

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Práctica Dirigida para optar el grado de Licenciatura en Psicología

**INSERCIÓN HOSPITALARIA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA
UNIDAD DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (HSJD): UNA
ATENCIÓN EN SITUACIÓN DE PANDEMIA.**

Sustentante: Bach. Arianna Sauter Sequeira

Comité Asesor:

Directora: Dra. Ana María Jurado Solórzano

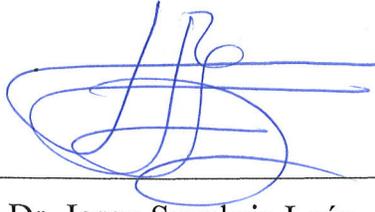
Lector: Dr. Ronald Ramírez Henderson

Lectora: Dra. Mónica Salazar Villanea

Asesora técnica: MPsc. Paola Echeverri Echeverría

Marzo, 2023

HOJA DE APROBACIÓN



Dr. Jorge Sanabria León

Presidente del Tribunal Examinador



M.Sc. Carlos Araya Cuadra

Profesor(a) invitad(a)



Dra. Ana María Jurado Solórzano

Director(a) del Trabajo Final de Graduación



Dr. Ronald Ramírez Henderson

Lector(a)



Dra. Mónica Salazar Villanea

Lector(a)



Bach. Arianna Sauter Sequeira

Sustentante



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

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 258

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día viernes treinta y uno de marzo del dos mil veintitrés, a las diez horas, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de la:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
Arianna Sauter Sequeira	B66727	2-2020

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.

Dr. Jorge Sanabria León	Presidente
M.Sc. Carlos Araya Cuadra	Profesor Invitado
Dra. Ana María Jurado Solórzano	Directora de T.F.G.
Dra. Mónica Salazar Villanea	Miembro del Comité Asesor
Dr. Ronald Ramírez Henderson	Miembro del Comité Asesor

ARTICULO I

El Presidente 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 hospitalaria desde la psicología de la salud en la Unidad de Psicología del Hospital San Juan de Dios (HSJD): Una atención en situación de pandemia”**.

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 con el 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:

ARTICULO V

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

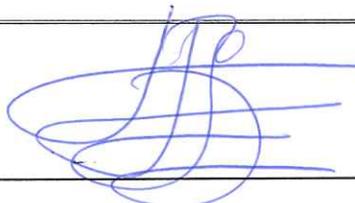
Se le indica la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que será oportunamente convocada.

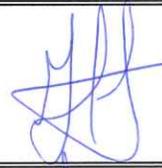
Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las 12.24 P.M. se levanta la sesión.

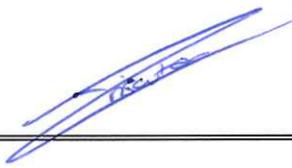
Nombre:

Firma:

Dr. Jorge Sanabria León



M.Sc. Carlos Araya Cuadra	
Dra. Ana María Jurado Solórzano	
Dra. Mónica Salazar Villanea	
Dr. Ronald Ramírez Henderson	

Arianna Sauter Sequeira	
--------------------------------	---

Por medio de la presente manifiesto mi acuerdo con el resultado de aprobado con distinción, de la defensa del trabajo final de graduación titulado "Inserción hospitalaria desde la psicología de la salud en la Unidad de Psicología del Hospital San Juan de Dios (HSJD): Una atención en situación de pandemia", de la sustentante Arianna Sauter Sequeira carné B66727

psicologia@ucr.ac.cr

RESUMEN

A continuación, se detalla el Trabajo Final de Graduación de la sustentante, estudiante avanzada de la carrera de Psicología, en el Servicio de Psicología del Hospital San Juan de Dios. Dicha práctica profesionalizante se realizó desde mediados de enero hasta principios de agosto 2022, a tiempo completo.

La labor realizada estuvo orientada según la demanda de la población beneficiaria y las necesidades de la Unidad. El objetivo general planteado para la inserción fue desarrollar intervenciones psicológicas integrales a través de técnicas basadas en evidencia con el fin de poder ayudar el trabajo que se realiza desde el departamento de Psicología del hospital. A partir de las conversaciones iniciales previas al inicio de dicha inserción, se plantearon cuatro objetivos que engloban las actividades realizadas a lo largo de la práctica dirigida. Las cuatro áreas específicas en las cuales se brindó apoyo fueron: atención psicológica individual y grupal, participación de procesos de intervención psicológica breve en personas afectadas por el COVID-19, colaborar en la atención hospitalaria (interconsultas, evaluaciones, intervenciones en crisis, etc.) y desarrollo de materiales de apoyo.

