, en un gran número de condiciones crónicas, no se revela una patología definida que explique adecuadamente la presencia de dolor y la incapacidad con la que se asocia. Inclusive, se ha demostrado que aun cuando las resonancias magnéticas señalan la confluencia de las múltiples áreas cerebrales implicadas en la percepción del dolor, la experiencia de este es única para cada persona y, por lo tanto, de índole subjetiva (Ray, Ullmann & Francis, 2015).

La insistencia en retomar aspectos psicológicos en la comprensión del dolor no es arbitraria. Moore (2012) explica detalladamente que cuando una persona se ve expuesta a una sensación dolorosa o a un trauma físico, se produce estrés, la homeostasis en cada individuo se interrumpe y altera, esto ocasiona una respuesta por parte del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal que busca restaurar el equilibrio del cuerpo. El estrés crónico relacionado al dolor ocasiona que los sistemas inmune y límbico se vean afectados, así como un desgaste general en la persona que lo padece. El sistema límbico toma un papel importantísimo debido a que está justamente implicado en las emociones, motivación y procesos cognitivos.

La combinación del miedo, ansiedad y la interpretación cognitiva del dolor, contribuyen precisamente a que se mantengan altos niveles de estrés, esto ocasiona que aumenten los niveles de cortisol en el cuerpo, lo cual incrementa la experiencia del dolor (Moore, 2012).

Por su parte, Morrison y Bennett (2016) sugieren que los cuatro factores psicológicos que han sido relacionados a la experiencia del dolor son los siguientes:

- Estado de ánimo: se ha demostrado que el estado de ánimo influye en la experiencia del dolor y que así mismo, el dolor puede influir en el estado de ánimo. Personas

diagnosticadas con depresión reportan estímulos dolorosos más intensos que pacientes sin este diagnóstico, quienes además lo toleran por periodos de tiempo más largos. Un estudio de Goesling, Clauw, Hassett (2013) expone que la comorbilidad de depresión y dolor crónico es de un 30-60%. Así mismo, se ha descubierto que pacientes que desarrollan dolor crónico han sufrido de depresión en algún momento de su vida. Un 50% de pacientes con depresión reportan además síntomas de dolor físico. La relación entre ambos es de vital importancia a nivel clínico ya que los pacientes con esta comorbilidad no sólo reportan un dolor más intenso, sino que además tienen un peor pronóstico y menor funcionalidad para realizar tareas en su vida diaria.

Según los autores, es por estas razones que se considera que la relación entre depresión y dolor es bidireccional, debido a que la presencia de una puede llevar al desarrollo o la exacerbación de la otra. Se ha hipotetizado que la relación entre ambos es debido a que la vía nociceptiva del dolor psicológico involucra una gran parte de estructuras cerebrales que procesan el componente afectivo-emocional del dolor físico.

- Atención: la atención ha mostrado ser de vital importancia en la percepción de dolor. Los y las pacientes que están más atentos al dolor suelen reportar mayor intensidad y persistencia. Esto puede ejemplificarse con un experimento donde se le pidió a un grupo de personas que realizaran una tarea mientras tenían una parte de su brazo en un balde con agua helada, aquellas personas que se concentraron en la tarea, lograron mantener por más tiempo su brazo sumergido que quienes se concentraron más en el estímulo doloroso (Morrison y Bennett, 2016) Esto ocasiona también un ciclo donde pacientes con dolor crónico evitan involucrarse en actividades por miedo a que el dolor incremente, lo que hace que su atención se concentre de nuevo en el mismo.

Por su parte, autores como Torta et al., (2017) proponen que a pesar de que la relación entre atención y dolor parece ser bastante notoria, hay aspectos afectivos, motivacionales y cognitivos que juegan un papel a la hora de modular la atención en pacientes con dolor crónico.

En cuanto a la influencia del dolor sobre la atención, se ha demostrado que un 75% de pacientes que sufren de fibromialgia reportan tener problemas para concentrarse, en memoria y atención selectiva (Moore et al., 2019). Siguiendo la línea de los autores, pacientes con dolor crónico reportan que estos déficits en atención y memoria son tan importantes y limitantes como los síntomas físicos de la enfermedad. De esta forma, al igual que los procesos atencionales se ven afectados por el dolor, la atención también influye en la forma en que los pacientes lo perciben.

- **Cogniciones:** el estado de ánimo puede afectar la percepción del dolor al influir en nuestros pensamientos sobre la naturaleza y las consecuencias de este. En este caso, la forma en que piensan los y las pacientes puede interferir en la experiencia del dolor. Por ejemplo, el catastrofismo es una respuesta cognitiva muy común en pacientes con dolor crónico. El catastrofismo consiste en pensamientos automáticos que tienden a exaltar los aspectos negativos de una situación. Las personas que piensan que son capaces de manejar el dolor suelen reportar menos restricciones asociadas al mismo, es decir las personas que sienten más control sobre el dolor, así como en su capacidad para manejarlo, experimentan menos problemas asociados al mismo. Por su parte, Odgen (2012) indica que las personas con pensamientos catastróficos suelen tener más problemas a largo plazo asociados al dolor.

Aunado a lo anterior, existen estudios que comprueban que las personas con más preocupaciones sobre su condición y sentimientos de impotencia son más propensas al consumo de opioides y tienen un riesgo mayor a padecer de dolor crónico después de una

cirugía (Darnall, 2018). Inclusive, según Denk, Mchon & Tracey (2014) estudios realizados con animales, indican que factores estresantes de la vida temprana o una lesión previa en la edad adulta pueden hacer a una persona más vulnerable a desarrollar un dolor persistente.

Si se quiere ampliar aún más el panorama, los riesgos socioeconómicos también afectan a pacientes con enfermedades crónicas, pues debido a su condición muchas veces se les imposibilita mantenerse económicamente. Ramírez (2018) lo indica en los resultados de su práctica dirigida, precisamente en el CNCDGP, varios pacientes reportaban el abandono de labores remuneradas, así como un aislamiento social, que les imposibilita mantener relaciones y actividades significativas.

Otro factor que se debe resaltar a la hora de atender pacientes con dolor crónico corresponde a las redes de apoyo, Heinze et al., (2015) indica que las redes de apoyo son un factor de protección, ya que mejora la calidad de vida y salud de los y las pacientes a nivel físico y psicológico.

Según los autores, las redes de apoyo constituyen una fuente de apoyo emocional, instrumental y asistencial y es considerado uno de los cinco factores que mejoran la calidad de vida, junto al ejercicio, la nutrición, dieta y educación.

Es por ese motivo que hacer un abordaje del dolor crónico únicamente desde la perspectiva biomédica, no soluciona el problema en sí. Es la integración de varias disciplinas en el tratamiento, lo que permite que los pacientes adquieran las herramientas necesarias para afrontar esta situación y así poder mejorar su calidad de vida.

5. Cuidado Paliativo

“Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad” Cicely Saunders

La atención en cuidado paliativo se originó en Inglaterra, específicamente en St Christopher’s Hospice, gracias a su pionera, la enfermera Cicely Saunders. Sanders fue gran defensora de la muerte con dignidad y argumentaba que la muerte puede ser una experiencia positiva, de igual forma, afirmaba que existen dos tipos de dolor ante la muerte, el físico y el dolor psicológico espiritual de la muerte, debido a esto, elaboró la definición de dolor total.

El dolor total se utiliza para explicar cuando no puede ser aliviado y se convierte en el centro de la vida del ser humano (Astudillo, Mendieta y Astudillo, 2002 p.39). Esto produce un efecto tanto en pacientes como en sus seres queridos, pues no sólo significa que la enfermedad ha avanzado, sino que también hay sufrimiento. El dolor total está compuesto por diversos factores, físicos, emocionales, sociales y espirituales que constituyen en su conjunto la experiencia de una enfermedad terminal.

Es debido a esto, que cuidados paliativos requiere que los y las profesionales estén sensibilizados y cuenten con un equipo interdisciplinario que permita aliviar el dolor en cualquiera de sus manifestaciones.

Barreto y Solís (2007) indican la importancia de reflexionar sobre el tema de la muerte y la situación específica de la persona al final de su vida, ya que es un momento vital, caracterizado por un cúmulo de necesidades de diversa índole, que configuran un estado afectivo alterado y caracterizado en todo caso, por la presencia de sufrimiento (p.15). La atención a una persona en

etapa terminal se realiza desde un enfoque interdisciplinario, ya que además de los problemas físicos que acarrea el deterioro de la salud y la presencia de dolor, se traslapan necesidades emocionales, espirituales y familiares.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) una amplia gama de enfermedades requiere cuidados paliativos. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos.

De esta manera, el cuidado paliativo se centra en la prestación de atención emocional y espiritual, junto a la gestión del dolor físico con la intención de satisfacer las necesidades y evitar el ejercicio de acciones terapéuticas innecesarias que prolonguen la agonía (Rozo, 2016). Arranz, et al., (2005) indican que el objetivo de la atención paliativa es:

“Cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales, adquiere de ellos una importancia primordial. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la máxima calidad de vida posible para los pacientes y sus allegados” (p.17).

Rajalingam & Bruera (2011) indican que los servicios de cuidados paliativos deben contar con una evaluación multidimensional para el manejo de los síntomas físicos y emocionales, así como la implementación de equipos interdisciplinarios.

En la atención de esta población específica, se debe tener en cuenta que el abordaje no está enfocado únicamente en los pacientes que padecen una condición crónica y terminal de dolor, sino también en brindar atención a sus familias.

Esto va de la mano con el tratamiento en cuidados paliativos que expone la Organización Mundial de la Salud (2018) la cual indica que los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus seres queridos cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Para lograr brindar una atención de calidad, los equipos de profesionales de salud especializados en cuidados paliativos deben incluir en su tratamiento el abordaje de aspectos físicos, psicológicos y espirituales.

Así mismo, se habla de un modelo interactivo triádico que incluye a la persona enferma, su familia y el personal sanitario. Desde este enfoque se busca obtener bienestar para estos tres protagonistas (Arranz et al, 2005). Con el objetivo de aliviar el sufrimiento del paciente y de su familia; quienes comparten día a día el proceso que atraviesa su ser querido. Astudillo et al., (2002) indican la potencialidad de la familia y del enfermo como agentes de su propia salud, ya que esto facilita su participación y sensación de control sobre la enfermedad. En cuidados paliativos el papel de la familia es medular y el trabajo con las personas cuidadoras es vital, debido al desgaste que puede acarrear el cuidado de un ser querido en esta etapa de la vida.

Retomando a Astudillo et al., (2002) toda intervención en cuidados paliativos debe cubrir cuatro aspectos: las necesidades propias del paciente, las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de la experiencia que puedan responder a intervenciones específicas, la familia que

no debe olvidarse como sujeto de cuidado también, y finalmente lograr que los pacientes puedan morir en paz y con dignidad.

Un aspecto invaluable en cuidado paliativo es la espiritualidad, relacionada a la búsqueda de sentido a la existencia y a situaciones inciertas como lo es la muerte. Alarcón, Mendinueta & Astudillo (2002) la definen en términos de necesidades espirituales e igual de esenciales que los tratamientos farmacológicos y psicológicos.

Se ha demostrado que es un factor que toma gran relevancia en esta etapa de la vida, pues se ha reconocido que favorece la salud y el bienestar emocional de los y las pacientes. Inclusive, se ha relacionado con niveles más bajos de ansiedad y depresión y como un factor de protección ante esta etapa de la vida e inclusive la paz espiritual ayuda en la reducción del consumo de analgésicos (Redondo, Ibáñez & Barbas, 2017). Cabe destacar que la espiritualidad en este contexto no está únicamente relacionada con la experiencia religiosa, sino que está en sintonía con la vertiente más existencial del ser humano y en la situación de final de la vida este cuestionamiento aparece y debe ser abordado (Redondo, Ibáñez & Barbas, 2017).

La idea de necesidades de los enfermos en la etapa final de sus vidas expuesta en Astudillo et al., (2002) y que podemos observar en otros textos que tocan el tema permite guiar intervenciones que incluyan no sólo aspectos relacionados a la salud física, si no a aspectos psicológicos, espirituales y a la necesidad de las personas enfermas de despedirse, a la necesidad de sentirse apoyados y a no dejar cosas pendientes que generan grandes preocupaciones de pacientes que están atravesando esta etapa.

Se debe tener en cuenta que al atender a una persona en cuidado paliativo nos enfrentaremos al sufrimiento humano en su totalidad (físico, psicológico, espiritual y social) el proceso de adaptación psicológica a su enfermedad y su pronóstico, y la disminución de su vulnerabilidad (Arranz et al, 2005). También se debe tener en cuenta que el sufrimiento per se, no es patológico y

hace parte del proceso de adaptación a la enfermedad y a su terminalidad, por esto es importantísimo tener mecanismos de evaluación psicológica que permitan identificar cuando, las características ansiosas o depresivas requieran un tratamiento más especializado.

5.1 Atención familiar en cuidado paliativo

Steele & Davis (2015) indican que los cuidados paliativos están basados en la premisa que la familia es la unidad que provee los cuidados esenciales, es por eso por lo que los mejores resultados son obtenidos cuando las intervenciones apropiadas son dirigidas a los miembros de la familia tanto a nivel individual como grupal. Tanto la familia como los pacientes son unidades de tratamiento, ya que lo que le afecta a uno podría afectarle al otro. Astudillo et al., (2002) sugieren que una buena comunicación con la familia reduce los sentimientos de aislamiento de la persona enferma y favorece una dinámica familiar más adaptativa, que permita mejorar la comprensión de las reacciones que pueda tener el paciente, así como hablar de sus sentimientos y preocupaciones (p. 65).

La enfermedad puede afectar o debilitar el sistema familiar, sin embargo, el apoyo que esto significa para los pacientes les ayuda a adaptarse mejor a su enfermedad, por lo tanto, es vital que puedan contar con una red de apoyo, según Duhamel y Dupuis (2003) las personas que no perciben apoyo por parte de sus familiares o que tienen relaciones conflictivas, tienen un mayor deterioro y problemas de salud. Esto indica que el apoyo psicológico que se le pueda brindar a la familia es igual de importante que la atención al paciente, pues de ello depende que se pueda maximizar la calidad de vida de todas las personas involucradas.

Continuando con este tema, Kristjanson & Samar (2004) exponen que las personas cuidadoras son pacientes ocultos, ya que esto tiene un impacto directo a su salud, se ha demostrado

que durante el proceso de cuidado, así como en el duelo, muchas enfermedades pueden ser exacerbadas. Los miembros de la familia son quienes manejan los cambios físicos y las dificultades cotidianas de las personas enfermas y al mismo tiempo, lidian con las repercusiones a nivel emocional que tiene ver a un ser querido en su etapa terminal, esto puede llevar a un deterioro en su salud mental que puede ocasionar ansiedad, depresión, problemas de sueño y cambios a nivel cognitivo como la dificultad para concentrarse.

Un aspecto que es importante de recalcar es que a pesar de que la familia es esencial dentro del cuidado paliativo, en la mayoría de los casos, no son preparados para su rol o los cambios a raíz de la enfermedad son tan abruptos que las personas cuidadoras se capacitan a medida que van ejerciendo su rol pues generalmente, no hay un espacio para prepararse antes de convertirse en cuidadores. Por esta razón es vital que los equipos interdisciplinarios brinden un acompañamiento y capacitación a las personas cuidadoras.

Es por esta razón que desde el cuidado paliativo se habla del modelo triádico como se expuso anteriormente, así como la importancia de la comunicación entre familia, paciente y equipo médico.

6. Duelo

En un contexto hospitalario y más específicamente en atención a pacientes con enfermedades terminales, es de vital importancia comprender el duelo y su forma de intervención, para brindar atención de calidad al familiar que acaba de perder a un ser querido, o aquella persona que está atravesando un duelo complicado, concepto que será explicado en este apartado.

Barreto y Soler (2007) indican que “el duelo es un proceso psicológico y que se refiere al dolor emocional que se experimenta tras haber perdido algo o a alguien significativo en nuestras vidas” (p.15). Por su parte, Cruz, Reyes y Corona (2017) exponen el duelo como una experiencia

multidimensional que afecta no sólo biológica y emocionalmente, sino que también trastoca las acciones privadas (cogniciones, emociones, creencias etc.) y públicas presentes en contextos específicos que están mediados por antecedentes históricos personales y por distintos factores como la relación que se tenía con el fallecido, el tipo de muerte, las variables sociales, el tipo de apoyo social disponible y la cultura en la que está inmersa.

Además, es un proceso activo que obliga a las personas a tomar decisiones de todo tipo, desde resolver asuntos relativos al funeral hasta decisiones relacionadas con la continuación de la vida sin la persona querida.

Barreto y Soler (2007) indican que las manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras del duelo son las siguientes:

Tabla 1.

Manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras del duelo

Cognitivas	Fisiológicas	Motoras
Irrealidad	Aumento de la morbimortalidad	Autoaislamiento social
Preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes	Sensaciones en el estómago y de vacío	Hipoactividad
Sensación de presencia del fallecido	Boca seca	Hipoactividad
Vivencia de abandono	Hipersensibilidad a ruidos	Llamar o hablar con el

soledad		fallecido
Añoranza	Alteraciones de sueño	Conductas impulsivas o dañinas
Insensibilidad	Dolor de cabeza	Usar las ropas de la persona fallecida y acudir a lugares que frecuentaban juntos
Incredulidad (imposible, irreal)	Astenia y debilidad	Llevar o atesorar objetos pertenecientes al fallecido
Dificultades de atención, concentración y memoria	Opresión en el pecho y la garganta	Suspirar y llorar
Desinterés	Trastornos del apetito	
Obsesión por recuperar la pérdida	Palpitaciones	
Ideas de culpa y autorreproche		
Alucinaciones visuales y auditivas		
Confusión		

Recuperado de (Barreto y Soler, 2007)

Aunque se presentan diferencias considerables en la intensidad, duración y el tipo de reacciones ante el duelo de una persona a otra; lo cual hace del duelo un proceso personal, hay un patrón común cuyas características se pueden observar en muchos casos (Ospina, 2014). Esto ha sido detallado por diversos

autores, quienes sugieren que la elaboración del duelo es un proceso conformado por etapas y reacciones comunes, experimentado de forma particular por cada individuo.

Al hablar de duelo, es imprescindible retomar a Kübler-Ross & Kessler (2004) quienes identifican diferentes etapas ante una pérdida, las cuales son negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

La negación, no es precisamente la negación total de la ausencia del ser querido, es una dificultad para comprender la ausencia de la persona que falleció. Inicialmente, la respuesta ante la pérdida es una etapa de shock o paralización, pues supone un evento que traspasa las capacidades de afrontamiento de la persona, por eso es normal observar un estado de confusión (Kübler-Ross & Kessler, 2004 p.20).

La ira por su parte puede expresarse de diferentes maneras, ya sea enojo con la persona que murió, consigo mismo, con Dios, o con el personal médico. Según los autores, la ira aparece cuando la persona se siente lo suficientemente segura de que sobrevivirá a lo que venga, es una etapa necesaria en el proceso de sanación, entre más se experimente esta emoción, más estrategias se irán construyendo para afrontarla. Hay otras emociones detrás de la ira, que aflorarán con el tiempo, cuando la persona se encuentre lista.

Kübler-Ross & Kessler (2004) indican que la negociación es una etapa que ayuda a la mente a pasar de una etapa a otra, generalmente, da un espacio para ajustarse a la nueva realidad, y llena los vacíos que las emociones muy fuertes dominan. Puede darse antes de la muerte de un ser querido, en casos de enfermedades terminales, muchas veces es acompañada por la culpa, pues se realizan negociaciones buscando evitar o cambiar la muerte del ser querido.

Siguiendo la línea de los autores, las reacciones restantes del proceso de duelo serían la depresión y la aceptación. La depresión, para Kübler-Ross & Kessler (2004) supone una reacción en el proceso y no un signo de enfermedad mental, las emociones llegan a un nivel más profundo, y el doliente va a enfrentar una tristeza profunda como respuesta normal a la situación que enfrenta. Por su parte, la aceptación es la reacción donde el doliente logra integrar la realidad de la pérdida, y aprende a vivir la vida sin la persona amada.

Según la revista de salud mental de Harvard (2011) las propuestas más actualizadas, no definen el proceso de duelo en etapas sino en reacciones que hacen parte del proceso de aprender a vivir sin la otra persona. De esta forma, nombran autores como Parkes quien desarrolló un modelo alternativo al de Kübler-Ross.

Parkes (2010) indica que hablar de etapas lineales hace ver el proceso de duelo como algo rígido, si bien existen fases que las personas atraviesan durante el duelo, estas no terminan antes de que otra etapa comience y es muy común que puedan experimentarse al mismo tiempo. Así mismo, la forma en que se atraviesan y su duración varía de una persona a otra.

Las reacciones ante la pérdida que nombra Parks (2010) son las de aturdimiento e incredulidad, anhelo por la persona que falleció, desorganización y desesperanza y la reorganización.

Otro investigador que tiene numerosas publicaciones sobre el duelo es Worden (2018) quien enmarca el trabajo de duelo en cuatro tareas básicas; las denomina “tareas”, a fin de evidenciar el papel activo y el esfuerzo que debe realizar el doliente para elaborar su duelo.

Para Worden (2018) esquematizar la pérdida como una serie de tareas que el doliente debe realizar, permite un papel más activo de las y los pacientes y, por lo tanto, ofrece más estrategias a nivel terapéutico. Para el autor, la frase del tiempo cura todo, es una verdad parcial, pues sanar implica lo que hace el doliente en ese tiempo. De esta forma define el duelo como un proceso cognitivo, que implica la confrontación y reestructuración de pensamientos relacionados a la persona que murió y a la experiencia de la pérdida.

Las tareas que plantea Worden (2018) son las siguientes:

- ***Aceptar la realidad de la pérdida:*** cuando un ser querido muere, la sensación de irrealidad es siempre una de las primeras reacciones. Esta primera tarea comprende el proceso de enfrentarse a una realidad en la cual la persona ya no está. Parte de esto, es comprender que reunirse de nuevo con esa persona es imposible, al menos en vida. Lo opuesto a esta tarea, es no creer en que la

persona murió, y comprende desde una pequeña distorsión de la realidad hasta conductas como la momificación (guardar pertenencias de la persona, para cuando esta vuelva). La negación también se manifiesta a través de restarle importancia a la pérdida, el olvido en cuestiones asociadas a la persona que falleció y a las creencias religiosas desadaptativas creyendo fervientemente en un reencuentro con la persona fallecida.

- ***Procesar las emociones y el dolor de la pérdida:*** perder a un ser querido, es sin duda un evento doloroso, por lo que es imprescindible que el doliente enfrente esas emociones, de hecho, todas las actividades o conductas que impidan que la persona evada el dolor, pueden prolongar el duelo. Si la persona evita la experiencia de estas emociones, inevitablemente saldrán a luz, inclusive en forma de depresión. Si esta parte del duelo no se procesa adecuadamente, es más difícil abordarlo posteriormente en terapia.
- ***Adaptarse a un mundo sin la persona que ha partido:*** según Worden (2018) hay tres formas en que las personas deben adaptarse, después de la pérdida de un ser querido. Están los ajustes externos y el cómo la pérdida afecta el funcionamiento diario, los ajustes internos de cómo la muerte afecta el sentido del yo y los ajustes espirituales, pues el duelo afecta las creencias y valores (p.47).
- ***Encontrar una forma de recordar al fallecido mientras se continúa con la vida:*** esta tarea consiste en recordar a la persona que falleció, y ser capaz al mismo tiempo, de continuar con la vida.

Por su parte, el duelo complicado se refiere a cuando la pérdida interfiere con el funcionamiento de las personas. Define como una forma de duelo caracterizada por un persistente anhelo por la persona fallecida, pensamientos e imágenes intrusivas, aplanamiento emocional, enojo o culpa relativa a la pérdida, sensación de vacío y respuestas reactivas al entorno (Cruz, Reyes y Corona, 2017). Estas reacciones muchas veces impiden que la persona pueda establecer nuevas relaciones o involucrarse en

actividades gratificantes. Siguiendo la línea de los autores, a pesar de que el DSM V incluyó el trastorno de duelo complejo persistente, hay una resistencia por parte de la comunidad científica debido a la falta de evidencia que demuestre la validez de los criterios que lo definen. Doka et al., (2012) realizan una crítica en su artículo, exponiendo que el duelo complejo persistente no debería ser una única forma de duelo complicado, pues este puede experimentarse de diferentes formas. “Existen duelos ocasionados por una muerte traumática, duelos retrasados, duelos distorsionados y formas de duelo complicado que se diferencian del duelo complejo persistente” (p. 253).

Barreto y Soler (2008) indican que las intervenciones para dolientes aún son dudosas en cuanto a su eficacia. Es interesante observar como un proceso tan doloroso y que puede ser común como motivo de consulta en terapia, realmente no cuenta con el soporte científico suficiente para demostrar su efectividad, pues los metaanálisis realizados muestran tamaños de efecto pequeños a medianos. Esto indica que no sólo tenemos problemas de nivel diagnóstico a la hora de abordar el duelo, sino que, existe una necesidad de investigar cuáles son las estrategias terapéuticas más adecuadas.

Un estudio realizado por Jordan & Neimeyer (2003) indica lo siguiente:

- a. Las investigaciones realizadas para demostrar la eficacia de las intervenciones no siempre cuentan con los métodos idóneos. Por lo tanto, se necesita un marco metodológico más estricto con el cual trabajar.
- b. En una gran mayoría de casos no se necesita ayuda profesional para afrontar el duelo y se ha logrado un mayor tamaño de la muestra en poblaciones más vulnerables, por ejemplo, muertes traumáticas y repentinas, así como en padres y madres de familia. Debido a que el duelo, es un proceso que tiene una resolución en el tiempo, los grupos controles también suelen tener una mejoría.
- c. La intervención individual es más eficaz que los formatos grupales.

- d. Las intervenciones que mejores resultados han tenido en los estudios indican que es mejor realizarlas en un periodo de 6 a 18 meses después de la pérdida, debido a que en este período es más probable determinar si una persona está atravesando por un duelo complicado.
- e. Cuando las intervenciones son en grupo, es común que la población esté en diferentes etapas de duelo, por lo tanto, las preocupaciones son diferentes en todos los casos, haciendo más difícil determinar una línea de trabajo precisa.

7. Psicología intrahospitalaria y modelo de interconsulta

Una de las líneas de trabajo en el CNCDCP es la de interconsulta, el cual es un modelo donde se visita al paciente con dolor o de atención paliativa cuando se encuentra internado en el hospital.

Es un equipo multidisciplinario donde la médica, la terapeuta física y el psicólogo de la institución brindan atención al paciente encamado. Desde un enfoque de psicología de la salud, existen protocolos que proveen de herramientas al profesional que se dedica a este trabajo y que serán retomadas en este apartado debido a la importancia que tiene el programa de interconsulta en el CNCDCP.

Un protocolo de comunicación en pacientes oncológicos realizado por Inoriza y Muñoz (2011) brinda herramientas prácticas sobre cómo manejar situaciones comunes dentro del hospital y hacen hincapié en la importancia de la comunicación efectiva del equipo de salud y de la uniformidad de todos los miembros del equipo a la hora de manejar el proceso de suministrar información a las personas enfermas, es decir, es de vital importancia que el equipo médico esté en constante comunicación, para evitar malentendidos con las personas usuarias. Así mismo, es necesario saber cómo y cuánta información debe ser facilitada y adecuarse a la forma y el ritmo en que los y las pacientes se adaptan a su enfermedad.

Según Arranz et al., (2005) las habilidades y conocimientos que debe tener un profesional sanitario son las siguientes:

- a. Conocimientos técnicos con respecto al lugar de la intervención, la enfermedad que aqueja al paciente, sus tratamientos y los conocimientos específicos en cuanto a su profesión.
- b. Actitud de respeto, empatía y ética considerando la complejidad y multidimensionalidad de las necesidades de la persona.
- c. Estrategias relacionales como la comunicación asertiva, las habilidades de autorregulación y habilidades para solucionar problemas.

La importancia del aporte de Arranz et al., (2005) es sin duda que estas habilidades deben ser transdisciplinarias, no es deber únicamente del médico conocer los tratamientos específicos de las y los pacientes, es necesario que todo el equipo de salud tenga información actualizada de cada caso y sus respectivos tratamientos. Las habilidades en comunicación no deben ser características únicas de las personas profesionales en psicología, aunque sea parte de su área de experticia.

Una gran mayoría de los pacientes atendidos en este servicio son pacientes oncológicos, que muchas veces están en tratamientos tóxicos y si se encuentran en atención paliativa es de vital importancia comunicarse efectivamente, ya que es un componente fundamental de la atención y la intervención en psicología.

Está demostrado que la comunicación efectiva en oncología disminuye el número de episodios ansiosos o depresivos, facilita la puesta en marcha de mecanismos adaptativos, mejora el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida e incrementa la satisfacción de los y las pacientes (Inoriza y Muñoz, 2011, p. 11).

Siguiendo esta línea, Vermeir et al., (2015) indican que pocas habilidades en comunicación por parte del sistema de salud pueden llevar a que pacientes no sigan las indicaciones médicas e inclusive, se puede comprometer su seguridad, lo que puede afectar seriamente el curso de una enfermedad. Así mismo, se ha demostrado que cuando existe una buena comunicación y coordinación por parte del equipo de salud, el número de hospitalizaciones se reduce.

Por su parte, Cruzado (2014) indica que las habilidades en comunicación permiten obtener información clínica relevante, conocer las necesidades y preocupaciones de los pacientes que faciliten realizar y brindar diagnósticos precisos. Tomando en cuenta estos beneficios, se debe tener en consideración que el aspecto más importante y que nunca debe olvidar el profesional, es el sufrimiento al que se enfrentan diariamente las personas con problemas de salud y que nuestra intervención debe estar dirigida con suma delicadeza para lograr disminuir el malestar emocional que genera la enfermedad, además de proveer un ambiente cálido donde se sientan acuerpadas por el equipo de salud y un primer paso, como se ha ido explicando es el de tener buenas habilidades de comunicación.

Arranz et al., (2005) indican la evidencia demostrada en cuanto a la mejora en calidad de vida del paciente enfermo cuando existe comunicación efectiva, empática y con estrategias efectivas de comunicación. Además, de acuerdo con las mismas limitaciones del sistema de salud costarricense es necesario contar con estrategias que permitan intervenciones rápidas y adecuadas a las necesidades de los y las pacientes. En este caso, las intervenciones realizadas por las personas profesionales en psicología con pacientes encamados no necesariamente se extienden para entender la intervención como un proceso terapéutico per se. El acompañamiento psicológico en un equipo interdisciplinario en este ámbito específicamente busca brindar estrategias más puntuales y promover una comunicación efectiva entre todo el equipo, las personas usuarias y sus familiares.

Cruzado (2014) indica que los objetivos que orientan la intervención psicológica en un contexto hospitalario son los siguientes:

Tabla 2

Objetivos de intervención psicooncológica

Objetivos:
a. Facilitar la captación y control del distrés emocional o sufrimiento como sexto signo vital del paciente
b. Crear un contexto social grato y de confianza, en que pacientes y familiares se sientan cómodos.
c. Facilitar que los profesionales del equipo resulten responsivos a las necesidades y demandas psicológicas de los pacientes.
d. Facilitar que los profesionales del equipo tengan un trato validante y de respeto hacia los pacientes.
e. Brindar apoyo al resto de los profesionales del equipo en sus experiencias de afrontamiento de situaciones difíciles, en relación con la comunicación con familiares y pacientes, de manera que aquellos desarrollen mayor control y dominio.
f. Apoyar en la creación de un contexto de trabajo validante y amortiguador del estrés para el equipo.
g. Mediar en los problemas y conflictos que puedan surgir entre equipo médico, pacientes y familiares.
h. Apoyar a pacientes y familiares en la solución de problemas de índole psicológica.

- i. Facilitar el control y dominio de cuantas situaciones interpersonales críticas surjan en relación con el cuidado y atención de pacientes y familiares.
- j. Asumir en la práctica el rol de consultor en asuntos que tiene que ver con los procesos de comunicación y con los problemas psicológicos que afecten el bienestar del paciente.

Recuperada de (Cruzado, 2014)

8. Enfermedades hematológicas y oncológicas

Datos del INEC (2017) indican que en 1970 los tumores malignos representaron el 9,7% de las defunciones del país, mientras que para 2016, representaron el 21,3 %, es decir, las defunciones por estas causas aumentaron más del doble en 45 años. Así mismo, la tasa de incidencia es de un 68,3 %, mientras que en mortalidad es de un 25,4 %. Esto indica la alta demanda de servicios de salud debido al cáncer.

Según Sarafino & Smith (2010) el cáncer es una enfermedad de las células caracterizada por una proliferación celular descontrolada que generalmente forma una neoplasia maligna. Hay muchas formas de cáncer, y la gran mayoría puede clasificarse en:

- Carcinomas
- Melanomas
- Linfomas
- Leucemias
- Sarcomas

Monsalve et al., (2009) explican que nuestros tejidos se desgastan y deben renovarse. Eso requiere que algunas células se dividan de cuando en cuando. Pero la división celular debe suceder en el lugar preciso, en el tiempo exacto y en la cantidad justa. El cáncer sucede cuando todos esos mecanismos de seguridad fallan y el poder primitivo de la proliferación celular se libera.

Las células cancerosas surgen debido a una alteración en el ADN, cuando esto ocurre, la célula normal repara la alteración o muere, en el caso de las células cancerígenas, el ADN alterado no se repara y la célula no muere, sino que persiste y prolifera dando origen a nuevas células (Herrera, Ñamendys y Meneses, 2017). Todas estas, tienen el mismo ADN alterado de la primera célula anormal y se denominan clon, al reproducirse de esta forma y sin control, invade otros tejidos y forman las neoplasias, que son las masas compuestas por células cancerosas.

Posibles causas:

Se ha demostrado que el cáncer, es causado por la conjugación de factores genéticos, ambientales, conductuales y psicosociales (Sarafino & Smith, 2010, p.371). Las personas pueden heredar un DNA anormal, pero con más frecuencia la alteración del DNA es causada por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor ambiental. (Salcedo y Herrera, 2017)

Sin embargo, hay muchos pacientes que enferman y las causas son desconocidas, es decir, son diagnosticados con cáncer sin una causa aparente que pueda explicar el origen de la enfermedad. Así como la malformación en el ADN puede ser ocasionada por fumar o por exposición solar, rara vez se conoce con exactitud lo que provocó la mutación.

Tipos de enfermedades hematológicas:

- **Mieloma Múltiple:** el mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de las células plasmáticas, que reemplazan a las células normales de la médula ósea, de tal manera que causan destrucción ósea y dan lugar a la formación de una proteína anormal llamada proteína M (monoclonal) (Vela, García & Esparza, 2015). Constituye el 10% de los cánceres hematológicos.
- **Leucemia:** Leucemia es el término que se utiliza para definir a un grupo de enfermedades malignas de la sangre. Se caracteriza por tener una proliferación clonal, autónoma y anormal de las células que dan origen al resto de células normales de la sangre (Hurtado, Solano & Vargas, 2012). Se dividen en: leucemia linfocítica aguda, leucemia linfocítica crónica, leucemia mieloide aguda y leucemia mieloide crónica.
- **Linfomas de Hodgkin:** según Lozano et al., (2017) el linfoma de Hodgkin (LH) es una neoplasia monoclonal de células B (surgen de los linfocitos B, un tipo de glóbulo blanco que se forma en la médula) caracterizado por la presencia de células anormales conocidas como células de Reed-Sternberg (R-S).
- **Linfoma No Hodgkin:** los linfomas no Hodgkin (LNH) son un grupo heterogéneo de enfermedades linfoproliferativas malignas. El LNH también es conocido como “linfoma unicelular” o “linfoma maligno”; se origina en linfocitos anormales, localizados en los ganglios linfáticos o el tejido linfoide extraganglionar (Gómez, Gutierrez & Jaime, 2015). Los linfomas son el séptimo cáncer más común y la edad promedio se encuentra entre los 45 y los 55 años, siendo mayor reincidencia a mayor edad.

8.1 Aspectos psicológicos en pacientes hemato-oncológicos

Según Romero (2009) cada persona tiene características particulares a la hora de enfrentarse a una enfermedad, una personalidad particular, un modo de hacer frente a los problemas, un conjunto de creencias y valores, y un determinado modo de ver el mundo (p.45). Esto quiere decir que cada caso tiene sus singularidades, sin embargo, la bibliografía indica que a nivel general, las personas experimentan cuatro emociones ante un diagnóstico: ansiedad, ira, culpa y tristeza o depresión.

Cuando una persona experimenta ansiedad ante un diagnóstico de cáncer, va a percibir peligro y se va a sentir vulnerable. Siente que la enfermedad es una amenaza a su bienestar físico y social. Asimismo, al sentirse vulnerables, la persona percibirá que no existen los suficientes recursos para lidiar con la enfermedad (Moore & Greer, 2012). Los pacientes que se enfrentan a un diagnóstico no sienten ansiedad únicamente a la enfermedad, sino también a los efectos secundarios, no solo alterando su imagen corporal, sino también su capacidad para realizar actividades diarias. La ansiedad aumenta cuando la persona no confía en el personal de salud, así como en sus propias estrategias de afrontamiento.

La ira, ocurre cuando la persona cree que su dominio personal ha sido atacado de alguna manera y de forma injustificada. Esta ira puede estar enfocada en un enojo con Dios, con los médicos o con su familia, inclusive la ira puede estar dirigida hacia sí mismo, por no haber tenido una vida más saludable o por no haber llevado control médico antes. Moore y Greer (2012) indican que personas que sienten ira, están enfocadas en la injusticia de la situación que enfrentan, mientras una persona ansiosa se preocupa por los efectos secundarios y la forma en que puede verse afectada su vida personal y su propia salud, una persona enojada siente que su médico falló al controlar ciertos efectos secundarios, o pensar en lo injusta que ha sido la vida con ellos.

La persona que se culpa, se va a achacar la responsabilidad de haberse enfermado, muchas veces hace parte de un cuadro depresivo, sin embargo, generalmente ocurre como el resultado de darle sentido a su enfermedad (Moore y Greer, 2012). Estos pacientes llegan a creer que están siendo castigados por algún pecado o pueden sentir culpabilidad por hacer sufrir a sus familiares y seres queridos.

Cuando una persona se enfrenta a un diagnóstico de cáncer, la forma en que se ve el mundo y a sí mismos cambia. Reconstruir la forma en que se ve el mundo, requiere un procesamiento cognitivo y emocional, sin embargo, a veces la magnitud de la amenaza y las emociones tan fuertes que se experimentan pueden ser abrumadoras. Al enfrentar un diagnóstico las personas pueden atravesar diferentes estados emocionales. Sage et al., (2008) indican que las diferentes respuestas emocionales serán reacciones apropiadas (a menudo beneficiosas) en ciertas situaciones y en ciertas etapas de la enfermedad. No son simplemente buenas o malas formas de afrontamiento, aunque a veces las personas creen que lo son. Lo importante es que las personas puedan moverse con flexibilidad a través de las emociones cambiantes y adoptar las que les permitan manejar su enfermedad de manera constructiva.

Siguiendo la línea de los autores, el dolor, la incomodidad, las irritaciones persistentes, las náuseas y la fatiga son quejas muy comunes en pacientes con enfermedades que cambian la vida. Las sensaciones físicas suelen ser más problemáticas y abrumadoras cuando las emociones son altas y menos cuando el paciente está relajado. Cuando las personas pueden manejar el estrés y la presión de manera efectiva para que se sientan tranquilas, el dolor y la fatiga se pueden aliviar. Sin embargo, la experiencia de una enfermedad prolongada que ha alterado el patrón diario de la vida a menudo desafía la capacidad del paciente para crear esta calma.

Según Moorey y Greer (2012) el desafío cuando se trabaja con este grupo de pacientes es encontrar el equilibrio correcto entre "hacer" y "estar con" la persona, entre enfocarse en la aceptación o enfocarse en el cambio, y entre facilitar el procesamiento emocional y alentar la resolución activa de problemas.

Según las autoras, aceptar las emociones, usualmente rompe el ciclo de angustia. Desde la terapia cognitivo conductual, se busca que los pacientes puedan aceptar estas emociones y por lo tanto apaciguarlas, también puede permitir a los pacientes dar un paso atrás y observarse a sí mismos de manera más objetiva.

8.2 Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos

Según Miller y Massie (2010) las personas que tienen un diagnóstico de cáncer usualmente enfrentan distrés, y experimentan diversos síntomas a nivel físico y psicológico. A pesar de que un paciente puede experimentar tristeza, duelo y ansiedad, cuando el sufrimiento se prolonga e interfiere en la funcionalidad, es importante evaluarlo y manejarlo por parte de un profesional de la salud, ya que desarrollar depresión puede empeorar la calidad de vida de la persona, así como el curso del tratamiento.

Siguiendo la línea de las autoras, la prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer es de 0% a 38% y de 0% a 58% en otros tipos de depresión. Investigaciones recientes, sugieren que la depresión se asocia a un bajo nivel de linfocitos K o natural killer cells por su nombre en inglés. Estas células son las encargadas de destruir células infectadas y células cancerígenas. Miller y Massie (2010) indican que en pacientes con cáncer que además sufren de depresión, se ha mostrado un nivel menor de estas células en comparación con pacientes que no están deprimidos. Así mismo, se ha demostrado que la terapia grupal aumenta la actividad de estas células en pacientes con depresión, indicando la efectividad de las terapias psicológicas para abordar este tipo de problemáticas.

Por su parte, según Chaturvedi & Uchitomi (2012) en pacientes con cáncer los síntomas de ansiedad se presentan como una preocupación y tensión constante, ataques de pánico y palpitaciones. Siguiendo la línea de los autores, la ansiedad puede aparecer cuando no existe buena comunicación con el equipo médico, incertidumbre acerca del tratamiento y el futuro de sus familiares. De igual forma, es importante tener en cuenta que la ansiedad también puede ser ocasionada por los mismos tratamientos, por ejemplo, el uso de esteroides, interferón o los broncodilatadores.

Nikcaksh et al., (2014) exponen que la ansiedad y la depresión no tratadas, pueden interferir en la adherencia al tratamiento y la continuación de buenos hábitos de salud debido a la fatiga o falta de motivación. Además, pueden alejarse de seres queridos lo cual debilita su sistema de apoyo, aumentando así el estrés y los sentimientos de desesperanza.

Las estrategias cognitivo-conductuales que Moorey y Greer (2012) proponen para abordar la ansiedad en pacientes con cáncer son las siguientes:

- Monitorear los pensamientos automáticos.
- Poner a prueba la validez de los pensamientos automáticos y creencias.
- Buscar alternativas y modificar supuestos y creencias.

Un aspecto que es vital tener en consideración cuando se trabaja la ansiedad con personas que sufren de cáncer, es que muchas veces los pensamientos que producen ansiedad son también realistas. Cuando esto ocurre, Cruzado (2014) recomienda dirigir la intervención psicológica a la aceptación y afrontamiento emocional de lo que no se puede cambiar objetivamente y al afrontamiento activo de lo que es posible cambiar o mejorar favorablemente.

PROBLEMATIZACIÓN Y OBJETIVOS

1. Objetivo general

Desarrollar intervenciones clínicas individuales y grupales para el abordaje psicológico de personas usuarias del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, así como la rotación e inserción en diferentes equipos interdisciplinarios, con el fin de facilitar una mejora en la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas.

2. Objetivos específicos

- Conocer el funcionamiento interdisciplinario y la forma en que se abordan las enfermedades crónicas del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Brindar atención psicológica individual desde una perspectiva cognitivo-conductual a pacientes del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos con enfermedades crónicas.
- Diseñar y ejecutar talleres psicoeducativos dirigidos a pacientes del departamento de Hemato-oncología del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Participar en el programa de visitas domiciliarias a pacientes con enfermedades crónicas y terminales que reciben atención especializada por parte del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

3. Objetivo externo

Resaltar a través de la práctica profesionalizante, el papel de la psicología en el abordaje interdisciplinario e integral del dolor crónico y enfermedades hemato-oncológicas en Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCESO

1. Descripción general de la Práctica Dirigida

En un esfuerzo conjunto, el Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos y la Escuela de Psicología abrieron la posibilidad de trabajo y formación en el abordaje interdisciplinario de enfermedades crónicas y terminales. Por lo tanto, se dio continuidad a la Práctica Dirigida realizada por Ramírez (2018) & Montero (2019) dentro de la misma institución.

Al ser una Práctica Dirigida, la metodología consistió en la inserción profesionalizante de una estudiante avanzada de la carrera de psicología en el Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos a tiempo completo, durante un periodo de 6 meses, iniciando en septiembre del 2019.

Ya que las intervenciones se llevaron a cabo en una clínica perteneciente a la Caja Costarricense de Seguro Social, todo criterio diagnóstico fue basado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) avalado por la Organización Mundial de la Salud.

La Práctica Dirigida tuvo 3 fases de trabajo. Para conocer a fondo el trabajo interdisciplinario que se realiza en el CNCDCP, la primera fase de la práctica estuvo enfocada en la rotación por los diferentes departamentos y servicios que se ofrecen. Como una rotación adicional, se permitió que la estudiante rotara con médicos del servicio de hematología, para conocer más a fondo las enfermedades y tratamientos brindados por el servicio. La rotación consistió en visitar pacientes internados junto al equipo de hematología, compuesto por la Dr. Juliana Esquivel y los residentes que estuvieran en turno.

La siguiente fase consistió en la atención psicológica a pacientes y familiares que asisten al Departamento de Psicología del CNCDCP, desde una perspectiva Cognitivo-

Conductual. Los tratamientos fueron brindados de forma individual, de pareja o a nivel familiar y como parte del programa de visita domiciliar.

La tercera fase, la constituyeron 5 sesiones grupales para pacientes del servicio de Hemato-Oncología del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Además, se trabajó junto a la MsC. Carolina González, psicóloga de la institución en terapia grupal de duelo como coterapeuta, teniendo la posibilidad de dirigir dos sesiones completas.

Así mismo, como trabajo adicional, se realizaron 2 charlas al Servicio de Enfermería y una charla sobre conspiración del silencio a personas cuidadoras. De igual forma, se realizó un protocolo cognitivo-conductual para tratamiento de la obesidad para un paciente con dolor crónico, como parte de actividades que inicialmente no se contemplaron en la práctica dirigida. La planificación de las charlas adicionales se adjuntó como un anexo y se podrán observar detalladamente las actividades y el material elaborado.

Como parte de la misma Práctica Dirigida, la estudiante asistió a todas las sesiones multidisciplinarias realizadas los lunes a las 7 am, donde se exponían temas de interés, se discutían casos, así como asuntos administrativos propios de la institución. Así mismo, el CNCDCP implementó un programa para mejora del clima laboral que tenía una duración de dos horas los miércoles, por lo tanto, se formó parte de los grupos de trabajo.

2. Descripción de las funciones del Departamento de Psicología

Según Rojas (2009) la función del departamento es brindar atención psicológica y social a la persona que sufre dolor de difícil manejo, así como a su grupo familiar. Acudiendo a la utilización de recursos propios, coordinación entre redes de atención y a la capacitación continua de los profesionales del área de la salud. El proceso de atención psicológica inicia en el momento en que el paciente o su familia es referido por un profesional de la salud, al servicio

de psicología. Puede ser referido por el área médica de consulta externa o por el programa de visita domiciliar para atención de la familia de pacientes en fase terminal.

El Departamento de Psicología del CNCDCP cuenta con los siguientes servicios:

- Atención individual y familiar en Consulta Externa.
- Atención de emergencias e intervención en crisis.
- Programa de visita domiciliar.
- Atención grupal para pacientes con dolor crónico.
- Terapia grupal de duelo.
- Protocolo interdisciplinario de Esclerosis Lateral Amiotrófica en Consulta Externa y Visita Domiciliar.

La idea general de la práctica fue desarrollar habilidades y destrezas en los ámbitos de atención psicológica, a través de la rotación, la posibilidad de brindar atención psicológica individual cuando el director técnico lo aprobara, las sesiones grupales y el trabajo como coterapeuta en Consulta Externa, teniendo participación en todas las sesiones. Al tener un amplio abanico de diagnósticos, se logró desarrollar un vasto conocimiento en los protocolos específicos para cada caso, ya sea intervención grupal para personas con dolor crónico, pacientes paliativos en visita domiciliar y sus familiares, así como en consulta externa, donde se atendían pacientes que sufrían de enfermedades crónicas y/o terminales y a su familia.

En el apartado de anexos se encuentra una tabla que contiene la descripción de las actividades realizadas en la Práctica Dirigida con sus respectivos objetivos y resultados.

3. Descripción de las estrategias de intervención a nivel grupal para pacientes de hematología

La propuesta de sesiones grupales se basó en un modelo psicoeducativo, donde también se brindaron espacios para expresión de emociones, ya que ambos aspectos son de vital

importancia en el abordaje de personas con enfermedades hemato-oncológicas. El modelo se diseñó utilizando intervenciones grupales basadas en evidencia, para asegurar su eficacia y efectividad.

Para conocer a fondo el tipo de enfermedades que aquejan esta población, se realizó una rotación en el servicio de hematología del HCG, donde la estudiante pudo conocer las diferentes enfermedades y sus tratamientos, así como sus necesidades específicas, junto al equipo médico en las rondas a pacientes hospitalizados.

Utilizar un modelo grupal tiene como ventaja que los y las pacientes reciben soporte emocional entre personas que están atravesando por enfermedades similares, la mejora en autoconcepto al ser capaces de ayudar a otras personas y un menor costo económico para el sistema de salud; aspecto que se debe tomar en consideración teniendo en cuenta las largas listas de espera para que pacientes puedan acceder a atención psicológica, pues muchos departamentos de medicina del HCG al igual que Hematología, no cuentan con servicio de psicología y muchos casos son referidos al CNCDCP.

Según Spira y Casden (2010) las intervenciones grupales diseñadas para pacientes con cáncer son la intervención psicosocial más poderosa y que puede abarcar a una gran cantidad de personas. Los autores sugieren que los grupos tienen mayor efectividad cuando se enseña información sobre la enfermedad y habilidades de afrontamiento a través de sesiones psicoeducativas, cabe aclarar que el mayor beneficio de estos grupos es mejorar su calidad de vida, así mismo se ha demostrado que la terapia grupal es igual de efectiva que las intervenciones individuales para pacientes con cáncer.

Tanto Spira y Casden (2010) como Moorey y Greer (2012) indican que temáticas como manejo de pensamientos automáticos negativos, estrategias para enfrentar el estrés, solución de problemas y comunicación asertiva han sido integradas en una gran mayoría de estudios

utilizando terapia grupal, por lo tanto, el diseño de las sesiones grupales se basó en estas temáticas, incluyendo una sobre nutrición.

Para promocionar las sesiones grupales, se realizaron afiches y volantes que fueron entregados al Departamento de Hematología y, además, se colgaron en las diferentes pizarras del CNCDCP debido a que también se atienden pacientes con estas enfermedades.

Así mismo, se realizó una búsqueda de pacientes con enfermedades hematológicas del CNCDCP quienes fueron contactados vía telefónica para ser invitados a las sesiones. Las mismas fueron planificadas con un máximo de 7 participantes con el objetivo de facilitar los espacios de expresión emocional y poder tener un enfoque más personal.

4. Descripción de las estrategias y técnicas de intervención psicológica individual

La práctica profesionalizante permitió el desarrollo y la adquisición de habilidades en el ejercicio de la psicología clínica y de la salud dentro de un ambiente hospitalario. Por lo tanto, es de vital importancia exponer las estrategias utilizadas, enfocándose en la población que atiende el CNCDCP.

Para diseñar los planes de intervención, se lograron establecer sesiones semanales para todos los pacientes atendidos por la estudiante, con un total de 10 sesiones como promedio, cuando la atención era brindada únicamente por la estudiante.

Dentro del rol de coterapeuta, era más difícil realizar un seguimiento a todos los pacientes, pues las citas estaban programadas más esporádicamente y dependían de la disponibilidad de las personas profesionales en psicología del CNCDCP.

Para diseñar los planes de intervención psicológica individuales de esta práctica dirigida, se realizaron entrevistas para indagar el motivo de consulta y, además, las expectativas y objetivos. A partir de ello, se diseñaba un plan de atención personalizado, y, se revisó material bibliográfico sobre cada caso específico.

4.1 Reestructuración cognitiva

La terapia cognitiva se considera empírica, ya que busca probar hipótesis, de esta forma, los pensamientos negativos se convierten en hipótesis que el paciente debe poner a prueba, así se podrá definir si el pensamiento es útil o puede conllevar a más estrés. El objetivo es que durante las sesiones las personas, con ayuda inicial del terapeuta puedan identificar pensamientos automáticos asociados a sus problemáticas, cuestionarlos y sustituirlos por pensamientos más realistas.

La aplicación de técnicas cognitivas tiene como objetivo que los pacientes puedan generar alternativas y planes de acción que puedan utilizar cuando se enfrenten a situaciones similares en el futuro.

Enfocado en atención a personas que atraviesan un duelo, Barreto y Soler (2008) indican que esta técnica cognitiva muchas veces puede presentar problemáticas, ya que se pueden encontrar pensamientos negativos realistas y es importante ser conscientes como terapeutas que son procesos de ajuste diferentes a los que se producen en situaciones más estáticas, por lo tanto, es imprescindible identificar cuando intervenir con esta técnica, para no pasar por alto o minimizar el dolor de la persona que se atiende. Siguiendo la línea de las autoras, “la terapia cognitiva puede ayudar a desarrollar pensamientos más graduados y equilibrados, mediante el análisis detenido de la evidencia a favor y en contra de la interpretación errónea y la posterior búsqueda de una explicación alternativa” (p.109). Las personas que pierden a un ser querido, muchas veces tratan de buscar una conexión causal de lo sucedido, pensamientos como “si me hubiera dado cuenta antes de la enfermedad tal vez esta persona no hubiera fallecido” “Si ese día no hubiésemos tomado esa ruta, el accidente no hubiera sucedido” en estos casos, brindar la opción terapéutica de reestructurar y modificar estos pensamientos por otros más realistas y adaptativos, puede disminuir enormemente el malestar emocional de las personas, y esta técnica se convierte en una herramienta muy útil para abordar este tipo de situaciones.

Es importante seguir estos pasos en terapia:

- Definir lo que son los pensamientos automáticos. Un ejemplo de pensamiento automático es “este tratamiento no me curará, sólo me hace sentir peor” Es importante trabajar esto en terapia, ya que además de generar malestar psicológico en los pacientes, puede afectar en la adherencia al tratamiento.
- Demostrar la relación entre pensamientos y emociones.
- Señalar la presencia de cogniciones en experiencias recientes del paciente.
- Utilizar un método para registrar pensamientos.
- Ofrecer retroalimentación.
- Muchos pacientes que atraviesan diagnósticos como cáncer o personas con dolor crónico se han enfrentado a situaciones adversas y los pensamientos negativos y sus valoraciones, son realistas y verídicos. En estos casos, es importante enfocarse en aceptar las situaciones que se escapan al control de la persona y trabajar en conjunto en la construcción de solución a problemas.

4.2 Psicoeducación:

De acuerdo con Ekhtiari et al., (2017) la psicoeducación puede ser definida como una intervención sistemática, estructurada y donde los conocimientos sobre una enfermedad, salud o salud mental se brindan de una forma didáctica y componentes emocionales y motivacionales son integrados a lo largo de las sesiones. Suele ser un componente fundamental de sesiones grupales e inclusive en terapia individual se utiliza como una forma en que pacientes puedan conocer todos los aspectos relacionados a su proceso terapéutico. En este caso, psicoeducar sobre el duelo, sus etapas y tareas importantes para elaborarlo, así como los cambios y ajustes que deben hacer las personas al enfrentarse a la pérdida de un ser querido. Además, normalizar las emociones de las y los pacientes al enfrentarse a momentos tan dolorosos como la pérdida de un ser querido.

De igual forma, Cruzado (2014) indica que la psicoeducación en el campo de atención a pacientes con cáncer se considera como uno de los procedimientos más efectivos para reducir el malestar emocional. Implica brindar al paciente y su familia información básica de la enfermedad, síntomas, tratamientos y diversas estrategias de afrontamiento y apoyo emocional.

La técnica también fue utilizada a la hora de atender personas con dolor y enfermedades crónicas, incluyendo psicoeducación sobre manejo de dolor, aspectos psicológicos asociados al dolor y estrategias de afrontamiento.

4.3 Entrenamiento en resolución de problemas

El objetivo del entrenamiento en resolución de problemas fue brindar a los pacientes un método más estructurado, que les permita organizar sus ideas y generar alternativas a las problemáticas que enfrentaban.

Wenzel, Dobson, y Hays (2016) señalan los componentes de la resolución de problemas:

- Identificar y definir el problema: el primer elemento del ESP es identificar, definir y entender el problema. Aunque parezcan evidentes, conceptualizarlos permite buscar datos disponibles sobre el problema, describirlos en un lenguaje claro y separar los supuestos de los hechos. De esta forma, se pueden establecer metas realistas e identificar posibles dificultades u obstáculos.
- Generar una lista de soluciones posibles: se realiza una lluvia de ideas con el objetivo de encontrar la mayoría de las alternativas para solucionar el problema. Esto, además permite que el terapeuta pueda tener una visión sobre la forma en que los y las pacientes usualmente evalúan las soluciones a sus problemas.
- Evaluar las fortalezas y debilidades de cada posible solución: la idea es que los y las pacientes puedan identificar las ventajas y desventajas de cada posible solución, para

escoger una. Los autores recomiendan que se establezca un plan A y que además se disponga de un plan B para ayudar a que los y las pacientes no se desanimen si no funciona la idea original.

- Poner en práctica y determinar si pudo solucionar el problema: antes de poner en práctica la solución, se puede practicar en sesiones para que la persona se prepare y pueda implementarlo de forma más efectiva entre sesiones, con el objetivo de verificar si el problema pudo resolverse.

4.4 Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)

Tener dificultades para comunicarse de forma efectiva puede acarrear numerosos problemas emocionales, por lo que el Entrenamiento en Habilidades Sociales, es una técnica de intervención utilizada con frecuencia desde el enfoque cognitivo-conductual. Beck, Gruener & Winterowd (2003) indican que es parte importante a la hora de atender a pacientes con enfermedades crónicas y cáncer, pues muchas veces tienen dificultades para comunicarse con sus familiares, amigos y personal de salud, de esta forma, incluirlo dentro de los planes de intervención permite que el paciente aprenda alternativas para sobrellevar mejor el dolor y mejorar su relación con otras personas.

Caballo (2007) indica que el EHS está compuesto por cuatro elementos indispensables:

- Entrenamiento en habilidades: se emplean procedimientos como el modelado, el ensayo de conducta, retroalimentación y reforzamiento.
- Reducción de la ansiedad: esto se logra indirectamente, cuando los pacientes aprenden conductas más adaptativas a la hora de comunicarse. Además, se pueden utilizar técnicas de relajación, cuando hay mucha ansiedad.

- Reestructuración cognitiva: se utiliza cuando existe la necesidad de cambiar creencias, cogniciones y/o actitudes que puedan interferir a la hora de realizar el entrenamiento o que afecten el desempeño del sujeto.
- Psicoeducación: esta parte del entrenamiento está destinada a que las personas usuarias puedan identificar y distinguir conductas asertivas y conductas no asertivas o agresivas, para poder encaminar el proceso terapéutico.

Con este entrenamiento se busca que las y los pacientes puedan escuchar a las demás personas, con una escucha reflectiva, y, poder opinar y expresar sus sentimientos y pensamientos de forma asertiva.

Beck, Gruener & Winterowd (2003) indican que en este proceso de comunicación se busca que los pacientes puedan:

- Mantener una mente abierta cuando escuchan a otras personas, sin asumir o juzgar.
- Tomar responsabilidad de sus pensamientos y sentimientos.
- Evitar culpar a otras personas.
- Enfocarse en el mensaje principal que se quiere transmitir.
- Ser concreto y específico cuando se da retroalimentación.
- Estar consciente de los derechos de las personas y de sus propios derechos.
- Lograr medir la frecuencia y tiempo de sus comunicaciones.

La idea principal de utilizar esta técnica es que las y los pacientes puedan comunicarse asertivamente, entendiéndola como la expresión directa de nuestros sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y respetando los derechos y valores de las personas (Caballo, 2007).

4.5 Técnicas de relajación

Correché y Mabel (2003) aseguran que la relajación les brinda a los pacientes habilidades potenciales para enfrentar las reacciones internas de estrés, oportunidad para focalizar la atención calmadamente en las expectativas positivas, y experiencia de apoyo psicológico. Por este motivo, decide utilizarse como una de las técnicas durante la intervención, para promover una mejora en el afrontamiento de situaciones que pueden generar estrés en la paciente.

La técnica escogida fue el entrenamiento en respiración diafragmática. Utilizando esta técnica, se produce una gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen, el diafragma participa activamente y se considera el tipo de respiración fisiológica más adecuado (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Según Cruzado (2014) la utilidad terapéutica de la relajación se manifiesta al disminuir la activación simpática, que contribuye a la aparición del dolor, a reducir los niveles elevados de tensión muscular, rompiendo el ciclo de dolor-tensión-dolor y como una estrategia distractora.

5. Descripción de las estrategias de intervención a familiares de personas con enfermedad terminal

En cuanto a las necesidades de la familia y el proceso de duelo, existen las mismas recomendaciones, es decir, se desaconseja intervenir de forma rutinaria, a no ser que exista un alto riesgo de complicación, duelo patológico y/o trastornos relacionados con la pérdida. Según Cruzado (2014) si se realizan intervenciones antes del fallecimiento o después, como una medida para facilitar el desarrollo del duelo y disminuir el riesgo de duelo complicado, se recomienda:

Tabla 3*Intervención a familiares de pacientes con enfermedades terminales*

Antes del fallecimiento	Después del fallecimiento
<ol style="list-style-type: none">1. Proporcionar información que facilite el afrontamiento de las situaciones de enfermedad terminal y muerte.2. Identificar las necesidades y preocupaciones.3. Ayudar a la familia a aceptar el fallecimiento del paciente.4. Identificar los factores de riesgo de duelo complicado.5. Identificar los factores de protección ante la posibilidad de duelo complicado.6. Fomentar el autocuidado.7. Anticipar rituales y ayudar a decir adiós del modo más adaptativo.8. Favorecer la comunicación, la expresión de emociones y la reconciliación.	<ol style="list-style-type: none">1. Realizar una evaluación precisa de las y los pacientes, con el fin de identificar factores de riesgo que puedan prolongar el proceso de duelo, o de interferir en la calidad de vida de las personas dolientes.2. Potenciar la aceptación de la pérdida.3. Favorecer el establecimiento de una forma de relación con el fallecido que resulte adecuada en la situación actual.4. Reestructurar los pensamientos distorsionados causantes de emociones excesivas en intensidad o duración.5. Favorecer el revivir el trauma en el caso de muertes traumáticas.6. Restablecer de forma adecuada las relaciones alteradas.7. Reducir las rumiaciones en general y

los pensamientos necesarios para
alcanzar el bienestar emocional.

Recuperada de Cruzado (2014)

6. Intervenciones no contempladas dentro de los objetivos iniciales

6.1 Programa cognitivo-conductual para tratamiento de la obesidad

Durante el desarrollo de la práctica, se descubrieron emergentes necesarios de abordar, que originalmente no hacían parte de los objetivos de la práctica y que enriquecieron el proceso de aprendizaje de la estudiante. El principal fue el desarrollo de un programa cognitivo conductual para el tratamiento de obesidad, ya que una de las personas atendidas durante la práctica, tenía como requisito bajar de peso para poder realizarse una operación que aliviaría su condición de dolor crónico causada por una lústesis grado dos entre las vértebras L4 y L5. Precisamente, el CNCDCP cuenta con una gran cantidad de pacientes que deben someterse a programas para bajar de peso, supervisados por las y los nutricionistas del Centro.

Se tuvo como objetivo el desarrollar habilidades que promovieran un peso saludable, es decir, en lugar de identificar qué aspectos cambiar, la intervención se enfocó en identificar cómo cambiar, pues, modificar el estilo de vida es esencial para cualquier tratamiento de la obesidad. Así mismo, la intervención buscó promover un cambio en tres aspectos esenciales: la conducta alimentaria, el aumento de ejercicio físico y modificaciones en aspectos de la vida emocional que puedan repercutir en la obesidad. Esto se logró a través de psicoeducación, técnicas de autocontrol, reestructuración cognitiva y desarrollo de habilidades.

Los objetivos del plan de intervención se basaron en el modelo expuesto por Caballo (2007) y fueron los siguientes:

1. Evaluar el problema, los factores que puedan ser relevantes y la entrega de autorregistros.

2. Identificar y monitorear pensamientos negativos.
3. Educación nutricional e incremento de actividad física.
4. Progreso en el control estimular, modificación del “todo o nada” y de las “autodevaluaciones”.
5. Establecer formas en que se pueda controlar la cantidad de comida y continuar trabajando en pensamientos negativos.
6. Se incluyó en el programa la utilización de técnicas de relajación para trabajar la ansiedad.

RESULTADOS Y HABILIDADES DESARROLLADAS

En este apartado, se expondrán los resultados obtenidos, organizados por líneas de trabajo, por lo tanto, se especificarán los logros obtenidos en cada uno de ellos y las habilidades desarrolladas por la estudiante durante el proceso.

Como panorama general, la siguiente tabla muestra el total de personas usuarias atendidas a lo largo de la práctica.

Tabla 4

Total de pacientes atendidos en los diferentes servicios del CNCDCP

1. Total de casos atendidos como co-terapeuta en Consulta Externa de psicología	• 153 personas.
2. Total de pacientes atendidos individualmente por la estudiante	• 11 personas.
3. Sesiones grupales	<ul style="list-style-type: none"> • 35 personas en talleres de duelo en un total de 10 sesiones • 7 personas en grupo de hematología en un total de 5 sesiones • Una charla sobre conspiración del

	<ul style="list-style-type: none"> silencio. Una charla sobre autoestima a enfermería por solicitud del departamento. Charla sobre comunicación asertiva a enfermería por solicitud del departamento. Acompañamiento en sesión grupal de hipnosis.
4. Interconsultas	<ul style="list-style-type: none"> 58 pacientes atendidos.
5. Visita Domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> 16 personas atendidas, una visita por persona.
6. Rotación en departamento de hematología	<ul style="list-style-type: none"> 8 personas atendidas en compañía del equipo médico de hematología.
7. Rotación en consulta externa de medicina del CNCDCP	<ul style="list-style-type: none"> 14 personas atendidas en compañía de la doctora Scarlett García.
8. Total de personas beneficiadas	<ul style="list-style-type: none"> 305 personas atendidas en total.

1. Resultados y aprendizajes de cada fase de trabajo

1.1 Rotación

Durante la práctica, se realizó en primera instancia, una rotación por los diferentes servicios del CNCDCP incluyendo consulta externa de medicina, psicología, visita domiciliar y el programa de interconsultas en compañía de terapia física, medicina y psicología.

Tabla 5

Distribución de horas destinadas a la fase de rotación

Servicio	Tiempo dedicado
Atención en consulta externa y actividades grupales de psicología	102 horas

Atención en consulta externa de medicina	8 horas
Atención en visita domiciliar	32 horas
Rotación hematología	8 horas
Total de horas en rotación	150 horas

El objetivo de la primera fase de rotación fue familiarizar a la estudiante dentro del contexto hospitalario y de atención paliativa para conocer la población que asiste al CNCDCP y comprender la dinámica de trabajo interdisciplinario. Esta fase de trabajo fue de vital importancia, ya que entender las diferentes áreas de trabajo permite un mayor conocimiento del modelo de atención y de las necesidades de las y los usuarios, así como de sus enfermedades y tratamientos.

El manejo de toda esta información permite brindar atención psicológica integral, teniendo en cuenta los aspectos biológicos y farmacológicos de cada caso individual, los efectos secundarios y características de cada tratamiento realizado en el CNCDCP, ya que muchas veces son aspectos que se retoman en terapia individual e imprescindibles para la intervención psicológica.

La fase tuvo un total de 4 semanas, en las cuales la totalidad del tiempo se utilizó en la observación de diferentes servicios. Así mismo, el jefe del Departamento de Psicología dedicaba varias horas a la semana a capacitar a la estudiante en aspectos relacionados a la atención brindada por el Centro. Así mismo durante el periodo de rotación se permitía que la estudiante realizara preguntas o comentarios sobre los casos atendidos.

Los diagnósticos más comunes dentro del CNCDCP que se atendieron lo largo de la práctica dirigida se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 6*Diagnósticos más comunes*

Diagnóstico	Cantidad de pacientes
Cáncer	22
Fibromialgia	3
Síndrome postlaminectomía	3
ELA	6
Enfermedad Pulmonar Obstructiva	2
Enfermedad de Bertolotti	1
Distrofia muscular	2
Hepatopatía	1
Lumbalgia	1
Hernia de disco	1
Neuropatía	1
Enfermedad renal crónica	3
Esclerosis múltiple	1
VIH	2
Otros dolores crónicos	3
Pacientes hematológicos	8

Las funciones de los servicios donde se realizaron rotaciones y que permitieron desarrollar conocimientos específicos de cada área son las siguientes:

1. **Visita domiciliaria:** es un sistema de atención en el hogar para pacientes que por diversas razones no pueden seguir asistiendo al servicio de consulta externa del CNCDCP. En el servicio participan diferentes profesionales del área de salud, entre ellos médicos, enfermeros, terapeutas físicos y respiratorios y psicológicos. El servicio de visita domiciliaria cuenta con préstamo de equipo médico, que facilita la atención en casa, para lo cual se brinda la asesoría y educación en el manejo del familiar que se

encuentra enfermo. El servicio de psicología en visita domiciliaria tiene como objetivo buscar la estabilidad emocional de la persona durante su proceso de enfermedad y terminalidad. Así mismo, se brinda atención a los y las familiares, principalmente a las personas cuidadoras, quienes tienen más recarga física y emocional.

2. Departamento de Psicología: el departamento de psicología cuenta con atención grupal e individual. La atención grupal está dirigida a población con dolor crónico, violencia doméstica y duelo, mientras que la terapia individual se ofrece a pacientes que necesitan intervención psicológica, incluyendo una amplia gama de diagnósticos.
3. Medicina Paliativa: el objetivo del servicio de medicina paliativa es disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de la población con dolores crónicos benignos, agudos y en fase terminal o incurable (CCSS, 2009).
4. Rotación en Hematología: como uno de los objetivos de la práctica, se propuso la realización de sesiones grupales para pacientes de hematología, ya que el servicio no cuenta actualmente con un departamento de psicología. Durante la rotación, se acompañó al equipo médico a las rondas de la mañana del Hospital Calderón Guardia y se tuvo la oportunidad de visitar 8 pacientes internados. La idea de rotar junto al equipo de hematología surgió de la necesidad de comprender a fondo la dinámica de las enfermedades y tratamientos, para que, a la hora de realizar las sesiones grupales, la estudiante pudiera manejar toda esta información de forma correcta, además, fue la primera vez que el servicio realizó rondas interdisciplinarias e inclusive aunque la observación fue tipo no participante, se tuvo la oportunidad de atender a una paciente precisamente, para poder hacer una interconsulta al CNCDCP, por lo tanto, la estudiante tuvo la oportunidad de realizar una entrevista inicial. Los conocimientos adquiridos en esta rotación también fueron de gran utilidad a la hora de atender pacientes en el CNCDCP, ya que se están refiriendo muchos pacientes por el servicio de Hematología.

1.2 Rotación en visita domiciliar

La fase de rotación fue vital para comprender la dinámica de atención a pacientes establecida en el CNCDCP. Previo a la práctica, la mayor preparación que tuvo la estudiante fue en el campo de atención a pacientes con dolor crónico y pacientes hematológicos debido a la propuesta de anteproyecto, sin embargo, al entrar a la institución la mayoría de pacientes atendidos fueron oncológicos.

Este aspecto de la práctica permitió principalmente conocer la forma de atención de diferentes enfermedades y los protocolos interdisciplinarios de cada caso específico. Particularmente, la rotación en medicina paliativa y en hematología fue de suma importancia para conocer aspectos importantes de los tratamientos y el lenguaje técnico que permite comprender a las personas que atenderemos globalmente, pues en el contexto hospitalario es más que evidente la integración del ser humano como un individuo biopsicosocial.

A través de visita domiciliar se adquiere un mayor nivel de sensibilidad, la cual, indispensablemente debe acompañar el conocimiento técnico requerido para brindar una atención de calidad, pues es el ámbito más vulnerable en atención paliativa y de una correcta intervención depende mejorar la calidad de vida de estos pacientes y de sus familias. La oportunidad de formación como profesional al integrarse a un ámbito domiciliario paliativo, es transformadora en todos los sentidos y desarrollar habilidades para trabajar en este campo de la psicología totalmente necesario, teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas y/o terminales aquejan a gran parte de la población.

Debido al contexto de visita domiciliar, adquirir habilidades de intervención familiar fue el aprendizaje técnico propio de nuestra disciplina que más se potenció, teniendo en cuenta que las dinámicas cambian radicalmente cuando un miembro de la familia enferma y que la terminalidad de la misma, genera ansiedad en muchísimos pacientes. La espiritualidad en este ámbito como un factor de protección en cuanto a habilidades de afrontamiento y la red de apoyo

toma un rol fundamental en el estado emocional de los y las pacientes, por lo tanto, tener conocimientos sobre comunicación asertiva y resolución de conflictos es vital como profesionales en este campo y una de las herramientas que más se desarrolló a través de la visita domiciliaria.

Durante esta fase, el asesor técnico también brindó varias horas destinadas a la capacitación de la estudiante sobre la dinámica del Departamento de Psicología y la forma de atención en consulta externa.

Otro aspecto fundamental en los conocimientos adquiridos en esta fase de la práctica fue la desmitificación en cuanto a medicina paliativa, para poder explicar a los pacientes que una enfermedad crónica y con un tratamiento paliativo no es sinónimo de terminalidad, entre los cuales podemos nombrar como ejemplo a los pacientes hematológicos. Los avances en medicina han logrado establecer protocolos de tratamientos que permiten nombrar estas enfermedades como crónicas. En la primera semana de rotación, se brindó atención psicológica a una paciente con un diagnóstico de aplasia pura de serie roja, una enfermedad hematológica que ocasiona la dependencia a transfusiones de sangre, precisamente uno de los primeros comentarios de la paciente, fue el shock emocional que tuvo a la hora de ser referida al CNCDP, pues relacionaba paliativo con muerte. Por lo tanto, el encuadre estuvo dirigido a explicar su enfermedad como crónica y sin un tratamiento curativo, sin embargo, con muchas posibilidades de vivir por mucho tiempo gracias a las transfusiones de sangre realizadas periódicamente. Este ejemplo, además nos indica la importancia de conocer a fondo las patologías que aquejan a los usuarios para poder intervenir y aliviar el malestar emocional generado por la enfermedad de una forma adecuada.

Por su parte, el modelo de interconsulta que utiliza el CNCDP permitió que la estudiante atendiera un gran número de pacientes en conjunto con el equipo interdisciplinario y en un contexto de hospitalización. El tiempo era escaso, por lo tanto, las evaluaciones y las

intervenciones debían ser eficientes y capaces de brindar las herramientas necesarias para que tanto los pacientes, como sus familiares, recibieran una atención psicológica adecuada, así mismo, la comunicación con los y las pacientes, y con el equipo médico tomaba un rol fundamental.

El aprendizaje y las habilidades adquiridas a través de la rotación en interconsulta podrían sintetizarse de la siguiente forma:

- Conocimiento sobre la condición médica del paciente: como la atención es grupal, los profesionales se enteran del diagnóstico, tratamiento y condición actual del paciente. Cabe resaltar que medicina paliativa comenzaba la intervención preguntando al paciente lo que este sabe de su enfermedad.
- Conocimiento en la evaluación del estado mental de pacientes internados.
- Conocimiento en la evaluación del historial clínico del paciente e indagar alguna comorbilidad psicopatológica y si se encuentra actualmente en tratamiento.
- Habilidad para identificar y evaluar estrategias de afrontamiento, problemáticas de las personas para adaptarse a la enfermedad y situaciones que generen gran preocupación o ansiedad.
- Habilidad para identificar aspectos que representen vulnerabilidad: en este caso, se indaga si cuando la o el paciente salga de casa contará con las condiciones idóneas y si la familia cuenta con las capacidades económicas para sustentar a la o el paciente.
- Capacidad para comunicarse con la familia y las personas cuidadoras.
- Capacidad para identificar las necesidades espirituales de los y las pacientes.

El principal objetivo de cuidados paliativos es que los y las pacientes puedan pasar sus últimos días en casa, por lo tanto, la intervención interdisciplinaria tenía siempre como objetivo facilitar que esto ocurriera, brindando el equipo y las herramientas necesarias.

Muchas veces el equipo fue intermediario entre la familia y los profesionales de salud del Hospital Calderón Guardia, esto debido a que cuidados paliativos realiza interconsultas, es decir, aunque sean pacientes del CNCDCP, en el momento del internamiento, los médicos de cabecera son los encargados de tomar las decisiones.

2. Resultados de las sesiones para pacientes hemato-oncológicos

Debido a que muchas de las personas que asistieron a las sesiones se encontraban en tratamiento, se les dificultó la asistencia, por lo tanto, semana a semana se contaban con diferentes participantes.

Muchas de las personas que asistieron a las sesiones grupales se encontraban en tratamiento, lo cual les dificultó la asistencia, por lo tanto, semana a semana se contaba con diferentes participantes. Esto limitó la aplicación de pre-test y post-test, por lo tanto, se evaluó con un instrumento diseñado por la facilitadora, el cual fue una escala donde se mostraban diferentes enunciados y se pedía a las participantes que puntuaran cada uno de ellos de 1 a 5, siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo, los resultados se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 7

Resultados de evaluación cualitativa de sesiones grupales para pacientes hemato-oncológicos

Ítem	Porcentaje de la calificación
El contenido de las sesiones le pareció adecuado	100% de las participantes dio una calificación de 5
Considera que la explicación de los contenidos fue clara	100% de las participantes dio una calificación de 5
Considera que los temas abordados en las sesiones le ayudaron a conocer aspectos relevantes en cuanto a salud mental y a su enfermedad	100% de las participantes dio una calificación de 5
Recomendaría las sesiones grupales a otros pacientes	100% de las participantes dio una calificación de 5

Los recursos utilizados para realizar las sesiones le parecieron adecuados	100% de las participantes dio una calificación de 5
La extensión de las sesiones le pareció adecuada	75% de las participantes dio una calificación de 5 25% indicó una calificación de 2
La facilitadora mostraba dominio de los temas tratados durante las sesiones	100% de las participantes dio una calificación de 5
La facilitadora le respetó a usted como persona durante las diferentes sesiones	100% de las participantes dio una calificación de 5
La facilitadora permitió la expresión y comunicación de los diferentes miembros del grupo	100% de las participantes dio una calificación de 5
La facilitadora contestó claramente las preguntas y dudas durante las sesiones	100% de las participantes dio una calificación de 5

A nivel cualitativo, las pacientes indicaron que las charlas deberían haberse promocionado más para que otros pacientes tuvieran acceso, así mismo indicaron que la duración podría ser más larga, para tener más espacio de expresión emocional. Además, indicaron que les gustaría que las sesiones fueran permanentes.

Una de las pacientes tenía un diagnóstico de cáncer no hematológico, comentó la necesidad de abrir este espacio a pacientes oncológicos, por lo tanto, se tomó en cuenta su observación y se expuso la propuesta de atención grupal a pacientes oncológicos al director técnico de la práctica.

Gracias a la rotación junto al equipo de hematología y a la investigación en bases de datos médicas sobre las enfermedades hematológicas, en la segunda sesión se logró abordar las dudas de las y los pacientes con material científico y actualizado. Según la realimentación de la sesión, fue un momento donde por primera vez recibieron una explicación detallada de su enfermedad, pues por motivos de tiempo, no siempre existe la posibilidad de que los pacientes puedan tener acceso a esta información tan detallada por parte de médicos. Esto abre una posibilidad de trabajo para profesionales en psicología a la hora de promover una forma de

comunicación y educación sobre la enfermedad ajustándose a un modelo grupal que resulta muy útil en ambientes donde el equipo de salud está saturado.

Así mismo, el modelo cognitivo de ansiedad y resolución de problemas fue de gran utilidad según lo referido por las y los pacientes, particularmente las sesiones donde se brindaron estrategias de afrontamiento alternativas y entrenamiento en ejercicios de relajación.

De igual forma, se tuvo la oportunidad de invitar a la nutricionista la Lic. Luisa Abarca quien dio una charla sobre recomendaciones en cuanto a alimentación cuando se está atravesando por un tratamiento de quimioterapia.

La dificultad para evaluar el proceso es en sí misma, el mayor aprendizaje que se obtuvo de las sesiones grupales, esto indica la importancia de flexibilizar y adaptarse a las diferentes necesidades de la población, si bien, la investigación requiere que evaluemos cuando una intervención es o no efectiva, es vital tener en cuenta que la práctica clínica y la realidad de las personas que se atienden no siempre responde a las necesidades académicas.

3. Sesiones como facilitadora en terapia de duelo

EL CNCDCP ofrece como parte de sus servicios la atención grupal a pacientes o familiares que atraviesan un proceso de duelo. Las sesiones son facilitadas por la psicóloga Carolina González, encargada, además, del servicio de psicología en visita domiciliaria. Según González (s.f.) la terapia grupal de duelo es un tratamiento psicoemocional que ayuda a la persona doliente a explorar y elaborar la pérdida del ser querido. Se permitió que la estudiante fuera coterapeuta a lo largo de la terapia grupal y que, además, realizara dos sesiones como facilitadora, una de las sesiones, por solicitud de la psicóloga encargada, se centró en el tema de autoestima y duelo. La segunda sesión, tuvo una temática escogida por la estudiante y se basó en el modelo de atención en duelo, propuesto por la Terapia de Aceptación y Compromiso.

El grupo inicialmente estuvo compuesto por 45 personas, sin embargo, a lo largo del proceso el promedio se redujo a 30 personas.

La terapia de duelo se basa en el modelo de Worden (2018) sobre las tareas para elaborar la pérdida e incluyen actividades como cine foros y particularmente, en el 2019 se celebró el día de los muertos como una forma de retratar la muerte desde una perspectiva diferente.

La metodología de los talleres tiene dos líneas claras, primeramente, psicoeducación sobre el proceso de duelo, proveer soporte emocional, brindar habilidades para la resolución de problemas y la capacidad para entender y controlar las emociones. Así como la importancia del autocuidado y las redes de apoyo, mientras se atraviesa por un duelo.

En esta etapa de la práctica, la estudiante desarrolló habilidades de intervención grupal y aprendizajes relacionados al proceso de duelo y duelo complicado y sus respectivas formas de intervención.

A pesar de la controversia en cuanto a la efectividad de intervenir psicológicamente en procesos de duelo, se pudieron observar diversos aspectos que comunicaron las y los participantes a lo largo de las sesiones:

- a. Una mejor percepción de autoeficacia al tomar la iniciativa de buscar ayuda, como manera de cuidar la salud mental y que a nivel cualitativo indicaron gran parte de los y las pacientes que asistieron a terapia grupal. “Venir a terapia me da la sensación de que puedo avanzar”.
- b. El acompañamiento grupal por personas que atraviesan situaciones similares fue otro aspecto que diferentes pacientes indicaron como un factor de ayuda en el proceso. “Al llegar a terapia me di cuenta de que no estaba sola con mi dolor y que había más personas sufriendo tanto como yo”.
- c. La accesibilidad a un espacio de expresión emocional, pues muchas y muchos pacientes no contaban con una red de apoyo.

Como se explicó anteriormente, la evidencia de efectividad en este campo es controversial, sin embargo, las personas buscan ayuda, y un ejemplo de esto, es la demanda que ha tenido la terapia grupal de duelo en el CNCDCP, aunque la mayoría de las personas que se inscriben se encuentren en una etapa reciente del proceso de duelo. Esto hace aún más importante, utilizar técnicas enfocadas en problemas específicos para no interferir en la forma en que la persona individualmente elabora su duelo. Así mismo, muchísimas personas que asisten a la terapia han sido cuidadoras o cuidadores principales, por lo tanto, el desgaste físico y emocional que acarrea este proceso impulsa a las personas a buscar profesionales en salud mental.

Nuevamente, es importante recalcar la sensibilidad como un factor fundamental en atención de duelo, así como el autocuidado de la profesional o el profesional en salud mental que dirija la terapia. El cuidado de la salud mental de todos los profesionales es vital para brindar una intervención de calidad, y que de hecho viene especificado en mucho material relacionado con el tema.

4. Atención individual en Consulta Externa

Como parte de la práctica dirigida, se le brindó a la estudiante la oportunidad de atender individualmente a 11 pacientes, con diversos motivos de consulta. Así mismo, en un rol de coterapeuta se atendió a un total de 153 personas. De estos, 40 pacientes son adultos mayores y 113 son personas adultas y adultas jóvenes, comprendiendo un rango de 18 a 64 años.

Tabla 8

Diagnósticos más comunes atendidos como coterapeuta

Diagnóstico	Cantidad de pacientes
Cáncer	44 personas
Fibromialgia	12 personas

Problemas hematológicos	6 personas
Artrosis	6 personas
ELA	7 personas
Síndrome Postlaminectomía	9 personas
Distrofia muscular progresiva	2 personas
Neuropatías	5 personas
Dolor crónico por otras causas	26 personas
Lumbalgia	4 personas
Enfermedad renal crónica	1 persona
Duelo	6 personas
Cuidadores	2 personas
Atención familiar	20 personas
Total de personas atendidas	150 atendidas

5. Rol como coterapeuta

La oportunidad de atender en un rol de coterapeuta permitió el acceso a una diversidad de casos atendidos dentro del Departamento de Psicología en Consulta Externa. Todas y todos los pacientes atendidos fueron referidos por el servicio de medicina del CNCDCP y otros fueron referidos por el HCG.

En el rol de coterapeuta, la estudiante tuvo que ajustarse a la forma particular de atender de cada psicólogo y psicóloga de la institución con la oportunidad de aprender e intervenir en cada caso.

A pesar del diverso abanico de diagnósticos, el principal problema que referían las y los pacientes era el ajuste a la enfermedad, sobre todo, quienes vivían con una condición dolorosa, pues indicaban tener problemas para ajustarse a sus actividades cotidianas. Si se dividen los múltiples diagnósticos en cuatro principales categorías para comprender mejor las diversas formas de intervención, sería en pacientes con dolor crónico, cáncer, duelo y ELA. Es importante aclarar que cada intervención estuvo personalizada, sin embargo, en estas categorías existen protocolos de atención generales, que se ajustan a la particularidad de cada paciente. Se dividió en estas categorías para organizar y poder indicar más ordenadamente la forma en que se aborda cada enfermedad desde el ámbito psicológico.

5.1 Pacientes con dolor crónico

Las personas con dolor crónico atendidas en este rol comprendían un rango de edad de 18 años hasta la adultez mayor, inclusive en rotaciones de medicina paliativa se observaron pacientes con condiciones de dolor crónico siendo adolescentes.

El dolor crónico implica un proceso de adaptación a los cambios en la funcionalidad para realizar tareas de la vida cotidiana y a nivel laboral. Muchos pacientes con dolor crónico siguen trabajando, como en el caso de mujeres con fibromialgia, quienes comentaban en sesiones la dificultad que tienen en el ambiente laboral debido a la falta de comprensión sobre su condición. Inclusive, muchos pacientes con otros diagnósticos indicaban la dificultad para realizar el proceso de pensión, pues a pesar de que el dolor crónico afecta directamente la funcionalidad, no siempre cumplen con los criterios para recibir pensión y al estar insertos en un ambiente laboral, muestran dificultades para ajustarse a la rutina y tener crisis de dolor frecuentes. Así mismo, se atendió a pacientes que se encuentran desempleados y presentan serios problemas económicos.

De igual forma, reportaban problemas en sus relaciones familiares. Esto evidencia la importancia que tiene la red de apoyo familiar en el proceso de ajuste a la enfermedad. Las personas que contaban con apoyo familiar referían estados de ánimo más estables que aquellas personas que indicaban tener problemas con sus familiares, por lo tanto, el trabajo a nivel familiar es de vital importancia para personas con este tipo de diagnósticos.

La revisión literaria realizada para la práctica dirigida indicaba que el aislamiento y la poca actividad física era común en estos pacientes, algo que se evidenció en la atención a estas personas a lo largo de todo el proceso. Por lo tanto, la activación conductual y la realización de actividades ocupacionales era parte de la intervención. El CNCDCP cuenta con grupos de apoyo para pacientes, como el de arteterapia, que ha logrado conectar a personas con

padecimientos similares y permite, además, que pacientes realicen actividades de ocio y recreación.

El estrés y las preocupaciones con respecto a su situación económica era uno de los problemas más comentados en sesiones, sobre todo en aquellas personas que contaban con poco apoyo familiar. El impacto a nivel económico que tienen los y las pacientes con dolor o enfermedades crónicas es algo que se sale de las capacidades que tenemos como profesionales, pues no todos tenían la oportunidad de recibir ayuda por parte de El Estado en estas situaciones, y el aumento de pacientes con condiciones crónicas es algo que debe tenerse en cuenta como reto a nivel social, sobre todo en pacientes mujeres.

A nivel general, dentro del encuadre, se buscaba que las y los pacientes encontraran detonantes de crisis de dolor, y lo más reportado, era haber tenido situaciones que generaron estrés o momentos de ansiedad. Por lo tanto, además se trabajaba en sesiones formas de afrontar situaciones de estrés, como medidas para abordar el dolor. Si bien, no con el objetivo de erradicar el dolor, sí se buscaba relacionar un mejor afrontamiento de este, a estados de relajación.

Otro aspecto que se pudo observar a nivel de intervención psicológica es la gran cantidad de mujeres sobrevivientes de violencia sexual que desarrollan enfermedades crónicas y lo cual se ha registrado también en la investigación científica sobre el tema. Estudios como el de Wurtele, Kaplan & Kearines (1990) y otros recientes como el de Dokkyoung et al.; (2018) y el de As-Sani et al.; (2019) indican que experiencias de violencia sexual o eventos traumáticos en la infancia, con mayor porcentaje en mujeres, son comúnmente reportados en pacientes con dolor crónico e inclusive pueden producir una menor tolerancia al dolor y depresión. Aspecto que también pudo observarse durante la atención en consulta externa del CNCDP.

5.2 Pacientes con cáncer

Los protocolos de atención a pacientes con cáncer indican la importancia de conocer el pronóstico y etapa de la enfermedad para poder brindar una atención de calidad. Es por esto, que al igual que se ha expuesto a lo largo de toda la memoria de práctica, el trabajo interdisciplinario es medular, pues conocer el diagnóstico previo a la intervención, evita malentendidos.

La intervención psicológica se basa en lo que saben los y las pacientes sobre su diagnóstico, por lo tanto, la evaluación inicial busca indagar lo que el paciente conoce, los aspectos psicosociales que pueden afectar la calidad de vida, el estado mental y emocional de las y los pacientes, sus estrategias de afrontamiento, y la intervención familiar si se considera necesaria, además, el aspecto espiritual toma un papel importantísimo a la hora de atender a esta población, ya que ha demostrado ser un factor de protección a la hora de enfrentarse a una enfermedad como el cáncer, y que pudo observarse en una gran mayoría de pacientes.

Las intervenciones clínicas características del CNCDCP en población con cáncer difieren de acuerdo con la etapa y el pronóstico de cada paciente. El tipo de paciente con cáncer que visita el centro suele ser debido a que está recibiendo un tratamiento paliativo, o pacientes que viven con los efectos secundarios post tratamiento, por ejemplo, en casos donde la radioterapia dañó algún tejido produciendo dolor.

Los sentimientos de desesperanza en pacientes con un diagnóstico terminal, así como el agotamiento físico y mental son aspectos primordiales de atención en psicología ya que pueden llevar al paciente a deprimirse.

En casos de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama y cáncer de colon, cuando tenían una ostomía, los problemas asociados a la imagen corporal también fueron motivos de consulta.

Los objetivos terapéuticos observados a lo largo del acompañamiento como coterapeuta estaban dirigidos a reducir el distrés emocional y promover un mejor ajuste a la enfermedad.

Así mismo, para muchas y muchos pacientes era muy importante brindarles atención a sus cuidadores principales, por lo tanto, como parte del encuadre se ofrecía esta oportunidad y de esta forma se trabajaba con ambos. Inclusive en muchos casos, se coordinaba con el médico o médica a cargo y las citas se programaban juntas, en casos donde la persona enferma estaba más delicada de salud.

El trabajo junto al psicólogo con el que más horas se participó como coterapeuta, era estructurado y basado en solución de problemas. A diferencia de pacientes con dolor crónico, la atención en pacientes con cáncer, cuando tienen un tratamiento paliativo, busca ser más corta y establecer estrategias para resolver problemas más inmediatos y que generen malestar en los y las pacientes, así como para sus familiares.

En el caso de personas cuidadoras que estuvieran trabajando, se daba la oportunidad de pedir licencia para poder brindar el apoyo y encargarse de la persona enferma, lo que hacía más accesible la atención al grupo familiar. Muchas veces y como pudo observarse a lo largo de esta etapa del trabajo, la atención psicológica especializada no era necesaria para todos los pacientes, y muchos de ellos se vieron favorecidos con psicoeducación, teniendo en cuenta que la asistencia semanal, como lo requiere una intervención psicológica más intensiva, no es posible por el tipo de sistema de salud y por el tipo de paciente, pues muchas veces la coordinación entre ciertos tratamientos cuando eran brindados por el HCG y no por el CNCDPC se hacía más complicada.

5.3 Pacientes con ELA

Al ser una enfermedad que interfiere en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, los cuidadores y cuidadoras principales eran parte de la atención psicológica, y la profesional a cargo del protocolo, tenía sesiones familiares en la mayor parte de los casos.

ELA es una enfermedad degenerativa y sin tratamiento curativo, su pronóstico por lo tanto no es favorable, los y las pacientes que llegaban a sesión presentaban problemas para ajustarse a la enfermedad, sobre todo cuando había un progreso en la misma. Así mismo, no existe un promedio o una predicción sobre los años que pueda vivir la persona con la enfermedad y la experiencia clínica de la psicóloga a cargo, indicaba que el apoyo familiar, la espiritualidad y la adherencia a los tratamientos y ejercicios terapéuticos eran fundamentales para mejorar la calidad de vida de estas personas.

5.4 Pacientes de duelo

Otro tipo de paciente atendido en el CNCDCP es aquel que está atravesando un proceso de duelo y que busca ayuda psicológica. Las personas que asisten a terapia individual de duelo generalmente fueron cuidadores principales de pacientes que hicieron parte del programa de visita domiciliar. De igual forma, pacientes que son atendidos en el Centro por motivos de salud y que, además, asisten a terapia psicológica de duelo.

Como se ha mencionado varias veces a lo largo del presente trabajo, la terapia de duelo busca aminorar los factores de riesgo que puedan perjudicar su elaboración y que interfieran significativamente en la calidad de vida del doliente, sobre todo en aquellos que pueden ser diagnosticados con un duelo complicado.

En esta línea se trabaja desde el enfoque de Worden, al igual que en terapia grupal, buscando que el doliente realizara las tareas expuestas por el autor. Así mismo, uno de los objetivos primordiales es promover que las y los pacientes realicen actividades recreativas y continúen con su vida, realizando cambios poco a poco.

Brindar espacios para expresión emocional también es de vital importancia y algo que pudo observarse en las intervenciones, es que, para las personas, es de gran ayuda sentirse escuchados y validados. Generalmente en sus familias lidian con otros duelos o las personas

que los rodean hacen comentarios inadecuados y que muchas veces incrementan el malestar de las personas dolientes, al no sentirse apoyadas y comprendidas. Por esto, muchas veces durante las sesiones se indicaba que el duelo es un proceso individual que es vivido de diferentes formas por las personas, por lo tanto, la psicoeducación es también medular durante el proceso de intervención.

Además, la parte espiritual es de vital importancia en este tema, ya que existen preguntas a las que lastimosamente no encontramos respuesta como profesionales, y que desde la empatía y la espiritualidad son abordadas en muchas ocasiones, sobre todo a la hora de aceptar la realidad de la pérdida.

Una de las estrategias que permiten generar un espacio terapéutico más empático, es sin duda la validación de emociones. Desde cualquier forma de intervención es de vital importancia comprender que la pérdida de un ser querido es un evento doloroso y para el cual las personas no están preparadas. Autores como Cruzado (2014) indican que inclusive el proceso de duelo podría durar dos años, por su parte Zisook & Shear (2009) indican que la intensidad y duración es muy variable, muchas personas que sufren varias pérdidas pueden elaborar los duelos de diferentes maneras, así como muchos individuos que sufren pérdidas similares, lo manejan de formas diferentes. Es decir, las autoras indican que es un proceso multifactorial, donde influyen las características personales, el estilo de apego, vulnerabilidades genéticas, edad y salud, identidad cultural y espiritual, número de pérdidas, el tipo de relación con la persona difunta y el tipo de muerte. Por eso es imprescindible comprender que la intervención terapéutica no tiene como objetivo apresurar la resolución del duelo, sino la de brindar herramientas de afrontamiento y potenciar los factores de protección para mejorar la calidad de vida de la persona doliente y respetar su dolor y el tiempo que le tome a la persona lograr equilibrar su estado emocional.

6. Rol como terapeuta

La estudiante tuvo la oportunidad de atender un total de 11 pacientes individualmente, diseñando planes de intervención personalizados y utilizando terapias basadas en evidencia, todos desde una perspectiva cognitivo-conductual.

6.1 Estrategias utilizadas y principales resultados

- ***Pacientes oncológicos***

Se atendieron tres casos oncológicos. Los planes de intervención se realizaron partiendo del motivo de consulta principal y la etapa de la enfermedad en la que se encontraban los pacientes, utilizando la línea metodológica antes expuesta.

Para brindar una correcta intervención terapéutica es fundamental identificar la etapa de la enfermedad en que se encuentra la persona. En particular, de los tres casos, sólo una paciente se encontraba en remisión y fue donde se detectaron más pensamientos catastróficos con respecto al cáncer y a su posibilidad de recaída a pesar de que en control médico se descartó. En este caso, al igual que sugirió la revisión bibliográfica, se trabajó en expresión de y validación de emociones, sin embargo, la reestructuración cognitiva para monitorear e identificar pensamientos que estuvieran generando malestar fue particularmente útil.

Los problemas relacionados al núcleo familiar fueron comunes, ya sea por una percepción de falta de apoyo, como por la sobreprotección hacia los pacientes. Sin embargo, aquellas personas que contaban con una red de apoyo sólida evidenciaban un mejor ajuste a su enfermedad.

Uno de los mayores aprendizajes en casos como estos, es la importancia de realizar una correcta evaluación psicológica del paciente junto a la familia, para poder diferenciar cuando es necesario referir y trabajar en conjunto con otros profesionales. Algunas enfermedades terminales y tratamientos contra el cáncer pueden producir síntomas que a simple vista pueden

ser confundidos con un bajo estado de ánimo u otros problemas psicológicos. Por lo tanto, antes de intervenir a nivel psicoterapéutico es indispensable descartar cualquier causa de origen orgánico y una vez realizado esto, establecer una línea de trabajo para brindar atención psicológica.

Por otro lado, los casos de violencia doméstica trascienden inclusive en pacientes con enfermedades terminales. Cuando hubo situaciones de violencia, se trabajó en conjunto con la Delegación de la Mujer para poder brindar la asesoría legal necesaria para resolver su situación y se establecieron citas semanales para dar seguimiento a la paciente y a sus hijas. Así mismo, el departamento de Trabajo Social del CNCDCP quedó atento a cada caso de violencia doméstica, monitoreando que las pacientes que se encuentren en esta situación reciban la atención adecuada.

En cuanto a la atención brindada a pacientes con cáncer terminal, se observó que la familia tenía más dificultades que los mismos pacientes para aceptar y afrontar el diagnóstico. Así mismo se observó en atención como coterapeuta, donde se tuvo acceso a una mayor cantidad de pacientes y donde era más común que solicitaran apoyo psicológico para sus familiares.

- ***Pacientes con dolor crónico***

Se atendieron un total de 3 casos de pacientes con dolor crónico y dos de ellos en proceso de duelo, por lo tanto, fue un tema recurrente dentro de las sesiones.

Los problemas en cuanto al estado de ánimo de las personas atendidas estaban relacionados en mayor medida con la enfermedad, ya que debían hacer cambios en su vida cotidiana para evitar crisis de dolor.

El problema para ajustarse a la enfermedad estaba ligado principalmente al trabajo, pues indicaban la falta de comprensión con respecto a su padecimiento. Esto afectaba en dos

ámbitos; el primero, que muchos de los trabajos eran demandantes a nivel físico y segundo, la carga de estrés producida al enfrentarse a ambientes laborales donde la educación con respecto a padecimientos crónicos era escasa, sometiendo a los pacientes a situaciones donde eran tomados por exagerados e inclusive a burlas por parte de compañeros.

Esta carga a nivel laboral, también se asocia a mayores periodos de incapacidad, donde comienza un ciclo vicioso por parte de los mismos pacientes, al aislarse y dejar de lado cualquier actividad física. Por lo tanto, era común ver pacientes que se encerraban en sus casas. De esta forma, promover una mayor activación conductual fue parte medular del tratamiento.

Los pensamientos catastróficos fueron muy comunes en pacientes con dolor crónico, indicando que no valía la pena vivir una vida con dolor. El aceptar la enfermedad y sus pocas o nulas posibilidades de cura fue el mayor reto terapéutico. En estos casos, la intervención está dirigida a crear alternativas tanto farmacológicas como psicológicas para mejorar su calidad de vida y reducir el malestar emocional.

En atención psicológica del paciente con dolor crónico, era muy común observar la automedicación, que en muchos casos puede interferir con el tratamiento estándar que brinda medicina paliativa. Por lo tanto, era indispensable educar al paciente e indagar si estábamos frente a un caso de estos. En primera instancia, debido a que muchos medicamentos para el dolor son los antiinflamatorios no esteroideos, los cuales pueden generar fallas renales al ser tomados por más tiempo del especificado por el equipo médico y segundo, porque un aumento en la dosis de medicamentos opioides puede ser dañina para él o la paciente.

En el ámbito familiar, también fue común identificar problemas relacionados a la percepción de apoyo. Las pacientes que indicaban tener problemas en sus familias generalmente reportaban crisis de dolor más frecuentes que aquellas personas que contaban con apoyo y comprensión por parte de sus familias. Esto indica la necesidad de brindar atención

familiar para pacientes con dolor crónico, generalmente enfocadas en mejorar la comunicación en el hogar.

Tristemente, las situaciones de violencia intrafamiliar también se identificaron en esta población. En estos casos, se brindó la información pertinente con respecto a las herramientas de denuncia y las instituciones que se encargan de brindar asesoría legal, así como las referencias necesarias para que recibieran seguimiento.

- ***Pacientes en proceso de duelo***

La estudiante tuvo la oportunidad de atender un total de 6 pacientes de duelo, contando aquellos que también están diagnosticados con dolor crónico.

La pérdida reciente a nivel terapéutico es un reto para el profesional en salud. En este caso, se tuvo como objetivo, reducir factores de riesgo y potenciar aquellos que podían ayudar a la resolución del duelo, por lo tanto, la expresión y validación de emociones fue la línea principal de trabajo, así como la psicoeducación. Debido a que la paciente además se encontraba estudiando en la Universidad y refirió tener problemas de ansiedad, se brindaron también estrategias de relajación y reestructuración cognitiva para abordar los pensamientos que generaban más ansiedad.

En los casos de duelo, la reestructuración cognitiva era particularmente útil para abordar los pensamientos y sentimientos de culpa con respecto a la pérdida, a la sensación de haber podido hacer más por la persona o de prevenir su muerte.

Con respecto a duelos más traumáticos, se realizaron ejercicios expuestos por Foa, Chrestman y Gilboa (2009). Sin embargo, la expresión y validación de emociones fue el eje medular de la intervención, pues las múltiples problemáticas, asociadas al nuevo ajuste familiar, a la tristeza de haber perdido a varios miembros de la familia, y a las situaciones de violencia que vivieron, hicieron que el espacio terapéutico fuera principalmente, un espacio

donde podían ventilar sus emociones y debido a la limitación del tiempo de la práctica, se pudieron observar resultados únicamente a nivel de comunicación de la familia.

6.2 Evaluación de la atención a nivel individual

Para evaluar la calidad y eficacia de la intervención se realizó un instrumento con el cual los pacientes pudieron calificar a la estudiante.

Tabla 9

Evaluación cualitativa de intervención individual

Ítem	Porcentaje de la calificación
Considera que la atención psicológica individual brindada fue la adecuada	75% de las participantes dio una calificación de 5 25% dio una calificación de 4
Considera que su motivo de consulta fue abordado adecuadamente	75% de las participantes dio una calificación de 5 25% dio una calificación de 4
Considera una mejoría en sus síntomas o motivo de consulta	75% de las participantes dio una calificación de 5 25% dio una calificación de 4
La psicóloga le respetó a usted como persona durante las diferentes sesiones	75% de las participantes dio una calificación de 5 25% dio una calificación de 4
La psicóloga contestó adecuadamente a sus preguntas durante el proceso terapéutico	75% de las participantes dio una calificación de 5 25% dio una calificación de 4
La psicóloga fue puntual durante las diferentes sesiones	75% de las participantes dio una calificación de 5 25% indicó una calificación de 2
Se sintió cómoda/cómodo durante el proceso terapéutico	75% de las participantes dio una calificación de 5 25% dio una calificación de 4
Considera que la atención psicológica fue efectiva y de calidad	75% de las participantes dio una calificación de 5 25% dio una calificación de 4
Resultados evaluación cualitativa	

6.3 Aprendizajes y habilidades desarrolladas en consulta externa.

El área de consulta externa fue en la que más horas se trabajó, esto permitió que la estudiante pudiera desarrollar habilidades de terapeuta individual, así como también habilidades de trabajo en equipo, al tomar un rol como co-terapeuta, que particularmente resulta muy útil en un ambiente hospitalario, así como el aprendizaje constante por parte de un equipo de psicólogos que tienen años de experiencia trabajando en cuidado paliativo y manejo del dolor. Las habilidades adquiridas pueden organizarse de la siguiente manera:

- Desarrollar evaluaciones psicológicas que permitan reconocer aspectos psicosociales de las y los pacientes y que ameriten trabajo interdisciplinario, como aquellos pacientes que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica o en riesgo de violencia, por lo tanto, el acompañamiento de trabajo social es de suma importancia. Así mismo, es importante identificar los síntomas que puedan ser asociados a trastornos psicológicos y que en realidad puedan tener una causa orgánica subyacente, como ocurrió en un caso evaluado por la estudiante.
- El diseño de planes de intervención individual basados en una visión integral. El modelo biopsicosocial con el cual se trabaja desde la psicología de la salud requiere que el profesional tenga conocimientos y capacidad para trabajar interdisciplinariamente. Por lo tanto, toda intervención psicológica se basa en un concepto multifactorial de salud. Así mismo, los planes de intervención se basan en las necesidades particulares de las y los pacientes y en modelos que cuenten con evidencia sobre su eficacia. Por lo tanto, la constante actualización y lectura sobre los avances médicos y psicológicos en el tratamiento de diferentes enfermedades es vital.

- Capacidad para atender crisis y brindar la contención psicológica necesaria al paciente y a su familia. En un contexto de cuidado paliativo, es vital aprender a manejar estas situaciones, ya que los diagnósticos y pronósticos de la enfermedad son en una mayoría de casos, poco alentadores.
- Desarrollo de habilidades para una mejor comunicación: en un contexto hospitalario la comunicación con el paciente y con el equipo médico es uno de los aspectos más importantes para brindar atención de calidad. La revisión bibliográfica previa, la experiencia y el contacto constante, fortaleció y mejoró la capacidad para comunicarse clara y asertivamente. Esto va de la mano con los protocolos de atención en salud, quienes refieren en diversos manuales la importancia de la misma y detallan formas en las cuales se puede mejorar. Particularmente, en interconsulta fue vital una buena comunicación, ya que la atención por paciente se realiza en equipo, junto a terapia física y medicina.
- La adquisición de conocimientos técnicos de otras áreas de la salud. Este aspecto en particular nos permite conocer a fondo las vivencias de los y las pacientes, así como las dificultades de salud que tienen.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Dentro de los principales alcances de esta práctica dirigida, se encuentra la posibilidad de la estudiante para insertarse en el Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo, y la adquisición de habilidades en el abordaje interdisciplinario de enfermedades crónicas y/o terminales. De esta forma se pudo dar continuidad al trabajo realizado por Ramírez (2018) y Montero (2019) y dejar las puertas de la institución abiertas para que otras y otros estudiantes tengan la misma formación.

Así mismo, la estudiante tuvo la oportunidad de realizar rotación en Interconsulta y en Hematología, lo cual permitió el contacto con pacientes internados y con profesionales del Hospital Calderón Guardia pertenecientes a otras áreas de salud. El conocimiento adquirido al rotar con personal de hematología permitió conocer el lenguaje técnico, los aspectos médicos subyacentes a las enfermedades y sus tratamientos, lo cual fue particularmente útil a la hora de realizar la propuesta de atención grupal a esta población.

Debido a que el sistema de salud costarricense cuenta con limitaciones, un alcance tanto en esta práctica dirigida, como las que realizaron otros compañeros en la institución, fue la capacidad de atender semanalmente a los pacientes asignados. Muchas veces, las citas cuentan con largos periodos de espera entre ellas// se programan con lapsos de tiempo o de espera prolongados, lo cual limita la intervención psicoterapéutica.

Una gran cantidad de pacientes atendidos en el CNCDCP son población adulta mayor, por lo tanto, adquirir conocimientos sobre desarrollo fue vital y algo que se aprendió en el proceso, por la experiencia diaria y la investigación bibliográfica que guió cada paso. El plan de estudios de Psicología cuenta únicamente con un curso obligatorio sobre desarrollo humano enfocado en la promoción de una vejez saludable, sin duda muy útil, pero no aplicable a otros ambientes donde el contacto con población mayor enferma es parte del día a día.

La posibilidad de aprender lenguaje técnico de otras profesiones y mantener una buena relación con el equipo de salud fue un alcance sumamente importante, muchas veces, durante nuestra formación académica se busca separar áreas de conocimiento, inclusive dentro de la misma carrera de psicología, cuando la realidad nos muestra algo muy diferente. La salud es multifactorial y, por lo tanto, interdisciplinaria, el conocimiento médico es necesario dentro de nuestra profesión si queremos ser capaces de adaptarnos al ambiente hospitalario y una prueba de esto, fue la necesidad de acceder a bases de datos propias de medicina y farmacia para

comprender a fondo la realidad de nuestros y nuestras pacientes. Esta práctica posibilita que generemos buenas relaciones con personas con las cuales compartimos un objetivo común, mejorar la calidad de vida de las personas, y esto se logra a través de la actualización constante y una práctica clínica basada en evidencia, así como de la comunicación constante del equipo interdisciplinario.

Un gran ejemplo de esto es el protocolo de atención a pacientes de ELA, los profesionales que lo conforman mantienen una comunicación constante para poder abarcar todas las situaciones que puedan influir en la enfermedad de las personas, tanto médicas, como psicológicas, familiares y sociales.

Otro gran alcance de la práctica fue el desarrollo de la propuesta de atención grupal a pacientes hemato-oncológicos, lo cual nos lleva a una de las principales limitaciones; la propuesta no pudo evaluarse debido a que el grupo de pacientes no fue constante, los tratamientos que recibían muchas veces limitaron la asistencia a las reuniones. Esto plantea retos a nivel metodológico para atender a esta población, quienes podrán incorporarse a grupos siempre que estos sean dinámicos y flexibles, para poder ajustarse a la realidad de las y los pacientes del servicio. Esto también plantea la necesidad de usar técnicas basadas en evidencia que permitan una intervención de calidad.

DISCUSIÓN

Para la realización de la Práctica Dirigida, se contó con la oportunidad de realizar rotaciones por los diferentes departamentos del CNCDCP, esto permitió que se contara con un amplio conocimiento sobre las enfermedades más comunes que se atienden en la institución. Según Kasl'Godley, King & Quill (2014) las personas profesionales en psicología que atienden en Cuidados Paliativos deben contar con conocimiento sobre los aspectos biológicos de las enfermedades y de la muerte, así como de la evaluación y el

manejo del dolor, y la planificación del cuidado de las personas usuarias. De igual forma, los autores exponen que se debe contar con conocimiento sobre factores psicológicos, socioculturales, espirituales e interpersonales en enfermedades crónicas y terminales, así como conocimiento en duelo. Por lo tanto, a través de la rotación en los diferentes departamentos, no sólo se cumplió uno de los objetivos de la Práctica Dirigida, sino que, además, se cumplió con los requerimientos que se recomiendan por parte de la APA para las personas profesionales en psicología que deciden trabajar en un contexto hospitalario y de cuidado paliativo.

Una de las observaciones a lo largo de la práctica y a la hora de recopilar antecedentes, es que la mayor investigación bibliográfica está enfocada en cáncer. Es necesario comprender que hay otras enfermedades que requieren de esta atención, como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y que no cuentan con el respaldo de múltiples investigaciones, como si lo tienen las enfermedades neoplásicas o de dolor crónico. Y que son enfermedades que también se atienden en cuidados paliativos, mayormente en el servicio de visita domiciliaria.

Estudios como el realizado por Pumar et al, (2014) indican que los protocolos de atención para ansiedad y depresión en personas con enfermedades crónicas y/o terminales, se basan en modelos generales, es decir, para enfermedades como la EPOC no existe un modelo específico de atención y la investigación en el tema sigue siendo necesaria. Por su parte Rządkiwicz¹ y Nasiłowski (2019) indican que, a pesar de la naturaleza interdisciplinaria de cuidados paliativos, en comparación con enfermedades malignas, aún no se cuenta con protocolos específicos para población con EPOC en etapa avanzada y estado crítico. Estos estudios, indican que el aporte que puede hacer la psicología en el manejo de síntomas ansiosos y depresivos puede ser fundamental en esta enfermedad, sobre

todo en aquellos pacientes que tengan ataques de ansiedad e hiperventilación ya que directamente pueden afectar su condición respiratoria.

La revisión bibliográfica previa a la práctica había denotado la prevalencia de problemas de sueño en población con dolor crónico. Esto se pudo comprobar durante la atención en consulta externa, una gran parte de las personas usuarias no sólo refirieron problemas de sueño, sino que, además, contaban con tratamiento farmacológico para tratar el insomnio. Así mismo, las sesiones grupales realizadas para pacientes con dolor crónico contaban con el tema de higiene de sueño dentro de su agenda. Esto es de vital importancia ya que existe evidencia de que el insomnio no solo es una consecuencia del dolor crónico, si no que pueden tener una relación bidireccional, esto sugiere que el insomnio puede ser un factor desencadenante de condiciones doloras (Nijs et al., 2018).

Siguiendo la línea de los autores, existe un vínculo entre insomnio y sensibilización central. Por ejemplo, en pacientes con osteoartritis se ha demostrado que aquellas personas que presentan el insomnio como comorbilidad, presentan mayor sensibilización central, así mismo presentan mayores pensamientos catastróficos.

Por otro lado, la propuesta de atención grupal de pacientes hemato-oncológicos, a pesar de contar con las limitaciones propias del proceso de evaluación, fue el primer acercamiento a población oncológica en formato grupal. Esto muestra la necesidad de crear diferentes alternativas de atención a pacientes oncológicos, debido a que es una gran parte de la población que atiende el CNCDCP. Además, está comprobado que las intervenciones grupales son efectivas y conllevan menos costos para el sistema de salud, como lo respaldan los estudios de Oh et al (2016), Andersen et al (2008) y Cunningham and Tocco (1989) que han sido citados en otros apartados de este informe.

Para diseñar propuestas de atención grupal con población oncológica, es necesario contar con una gran flexibilidad y comprensión, aspectos que fueron aprendidos a lo largo de la práctica y que pueden ser tomados como insumo para continuar la atención grupal en el CNCDCP de pacientes oncológicos. Esto debido a que la línea de tratamientos para pacientes hematooncológicos tiene efectos secundarios que en muchas ocasiones pueden limitar la funcionalidad y limitar la asistencia continua a las sesiones.

Una sugerencia para evaluar la calidad de intervenciones grupales a poblaciones con estas características es la evaluación por sesión, de esta forma, se puede corroborar que las personas hayan comprendido y, además, brinden retroalimentación del proceso a la facilitadora.

Otro aspecto importante de resaltar es la importancia de capacitarse en la atención a la población adulta mayor, no sólo en un ámbito paliativo, sino a nivel de psicología de salud en general. Tanto en consulta externa, visita domiciliar e interconsultas, se atendieron una gran cantidad de personas adultas mayores.

El II Informe de Estado de situación de la Persona Adulta Mayor (2020) indica que las seis morbilidades más frecuentes en personas adultas mayores son la hipertensión (59%), distintos tipos de artrosis (38%), dolor crónico de espalda (28%), diabetes mellitus (28%), gastritis o úlceras gástricas (19%) y enfermedades del corazón (17%). Así mismo, es muy común encontrar comorbilidades, tanto en población adulta mayor, como en población joven. Como profesionales es importante tener capacitación sobre el proceso de envejecimiento y cómo la edad puede ser detonante de enfermedades crónicas las cuales no tendrán las mismas implicaciones para esta población, debido a que es más vulnerable a nivel económico y social. Esto pudo observarse en consulta, donde una de las principales

causas de malestar emocional estuvo relacionada a aspectos económicos y los bajos montos de pensión que reciben.

O'Brien (2013) indica que los cambios demográficos y el envejecimiento poblacional serán un reto en cuidado paliativo. Según el autor, una gran mayoría de personas adultas mayores necesitarán cuidados paliativos y tendrán múltiples patologías que impactarán su calidad de vida.

Algunos datos para tener en cuenta, expuestos por la IASP, es que el dolor es uno de síntomas más reportados en población adulta mayor, siendo de un 73%. Un 67% de personas mayores hospitalizadas presentan dolor y no reciben un tratamiento adecuado del mismo. Así mismo, se ha demostrado que personas adultas mayores desestiman los niveles de dolor, y cuando los reportan, generalmente tienen patologías más severas, que personas jóvenes que reportan el mismo nivel de dolor. Por eso es vital que personas que quieran dedicarse a cuidados paliativos, reciban formación sobre temas geriátricos, que permitan un mayor conocimiento sobre el proceso de envejecimiento y la puesta en práctica de intervenciones mejor direccionadas.

El trabajo que realiza psicología en cuidado paliativo también debe ajustarse a cronicidad de la enfermedad, es decir, debemos ser capaces de entender que la enfermedad puede tener crisis y momentos de remisión. A pesar de contar con protocolos que muestran evidencia en la mejoría de niveles de calidad de vida, muchos pacientes pueden requerir más tiempo del que inicialmente se esperaba en procesos terapéuticos. Por lo tanto, la flexibilidad y la apertura a realizar cambios en la intervención ajustándose a cada cambio que puede ocurrir en este tipo de pacientes es primordial. En este caso, aunque la terapia cognitivo conductual tiene una estructura más definida, también es lo suficientemente flexible y adaptable a los cambios que puedan ocurrir en la vida de los y las pacientes.

Un aspecto para tener en consideración también es que, en muchas investigaciones, el porcentaje de éxito de una intervención psicológica está relacionado a la disminución del dolor, si bien, el proceso de evaluación de intensidad y frecuencia de dolor es vital a la hora de atender un paciente, los cambios que esperamos ver después de una intervención psicológica no siempre se verán reflejados en las condiciones dolorosas. Es necesario implementar instrumentos que nos permitan evaluar otros aspectos vitales y relacionados a la calidad de vida y estrategias de afrontamiento de estas y estos pacientes.

En cuanto al duelo, es importante tener en cuenta diversos aspectos que la experiencia y la investigación bibliográfica señalan, por ejemplo, identificar cuándo es necesaria la intervención y cuando podría entorpecer la elaboración del duelo, esto se realiza con evaluaciones que permitan reconocer factores de riesgo, si la intervención es en un momento de duelo reciente. Así mismo, establecer problemas concretos y elaborar un plan de acción para trabajar. Esto permite que podamos ver mejores resultados. Cabe aclarar, que esto no significa que los espacios de expresión emocional serán limitados, sin embargo, saber identificar factores de riesgo y protección y guiar la intervención de forma adecuada nos garantiza una intervención más ética, teniendo en consideración que la investigación bibliográfica es enfática en que el duelo es proceso normal y por ende debe seguir el curso sin intervenciones.

Al igual que sugiere la evidencia, la intervención muestra ser más efectiva cuando se tratan duelos en donde la pérdida no es reciente. En estos casos, es vital identificar si existen trastornos relacionados al duelo, como el estrés post traumático, la depresión o el duelo complicado que tiene su propia clasificación en el DSM-V.

La pérdida de un ser querido es sin duda una situación muy dolorosa, como profesionales debemos comprender que nuestra intervención debe ser empática, y debe

guiarse con el objetivo de aminorar cualquier situación que pueda estar causando un dolor innecesario.

CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las principales conclusiones como parte del aprendizaje que tuvo la práctica dirigida:

1. La psicología toma un rol fundamental dentro del abordaje de personas con dolor crónico y en Cuidados Paliativos. La evidencia sugiere que las intervenciones interdisciplinarias son de vital importancia dentro del contexto de cuidado paliativo y manejo de dolor crónico. Esto pudo observarse a lo largo de la práctica, las intervenciones del CNCDCP están diseñadas de forma tal, que los pacientes cuentan con la oportunidad de recibir atención interdisciplinaria. Costa Rica cuenta con protocolos que van en la línea de lo expuesto a nivel internacional en atención paliativa, contando con atención interdisciplinaria e integral de la persona usuaria y su familia. Las prácticas profesionalizantes en el área permiten que estudiantes avanzados en la carrera de psicología se acerquen a la realidad nacional y que tengan la oportunidad de integrarse a equipos con profesionales con gran experiencia en el tema. Es importante mantener lazos con instituciones pertenecientes a la CCSS primeramente por la posibilidad de desarrollo a nivel profesional en áreas que no han sido abordadas de forma intensiva durante la carrera y que son claves para desempeñarse en el ámbito de la salud, así como la oportunidad de retribuir a la sociedad, la cual nos ha permitido mediante sus aportes, acceder a educación superior de calidad.

2. A pesar de que una gran parte de personas atendidas en cuidado paliativo tienen un diagnóstico de cáncer, es de vital importancia reconocer, sobre todo desde la psicología, la importancia de desarrollar protocolos de atención para otras enfermedades como la

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, enfermedades hematológicas no oncológicas, y ELA, adaptadas a la realidad de nuestro país y a las herramientas que nos brinda la CCSS. Por ejemplo, la CCSS (2020) indica que entre 2019 y 2020, el CNCDCP visitó en sus casas a 175 pacientes con diagnóstico de ELA. Sin embargo, aún no existe mucha investigación en nuestro país sobre este protocolo y los alcances que se han tenido dentro del grupo de atención interdisciplinaria.

3. La atención en Cuidado Paliativo, es el claro ejemplo de una atención integral e interdisciplinaria y es una muestra que esto se puede lograr en el campo de la salud, que tiene resultados y apoyo de evidencia científica que respalda la importancia del modelo biopsicosocial. No debemos esperar a que pacientes y familias lleguen a esta etapa para recibir atención integral, es de vital importancia que sea el hilo conductor de todos los protocolos de atención a nivel de salud en general dentro de la CCSS y que se permita brindar estos servicios en etapas iniciales de la enfermedad, así como también en su prevención.

4. Otro factor que es importante rescatar es que una de las razones que más aqueja a las y los pacientes con enfermedades crónicas estaba relacionada a su funcionalidad, es decir, qué tanto afectaba su condición a la hora de realizar tareas cotidianas y laborales. Las demandas de la vida diaria y las demandas de la enfermedad muchas veces ocasionan que las personas pierdan el balance. Las y los usuarios de CNCDCP indican que la enfermedad influye negativamente en el desarrollo de sus actividades cotidianas, siendo el ámbito laboral uno de los más afectados. En un contexto ideal, las personas con enfermedades crónicas podrían vivir en un ambiente donde las influencias de demandas de la vida diaria se minimicen para que la persona pueda manejar su sintomatología de una mejor manera, sin embargo, existen aspectos de índole social que interfieren directamente en el bienestar de las personas con enfermedades crónicas. A lo largo de la práctica, los pacientes

comentaban que las dificultades para trabajar debido a la enfermedad aumentaban sus períodos de incapacidad o a la búsqueda de pensión anticipada. Aparte de la misma enfermedad, otro factor que detonaba el deseo de las personas a retirarse anticipadamente era la falta de comprensión en su entorno laboral. Sin embargo, si ahondamos en el tema, esto conlleva otras problemáticas, primeramente, el componente económico, pues las pensiones por incapacidad en una gran parte de los casos se solicitan antes de la cuota mínima de salarios cotizados, lo que disminuye el valor que las personas puedan recibir por mes. Además, en el caso de la fibromialgia, existe la dificultad según Li Canessa (2016) de que aún no se contempla en listados o baremos de lesiones permanentes. Esto también lo indicaron pacientes con fibromialgia, al recibir una negativa por parte de la CCSS para pensionarse, quienes fueron las que más comentaron sus deseos de retirarse del entorno laboral. Este aspecto en específico plantea un reto al abordaje de este tipo de pacientes desde el sector salud en su totalidad.

5. Es de vital importancia, no sólo en un ámbito de dolor crónico y paliativo, incluir el tema de género. La violencia de género es un factor común entre pacientes atendidas, quienes reportaban experiencias de violencia doméstica, que inclusive se incrementaron a la hora de desarrollar enfermedades crónicas. Es de vital importancia que el CNCDCP abra la posibilidad de trabajar interinstitucionalmente para que pueda brindarse el acompañamiento adecuado cuando hay problemáticas de índole legal que atraviesan casos de salud.

Siguiendo la línea del tema de violencia, existe evidencia que indica que la mayoría de las mujeres que sufren de dolor crónico han experimentado situaciones de violencia en el pasado e inclusive muchas siguen experimentándola después del diagnóstico. Esto pudo evidenciarse a lo largo de la práctica dirigida, donde se atendieron pacientes con dolor crónico y cáncer que, además, experimentaban situaciones de violencia.

6. Otro aspecto a rescatar es el tema de redes de apoyo como un factor que interfiere en la calidad de vida de las personas atendidas. Esto concuerda con lo observado durante la práctica profesionalizante, los principales problemas que comentaban las personas usuarias estaban relacionadas a la percepción de falta de apoyo. Era muy común que las sesiones familiares estuvieran enfocadas precisamente, en retomar la importancia del apoyo en el tratamiento de las y los pacientes.

7. La mayoría de las personas usuarias del departamento de psicología atendidas durante la práctica se dieron en un rol como coterapeuta. De estas personas, los diagnósticos más comunes según en CIE10 utilizado por la CCSS eran Trastorno de adaptación y Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión. Generalmente la atención en psicología se brinda por referencia del servicio de medicina. Muchas veces la atención comienza después de que el paciente es referido al CNCDCP. Para el momento en que los pacientes son referidos al CNCDCP ya han tenido experiencia en otros departamentos del HCG, donde no siempre se brinda atención psicológica, como el servicio de Hematología o Reumatología, por lo tanto, la intervención psicológica no siempre se logra en etapas tempranas y el proceso diagnóstico como tal en una gran mayoría de casos deja desgastada a la persona usuaria.

Es de vital importancia que el apoyo psicológico se de en etapas iniciales, ya que el proceso de adaptación a la enfermedad o la ambigüedad del proceso diagnóstico son momentos que ocasionan ansiedad y que a largo plazo tienen consecuencias a nivel de salud mental.

Gracias al alcance que se tuvo en el rol de coterapeuta, se pudieron observar un amplio abanico de diagnósticos y casos que permitieron que la estudiante aprendiera de manera extensa las modalidades y estrategias de atención para cada caso en específico. Es de vital

importancia rescatar que en casos donde se atendían a personas en cuidados paliativos, los enfoques de solución de problemas, manejo de ansiedad y comunicación asertiva fueron los más efectivos, de igual forma, la atención a la familia en este escenario es de vital importancia, ya que tanto la persona enferma como sus cuidadores deben de adaptarse a una nueva dinámica. De igual forma, toda estrategia de intervención debe ser flexible y adaptarse a los nuevos retos de las personas usuarias.

8. La bibliografía consultada expone que existe evidencia que la depresión y la ansiedad o situaciones de estrés influyen en la calidad de vida de las personas con dolor crónico, así mismo se ha hipotetizado que personas que padecían previamente de depresión son más proclives a padecer dolor crónico. Existe en realidad evidencia que indica que ambas hipótesis son correctas. Esto también se pudo observar a lo largo de la práctica. Era muy común observar que pacientes con dolor crónico tenían diagnósticos de depresión y ansiedad previos. Así mismo, estos trastornos son comorbilidades del dolor crónico que producen más dificultades a la hora de adaptarse a la enfermedad y de solicitar incapacidades, pues ocasionan que la persona pierda interés en actividades que antes eran significativas, o que eviten realizar actividad física para no exponerse a situaciones dolor. Así como lo exponen los antecedentes y bibliografía consultada, cuando una persona evita realizar actividad física y actividades de ocio, comienza un ciclo dañino donde la falta de actividad puede ocasionar más crisis de dolor.

9. La experiencia de haber realizado talleres psicoeducativos para pacientes hemato-oncológicos, fue bastante provechosa a pesar de no contar con datos cuantitativos que lo sustenten. Lastimosamente, por el tipo de enfermedad era difícil que las personas pudieran tener una asistencia constante, y se tuvo que cambiar fechas u horas a lo largo del desarrollo de estos a solicitud de los y las participantes. La experiencia de haber realizado los talleres muestra la necesidad de abrir estos espacios para pacientes oncológicos que hacen parte del

CNCDCP, ya que actualmente no existen. Los talleres se realizaron con un enfoque psicoeducativo ya que, según lo señalado por la evidencia, son los que tienen mayor eficacia. Es importante aclarar que siempre se abrió un espacio de escucha y expresión emocional. Se realizaron 5 sesiones, cada una con una duración de dos horas. Realizar los talleres con un enfoque psicoeducativo, permite retomar temas de forma interdisciplinaria, como la sesión llevada a cabo por una de las nutricionistas de la institución, así como sesiones donde se brinde información relacionada con la enfermedad y los efectos secundarios de sus tratamientos, además de brindar estrategias para manejo de ansiedad y apertura de espacios para expresión emocional.

RECOMENDACIONES:

1. A la Escuela de Psicología

- Continuar promoviendo la realización de prácticas dirigidas en contextos hospitalarios, estrechar lazos con instituciones pertenecientes a la CCSS no sólo permite que diferentes estudiantes complementen su formación profesional, sino que devuelvan a la sociedad la oportunidad de haber estudiado en una Universidad Pública, que se mantiene gracias al aporte de la ciudadanía costarricense.
- Desmitificar el ámbito hospitalario. Poder adaptarse a un contexto de salud, requiere que el lenguaje biomédico deje de ser un tabú dentro de la formación académica. Esto permitirá que el desempeño profesional se base en conocimiento técnico y nos da la capacidad para adaptarnos mejor a equipos de trabajo interdisciplinario.
- Incluir cursos optativos relacionados a cuidado paliativo, que permitan que las y los estudiantes desarrollen habilidades para insertarse laboralmente en el área

- Trabajar diariamente con personas, y en este caso en condiciones de vulnerabilidad requiere de muchísima responsabilidad y ética, por lo tanto, TODA nuestra práctica profesional debe basarse en evidencia. Es importante que la Escuela de Psicología promueva el aprendizaje de estos modelos, para que la formación profesional sea lo más ética posible.

2. Al Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo

- Continuar permitiendo que estudiantes avanzados puedan realizar prácticas profesionalizantes.
- Brindar más espacios de capacitación y actualización dentro de la institución.
- Rotar al personal de psicología de visita domiciliar. El departamento de Psicología cuenta con seis psicólogos de planta, que podrían rotar en visita domiciliar como medida profiláctica y para cuidar la salud mental de la psicóloga encargada.
- Implementar planes de atención en salud mental para los funcionarios y funcionarias del CNCDCP.
- El CNCDCP cuenta con las instalaciones y los recursos para abrir más posibilidades de atención grupal, por lo tanto, continuar con programas de atención grupal para pacientes oncológicos podría permitir una mayor cobertura a nivel de salud mental para esta población.
- Establecer instrumentos de evaluación que permitan un mejor diagnóstico para diseñar planes de intervención más certeros.
- Continuar con el programa de Interconsulta en equipo interdisciplinario. Durante los meses de la práctica se implementó un modelo donde las visitas a pacientes

hospitalizados fueron realizadas por una médica, una terapeuta física y un psicólogo en equipo. Esto no sólo permite brindar una verdadera intervención interdisciplinaria, sino la oportunidad para que los profesionales se sientan acuerpados y acompañados, pues la atención a personas en estado muy delicado de salud y a sus familias es emocionalmente desgastante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Allumbaugh, D. L., & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 370–380. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.3.370>
- American Psychological Association (2019) *The Opioid Guide: A Resource Guide for Practicing Psychologists*. American Psychological Association
<https://www.apa.org/advocacy/substance-use/opioids/resources>
- Andersen, B. L., Thornton, L. M., Shapiro, C. L., Farrar, W. B., Mundy, B. L., Yang, H.-C., & Carson, W. E. (2010). Biobehavioral, Immune, and Health Benefits following Recurrence for Psychological Intervention Participants. *Clinical Cancer Research*, 16(12), 3270–3278. doi:10.1158/1078-0432.ccr-10-0278
- Andersen, B. L., Yang, H. C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton, L. M., Young, D. C., & Carson, W. E., 3rd (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer*, 113(12), 3450–3458. <https://doi.org/10.1002/cncr.23969>
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P & Bayés, R. (2005) *Intervención emocional en cuidados paliativos*. Editorial Ariel.
- As-Sanie, S., Clevenger, L. A., Geisser, M. E., Williams, D. A., & Roth, R. S. (2014). History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(4), 317.e1–317.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.12.048>

- Astudillo, W., Mendieta, C. & Astudillo-Alarcón, E. (2002) *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Ediciones Universidad de Navarra.
- Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, Baranowski AP, Wesselmann U, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain. (2019) *PAIN* Jan;160(1):69-76. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001362. PMID: 30586073.
- Barlow, D., & Durand, V. (2011). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Nelson Education.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer.
- Berrocoso Martínez, Alberto, Arriba Muñoz, Leonor de, & Arcega Baraza, Adriana. (2018). Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(3), 154-159, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2018000300154&lng=es&tlng=es.
- Bonanno, G. A., & Lilienfeld, S. O. (2008). Let's be realistic: When grief counseling is effective and when it's not. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 377–378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.377>
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2013). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Stamford. Cengage Learning.
- Brenes, C., Masís, F., & Rapso, M., (2020) *II Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Universidad de Costa Rica.
- Brenes, M., Brenes, J. y Nuñez, C. (2013). *Pasado y presente de los cuidados paliativos en Costa Rica*. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX*. 71-76. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/605/art13.pdf>

- Broderick, J. E., Keefe, F. J., Schneider, S., Junghaenel, D. U., Bruckenthal, P., Schwartz, J. E., Gould, E. (2016). Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? *PAIN*, 157(9), 2115–2123. doi:10.1097/j.pain.0000000000000626
- Bui, E. (Ed.). (2018). *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions*. Springer International Publishing.
- Caballo, V. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Egresos Hospitalarios según diagnóstico principal. C.C.S.S., 2006 – 2017. En: Anuario Estadístico 2017. https://www.ccss.sa.cr/est_salud
- Castelnuovo G. (2017). New and Old Adventures of Clinical Health Psychology in the Twenty-First Century: Standing on the Shoulders of Giants. *Frontiers in psychology*, 8, 1214. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01214>
- Cederberg, J. T., Cernvall, M., Dahl, J., von Essen, L., & Ljungman, G. (2016). Acceptance as a mediator for change in acceptance and commitment therapy for persons with chronic pain?. *International journal of behavioral medicine*, 23(1), 21-29. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-015-9494-y>
- Cervera Ceballos, E; Espinoza Zamora, JR; & Labardini Méndez, JR (2017) Leucemia granulocítica crónica en: Herrera-Gómez Á, & Ñamendys-Silva S.A., & Meneses-García A(Eds.), (2017). *Manual de Oncología, 6e*. McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2306§ionid=180359780>
- Chaturvedi, S. & Uchitomi, Y. (2012) Psychosocial and Psychiatric Disorders en: Grassi, L. & Riba, M. (2012) *Clinical Psycho-Oncology*. Wiley-Blackwell.

- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology*, 5(8), 466–475. doi:10.1038/ncponc1134
- Chou, R., Loeser, J. D., Owens, D. K., Rosenquist, R. W., Atlas, S. J., Baisden, J., Wall, E. M. (2009). Interventional Therapies, Surgery, and Interdisciplinary Rehabilitation for Low Back Pain. *Spine*, 34(10), 1066–1077. doi:10.1097/brs.0b013e3181a1390d
- Crofford, L. J. (2015). Psychological aspects of chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29(1), 147–155. doi:10.1016/j.berh.2015.04.027
- Cruz Gaitán, J., Reyes, Ortega, M. y Corona Chávez, Z. (2012) *Duelo. Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Manual Moderno
- Cruzado, J. A. (2013) *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Pirámide
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery, and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126. doi:10.1016/j.jad.2014.02.026
- Cunningham, A. J., & Tocco, E. K. (1989). A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 14(2), 101–114. doi:10.1016/0738-3991(89)90046-3
- Dahl, J., Luciano, C., & Wilson, K. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. New Harbinger Publications.
- Denk, F., McMahon, S. B., & Tracey, I. (2014). Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nature neuroscience*, 17(2), 192–200. <https://doi.org/10.1038/nm.3628>
- Díaz, M.; Ruiz, M.; Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

- Duhamel, F., & Dupuis, F. (2003). Families in palliative care: exploring family and health-care professionals' beliefs. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(3), 113–119. doi:10.12968/ijpn.2003.9.3.11481
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *The journal of pain*, 17(9 Suppl), T70–T92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *The American psychologist*, 69(2), 153–166. <https://doi.org/10.1037/a0035747>
- Ekhtiari, H., Rezapour, T., Aupperle, R. L., & Paulus, M. P. (2017). Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective. *Brain Research in Addiction*, 239–264. doi:10.1016/bs.pbr.2017.08.013
- Els, C., Jackson, T. D., Kunyk, D., Lappi, V. G., Sonnenberg, B., Hagtvedt, R., Straube, S. (2017). Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd012509.pub2
- Espinosa Bautista, K; Ramírez Ibargüen;A & Terrazas, A. (2017) Leucemias agudas en: Herrera-Gómez Á, & Ñamendys-Silva S.A., & Meneses-García A(Eds.), (2017). *Manual de Oncología*, 6e. McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2306§ionid=180359780>
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782–793. doi:10.1200/jco.2011.40.8922

- Feller, L., Khammissa, R. A. G., Ballyram, R., Chandran, R., & Lemmer, J. (2019). Chronic Psychosocial Stress in Relation to Cancer. *Middle East Journal of Cancer*, 10(1), 1-8. doi:[10.30476/mejc.2019.44680](https://doi.org/10.30476/mejc.2019.44680)
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 72–79. <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1037/a0017566>
- Friedman, H. S., & Silver, R. C. (Eds.). (2007). *Foundations of health psychology*. Oxford University Press.
- Garaulet, M., & Pérez de Heredia, F. (2009). Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): new directions for clinical practice. *Nutricion hospitalaria*, 24(6), 629–639.
- García, M. G., & Gómez, Á. H. (2017). *Manual de oncología*. McGraw-Hill Interamericana.
- Garssen, B., Boomsma, M. F., de Jager Meezenbroek, E., Porsild, T., Berkhof, J., Berbee, M., ... Beelen, R. H. J. (2012). Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psycho-Oncology*, 22(3), 572–580. doi:10.1002/pon.3034
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *American Psychologist*, 69(2), 119–130. <https://doi.org/10.1037/a0035514>
- Gatchel, R. J., Oordt, M. S., & Oordt, M. S. (2003). *Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. American Psychological Association.
- Geisinger, K. F., Bracken, B. A., Carlson, J. F., Hansen, J. I. C., Kuncel, N. R., Reise, S. P., & Rodriguez, M. C. (2013). *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 2: Testing and assessment in clinical and counseling psychology*. American Psychological Association.

- Goesling, J., Clauw, D. J., & Hassett, A. L. (2013). Pain and Depression: An Integrative Review of Neurobiological and Psychological Factors. *Current Psychiatry Reports*, 15(12). doi:10.1007/s11920-013-0421-0
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC public health*, 11, 770. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>
- Gündüz, N. (2019). The Impact of Perceived Social Support on Anxiety, Depression and Severity of Pain and Burnout Among Turkish Females With Fibromyalgia. *Archives of Rheumatology*, 34(2), 186–195. doi:10.5606/archrheumatol.2019.7018
- Harvard Mental Health Letter (2011) Beyond the five stages of grief. https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/beyond-the-five-stages-of-grief
- Heinze, J. E., Kruger, D. J., Reischl, T. M., Cupal, S., & Zimmerman, M. A. (2015). Relationships Among Disease, Social Support, and Perceived Health: A Lifespan Approach. *American Journal of Community Psychology*, 56(3-4), 268–279. doi:10.1007/s10464-015-9758-3
- Holland, J. C. (Ed.). (2010). *Psycho-oncology*. Oxford University Press.
- Hurtado Monroy, Rafael, Solano Estrada, Braulio, & Vargas Viveros, Pablo. (2012). Leucemia para el médico general. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 55(2), 11-25. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000200003&lng=es&tlng=es.
- INEC (2017) Panorama demográfico 2016. <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replacpanorama2016.pdf>
- Inoriza, A & Muñoz, D. (2011) *Protocolo de comunicación en pacientes oncológicos*. Hospital Juan Ramón Jiménez.

- Institute of Medicine (US) Committee for the Study of Health Consequences of the Stress of Bereavement, Osterweis, M., Solomon, F., & Green, M. (Eds.). (1984). *Bereavement: Reactions, Consequences, and Care*. National Academies Press (US).
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2018) VI encuesta nacional 2015: Consumo de drogas en Costa Rica. IAFA. <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/investigaciones/Encuesta--Nacional-de-Drogas-2015.pdf>
- International Association for the Study of Pain (18 de enero 2019) *Real Woman, real pain*. <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/PaininWomen>
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists. *American Psychologist*, 69(2), 105–118. <https://doi.org/10.1037/a0035641>
- Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work?. *Death studies*, 27(9), 765–786. <https://doi.org/10.1080/713842360>
- Kaplan R. M. (2009). Health psychology: where are we and where do we go from here? *Menssana monographs*, 7(1), 3–9. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.43584>
- Labardini Méndez, JR; Espinoza Zamora, JR, Zapata Canto; N & Cervera Ceballos, E. (2017) Leucemia linfocítica crónica en: Herrera-Gómez Á, & Ñamendys-Silva S.A., & Meneses-García A(Eds.), (2017). *Manual de Oncología, 6e*. McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2306§ionid=180359780>
- Lafuente, M. D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (14), 1490-1504. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250628>

- Lanas, A., Benito, P., Alonso, J., Hernández-Cruz, B., Barón-Esquivias, G., Perez-Aísa, Á., ... & Gonzalez-Juanatey, J. R. (2014). Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos: documento de consenso elaborado por expertos nominados por 3 sociedades científicas (SER-SEC-AEG). *Reumatología Clínica*, 10(2), 68-84.
- Larrañaga, A., & García-Mayor, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina clínica*, 129(10), 387-391. <https://doi.org/10.1157/13110213>
- León Rubio, J. M. (2013). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Editorial UOC. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/ufidelitas/56322?page=1>
- Levin, T. & Alici, Y. (2010) Anxiety disorders en Holland, J; Jacobsen, P. & Loscalzo, M. (2010) Psycho-Oncology. Oxford University Press.
- Lim, J. A., Choi, S. H., Lee, W. J., Jang, J. H., Moon, J. Y., Kim, Y. C., & Kang, D. H. (2018). Cognitive-behavioral therapy for patients with chronic pain: Implications of gender differences in empathy. *Medicine*, 97(23). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010867>
- Lin, Y.-C., Wan, L., & Jamison, R. N. (2017). Using Integrative Medicine in Pain Management. *Anesthesia & Analgesia*, 125(6), 2081–2093. doi:10.1213/ane.0000000000002579
- Loeser, J. D., & Treede, R.-D. (2008). The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 137(3), 473–477. doi:10.1016/j.pain.2008.04.025
- Luciano, C. y Valdivia, M. S. (2006). *La terapia de aceptación y compromiso*. Ediciones Pirámide.
- Marciales, A. P. B., Valencia, M. L. J., Gómez, S. E. S., Luna, G. I. A., García, C. I. P., & Morales, M. L. C. (2017). Implementación de la guía de valoración y manejo del dolor, de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) en el programa de Enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. *MedUNAB*, 20(2), 148-164.

<http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=16c0de11-910d-4981-8ded-894d87c94d02%40sdc-v-sessmgr01>

- Martin, L & DiMatteo, M. (2014) *Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change and treatment adherence*. Oxford University Press
- Martínez, M. P., Miró, E., Sánchez, A. I., Díaz-Piedra, C., Cáliz, R., Vlaeyen, J. W. S., & Buela-Casal, G. (2013). Cognitive-behavioral therapy for insomnia and sleep hygiene in fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4), 683–697. doi:10.1007/s10865-013-9520-y
- Mathias, J. L., Cant, M. L., & Burke, A. (2018). Sleep disturbances and sleep disorders in adults living with chronic pain: a meta-analysis. *Sleep medicine*, 52, 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.05.023>
- McCracken, L. M., & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14(2), 170–175. doi:10.1016/j.ejpain.2009.03.004
- Medina, A; Espinach, M. (2013) Depresión y ansiedad en usuarios mayores de 18 años del Servicio de Hemodiálisis.Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG). *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 3, 8-14
- Mehta, R., Sharma, K., Potters, L., Wernicke, A. G., & Parashar, B. (2019). Evidence for the Role of Mindfulness in Cancer: Benefits and Techniques. *Cureus*, 11(5), e4629. <https://doi.org/10.7759/cureus.4629>
- Melin, E. O., Svensson, R., & Thulesius, H. O. (2018). Psychoeducation against depression, anxiety, alexithymia and fibromyalgia: a pilot study in primary care for patients on sick leave. *Scandinavian journal of primary health care*, 36(2), 123–133. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459225>

- Miller & Massie (2010) Depressive Disorders. En Holland, J; Jacobsen, P. & Loscalzo, M. (2010) *Psycho-Oncology*. Oxford University Press.
- Mills, S., Torrance, N., & Smith, B. H. (2016). Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review. *Current Psychiatry Reports*, 18(2). doi:10.1007/s11920-015-0659-9
- Ministerio de Salud (18 de enero de 2019). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor 2017-2021*. Dirección de Servicios de Salud. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/3681-plan-nacional-de-cuidados-paliativos-2018/file>
- Ministerio de Salud. (20 de enero de 2019). Análisis de situación de salud Costa Rica. Dirección de vigilancia de salud. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costarica/file>
- Miranda, J. J. F., & Gómez, C. P. (2007). *Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos*. Socidrogalcohol.
- Miró, J. (2006). *Dolor crónico, procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Monsalve, V., Soriano, J., Carbajo, E., & Santolaya, F. (2009). *Guía práctica de Psicología de la Salud en el ámbito hospitalario*. Colegio Oficial de Psicólogos de Valencia.
- Montero, S. (2020). *Inserción profesional en intervención psicológica para la atención del dolor y cuidados paliativos del departamento de psicología del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)*. Práctica Dirigida para optar por licenciatura. Universidad de Costa Rica.
- Moore, R. J. (2012). *Handbook of pain and palliative care*. Springer.

- Moorey, S., & Greer, S. (2012). *CBT guide for cancer*. Oxford
- Morrison, V., Bennet, P. (2016) *An introduction to Health Psychology*. Pearson.
- Nam, I. S. (2015). Effects of psychoeducation on helpful support for complicated grief: a preliminary randomized controlled single-blind study. *Psychological Medicine*, 46(01), 189–195. doi:10.1017/s0033291715001658
- Navarro López, O; Cervera Ceballos, E & Zapata Canto, N (2017) Leucemia mieloide crónica en: Herrera-Gómez Á, & Ñamendys-Silva S.A., & Meneses-García A(Eds.), (2017). *Manual de Oncología, 6e*. McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2306§ionid=180359780>
- Nicassio, P. M., Meyerowitz, B. E., & Kerns, R. D. (2004). The Future of Health Psychology Interventions. *Health Psychology*, 23(2), 132–137. doi:10.1037/0278-6133.23.2.132
- Nicholas, M., Vlaeyen, J., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S. J., Treede, R. D., & IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*, 160(1), 28–37. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
- Nieto Munuera, J. Abad Mateo, M. Á. y Esteban Albert, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad* (2a. ed.). McGraw-Hill España.
- Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., & Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian journal of internal medicine*, 5(3), 167–170.
- O'Brien, T. (2013). The Impact of an Aging Population on Palliative Care. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 27(4), 389–391. doi:10.3109/15360288.2013.847517
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook*. McGraw-Hill Education (UK).

- Oh, P. J., Shin, S. R., Ahn, H. S., & Kim, H. J. (2016). Meta-analysis of psychosocial interventions on survival time in patients with cancer. *Psychology & health*, 31(4), 396–419. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1111370>
- Okifuji, A., & Hare, B. D. (2015). The association between chronic pain and obesity. *Journal of pain research*, 8, 399–408. <https://doi.org/10.2147/JPR.S55598>
- Ong, C. K., & Forbes, D. (2005). Embracing Cicely Saunders's concept of total pain. *BMJ Clinical Research ed.*, 331(7516), 576. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7516.576-d>
- Organización Mundial de la Salud (19 de febrero de 2019) Cáncer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud (19 de febrero de 2019) Cuidados Paliativos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Ortiz, M. S. & Willey, J. F. (2018). Psychological Distress Predicts HbA1c trajectories Trajectories among Type 1 Diabetic Adolescents. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-8. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.pdpt>
- Papa, A., Rummel, C., Garrison-Diehn, C., & Sewell, M. T. (2013). Behavioral Activation for Pathological Grief. *Death Studies*, 37(10), 913–936. doi:10.1080/07481187.2012.692459
- Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD; (2019) IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain*. Jan;160(1):77-82. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001389. PMID: 30586074.
- Petersen, T. J., Sprich, S. E., & Wilhelm, S. (Eds.). (2016). *The Massachusetts general hospital handbook of cognitive behavioral therapy*. Humana Press.
- Presidencia de la República y Ministerio de salud (2015). *Manual de normas de atención del dolor y cuidados paliativos de I y II nivel*. San José. <http://portal.medicos.cr/documents/20183/532492/Manual+de+Normas+de+Atenci%C3>

%B3n+del+Dolor+y+Cuidados+Paliativos+del+Nivel+I++y+II.pdf/7cc95bcf-fb6c-44d0-936d-b1aec05b2ff3

- Pumar, M. I., Gray, C. R., Walsh, J. R., Yang, I. A., Rolls, T. A., & Ward, D. L. (2014). Anxiety and depression-Important psychological comorbidities of COPD. *Journal of thoracic disease*, 6(11), 1615–1631. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2014.09.28>
- Ramírez, JG. (2018) *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 CCSS*. Práctica Dirigida para optar por el grado de licenciatura en psicología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Rando, T. A., Doka, K. J., Fleming, S., Franco, M. H., Lobb, E. A., Parkes, C. M., & Steele, R. (2012). A Call to the Field: Complicated Grief in the DSM-5. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 65(4), 251–255. doi:10.2190/om.65.4.a
- Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (p. 587–612). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-025>
- Rathmell, J., Fields, H. (2018) Dolor: fisiopatología y tratamiento. En Harrison: *Principios de Medicina Interna 20 ed.* Recuperado de: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?sectionid=199172418&bookid=2461&jumpsectionID=199172459&Resultclick=2#1157249844>
- Red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (2017) *Anuarios Estadísticos*. https://www.ccss.sa.cr/est_salud
- Redondo-Elvira, T., Ibañez-del-Prado, C., & Barbas-Abad, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica y Salud*, 28(3), 117-121.

- Richards, G. C., Lluca, L. J., Smith, M. T., Haslam, C., Moore, B., O'Callaghan, J., & Strong, J. (2018). Effects of long-term opioid analgesics on cognitive performance and plasma cytokine concentrations in patients with chronic low back pain: a cross-sectional pilot study. *Pain reports*, 3(4), e669. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000669>
- Robinson, C. A., Pesut, B., & Bottorff, J. L. (2012). Supporting rural family palliative caregivers. *Journal of family nursing*, 18(4), 467–490. <https://doi.org/10.1177/1074840712462065>
- Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoučová, M. (2011). *Treatment of complicated grief*. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 7995. doi:10.3402/ejpt.v2i0.7995
- Rozo-Gutiérrez, N. (2016). El transitar de la muerte: cuidado paliativo; utopía o realidad?. *MedUNAB*, 19(1), 46-55. <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3d730cfd-d01e-4e59-b172-a49b039bbd93%40sdc-v-sessmgr02>
- Sage, N., Sowden, M., Chorlton, E., & Edeleanu, A. (2008). *What is the cognitive behavioural approach. Cognitive behaviour therapy for chronic illness and palliative care*. Chichester, Wiley.
- 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-Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios*. Práctica Dirigida para optar por el grado de licenciatura en psicología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Salazar, M. (2015). *Atención cognitivo conductual emocional al paciente oncológico que asiste al Departamento de Psicooncología y Hemato-Oncología del Hospital México*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura. Universidad de Costa Rica.

- Salveti, M. de G., Cobelo, A., Vernalha, P. de M., Vianna, C. I. de A., Canarezi, L. C. C. C. C., & Calegare, R. G. L. (2012). Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 896–902. doi:10.1590/s0104-11692012000500011
- Sanjida, S., McPhail, S. M., Shaw, J., Couper, J., Kissane, D., Price, M. A., & Janda, M. (2018). Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.4794
- Sanjida, S., McPhail, S. M., Shaw, J., Couper, J., Kissane, D., Price, M. A., & Janda, M. (2018). Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.4794
- Sarafino, E., & Smith, T. (2011). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions* (7th Ed.). EEUU: John Wiley & Sons, Inc
- Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41(1), 7–13. doi:10.1016/s0738-3991(00)00110-5
- Selene, G.-C., Omar, C.-I. F., & Silvia, A.-P. (2016). Palliative Care, Impact of Cognitive Behavioral Therapy to Cancer Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 1063–1070. doi:10.1016/j.sbspro.2016.02.110
- Shear, M. K. (2010). Complicated grief treatment. *Bereavement Care*, 29(3), 10–14. doi:10.1080/02682621.2010.522373
- Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. (2017) *Guía El buen uso de analgésicos opioides de consenso para Gestión de riesgos y beneficios*. Socifrogalcohol.
- Society for Health Psychology (Noviembre de 2020) History. <https://societyforhealthpsychology.org/about/history/>

- Solís, M. (2015). Red de control y cuidados paliativos de Costa Rica es modelo en el mundo. Blog de Comunicación. CCSS. Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?red-de-control-del-dolor-y-cuidados-paliativos-de-costa-rica-es-modelo-en-el-mundo>
- Song, Q. H., Xu, R. M., Zhang, Q. H., Ma, M., & Zhao, X. P. (2013). Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *International journal of clinical and experimental medicine*, 6(10), 979–984.
- Tena, S. E. A., & Chávez, M. K. (2018). *Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales*. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr>
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. (2019) Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 160(1):19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384. PMID: 30586067.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Wang, S. J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *The journal of pain*, 17(9 Suppl), T21–T49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>
- Ugueto, A. M., Santucci, L. C., Krumholz, L. S., & Weisz, J. R. (2014). Problem-Solving Skills Training. Evidence-Based CBT for Anxiety and Depression in Children and Adolescents.

- En Sbulati, E., Lyneham, H., Schniering, C., Rapee, R. (Eds) *Evidence-Based CBT for Anxiety and Depression in Children and Adolescents: A Competencies-Based Approach*. John Wiley & Sons. doi:10.1002/9781118500576.ch17
- Van de Wal, M., Servaes, P., Berry, R., Thewes, B., & Prins, J. (2018). Cognitive Behavior Therapy for Fear of Cancer Recurrence: A Case Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. doi:10.1007/s10880-018-9545-z
- Vargas, C., Bilbeny, N., Balmaceda, C., Rodríguez, M. F., Zitko, P., Rojas, R., Eberhard, M. E., Ahumada, M., & Espinoza, M. A. (2018). Costs and consequences of chronic pain due to musculoskeletal disorders from a health system perspective in Chile. *Pain reports*, 3(5), e656. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000656>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). *Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review*. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5–31. doi:10.1080/16506073.2015.1098724
- Vela Ojeda, J. & García Ruiz, M. (2015) Mieloma Múltiple en: Jaime Pérez, J. & Gómez Almaguer, D. (2015) Hematología. La sangre y sus enfermedades, 4e. McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/book.aspx?bookid=1732>
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), 1257–1267. doi:10.1111/ijcp.12686
- Vidal, M. A., & Torres, L. M. (2006). In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(3), 143-144.
- Watson, M. (1983). Psychosocial intervention with cancer patients: A review. *Psychological Medicine*, 13(4), 839–846. <https://doi.org/10.1017/S0033291700051552>

- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(1), 69–78. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.005
- Wurlel, S. K., Kaplan, G. M., & Keairnes, M. (1990). Childhood Sexual Abuse Among Chronic Pain Patients. *The Clinical Journal of Pain, 6*(2), 110–113. doi:10.1097/00002508-199006000-00006
- Yennurajalingam, S., & Bruera, E. (Eds.). (2016). *Oxford American handbook of hospice and palliative medicine and supportive care*. Oxford University Press.
- You, D. S., Albu, S., Lisenbardt, H., & Meagher, M. W. (2018). Cumulative Childhood Adversity as a Risk Factor for Common Chronic Pain Conditions in Young Adults. *Pain Medicine*. doi:10.1093/pm/pny106
- Zdziarski, L. A., Wasser, J. G., & Vincent, H. K. (2015). Chronic pain management in the obese patient: a focused review of key challenges and potential exercise solutions. *Journal of pain research, 8*, 63–77. <https://doi.org/10.2147/JPR.S55360>
- Zeledón, D. (2016). *Atención Integral Primaria a cuidadores de pacientes hemato- oncológicos del Departamento Hemato-Oncología en el área de Psicooncología del Hospital México*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura. Universidad de Costa Rica
- Ziadni, M. S., Sturgeon, J. A., & Darnall, B. D. (2018). The relationship between negative metacognitive thoughts, pain catastrophizing and adjustment to chronic pain. *European journal of pain (London, England), 22*(4), 756–762. <https://doi.org/10.1002/ejp.116>
- Zis, P., Varrassi, G., Vadalouka, A., & Paladini, A. (2019). Psychological Aspects and Quality of Life in Chronic Pain. *Pain Research and Management, 1*–2. doi:10.1155/2019/8346161
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 8*(2), 67–74. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x

ÍNDICE DE TABLAS

<u>Tabla 1.</u>	50
<u>Manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras del duelo</u>	50
<u>Tabla 2</u>	59
<u>Objetivos de intervención psicooncológica</u>	59
<u>Tabla 3</u>	79
<u>Intervención a familiares de pacientes con enfermedades terminales</u>	79
<u>Tabla 4</u>	81
<u>Total de pacientes atendidos en los diferentes servicios del CNCDCP</u>	81
<u>Tabla 5</u>	82
<u>Distribución de horas destinadas a la fase de rotación</u>	82
<u>Tabla 6</u>	84
<u>Diagnósticos más comunes</u>	84
<u>Tabla 7</u>	89
<u>Resultados de evaluación cualitativa de sesiones grupales para pacientes hemato-oncológicos</u>	89
<u>Tabla 8</u>	93
<u>Diagnósticos más comunes atendidos como coterapeuta</u>	93
<u>Tabla 9</u>	105
<u>Evaluación cualitativa de intervención individual</u>	105

APÉNDICES

Apéndice 1: Tabla de actividades realizadas por la estudiante

Tabla 1

Actividades realizadas por la estudiante durante la práctica dirigida.

Actividad	Objetivo	Función	Tareas Básicas	Productos esperados
1. Rotación por los diferentes servicios y departamentos que ofrece el centro de salud.	Conocer el funcionamiento interdisciplinario y la forma en que se abordan las enfermedades crónicas del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos	Colaborar con diferentes profesionales del centro en servicios de psicología, medicina paliativa, nutrición, terapia física, terapia respiratoria y atención domiciliar, de forma que la estudiante pueda aprender el abordaje interdisciplinario de enfermedades crónicas.	Observar el funcionamiento de los diferentes departamentos con los que cuenta el centro de salud.	Destrezas y habilidades en la atención interdisciplinaria de pacientes con enfermedades crónicas.

2. Atención psicológica personalizada a pacientes y familiares.

Brindar atención psicológica individual desde una perspectiva cognitivo-conductual a pacientes del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos con enfermedades crónicas.

Diseñar y ejecutar planes de intervención psicológica para pacientes del departamento de psicología.

Asesorar a los grupos familiares en la organización y desarrollo estrategias de atención familiar.

Constante revisión bibliográfica sobre tratamientos psicológicos actualizados y validados que se utilicen en el abordaje de enfermedades crónicas.

Evaluación a través de entrevistas, instrumentos diagnósticos y escalas utilizadas en el departamento de psicología, sobre cualquier problemática biopsicosocial asociada a enfermedades crónicas.

Detectar condiciones psicológicas y sociales que dificulten lograr una buena calidad de vida en los pacientes que son atendidos en el Centro.

Diseñar planes de intervención psicológica basados en las necesidades y problemáticas individuales y familiares de las y los pacientes.

Planes de intervención personalizada a nivel individual y/o familiares basados en problemáticas presentadas por las y los pacientes. Así mismo, la atención psicológica brindada se realizará a partir de terapias que cuenten con evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Para la evaluación de la línea base, se utilizarán las herramientas diagnósticas que provea el departamento de psicología del CNCDCP

Redacción de expedientes de cada paciente atendido.

Participar en la presentación de estudios y análisis de casos con el equipo interdisciplinario, para un manejo integral del paciente atendido en el Centro

Valorar con las escalas de evaluación del dolor la evolución del tratamiento psicológico. Evaluaciones post intervención que cercioren la eficacia y calidad del tratamiento brindado.

<p>3.Talleres para pacientes y familiares.</p>	<p>Diseñar y ejecutar talleres psicoeducativos dirigidos a pacientes del departamento de Hemato-oncología del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.</p>	<p>Diseñar sesiones grupales y psicoeducativas con temáticas relacionadas al manejo del estrés, expresión de emociones, establecimiento de metas, así como la identificación de pensamientos automáticos que generen ansiedad. Además, promover actividades significativas y desarrollar estrategias de afrontamiento.</p>	<p>Es necesaria una revisión bibliográfica previa al planeamiento de cada sesión del taller. Ejecución de sesiones grupales. Invitación a diferentes profesionales de salud especializados en el tratamiento de enfermedades crónicas y cuidados paliativos, para los pacientes y familiares que asistan a los talleres.</p>	<p>Materiales psicoeducativos elaborados para la realización de cada sesión.</p> <p>Bitácoras detallando lo realizado en cada sesión, así como de los logros obtenidos. Para esto, se evaluarán las sesiones y se pedirá retroalimentación por parte de las y los integrantes del grupo.</p> <p>Para evaluar la eficacia de las sesiones se utilizarán herramientas provistas por el CNCDCP</p> <p>Sesiones grupales que promuevan una mejor comprensión del proceso de la enfermedad, así como promocionar conductas saludables que mejoren la calidad de vida de las y los pacientes.</p>
---	---	--	--	---

4.Participar en el programa de visitas domiciliarias

Participar en el programa de visitas domiciliarias a pacientes con enfermedades crónicas y terminales que reciben atención especializada por parte del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

Diseñar e implementar protocolos de atención psicológica, basados en evidencia a pacientes del CNCDCP que pertenezcan al programa de visita domiciliaria.

Apoyar al grupo interdisciplinario de profesionales que forman parte del programa de atención individual.

Constante revisión bibliográfica sobre tratamientos psicológicos, así como de las condiciones médicas que padezcan los pacientes.

Labor de observación de las funciones del equipo interdisciplinario que forma el programa de atención domiciliaria, para comprender la forma en que se abordan los casos de pacientes.

Coordinar con el equipo las visitas a domicilio que permitan apoyar psico terapéuticamente al paciente y su familia.

Supervisiones interdisciplinarias con los encargados del programa.

Realizar la visita de acuerdo con los objetivos terapéuticos de cada caso y las recomendaciones del grupo interdisciplinario.

Redacción de bitácoras y expedientes de cada paciente.

Planes de intervención psicológica destinados a los pacientes que pertenecen al programa de visita domiciliar.

Elaborar diagnósticos de las necesidades del paciente que forma parte del programa.

Detectar condiciones psicológicas y sociales que dificulten lograr una buena calidad de vida en los pacientes que son atendidos.

Brindar psico-educación al usuario y grupo familiar.

Diseñar planes de intervención personalizados para pacientes, basándose en sus necesidades particulares.

Implementar planes de intervención especializados y personalizados.

Apéndice 2: Propuesta de atención grupal a pacientes hemato-oncológicos

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo
Departamento de Psicología



**Propuesta de Atención Grupal a Pacientes
Hematoncológicos.**

Elaborado por Daniela Ayala Alonso
Escuela de Psicología
Universidad de Costa Rica



Introducción

El siguiente documento presenta la propuesta de atención grupal para pacientes con enfermedades hemato-oncológicas puesta en práctica en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Las sesiones grupales se dieron en el marco de la práctica dirigida y fueron el primer acercamiento en formato grupal para pacientes con enfermedades hemato-oncológicas.

El servicio de hematología del Hospital Calderón Guardia no cuenta con un departamento de psicología y en muchas ocasiones se refieren al CNCDCP para atención psicológica individual, por lo que se decidió abrir la oportunidad para que la estudiante pudiera realizar un plan piloto de atención grupal a esta población.

El protocolo de atención se realizó teniendo en cuenta que las terapias grupales para pacientes con cáncer tienen gran evidencia sobre su eficacia. Además, muestran beneficios como el apoyo social y emocional entre pacientes, una mejora en el autoconcepto que brinda la sensación de ayudar a otros, así como una reducción de costos para el sistema de salud (Moorey y Greer, 2012, p. 231)

Según Die-Trill (2013) la psicoterapia de grupo consiste en la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un conjunto de pacientes, aunque no sólo se reduce a ello, ya que tanto la interacción paciente-paciente como paciente-terapeuta, se utiliza en el grupo para promover cambios en los y las participantes. Siguiendo la línea de la autora, existe gran evidencia científica que demuestra que las terapias grupales mejoran el autoconcepto, la afectividad negativa, así como facilitar la ventilación emocional. Así mismo, se han registrado mejoras en las medidas de calidad de vida al recibir atención psicológica en formato grupal.

Un metaanálisis realizado por Oh et al (2016) señala aspectos de gran importancia y que

se tuvieron en cuenta a la hora de diseñar el protocolo para atender pacientes con enfermedades hemato-oncológicas. Las autoras indican que una de las herramientas terapéuticas con mejores resultados fueron las intervenciones psicoeducativas, cuando abarcaban temáticas como educación en temas de salud y cáncer, habilidades de afrontamiento, manejo de estrés y apoyo psicológico.

Retomando la línea de Die-Trill (2013) el grupo facilita el desarrollo de lazos y apoyo social, aspectos importantísimos en el enfermo oncológico, ya que la enfermedad suele aislar y ofrece la oportunidad que pacientes puedan practicar habilidades sociales y de comunicación eficaces relacionadas con el cáncer y con las que suelen tener dificultades.

La propuesta de sesiones grupales se basa en un modelo psicoeducativo y con insumos de guías de atención cognitivo-conductual para pacientes con cáncer como la de Moorey y Greer (2012) y la propuesta psico-oncológica realizada por Spira y Casden (2010). Así mismo, se brindaron espacios para expresión de emociones, ya que ambos aspectos son de vital importancia en el abordaje de personas con enfermedades hemato-oncológicas.

El grupo contó en la primera sesión con la participación de 8 personas, donde se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, sin embargo, la asistencia a las sesiones fue cambiante, ingresaron nuevos participantes y muchas de las personas que asistieron a la primera sesión no continuaron por motivos relacionados a sus tratamientos. Se mantuvo un promedio de 4 personas después de la primera sesión por lo tanto no se aplicó el post-test y se realizó una evaluación cualitativa de las sesiones grupales.

La siguiente tabla muestra las temáticas abordadas por sesión:

Tabla 2

Temas abordados por sesión.

Sesión	Contenido
Sesión 1: Introducción y aspectos administrativos	<ul style="list-style-type: none">- Presentación del taller y la facilitadora- Presentación de las personas integrantes del grupo- Evaluación inicial- Establecimiento de rapport para facilitar una mejor adherencia a las sesiones- Buzón de preguntas para la siguiente sesión
Sesión 2: ¿Qué son las enfermedades hemato-oncológicas?	<ul style="list-style-type: none">- Respuesta a preguntas del buzón- Explicación sobre las enfermedades hemato-oncológicas, sus tratamientos y cambios en la vida diaria.
Sesión 3: Nutrición	<ul style="list-style-type: none">- Nutrición para lidiar con efectos secundarios de tratamientos
Sesión 4: Manejo de ansiedad	<ul style="list-style-type: none">- Qué puedo sentir al recibir un diagnóstico- Nuestras emociones- Depresión, ansiedad y distorsiones cognitivas
Sesión 5. Técnicas de relajación	<ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento en relajación

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo
Departamento de Psicología



Planeamiento de la primera sesión

Introducción a las sesiones grupales para pacientes de hematoncológica



Planeamiento de la primera sesión:

Sesión 1: Introducción a las sesiones		
Objetivos:		
<ol style="list-style-type: none">1. Realizar el primer contacto con las y los participantes del taller2. Generar un espacio de escucha y expresión de emociones3. Presentar de los contenidos del taller4. Establecer la dinámica del grupo		
Actividad	Duración estimada	Materiales
Presentación de la facilitadora	5 min	NA
2. Dinámica para introducir a las y los participantes: Se solicitará a las y los participantes que compartan sus nombres, la edad, su lugar de procedencia y que hablen de su diagnóstico.	35 min	Gafetes
Exposición de los contenidos del taller y de las reglas del grupo. Se recalca que pueden usar este espacio para expresar lo que sienten y que pueden conocer a personas en situaciones similares a las de ellos y ellas.	15 min	Presentación PPT
Reflexión “La vida después de enfermar” Se lee la reflexión como una forma de generar empatía con el grupo y después se abre un espacio de discusión	30 min	NA
Aplicación del Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck	30 min	Inventarios impresos.
Buzón de preguntas: Se entregarán papeles a las y los participantes donde puedan escribir preguntas que tengan en relación con su enfermedad.	10 min	Hojas de papel y lapiceros

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo
Departamento de Psicología



Planeamiento de la segunda sesión

¿Qué son las enfermedades hematológicas?



Respaldo teórico

Según lo indica Jaime-Pérez (2015) la sangre contiene diferentes tipos de células que resultan esenciales para garantizar la supervivencia en un medio adverso. Entre estas se incluyen:

- Los eritrocitos, que transportan oxígeno
- Las plaquetas, que regulan la coagulación sanguínea
- Los granulocitos neutrófilos, eosinófilos y basófilos, que resultan indispensables al igual que los monocitos para establecer los mecanismos de defensa contra bacterias, virus, hongos y parásitos.
- Linfocitos T
- Las células dendríticas
- Linfocitos B: producen anticuerpos para la respuesta inmune

Siguiendo la línea de los autores, en una médula ósea normal se encuentran todas las células de la sangre, maduras e inmaduras y en la sangre periférica, se encuentran casi siempre, células maduras.

1. Los tipos de enfermedades hematológicas:

Mieloma Múltiple:

El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de las células plasmáticas, que reemplazan a las células normales de la médula ósea, de tal manera que causan destrucción ósea y dan lugar a la formación de una proteína anormal llamada proteína M (monoclonal). (Vela y García, 2015) Constituye el 10% de los cánceres hematológicos. Las células plasmáticas se originan a partir de linfocitos, que son un tipo de glóbulo blanco que produce anticuerpos y que ayudan a combatir una

infección. Según Vela y García (2015) el crecimiento anormal genera una alteración en la hematopoyesis, (proceso en el cual se forman y desarrollan las células sanguíneas) esto ocasiona que muchos pacientes padezcan de anemia, leucopenia (conteo bajo de glóbulos blancos) y trombocitopenia (conteo bajo de plaquetas). Siguiendo la línea de los autores, el mieloma múltiple es un tipo de enfermedad hematológica que favorece la proliferación y diferenciación de los osteoclastos y con ello el aumento de la resorción ósea por lo que es muy común que en el mieloma múltiple exista daño óseo.

Leucemia:

Leucemia es el término que se utiliza para definir a un grupo de enfermedades malignas de la sangre. Se caracteriza por tener una proliferación clonal, autónoma y anormal de las células que dan origen al resto de células normales de la sangre. (Hurtado, Solano & Vargas, 2012) Se clasifica de acuerdo con la célula de la cual se origina (denominados blastos).

Hay diferentes tipos de leucemia:

- ***Leucemias agudas:*** Las leucemias agudas pueden presentarse de diferentes maneras. De acuerdo con Espinosa, Ramírez (2017) se caracterizan por la proliferación clonal de células madre hematopoyéticas o de células progenitoras de un linaje específico, ya sean mieloides o linfoides (células B o T), es decir las células que conocemos como glóbulos blancos. Estos clones mencionados anteriormente, pueden comprometer una o varias líneas hematopoyéticas. La leucemia afecta la médula ósea y a las células inmaduras, lo que provoca al igual que en el mieloma múltiple, una alteración en la hematopoyesis, ocasionando anemia, trombocitopenia y leucopenia.
- ***Leucemia linfocítica crónica:*** Labardini et al., (2017) indican que este tipo de leucemia es producida por la acumulación de linfocitos debida a una alteración en la regulación de la

muerte celular. Un aspecto que define esta enfermedad es el proceso de la muerte celular programada. Se ha hipotetizado que los factores genéticos influyen en gran medida en la vulnerabilidad de adquirir esta enfermedad. La media de edad donde puede presentarse la enfermedad es de 64 a 70 años.

- ***Leucemia granulocítica crónica:*** La leucemia mieloide crónica (LMC) o leucemia granulocítica crónica (LGC) se caracteriza por una proliferación descontrolada de leucocitos, de apariencia madura, preferentemente granulocitos y por lo general neutrófilos (Cervera, Espinoza y Labardini, 2017)
- ***Leucemia mieloide crónica:*** Originada en la célula madre hematopoyética, la leucemia mieloide crónica (LMC) es una neoplasia mieloproliferativa de naturaleza clonal que da por resultado un excesivo número de células mieloides en todos los estadios de maduración. (López, Cervera y Zapata, 2017) Según los autores, los y las pacientes acuden con leucocitosis, esto significa que hay un aumento de leucocitos en la sangre y que además se encuentran en estado inmaduro en la sangre periférica, pueden presentar dolor óseo, pérdida de peso, sudoración profusa y fiebre.

Linfomas de Hodgkin: Según Lozano et al. (2017) el linfoma de Hodgkin (LH) es una neoplasia monoclonal de células B (surgen de los linfocitos B, un tipo de glóbulo blanco que se forma en la médula) caracterizado por la presencia de células anormales conocidas como células de Reed-Sternberg (R-S).

Linfoma No Hodgkin: Los linfomas no Hodgkin (LNH) son un grupo heterogéneo de enfermedades linfoproliferativas malignas. El LNH también es conocido como “linfoma unicelular” o “linfoma maligno”; se origina en linfocitos anormales, localizados en los ganglios linfáticos o el tejido linfoide extraganglionar (Gómez, Gutierrez & Jaime, 2015). Los linfomas son

el séptimo cáncer más común y la edad promedio se encuentra entre los 45 y los 55 años, siendo mayor reincidencia a mayor edad.

Citopenias: Según el Instituto Nacional de Cáncer (S.F) las citopenias son afecciones por las que hay un número de células sanguíneas más baja de lo normal. Pueden ser anemias, trombocitopenias (conteo bajo de plaquetas) o neutropenias. Cabe resaltar que se utiliza esta categoría como forma de organizar un conjunto de afecciones, como la anemia ferropénica, anemia ocasionada por otras enfermedades crónicas, anemia aplásica, talasemias, anemia hemolítica y hemoglobinuria paroxística nocturna. Así mismo, según el personal de hematología del HCG, los bajos conteos de células sanguíneas también están asociados a los mismos tratamientos utilizados.

Síntomas y efectos secundarios de los tratamientos:

Holland et al.; (2010) indican que los objetivos del tratamiento incluyen cuatro componentes: inducir la remisión, consolidación/intensificación, mantenimiento y profilaxis del sistema nervioso. Generalmente, la quimioterapia en combinación con otros fármacos sigue siendo la opción principal de tratamiento, así como el trasplante de médula ósea. La quimioterapia se utiliza para destruir o dañar las células cancerosas del cuerpo. La radioterapia por su parte utiliza rayos de alta energía para dañar las células cancerosas. Y el trasplante de células madre, es administrado para restaurar la función de la médula ósea utilizando células de donantes o de la misma persona. Muchas veces la misma quimioterapia daña el tejido de la médula ósea por lo que un trasplante puede ser necesario.

Dolor: Según Holland et al.; (2010) el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial, o que se describe en términos de dicho daño. Los protocolos de atención del CNCDCP (2018) indican que es uno de los síntomas más

frecuentes en los pacientes oncológicos, relacionado con la enfermedad y/o su tratamiento. La prevalencia es de aproximadamente 80% en etapas avanzadas y terminales.

Fatiga: Los protocolos de atención del CNCDCP (2018) definen la fatiga como una sensación angustiosa, persistente y subjetiva de cansancio relacionada con el cáncer o su tratamiento, que no es proporcional con la actividad realizada y que interfiere con las funciones habituales. Además de que no mejora con el descanso. Así mismo, indica que las medidas no farmacológicas incluyen la educación al paciente y su familia, incrementar actividad física según tolerancia y soporte psicosocial.

Según Holland et al.; (2010) y Moorey y Greer (2012) algunas recomendaciones son:

- Muchas veces se cree que, para afrontar la fatiga, lo mejor es reducir las actividades al máximo, lo cual puede llevar a pasar más tiempo con preocupaciones. Una forma de manejar este problema es involucrarse en actividades gradualmente, como formas de experimentar las propias capacidades.
- Auto-monitorear los niveles de fatiga
- Estrategias para conservar la energía, estableciendo prioridades
- Agendar actividades en momentos donde haya mayor energía
- Posponer actividades que no sean esenciales
- Estructurar una rutina diaria
- Tomar siestas cortas que no interfieran en la calidad de sueño en las noches
- Usar distracciones

Sueño: Moorey y Greer (2012) indican que el insomnio es un problema común en personas que padecen cáncer. Inicialmente, se deben identificar los factores orgánicos que estén asociados al

problema, cuando se controlen las razones biológicas que puedan estar detrás del problema, se puede generar un plan de acción, que incluye:

- Aspectos conductuales: en qué ambiente duerme la persona, hábitos de sueño, uso inadecuado de sedantes o alcohol.
- Aspectos cognitivos: distorsiones cognitivas con respecto al sueño, ansiedad.
- Generalmente se utilizan recomendaciones con respecto a higiene de sueño, cambios en conductas relacionadas al sueño y pensamientos que generen ansiedad.

Planeamiento de la Segunda sesión:

Sesión 2: ¿Qué son las enfermedades hemato-oncológicas?		
Objetivos:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el conocimiento que tienen los y las pacientes sobre la enfermedad. 2. Facilitar una mejor adherencia a los tratamientos 3. Proporcionar conocimiento sobre las modalidades de tratamiento y el manejo de efectos secundarios o síntomas. 		
Actividad	Duración estimada	Materiales
Bienvenida e introducción de la agenda de la sesión	5 min	NA
Respuestas al buzón de preguntas Se presentará un conjunto de diapositivas con las respuestas al buzón de preguntas	20 min	PPT
Discusión ¿Qué saben hasta el momento sobre su enfermedad? ¿Con qué aspecto les ha costado más lidiar?	20 min	NA

¿Qué son las enfermedades hemato-oncológicas?	30 min	PPT y presentación de vídeos.
Plenaria y espacio para dudas.	15	NA

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo
Departamento de Psicología



Planeamiento de la tercera sesión

Recomendaciones por parte de Nutrición



Planeamiento de la tercera sesión:

Sesión 3: Sesión sobre aspectos nutricionales		
Objetivos:		
1. Mejorar el conocimiento que tienen los y las pacientes sobre alimentación		
2. Efectos secundarios de la enfermedad y sus tratamientos y qué recomendaciones nutricionales son efectivas		
Actividad	Duración estimada	Materiales
Bienvenida e introducción de la agenda de la sesión	5 min	NA
Presentación de la invitada especial, la nutricionista Lic Luisa Abarca y entrega del material para la sesión	5 min	NA
Recomendaciones alimenticias y manejo de efectos secundarios del tratamiento.	1h	A convenir con la invitada
Plenaria y espacio para dudas	20 min	NA
Cierre	5 min	NA

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo
Departamento de Psicología



Planeamiento de la cuarta sesión

Salud mental y enfermedades hematológicas



Respaldo teórico

Según Miller y Massie (2010) las personas que enfrentan un diagnóstico de cáncer usualmente presentan distrés, y experimentan diversos síntomas a nivel físico y psicológico. A pesar de que un paciente puede experimentar tristeza, duelo y ansiedad, cuando el sufrimiento se prolonga e interfiere en la funcionalidad, es importante evaluarlo y manejarlo por parte de un profesional de la salud, ya que desarrollar depresión puede empeorar la calidad de vida de la persona, así como el curso del tratamiento.

Siguiendo la línea de las autoras, la prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer es de 0% al 38% y del 0% al 58% en otros tipos de depresión. Investigaciones recientes, sugieren que la depresión se asocia a un bajo nivel de linfocitos K o natural killer cells por su nombre en inglés. Estas células son las encargadas de destruir células infectadas y células cancerígenas. Miller y Massie (2010) indican que en pacientes con cáncer que además sufren de depresión, se ha mostrado un nivel menor de estas células en comparación con pacientes que no están deprimidos. Así mismo, se ha demostrado que la terapia grupal aumenta la actividad de estas células en pacientes con depresión.

En cuanto a la ansiedad, esta se define como un estado emocional negativo caracterizado por síntomas de tensión física y por aprensión hacia el futuro (Barlow, 2015). A pesar de ser una sensación normal y adaptativa, que permite que desempeñemos diferentes tareas, muchas veces el miedo puede ser irracional y mal adaptativo, por eso es de gran importancia realizar evaluaciones para determinar si las personas usuarias que presentan diagnósticos de cáncer también pueden padecer de ansiedad.

Levin & Alici (2010) indican que la ansiedad tiene mayores porcentajes en población con problemas de salud. Por ejemplo, un 8% de pacientes que asisten a atención primaria en salud reportan prevalencia de ansiedad por un periodo de 12 meses, en comparación con 1%-9-5,1% en la población general. Por su parte, Chaturvedi & Uchitomi (2012) indican que en cuidado paliativo hay una prevalencia de 9.8% y 10.3% en pacientes oncológicos o hematológicos.

Según Chaturvedi & Uchitomi (2012) en pacientes con cáncer los síntomas de ansiedad se presentan como una preocupación y tensión constante, ataques de pánico y palpitaciones. Siguiendo la línea de los autores, la ansiedad puede aparecer cuando no existe buena comunicación con el equipo médico, incertidumbre acerca del tratamiento y el futuro de sus familiares. De igual forma, es importante tener en cuenta que la ansiedad también puede ser ocasionada por los mismos tratamientos, por ejemplo, el uso de esteroides, interferón o los broncodilatadores.

Nikcaksh et al., (2014) exponen que la ansiedad y la depresión no tratadas, pueden interferir en la adherencia al tratamiento y la continuación de buenos hábitos de salud debido a la fatiga o falta de motivación. Además, pueden alejarse de seres queridos lo cual debilita su sistema de apoyo, aumentando así el estrés y los sentimientos de desesperanza.

La propuesta de intervención grupal se basa, además, en que los pensamientos y la forma en que las personas procesan la información influyen en el estado anímico del paciente y puede afectar si predominan estilos de pensamiento negativos. Basándose en la propuesta cognitiva de Beck, Moorey y Greer (2012) indican que en pacientes con cáncer suelen ser comunes las siguientes formas de pensamiento o distorsiones cognitivas:

- Inferencia arbitraria: el cáncer es una enfermedad rodeada de incertidumbre, sin embargo, muchas veces hay pocas evidencias para hacer juicios sobre lo que podría ocurrir en el

futuro. Esto sucede cuando los pacientes sacan conclusiones sin tener evidencia suficiente que lo sostenga.

- Pensamiento de todo o nada/ blanco o negro: En este caso las situaciones se ven en blanco o negro. La enfermedad se percibe con posibilidad de cura o muerte, cuando en realidad hay momentos de remisión. Una persona atlética, por ejemplo, podría pensar que no está bien para jugar fútbol y que no puede obtener placer de nada.
- Abstracción selectiva: Ocurre cuando la persona selecciona una parte de la información disponible para adaptarla a su conjunto cognitivo predominante. Por ejemplo, cuando un médico explica un tratamiento y la persona se enfoca en los aspectos negativos, como que será incómodo y doloroso, y no en que el tratamiento tiene grandes posibilidades de ser exitoso.
- Sobre generalización: Es un tipo de distorsión cognitiva donde un evento es visto como un patrón de nunca acabar. Es decir, sacar conclusiones basándose en pocas experiencias y aplicarla a una gran cantidad de situaciones que pueden no estar relacionadas. Por ejemplo, una mujer discute con su esposo antes de entrar al hospital. Ella puede pensar “nosotros nunca pararemos de pelear, nuestro matrimonio va a acabarse”
- Etiquetado: Esta distorsión cognitiva ignora que las personas somos complejas y en este caso, se define a una persona en términos de un solo constructo global. Por ejemplo, pensar “solo soy un inválido o inválida”
- Minimización o magnificación: Sucede cuando se exagera o se minimiza una circunstancia. Por ejemplo, una persona que minimice su pronóstico o la gravedad de la enfermedad puede tener problemas para apegarse al tratamiento.

Planeamiento de la cuarta sesión:

<p>Sesión 4: Cáncer y salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué puedo sentir al recibir un diagnóstico de cáncer - Depresión, ansiedad y distorsiones cognitivas 		
<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentar la relación entre pensamientos, emociones y los estilos de afrontamiento 2. Señalar aspectos importantes de la depresión y la ansiedad 3. Distinguir las principales distorsiones cognitivas que pueden asociarse a la depresión y la ansiedad 4. Brindar herramientas que promuevan un cambio en patrones de pensamiento que puedan ocasionar ansiedad y o depresión al sobrellevar una enfermedad como el cáncer. 		
Actividad	Duración estimada	Materiales
Bienvenida y presentación del tema	5 min	NA
<p>Discusión:</p> <p>¿Cómo puede afectarnos la forma en que pensamos y manejamos nuestras emociones en el desarrollo de la enfermedad?</p> <p>¿Cómo han sentido que van manejando su enfermedad?</p>	30 min	NA
<p>Presentación sobre depresión ansiedad y distorsiones cognitivas:</p> <p>¿Cómo podemos retar y modificar nuestros pensamientos?</p>	30 min	Presentación PPT
Plenaria y espacio para dudas y comentarios	20 min	NA
Cierre	5 min	NA

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidado Paliativo
Departamento de Psicología



Planeamiento de la quinta sesión

Estrategias de relajación



Respaldo teórico

Entrenamiento en relajación y mindfulness

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012) exponen que la relajación es probablemente la técnica más utilizada en intervenciones psicológicas. Su aplicabilidad es muy diversa y genera grandes beneficios en la mayoría de los problemas o trastornos.

Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas, sin ayuda de recursos externos (Cruzado, 2014 p. 110).

Moorey y Greer (2012) sugieren que el entrenamiento en respiración es más útil para pacientes con cáncer, ya que puede realizarse en cualquier parte, y el paciente puede hacerlo sentado o mientras camina y no representa ningún riesgo.

Otra estrategia que es muy utilizada para el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer y enfermedades relacionadas es la de mindfulness.

Según Carrillo (2014) el mindfulness, es la plena consciencia que presta atención a todo lo que surge en el momento presente, tanto del cuerpo/mente como del entorno. Es la capacidad de estar consciente a todos los procesos que surgen en cada instante de nuestra vida, internos y externos.

Por su parte, Foley et al. (2010) indican que mindfulness promueve el manejo de estrés para personas con diferentes problemas de salud, como el cáncer, de hecho, existen programas de 7-8 sesiones que incorporan aspectos de mindfulness, donde se han logrado disminuir los niveles de ansiedad y depresión,

Siguiendo la línea de Foley et al.; (2010) el programa incentiva a los participantes a

desconectarse de estados mentales reactivos y de rumiaciones que podrían causar depresión. Esto se logra gracias a que la intervención cognitivo-conductual y mindfulness busca identificar la relación entre pensamientos desadaptativos y estados depresivos para cambiar patrones de pensamientos rumiantes.

Retomando a Carrillo (2014) el mindfulness es un método válido para entrenar la atención y busca que las personas logren percibir que la conciencia siempre está ahí, pero que los pensamientos y las emociones aparecen y desaparecen.

De esta forma, el objetivo del mindfulness es aumentar los niveles de atención para enfocarnos en el presente, así como entrenar la mente de principiante, esto quiere decir que cada persona pueda observar lo que experimenta como si fuera la primera vez. Así mismo, según Carrillo (2014) el mindfulness permite una mayor apertura y aceptación inclusive de experiencias desagradables.

Cruzado (2014) indica que la práctica de mindfulness incluye cinco factores que constituyen su práctica y son los siguientes:

- No juzgar: ser testigos imparciales de la propia existencia
- Paciencia: esperar a que las cosas ocurran cuando deban ocurrir
- Aceptación: se parte de la premisa de que el sufrimiento humano es la resistencia ante dolor, cuando se descansa y se acepta el sufrimiento como parte de la vida humana, podemos relacionarnos con las circunstancias de una forma diferente.
- Dejar ir, no apegarse: hay aspectos de la condición humana que no pueden ser cambiados, pero hay apego y se gasta energía en intentar cambiarlos, aunque no se encuentren bajo nuestro control
- Mentalidad de principiante: colocarse en la posición del no saber, vivir cada momento como si fuera la primera vez.

Planeamiento de la quinta sesión:

Sesión 5: Entrenamiento en relajación		
<ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.- Entrenamiento en ejercicios de mindfulness		
Objetivos: Brindar estrategias para afrontar el estrés y la ansiedad ocasionadas por la enfermedad		
Actividad	Duración estimada	Materiales
Bienvenida y presentación del tema	5 min	NA
Ejercicio introductorio de mindfulness	10 min	NA
Discusión: ¿Qué han escuchado sobre técnicas de relajación?	10 min	NA
Video y presentación: ¿Qué es mindfulness?	30 min	Proyector
Ejercicio de mindfulness: medicación de la montaña	10 min	NA
Plenaria y espacio para dudas y comentarios	10 min	NA
Cierre	5 min	NA

Referencias bibliográficas

- Barlow, D., & Durand, V. (2011). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Nelson Education.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Cervera Ceballos, E; Espinoza Zamora, JR; & Labardini Méndez, JR (2017) Leucemia granulocítica crónica en: Herrera-Gómez Á, & Ñamendys-Silva S.A., & Meneses-García A(Eds.), (2017). *Manual de Oncología*, 6e. McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2306§ionid=180359780>
- Chaturvedi, S. & Uchitomi, Y. (2012) *Psychosocial and Psychiatric Disorders* en: Grassi, L. & Riba, M. (2012) *Clinical Psycho-Oncology*. Wiley-Blackwell.
- Cruzado, J. A. (2013) *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Pirámide
- Díaz, M.; Ruiz, M.; Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Espinosa Bautista, K; Ramírez Ibargüen;A & Terrazas, A. (2017) *Leucemias agudas* en: Herrera-Gómez Á, & Ñamendys-Silva S.A., & Meneses-García A(Eds.), (2017). *Manual de Oncología*, 6e. McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2306§ionid=180359780>
- Hurtado Monroy, Rafael, Solano Estrada, Braulio, & Vargas Viveros, Pablo. (2012). *Leucemia para el médico general*. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 55(2), 11-25. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000200003&lng=es&tlng=es.

- Labardini Méndez, JR; Espinoza Zamora, JR, Zapata Canto; N & Cervera Ceballos, E. (2017) Leucemia linfocítica crónica en: Herrera-Gómez Á, & Ñamendys-Silva S.A., & Meneses-García A(Eds.), (2017). Manual de Oncología, 6e. McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2306§ionid=180359780>
- Levin, T. & Alici, Y. (2010) Anxiety disorders en Holland, J; Jacobsen, P. & Loscalzo, M. (2010) Psycho-Oncology. Oxford University Press.
- Mehta, R., Sharma, K., Potters, L., Wernicke, A. G., & Parashar, B. (2019). Evidence for the Role of Mindfulness in Cancer: Benefits and Techniques. *Cureus*, 11(5), e4629. <https://doi.org/10.7759/cureus.4629>
- Miller & Massie (2010) Depressive Disorders. En Holland, J; Jacobsen, P. & Loscalzo, M. (2010) Psycho-Oncology. Oxford University Press.
- Monsalve, V., Soriano, J., Carbajo, E., & Santolaya, F. (2009). Guía práctica de Psicología de la Salud en el ámbito hospitalario. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos de Valencia.
- Moorey, S., & Greer, S. (2012). CBT guide for cancer. United States: Oxford
- Navarro López, O; Cervera Ceballos, E & Zapata Canto, N (2017) Leucemia mieloide crónica en: Herrera-Gómez Á, & Ñamendys-Silva S.A., & Meneses-García A(Eds.), (2017). Manual de Oncología, 6e. McGraw-Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2306§ionid=180359780>
- Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., & Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian journal of internal medicine*, 5(3), 167–170.
- Oh, P. J., Shin, S. R., Ahn, H. S., & Kim, H. J. (2016). Meta-analysis of psychosocial interventions on survival time in patients with cancer. *Psychology & health*, 31(4), 396-419.
- Sage, N., Sowden, M., Chorlton, E., & Edeleanu, A. (2008). What is the cognitive behavioural

approach. Cognitive behaviour therapy for chronic illness and palliative care. Chichester, Wiley.

Sanjida, S., McPhail, S. M., Shaw, J., Couper, J., Kissane, D., Price, M. A., & Janda, M. (2018).

Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.4794

Song, Q. H., Xu, R. M., Zhang, Q. H., Ma, M., & Zhao, X. P. (2013). Relaxation training during

chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events.

International journal of clinical and experimental medicine, 6(10), 979–984.

Tena, S. E. A., & Chávez, M. K. (2018). Depresión : Manual de intervención grupal en habilidades

sociales. Retrieved from <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr>

Van de Wal, M., Servaes, P., Berry, R., Thewes, B., & Prins, J. (2018). Cognitive Behavior Therapy

for Fear of Cancer Recurrence: A Case Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical*

Settings. doi:10.1007/s10880-018-9545-z

Vela Ojeda, J. & García Ruiz, M. (2015) Mieloma Múltiple en: Jaime Pérez, J. & Gómez

Almaguer, D. (2015) Hematología. La sangre y sus enfermedades, 4e. McGraw-Hill.

Recuperado de: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/book.aspx?bookid=1732>

Apéndice 3: Sesión grupal para pacientes de duelo

Universidad de Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

Daniela Ayala Alonso

Propuesta de sesión grupal para pacientes de duelo.

Práctica Dirigida en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos

Sesión basada en Terapia de Aceptación y Compromiso

Actividad	Descripción	Materiales	Duración
Bienvenida	Saludo al grupo y presentación de la agenda de la sesión y el tema a tratar	NA	5 min
Documental	Se presentará un documental sobre duelo	Video Beam	40 min
Discusión	Se abre un espacio para que los integrantes comenten su opinión sobre el documental y expongan las dudas que tengan	NA	10 min
Ejercicio de Aceptación y Compromiso para favorecer la creación de un proyecto de vida	Imagina que encuentras una lámpara maravillosa con un genio que puede cumplirte tres deseos. Las condiciones que te pone el genio para materializar estos tres deseos son: 1. Que no puedes pedir cambiar el pasado. 2. Que los deseos que pidas tienen que ser para ti. 3. Que el genio no puede cumplir deseos que tengan que ver con la voluntad, el amor o la aceptación de las demás personas. ¡Vaya, eso nos deja limitados! ¡Imagina que el genio además es un tacaño y no quiere darte la opción de ganarte la lotería! ¡Vaya genio! En pocas palabras, el genio te está dando la opción de cumplirte tres deseos que vayan enfocados en tu vida futura. ¡Imagina cómo te gustaría que fuera tu vida! Si este genio te diera tres	Hojas en blanco	30 min

	deseos con las características antes mencionadas, ¿cómo sería tu vida?		
Discusión Reconociendo las barreras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piensa en la muerte de tu ser querido y en las áreas de tu vida afectadas por este evento. Enlista en la columna izquierda esas áreas afectadas y el impacto que ha habido en tu vida. 2. En la columna de en medio puntúa la habilidad que has tenido para responder al impacto de la pérdida. Usa una escala de 0 a 10 y explica posteriormente tu respuesta. 3. En la columna derecha describe las barreras que has experimentado para responder a ese impacto. 4. Revisa tus respuestas y observa qué tipos de problemas son los que realmente están obstaculizando tu duelo. 		30 min
Ejercicio de cierre	¿Qué nos llevamos de la sesión?		10 min

Referencias bibliográficas

Cruz Gaitán, J., Reyes, Ortega, M. y Corona Chávez, Z. (2012) *Duelo. Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. México. Manual Moderno

MATERIAL 2. RECONOCIENDO LAS BARRERAS

1. Piensa en la muerte de tu ser querido y en las áreas de tu vida afectadas por este evento. Enlista en la columna izquierda esas áreas afectadas y el impacto que ha habido en tu vida.
2. En la columna de en medio puntúa la habilidad que has tenido para responder al impacto de la pérdida. Usa una escala de 0 a 10 y explica posteriormente tu respuesta.
3. En la columna derecha describe las barreras que has experimentado para responder a ese impacto.
4. Revisa tus respuestas y observa qué tipos de problemas son los que realmente están obstaculizando tu duelo.

Impacto de la pérdida	Habilidad para responder al impacto (0 al 10)	Barreras

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Reproducido con permiso de CRUZ/REYES/CORONA: Duelo, tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), 1ª/ED. D.R. © 2017 Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

MATERIAL 3. EJERCICIO. EL GENIO

(Adaptado de Vargas, 2014)

Imagina que encuentras una lámpara maravillosa con un genio que puede cumplirte tres deseos. Las condiciones que te pone el genio para materializar estos tres deseos son:

1. Que no puedes pedir cambiar el pasado.
2. Que los deseos que pidas tienen que ser para ti.
3. Que el genio no puede cumplir deseos que tengan que ver con la voluntad, el amor o la aceptación de las demás personas.

¡Vaya, eso nos deja limitados!

¡Imagina que el genio además es un tacaño y no quiere darte la opción de ganarte la lotería! ¡Vaya genio!

En pocas palabras, el genio te está dando la opción de cumplirte tres deseos que vayan enfocados en tu vida futura.

¡Imagina cómo te gustaría que fuera tu vida!

Si este genio te diera tres deseos con las características antes mencionadas, ¿cómo sería tu vida?

1. _____
2. _____
3. _____

¡Difícil!

¿Qué tan lejos estás de obtener una vida como la quieres?

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Reproducido con permiso de CRUZ/REYES/CORONA: Duelo, tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), 1ª/ED. D.R. © 2017 Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Apéndice 5 Propuesta de sesión grupal para pacientes de duelo.

Universidad de Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

Daniela Ayala Alonso

Propuesta de sesión grupal para pacientes de duelo.

Práctica Dirigida en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos

Actividad	Descripción	Materiales	Duración de la sesión 9-11 am Total 2 horas.
Bienvenida	Saludo al grupo y presentación de la agenda de la sesión y el tema a tratar	NA	5 minutos
¿Qué es el autoconcepto?	Realizar como introducción al tema, una pregunta generadora sobre qué es el autoconcepto y por qué es importante para nuestra vida, con el objetivo de indagar qué conocen los participantes sobre el tema y abrir un espacio de discusión	NA	20 min
Conceptos importantes	¿Qué es el autoestima, autoconcepto y autoeficacia y por qué se trabajan en duelo?	Presentación power point	20 min
Bandera personal	Se le dará, a cada participante, una hoja en blanco. Una vez que los participantes tengan su hoja, se les pedirá que realicen una bandera (con la forma que ellos quieran) donde retraten cualidades o características de cada uno. A la bandera se le puede acompañar con un lema que los defina.	Hojas blancas Lápices y pilots de color	10 min

<p>Discusión sobre bandera personal</p>	<p>Una vez concluida la bandera, se abrirá el espacio de cierre para que lxs participantes compartan las banderas y cómo fue el proceso para realizarla. Al final, se les pedirá que cada participante diga una frase o palabra de lo que se lleva del taller.</p>	<p>NA</p>	<p>20 min</p>
<p>Reflexión de Virginia Satir sobre autoestima</p>	<p>Se les brindará a los participantes una reflexión sobre autoestima de la psicóloga Virginia Satir para leer en el grupo, se dará la oportunidad para que algún participante lea la reflexión, sino la encargada será la facilitadora de la sesión.</p>	<p>Hojas impresas</p>	<p>10 min</p>

Apéndice 6 Reflexión para sesión de cuidadores.

El valor del acompañamiento

Muchas palabras podrían emplearse para explicar lo que comporta la atención de calidad al final de la vida de un enfermo, pero si tuviera que hacerlo con un solo verbo, ese sería **acompañar**.

Desde la teoría o lejanía, puede pensarse que es un verbo pasivo, que sólo indica “presencia al lado de”, y que el enfermo necesita otras soluciones y actuaciones con resultados prácticos y concretos (¿qué resultados y para quién?). La experiencia me dice otra cosa.

Un hombre seguía su camino con tranquilidad. Era un camino amplio, llano, y su travesía transcurría plácidamente. Conocía el paisaje, conocía a los personajes que transitaban a su lado o pasaban junto a él, iba pensando en sus cosas, despreocupado.

Sin darse ni cuenta, después de una curva inesperada, el camino empezó a empinarse, y ahora le costaba más esfuerzo andar. El terreno ya no era liso, sino pedregoso, y los pies empezaron a molestarle. Los márgenes se fueron estrechando, ya no iba cómodo. El sol se escondió, había poca luz, no veía bien. Hacía calor, el paisaje se le hizo desconocido, y se cruzaba con personajes extraños que decían cosas que no entendía.

Cada vez le costaba más avanzar, la fatiga era terrible, sentía dolor al clavarse las piedras en sus pies, se arañaba los brazos con los matorros espinosos que cubrían los ya muy estrechos márgenes del camino, y sentía calor, mucho calor, que le impedía respirar. Sintió angustia, no entendía qué ocurría, quería detenerse, pero no podía, tenía que seguir avanzando, una fuerza extraña le empujaba sin miramientos hacia adelante. Sufría cada vez más, le dolían los pies, le escocían los arañazos, la pendiente ya muy pronunciada le causaba ahogo, el calor era agobiante, no veía apenas por la oscuridad creciente, y le envolvía el silencio de la incomunicación.

Quería volver a su camino de siempre, no sabía a dónde conducía éste ni qué encontraría al final, se sentía muy sólo, y tenía miedo, muchísimo miedo.

Entonces, en la penumbra, notó que una mano tomaba la suya, alguien caminaba junto a él, y se sintió algo más seguro. Notó que otra mano le enjugaba el sudor con un paño frío, que le alivió del calor. Otras manos le masajearon las piernas ya muy fatigadas y doloridas, y le aplicaban unguento en los pies heridos. Y otras más le curaban los arañazos de los brazos. Alguien encendió una pequeña antorcha que iluminó tenuemente el camino, mientras unas voces le susurraban al oído palabras de apoyo y de ánimo.

Tenía que seguir, el camino se hacía más y más difícil, su cuerpo estaba cada vez más maltrecho, y el calor ya era sofocante, pero curiosamente, se sentía mejor, se sabía acompañado, y las manos amigas que se empeñaban en confortarle lograban que el dolor, el calor, la fatiga, parecieran mucho más llevaderas. Y las voces que le hablaban sonaban sinceras, mostraban preocupación por él, por su vida, por lo que sentía, por sus deseos, y eso, sin saber por qué, le ayudaba a serenarse, y aunque empezó a intuir que tal vez el camino no tendría salida, que no había vuelta atrás, ya no le angustiaba tanto como antes.

Hasta que, un día, cuando ya no notaba el dolor, ni el calor, ni la fatiga, pero sí la presencia de las manos y voces que le seguían acompañando, tuvo la certeza de que había llegado al final del camino, y pese a todo, le pareció que había valido la pena, y que estaba en paz.

Para aquellas personas que mientras cuidaban a su ser querido han sentido impotencia por saber que no podían cambiar el final de la historia, o han pensado que sus cuidados servían de poco. Pueden estar seguras de que su compañía y su entrega amorosa al cuidado de su padre, madre, esposo, etc, fue lo que más le alivió en su doloroso camino

Apéndice 7: BDI-II

BDI-II

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Nivel Educativo: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de oraciones. Por favor lea cada grupo de oraciones cuidadosamente y luego seleccione en cada grupo **la frase** que mejor describa la forma en que usted se ha estado sintiendo durante las **dos últimas semanas, incluyendo hoy**. Encierre con un círculo el número que está a la par de la frase que haya seleccionado. Si varias oraciones en un grupo parecen aplicar de igual manera, encierre el número más alto correspondiente a ese grupo. Asegúrese de no escoger más de una frase en cualquier grupo, incluyendo el punto 16 (Cambios en el Patrón del Sueño) o el punto 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>1 No me siento triste. 2 Me siento triste la mayor parte del tiempo. 3 Me siento triste todo el tiempo. 4 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>1 No me siento desanimado sobre mi futuro. 2 Me siento más desanimado sobre mi futuro de lo que solía estarlo. 3 No espero que las cosas vayan a funcionar para mí. 4 Siento que no tengo esperanzas en mi futuro y que más bien será peor.</p> <p>3. Fracasos del pasado</p> <p>1 No me siento como un fracasado. 2 Siento que he fracasado más de lo que debí. 3 Cuando pienso en el pasado, recuerdo muchos fracasos. 4 Siento que soy un total fracaso como persona.</p> <p>4. Pérdida de satisfacción</p> <p>1 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes 2 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 3 Obtengo poca satisfacción de las cosas que solía disfrutar. 4 No obtengo ninguna satisfacción de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de culpabilidad</p> <p>1 No me siento culpable por algo en particular. 2 Me siento culpable por algunas cosas que he hecho o que debí hacer. 3 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 4 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>1 No siento que esté siendo castigado. 2 Siento que puedo ser castigado. 3 Espero ser castigado. 4 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Auto-desprecio</p> <p>1 Me siento igual conmigo mismo como antes. 2 He perdido la confianza en mí mismo. 3 Me siento decepcionado de mí mismo. 4 No me gusto.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>1 No me critico ni me culpo más de lo usual. 2 Me critico más de lo que solía hacerlo. 3 Me critico por todos mis fallos y defectos. 4 Me culpo por todo lo malo que pasa.</p> <p>9. Pensamientos o deseos de Suicidio</p> <p>1 No tengo pensamiento alguno de matarme 2 Tengo pensamientos de <u>matarme</u> pero no lo haría. 3 Me gustaría suicidarme. 4 Me <u>suicidaría</u> si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>1 No lloro más de lo que solía hacerlo antes. 2 Llora más de lo que solía hacerlo antes. 3 Llora por cualquier pequeñez. 4 Siento <u>gananas de llorar</u> pero no puedo hacerlo.</p>
---	---

<p>11. Inquietud</p> <p>0 No me siento más inquieto o intranquilo de lo normal. 1 Me siento más inquieto o intranquilo de lo normal. 2 Me siento tan inquieto o intranquilo que me es difícil quedarme quieto. 3 Me siento tan inquieto o intranquilo que tengo que estar moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de interés</p> <p>1 No he perdido el interés por las personas o las actividades. 2 Tengo menos interés en las personas o en las actividades que antes. 3 He perdido la mayoría del interés en las personas o en las actividades. 4 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>1 Tomo decisiones tan bien como siempre. 2 Tengo más dificultad en la toma de decisiones de lo normal. 3 Tengo mucha mayor dificultad en la toma de decisiones que antes. 4 Tengo problemas a la hora de tomar decisiones.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>1 No me siento inútil 2 No me considero tan valioso y útil como antes. 3 Me siento más inútil que las demás personas. 4 Me siento extremadamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de energía</p> <p>1 Tengo tanta energía como siempre. 2 Tengo menos energía que antes. 3 No tengo la suficiente energía para hacer mucho. 4 No tengo la suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el patrón del Sueño</p> <p>1 No he tenido ningún cambio en mi patrón del sueño.</p> <p>1a Duermo un poco más de lo usual. 1b Duermo un poco menos de lo usual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo usual. 2b Duermo mucho menos <u>de lo</u> usual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volverme a dormir.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>1 No me siento más irritable de lo normal. 2 Me siento más irritable de lo normal. 3 Me siento mucho más irritable de lo normal. 4 Me siento irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el apetito</p> <p>1 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor de lo usual 1b Mi apetito es un poco mayor de lo usual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor de lo usual. 2b Mi apetito es mucho mayor de lo usual.</p> <hr/> <p>3a No tengo apetito del todo. 3b Tengo hambre todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>1 Me puedo concentrar tan bien como siempre. 2 No me puedo concentrar tan bien como antes. 3 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo 4 Siento que no me puedo concentrar en nada.</p> <p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>1 No me siento más cansado o fatigado de lo normal. 2 Me canso o me fatigo más fácilmente de lo normal. 3 Me siento demasiado cansado o fatigado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 4 Me siento demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de interés en el sexo</p> <p>1 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 2 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 3 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora. 4 He perdido el interés en el sexo completamente.</p>
---	---

Puntuación página 1 _____

Puntuación página 2 _____

Puntuación Total (pags 1 + 2) _____

Apéndice 8: BAI

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

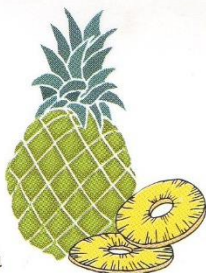
CENTRO NACIONAL DE CONTROL DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Tel.: 223-3915

Cuidados generales en la alimentación para el control de síntomas relacionados con el tratamiento y la enfermedad por cáncer terminal

SEQUEDAD DE BOCA O XEROSTOMIA

- Modificar la consistencia. Hacer purés, comidas blandas o suaves. Incluir preparaciones licuadas.
- Chupar caramelos o golosinas libres de azúcar, ayudan a producir más saliva.
- Goma de mascar sin azúcar.
- Chupar trocitos de piña
- Realizar enjuagues de té de manzanilla con gotitas de limón ácido.



Licda Luisa Abarca Picado
NUTRICIONISTA - CNCD Y CP

Servicio de Nutrición
CNCD y CP

2003

Dirección Corporativa
de Comunicación



CENTRO NACIONAL DE CONTROL DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Tel.: 223-3915

Cuidados generales en la alimentación para el control de síntomas relacionados con el tratamiento y la enfermedad por cáncer terminal

DISFAGIA O DIFICULTAD PARA TRAGAR

- Consumir una dieta blanda, suave y comidas licuadas.
- Evitar alimentos condimentados, picantes o ácidos.
- Adaptar la temperatura a la tolerancia del paciente.
- Evitar alimentos integrales, piña, lechuga, apio, fideos fritos, papas tostadas, yuca, plátano verde, pescado y carne con huesos, coco, maní, almendras, palomitas de maíz, nueces, arvejas, manzanas.



Licda Luisa Abarca Picado
NUTRICIONISTA - CNCD Y CP

Servicio de Nutrición
CNCD y CP

2003

Dirección Corporativa
de Comunicación



**CENTRO NACIONAL DE CONTROL
DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

Tel.: 223-3915

Cuidados generales en la
alimentación para el control de
síntomas relacionados con el
tratamiento y la enfermedad por
cáncer terminal

ESTREÑIMIENTO

- Aumentar los alimentos altos en fibra dietaria según sean tolerados.
- Aumentar el consumo de líquidos, si no hay retención de líquidos.
- Consumir alimentos ricos en fibra.
- Incluir ciruelas en batidos o en puré.
- Incluir jugo de uvas o uvas en puré.



Elaborado por:
Licda Luisa Abarca Picado
NUTRICIONISTA - CNCD Y CP



Servicio de Nutrición
CNCD y CP
2003

Dirección Corporativa
de Comunicación

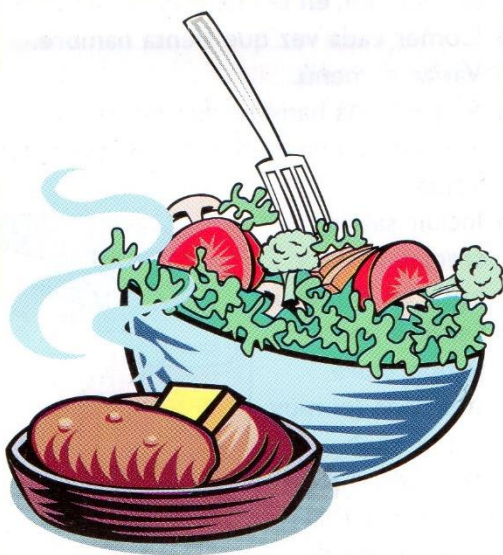


**CENTRO NACIONAL DE CONTROL
DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

Tel.: 223-3915

Cuidados generales en la
alimentación para el control de
síntomas relacionados con el
tratamiento y la enfermedad por
cáncer terminal

ANOREXIA- PÉRDIDA DEL APETITO



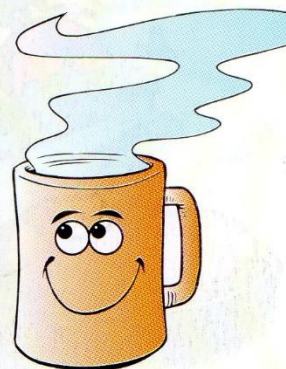
Servicio de Nutrición
CNCD y CP
2003



Dirección Corporativa
de Comunicación



- Ofrecer comidas pequeñas, con mayor frecuencia y de alta densidad calórica.
- Adaptar la cantidad de la comida al apetito y ofrecerla en platitos pequeños.
- Aumentar o disminuir los olores de la comida.
- Crear un ambiente relajado y agradable al comer.
- Estar tranquilo. No comer de prisa.
- Si le es fácil debe involucrarse en tantas actividades normales como le sea posible.
- Puede probar cambiando el tiempo de comida: (almorzar a media mañana y repetir el almuerzo a las 12 m.d.) y variar el lugar de las comidas (comer en el comedor, en la sala o en la terraza).
- Comer cada vez que sienta hambre.
- Variar el menú.
- Si le da más hambre durante las mañanas, coma lo más que pueda a esas horas.
- Incluir salsas, cremas, jaleas y jugos en el menú.
- Servir a una temperatura adecuada (ni muy fría ni muy caliente), al gusto de los pacientes. Usar crema de labios, para mantenerlos húmedos.



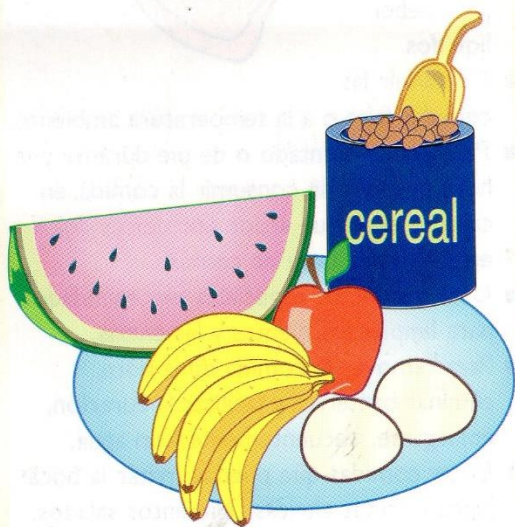
Elaborado por:
Licda Luisa Abarca Picado
NUTRICIONISTA - CNCD Y CP

**CENTRO NACIONAL DE CONTROL
DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

Tel.: 223-3915

Cuidados generales en la
alimentación para el control de
síntomas relacionados con el
tratamiento y la enfermedad por
cáncer terminal

ESTOMATITIS / MUCOSITIS (LLAGAS EN LA CAVIDAD ORAL: BOCA, LENGUA)



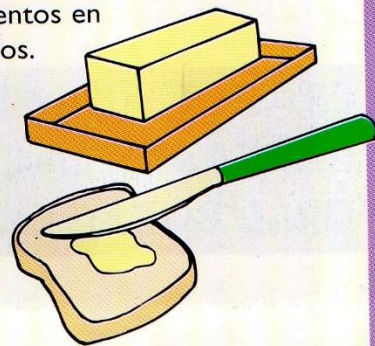
Servicio de Nutrición
CNCD y CP
2003



Dirección Corporativa
de Comunicación



- Consumir comidas blandas (fáciles de masticar y tragar): Frutas: bananos, sandía, compotas de manzana (manzana cocida en agua de azúcar), peras y melocotones.
- Batidos, requesón, papas majadas, macarrones y queso.
- Natillas, pudines, gelatina, y huevos revueltos.
- Avena y otros cereales cocidos.
- Vegetales majados o en puré.
- Carne licuada o molida.
- Cortar los alimentos en pedazos pequeños.
- Utilizar mantequilla y salsas para facilitar la deglución.
- Usar una pajilla para beber líquidos.
- Consumir las comidas frías o a la temperatura ambiente.
- Permanecer sentado o de pie durante una hora después de consumir la comida, en caso de sentir un ardor por detrás del esternón a la hora de comer.
- Usar productos especiales recomendados para limpiar los dientes y las encías.
- Para remover la comida de la boca, eliminar bacterias, y facilitar la curación, enjuagarse, frecuentemente, con agua.
- Evitar comidas que puedan irritar la boca: Jugos o frutas cítricas, alimentos salados, picantes y condimentados, comidas secas, ásperas y en trozos muy grandes.



Elaborado por:
Licda Luisa Abarca Picado
NUTRICIONISTA - CNCD Y CP

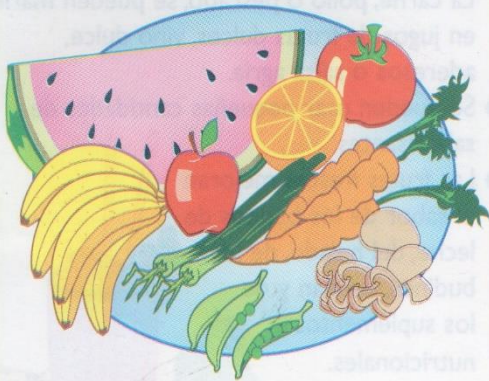
IMPRESO EN UNIDAD DE IMPRENTA C.C.S.S.

CENTRO NACIONAL DE CONTROL
DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVO

Tel.: 223-3915

Cuidados generales en la
alimentación para el control de
síntomas relacionados con el
tratamiento y la enfermedad por
cáncer terminal

ALTERACIONES EN EL SENTIDO DEL GUSTO O DEL OLFATO



Servicio de Nutrición
CNCD y CP

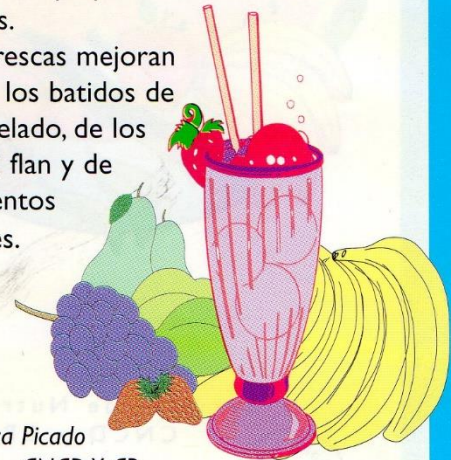
2003



Dirección Corporativa
de Comunicación



- Evitar alimentos que resulten desagradables.
- Probar con diferentes condimentos y combinaciones de alimentos.
- Aumentar o disminuir los olores de las comidas.
- Servir los alimentos a temperatura ambiente.
- Los sabores amargos pueden tener un sabor más fuerte y los sabores dulces son más difíciles de percibir.
- Algunos alimentos proteicos pueden tener un sabor amargo o metálico, el cual disminuye al consumir éstos alimentos fríos, como por ejemplo: queso, atún, pollo, ensaladas de jamón o huevo, huevos duros, helados, batidos de leche, budines, flan, gelatina y nueces.
- El gusto y el olfato por las comidas difiere en los pacientes de un día a otro, y es diferente para cada persona, dado que cada paciente es afectado diferentemente por la enfermedad y su tratamiento.
- Otras técnicas culinarias:
La carne, pollo o pescado, se pueden marinar en jugos de frutas dulces, vino dulce, aderezos o salsa agria.
- Se pueden usar pequeñas cantidades de saborisantes.
- Las frutas frescas mejoran el sabor de los batidos de leche, del helado, de los budines, del flan y de los suplementos nutricionales.



Elaborado por:

Licda Luisa Abarca Picado
NUTRICIONISTA - CNCD Y CP

Apéndice 10 Carta rotación en hematología



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia
Servicio de Hematología
Teléfono: 2212-1294 / Fax: 2212-1199

HDRRACG-SH-313-10-2019
08 de octubre 2019

Doctor
Javier Rojas Elizondo
Coordinador de Psicología
Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo

Estimado doctor:

ASUNTO: ROTACIÓN DE ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA PRÁCTICA DIRIGIDA.

Reciba un cordial saludo. En vista del oficio Psic-86-2019, en el cual solicita rotación de la señorita Daniela Araya Alonso, durante el mes de octubre, le informo que la Dra. Esquivel está a cargo de los pacientes de salón (internados) y por esta razón su consulta es menor. Sin embargo, en el mes de noviembre la doctora regresa a su consulta externa.

Para efectos de una rotación en psicología sería de mayor provecho realizarla a los pacientes de salón, con el fin de que la estudiante pueda tener contacto con el paciente.

En virtud de lo anterior se le solicita definir las fechas, ya que en el actual oficio se indicaron fechas en las cuales se incluye el fin de semana.

Sin más por el momento, se despide,

Dr. Juan Richmond Navarro
Jefe Servicio Hematología
Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia



Ygb/jrn

cc. cons
archivo

Apéndice 11 Rotación en el CNCDCP



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
CENTRO NACIONAL DE CONTROL DEL DOLOR**



Psic-75- 2019

18 de septiembre, 2019

Dra. Cindy Díaz
Coordinadora CLEP
Centro del Dolor y Cuidado Paliativo

ASUNTO: Practica dirigida de Daniela Ayala Alonso


Estimada doctora:

Me es grato saludarle y a la vez informarle que la Srta Daniela Ayala Alonso, estudiante egresada de la licenciatura de psicología Universidad de Costa Rica, iniciara practica dirigida final de graduación de acuerdo a la normativa establecida con el CENDEISS

Para tal efecto se está programando una primera fase de rotación observación por los diferentes servicios del Centro. Luego se hará un énfasis en los servicios especializados de psicología. Posterior a esto se trabajara en supervisión de casos clínicos intensivos, así como un trabajo terapéutico grupal con pacientes del área onco-hematológico.

El campo clínico iniciara desde el 17 de septiembre hasta el 17 de enero. Para tal efecto se contara con tutoría local y supervisión Universitaria.

Muchas gracias.


Dr. Javier A. Rojas Elizondo, PhD
Coordinador Departamento de Psicología
Centro del Dolor y Cuidado Paliativo

Cc/Dirección Médica/ Administración / Remes/Interesado/ Archivo

Apéndice 12: Charla para el departamento de enfermería sobre comunicación asertiva

¿Cómo mejorar la forma en que me comunico?

Elaborado por Daniela Ayala

“

La comunicación es una habilidad que puedes aprender. Es como montar en una bicicleta o teclear. Si estás dispuesto a trabajarla, puedes mejorar rápidamente la calidad de cada parte de tu vida

Brian Tracy

La comunicación asertiva

Saber qué es comunicación asertiva

Es la expresión directa de nuestros sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y respetando los derechos y valores de las personas



La comunicación asertiva:

- Implica respeto, no servilismo.
- El respeto hacia uno mismo (es decir, expresar nuestras necesidades, defender nuestros derechos, así como el respeto hacia las necesidades y derechos de otra persona.

Diferenciar la conducta asertiva, no asertiva y agresiva

Ser asertiva hace que la persona controle mejor su ambiente, a sí mismo, que se exprese franca y honestamente, sin sentimientos de ansiedad y culpabilidad.

El mensaje básico de la aserción es: esto es lo que yo pienso, esto es lo que yo siento, así es como veo la situación.

El mensaje expresa quién es la persona y se dice sin dominar, humillar o degradar al otro individuo.



La conducta no verbal como la mirada, la expresión facial y el tono de voz que acompañe el mensaje que queremos transmitir tiene que ser coherente para no quitar valor a la conducta verbal.

Diferenciar la conducta asertiva, no asertiva y agresiva

El individuo que se comporta de forma asertiva suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales, está satisfecho de su vida social y tiene confianza en sí mismo cuando necesite hacerlo.



La comunicación no asertiva, implica la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones y por consiguiente, permitiendo que los demás violen nuestros sentimientos o expresando de forma inadecuada y autoderrotista nuestras necesidades.

Diferenciar la conducta asertiva, no asertiva y agresiva

La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. Incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y anotaciones hostiles o humillantes.



A corto plazo puede tener consecuencias favorables o desfavorables, ya que muchas veces es una vía donde se imponen las necesidades propias sobre las de la otra persona.

Sin embargo, a largo plazo deterioran las relaciones interpersonales.

Estilo pasivo



Cuando se está comunicando pasivamente, uno no expresa directamente los sentimientos, pensamientos y deseos. Puede intentar comunicarse indirectamente ya sea frunciendo el ceño, llorando o incluso susurrando algo entre dientes. O bien puede abstener sus sentimientos y deseos por completo. Con el estilo pasivo, uno puede tender a sonreír muy a menudo y sobreponer las necesidades de los demás antes de las de nosotros. Escuchamos más de lo que compartimos y cuando decidimos hablar directamente por miedo al rechazo, se dicen cosas como "no soy un experto, pero..." "No estoy muy seguro..." o "No debería decir esto, pero..." Haciendo que se dificulte pedir o expresar lo que queremos. Cuando alguien nos pide hacer algo que no queremos o no nos gusta hacer, nos encontramos inclinados a hacerlo o poner excusas para no decir no.

Estilo pasivo

Hablar pasivamente incluye una suave, débil, e incluso quebrada voz. Las pausas y dudas son comunes. Es muy usual que nos quedemos sin palabras. Podemos divagar y usar frases o muletillas como "es que..." y "este..." de manera muy seguida. Frecuentemente dependemos de los otros para que adivinen lo que queremos decir. Es muy común que la postura al hablar sea curvada con los hombros y la cabeza caídas, es muy probable que nos apoyemos en una pared u objeto cuando hablamos para tener soporte. Las manos tienden a estar frías, sudorosas e impacientes con pequeños movimientos involuntarios. El contacto visual es muy difícil; haciendo que veamos al suelo o a otro lado. Ya que nunca dices lo que realmente piensas, nunca pareces lo que dices que piensas.



Habilidades para expresar sentimientos negativos

Estrategia DESC:

1. Describir la conducta ofensiva o molesta de la otra persona, utilizando términos concretos, describiendo el lugar, momento y frecuencia de la actuación. Describe la actuación, no el motivo.
2. Expresar tus pensamientos o sentimientos sobre la conducta o problema de una forma positiva, exprésalos con calma, centrándote en la conducta molesta y no en la persona.
3. Especificar de forma concreta el cambio de conducta que quieres que lleve a cabo la otra persona. Pide cada vez, uno o dos cambios que no sean muy grandes. Pregunta si está de acuerdo, algunos comienzos de frases típicas pueden ser: preferiría que... quisiera que... me gustaría...
4. Señala las consecuencias positivas que proporcionarás si la otra persona mantiene el acuerdo de cambiar.

EL disco rayado

Este procedimiento se suele emplear para hacer peticiones y/o rechazar una petición poco razonable o a la que no queremos responder. El procedimiento consiste en la repetición continua del punto principal que queremos expresar.



PASOS

1. Aclarar en tu mente exactamente lo que quieres y lo que no quieres. Tus sentimientos, pensamientos acerca de la situación y tus derechos
2. Formular un resumen en tu mente sobre lo que quieres decir. Sin excusas, sin aclaraciones, únicamente el mensaje de lo que quieres o no quieres. Sin dejar vacíos que permitan que la otra persona pueda aprovechar para contrarrestar su argumento

PASOS

3. Usa un lenguaje corporal para respaldar tu argumento.
4. Repite las veces que sean necesarias para que puedas dejar claro el mensaje que quieres transmitir
5. Puedes reconocer las ideas, sentimientos o deseos de la otra persona y volver a tu argumento. No dejes te distraer por los deseos o declaraciones de la otra persona

Reconocimiento

La crítica constructiva puede ayudarlo a mejorar a usted mismo. Cuando comete un error, los comentarios pueden ayudarlo a aprender a cómo no repetir el error. A veces la crítica que recibe no es constructiva, pero es precisa. La otra persona, por sus propias razones, le está haciendo saber que hizo algo mal.

Cuando reciba críticas con las que está de acuerdo, ya sea una crítica constructiva o simplemente un recordatorio innecesario, reconozca que la crítica tiene razón. Por ejemplo, "Tienes razón, jefe, escribo mal muchas palabras y podría usar un diccionario en mi escritorio". "Sí, no tengo el informe que debía entregar la semana pasada". "Sí, Llegué media hora tarde al trabajo hoy".



No caigas en la trampa de poner excusas o disculparte por tu comportamiento. Esta es una respuesta automática que nos queda de la infancia, cuando accidentalmente derramaba leche, ensuciaba la ropa o llegaba a casa quince minutos tarde y sus padres preguntaban: "¿Por qué hiciste eso?". Esperaban una respuesta razonable, y aprendiste a proporcionar una excusa. Como adulto, a veces eliges dar una explicación de tus acciones, pero no tienes que hacerlo. Detente y pregúntate si realmente quieres hacerlo, o si solo estás reaccionando de un viejo hábito. Por ejemplo, podría decir: "Sí, Jack, no he enviado el informe que debía presentarse la semana pasada" y decide no darle ninguna explicación a Jack, ya que él es tu compañero y no está a cargo de cuándo haces tu trabajo.



Banco de niebla

El "Banco de niebla" es una técnica útil para tratar las críticas no constructivas y manipuladoras con las que no estamos de acuerdo. Proporciona una manera rápida de prescindir de las declaraciones que tienen una gran cantidad de verdad en ellas, pero que están destinadas principalmente a menospreciar. Cuando usas esta técnica, encuentras algo en el comentario crítico con lo que estar de acuerdo mientras te mantienes internamente en tu propio punto de vista. Esto calma a los críticos y los saca del juego de ganar/perder para que puedas comunicarte sobre cosas más importantes o bien, finalizar la conversación.

Puedes pensar que el "Banco de niebla" es manipulador. En parte lo es. Pero es mejor que las alternativas agresivas o pasivas. Aunque no requiere ensayos elaborados, sí requiere que escuche atentamente para encontrar algo con lo que pueda estar honestamente de acuerdo. Hay tres formas en que puede estar de acuerdo con su crítico: estar de acuerdo en parte, estar de acuerdo en probabilidad y estar de acuerdo en principio.

Estar de acuerdo en parte

Usted encuentra alguna parte de lo que dice el crítico con el que está de acuerdo y reconoce que tiene razón sobre esa parte. Ignoras el resto de las críticas. Modifica las palabras que usa el crítico que son pura exageración, como "siempre" y "nunca". Reformula las oraciones con las que casi está de acuerdo, pero no distorsiona la esencia del significado original del crítico.

Crítico: siempre estás trabajando. Crees que el mundo se vendría abajo si te tomaras un día libre.

Tu: Sí, trabajo mucho.

Estar de acuerdo en probabilidad

Usted acepta la probabilidad cuando hay alguna posibilidad de que su crítico tenga razón. Incluso si las probabilidades son de una en mil, puede responder tales como "Puede ser..." o "Podría tener razón". Utilizando el último ejemplo, podría responder al crítico con lo siguiente: "Puede ser que Trabajo demasiado". O podrías decir: "Podría ser que ya no tengo tiempo para mis amigos".



Estar de acuerdo en principio

A veces puedes estar de acuerdo con la lógica de tu crítico sin estar de acuerdo con su premisa. Puede aceptar que "si X, entonces Y" y aún no admitir que X es cierto.

Crítico: si no estudias más de lo que lo haces, vas a reprobarte tus clases.

Tu: tienes razón. Si no estudio, reprobare mis clases.



Sondeo

El sondeo asertivo es útil cuando no puede saber si la crítica es constructiva o manipuladora, cuando no entiende la crítica o cuando cree que no está entendiendo toda la historia. La crítica es a menudo una forma de evitar sentimientos o deseos importantes, así que si estás confundido por un comentario crítico, investiga qué hay debajo.

Para usar el sondeo, escoja la parte de la crítica que en la que usted crea que el crítico está haciendo más énfasis. En general, esto será algo que afecte su propio interés. Pregunte: "¿Qué es lo que le molesta [agregue la parte de la crítica que cree que es más importante para el crítico]?" Si es necesario, pídale al crítico que proporcione un ejemplo específico. Escuche atentamente la respuesta del crítico para determinar qué siente, piensa y quiere. Continúe sondeando: "¿Qué es lo que le molesta de...?" Hasta estar satisfecho con la comprensión de cuál es la intención del crítico. No utilices frases como "Entonces, ¿cuál es el problema esta vez?" O "¿Qué tiene de malo lo que hice?" O "¿Qué te molesta?" Te harán parecer defensivo y disuadirá al crítico de expresar sentimientos y deseos auténticos.

Ejemplo

Crítico: simplemente estás siendo peso muerto. Tu trabajo está a medias.

Tú: ¿Qué es lo que te molesta de mi trabajo?

Crítico: Bueno, todos los demás están trabajando como un perro, haciendo horas extras. Saliste de aquí todas las noches a las cinco en punto.

Tú: ¿Qué es lo que te molesta de que salga de la oficina a tiempo cuando otras personas trabajan horas extras?

Crítico: Odio trabajar horas extras. Pero el trabajo tiene que hacerse. Soy responsable de ver que así sea, y me enoja cuando te veo trabajando con el reloj.

Tú: ¿Qué es lo que te molesta cuando trabajo siguiendo el reloj?

Crítico: cuando te vas, alguien más tiene que terminar tu trabajo. Quiero que te quedes hasta que se termine.

Tú: Ya veo. Le agradezco que me haya explicado la situación

En este caso, el sondeo lo llevó a comprender claramente la queja del crítico y a una solicitud clara para que usted haga algo al respecto. Si su crítico hubiera seguido criticando en términos vagos, podría haber recurrido a la confusión.

Cambio de contenido

Cuando piense que el foco de una conversación se está alejando del tema del que desea hablar, utilice el "cambio de contenido a proceso". Simplemente cambia del tema real que se está discutiendo (el contenido) a lo que está sucediendo entre usted y la otra persona (el proceso). Por ejemplo, podría decir: "Nos hemos alejado de lo que acordamos discutir para hablar sobre la historia antigua" o "Me doy cuenta de que estoy hablando todo sobre este tema, y usted está muy callado".

Un "cambio de contenido a proceso" a menudo implica cierta divulgación sobre cómo se siente o piensa en la interacción en ese mismo momento. Puede intentar anular una interacción: "Tengo miedo de seguir hablando de esto. Te estás poniendo rojo y rechinando los dientes". Me siento incómodo al discutir este tema en un lugar público, y me doy cuenta de que ambos estamos susurrando". Alternativamente, puede usar un cambio de contenido a proceso para proporcionar comentarios positivos: "Me siento muy bien al resolver este problema. ¡Realmente nos estamos comunicando! Me siento muy positivo contigo en este momento".

Cambio de contenido



Los cambios de contenido a proceso son especialmente útiles cuando se alzan las voces y ambas personas están enojadas: "Veo que los dos estamos molestos. Es un tema delicado". "Estamos hablando mucho más fuerte y parece que estamos por empezar una pelea". El truco consiste en comentar lo que sucede entre ustedes de una manera neutral y desapasionada para que su declaración no sea experimentada como un ataque.

Tiempo fuera



Cuando sepa que lo que está discutiendo es importante pero la discusión está en un punto muerto, puede pausar la conversación para otro momento. Un tiempo de espera es valioso cuando la interacción es demasiado pasiva o demasiado agresiva. Uno de ustedes puede estar en silencio, lloroso o congelado para estar de acuerdo con todo lo que el otro dice. O uno de ustedes puede estar actuando de manera hiriente, insultándose y arrastrando viejas quejas.

También se puede usar un tiempo de espera cuando solo quieres algo de espacio para pensar. Por ejemplo, tiene dificultades para decidir qué automóvil comprar y el vendedor de automóviles lo está presionando. O tu novia te acaba de decir que te ama y quiere saber cómo te sientes acerca de ella. O simplemente te invitaron a pasar el fin de semana en la casa de playa de tus suegros.

Ejemplo

- En respuesta a un compañero de trabajo inflexible con el que tenemos algún tipo de riña, usted dice: "Creo que lo que estamos hablando es importante, y me gustaría discutirlo mañana".
- Está a punto de disolverse en lágrimas o rabia, o te sientes muy ansioso. Una discusión adicional sería infructuosa o demasiado dolorosa. Entonces usted dice: "Tiempo fuera. En este momento estoy muy molesto. Sé que mañana podré lidiar con este problema de manera mucho más efectiva".
- Se siente presionado para hacer algo que no está seguro de querer hacer. Usted dice: "Quiero consultarlo con la almohada", "me pondré en contacto con usted la próxima semana", "quiero hablar con mi pareja [abogado, contador, amigo] sobre esto antes de tomar una decisión" o "Esto es importante, ¿cuándo es un buen momento la próxima semana para que lo discutas?"

No abuse del tiempo de espera usándolo repetidamente para evitar un problema difícil. Establezca un tiempo específico en el futuro cercano para continuar su discusión.

Separar los temas

Algunas veces en la interacción, más de un tema se presenta unido, por lo que es necesario separarlos de forma que el mensaje sea más claro. Ejemplo: "una cosa es que seamos amigos, y otra que no te pueda prestar el carro. Que no te preste el carro no quiere decir que sea un mal amigo".

La pregunta asertiva

- Al final no me sirvió de nada lo que me dijo
- ¿Qué cree que podríamos hacer para que esto no suceda de nuevo?

Reflejo de sentimientos

Esto muestra interés por los sentimientos y expresiones de la otra persona.

-Entiendo que estén preocupados por mí, en su lugar yo también lo estaría, pero a veces necesito mi espacio y espero que lo comprendan.

Apéndice 13: Charla para el departamento de enfermería sobre autoestima

<h1>AUTOESTIMA</h1>  <p>Daniela Ayala Alonso</p>	<h2>¿Qué es la autoestima?</h2> <p>La autoestima es el concepto que hace referencia a nuestra forma de valorarnos, es decir tiene un componente emocional.</p> 
<h2>Diferenciando conceptos</h2>  <p>Imagen descriptiva de sí mismo. Capacidades y rasgos que la persona cree poseer.</p> <p>Sentimiento valorativo de sí mismo. En función a los pensamientos y experiencias.</p>	<h2>AUTOCONCEPTO</h2> <p>EL AUTOCONCEPTO ES LA IMAGEN QUE HEMOS CREADO SOBRE NOSOTROS MISMOS. NO UNA IMAGEN VISUAL NADA MAS. SINO UN CONJUNTO DE IDEAS QUE CREEMOS QUE NOS DEFINEN. A NIVEL CONSCIENTE E INCONSCIENTE.</p> <p>ES DECIR, EL CONJUNTO DE CARACTERÍSTICAS (ESTÉTICAS, FÍSICAS, AFECTIVAS, ETC) QUE SIRVEN PARA DEFINIR LA IMAGEN DEL YO</p>
<h2>Características del autoconcepto</h2> <ul style="list-style-type: none">• ES RELATIVAMENTE ESTABLE• PERO PUEDE CAMBIAR, SI NOS LO PROPONEMOS• SE INTEGRAN DIFERENTES ASPECTOS. EL COMPONENTE EMOCIONAL, LAS INFLUENCIAS DE NUESTRAS COGNICIONES, LA INFLUENCIA DE NUESTRA CULTURA Y DE NUESTRA HISTORIA PERSONAL	<h2>Características del autoconcepto</h2> <ul style="list-style-type: none">• SIEMPRE VALORAMOS EN QUÉ MEDIDA ESTAMOS DEFINIDOS POR ALGO COMPARÁNDOLO CON OTRO ELEMENTO.• EXISTE UN AUTOCONCEPTO PORQUE SOMOS CONSCIENTES DE QUE EXISTIMOS COMO ENTIDAD DIFERENCIADA DEL RESTO.
<h2>Características del autoconcepto</h2> <ul style="list-style-type: none">• EL AUTOCONCEPTO ES UN PROCESO DINÁMICO. CAUSADO POR UNA MEZCLA DE INTERACCIONES ENTRE LOS GENES Y EL AMBIENTE. POR ESO, NO ESTÁ AISLADO DENTRO DE LAS PERSONAS, SINO QUE NUESTRAS VIVENCIAS Y NUESTROS HÁBITOS LO HACEN EVOLUCIONAR.• ADEMÁS, ESTÁ MUY VINCULADO A NUESTRA VIDA SOCIAL	<h2>¿CÓMO CREEN QUE PODRÍAMOS MEJORAR LA FORMA EN QUE NOS SENTIMOS CON NOSOTROS MISMOS?</h2>



¿Qué propone la psicología cognitivo-conductual?

"La perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones que le damos a esas situaciones" Albert Ellis



ACTIVIDAD BANDERA PERSONAL

REALICEN UNA BANDERA (CON LA FORMA QUE USTEDES QUIERAN) DONDE REPRATEN CUALIDADES O CARACTERÍSTICAS DE CADA UNO. A LA BANDERA SE LE PUEDE ACOMPAÑAR CON UN LEMA QUE LOS DEFINA