Se observó una necesidad de atender casos con sintomatología de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, con un aumento de casos con Trastorno de Estrés Postraumático, como el principal motivo de consulta de las personas usuarias referidas al Servicio.

A partir de la práctica dirigida, se identifican grandes alcances. El haber estado inmersa en un ambiente clínico a tiempo completo colaboró en la formación de habilidades de atención clínica, tanto a nivel individual, grupal y familiar. El poder brindar una atención con mayor regularidad, terminó siendo un apoyo para la unidad, ya que había casos cuyas necesidades requerían una

atención con mayor regularidad, con el fin de poder ver resultados con mayor rapidez. Otro aspecto importante rescatar es la importancia de aprender sobre afectaciones físicas que tienen relación con un componente psicológico y que requieren atención. Esto permitió aprender sobre enfermedades médicas y el rol que puede tener una persona profesional en psicología en la atención de ellas, aspecto que no se había visto antes a lo largo de la carrera.

Palabras Clave: Psicología de Salud, Psicología Clínica, Evaluación Psicológica, TEPT, COVID-19.

Sauter, A. (2023). Inserción hospitalaria desde la Psicología de la Salud en la Unidad de Psicología del Hospital San Juan de Dios (HSJD): Una atención en situación de pandemia. Práctica Dirigida para optar por la Licenciatura. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

DEDICATORIA

A mi familia, por apoyarme y motivarme a lo largo de todo el proceso. No hubiera logrado concluir esta etapa de mi vida si no hubiera sido por el amor incondicional que me ha dado.

Les amo mucho.

A mis abuelos y abuelas, por ser las personas que más admiro en esta vida. Esto es para ustedes.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Ana María Jurado, gracias por confiar en mí y por brindarme esta oportunidad, en donde no solo aprendí habilidades, sino que también logré conocer mucho de mí misma. Gracias por acompañarme y aconsejarme a lo largo de este proceso, y durante mi formación académica en el aula. mi experiencia no hubiera sido lo mismo sin usted. Usted ha sido una profesora que me ha enseñado que la Psicología es más de lo que uno se imagina.

A la Dra. Mónica Salazar y al Dr. Ronald Ramírez, por ser profesores a quienes he admirado a lo largo de toda mi carrera profesional. Ustedes son piezas claves en la historia de la Psicología en Costa Rica, tanto por su esfuerzo, su ética y compromiso con la profesión. Haber sido estudiante de ustedes fue un privilegio. Les agradezco a ambos por acompañarme a lo largo de este proceso, por asumir el rol como lectores y por todos los aportes valiosos que me brindaron.

A la MPsc. Paola Echeverri, por su paciencia, conocimiento y compañía. No tengo palabras para expresar el profundo agradecimiento que tengo por abrirme las puertas al hospital, a su consultorio y por permitirme trabajar todos esos meses a su lado. La experiencia que compartí con usted es algo que siempre voy a recordar, estimar y agradecer. Gracias por confiar en mí y por permitirme afinar y desarrollar mis habilidades a lo largo de la inserción.

A las personas que conocí y con las que trabajé a lo largo de la Práctica Dirigida. Ustedes han marcado mi vida para siempre. Gracias por confiar en mí y por permitirme aprender junto a ustedes. Nunca les olvidaré.

A mis compañeras de carrera, por todos los años que compartimos juntas, tanto adentro como afuera del aula. No solo me motivaron, me enseñaron mucho a lo largo de toda la carrera. Gracias por apoyarme durante todas mis crisis. Las quiero mucho.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	1
Contextualización de la institución: Hospital San Juan de Dios	6
Antecedentes	7
Antecedentes Internacionales	7
Antecedentes Nacionales	11
Marco Teórico-Conceptual	16
Psicología de la Salud	16
Salud mental y COVID-19	17
Intervención en Crisis	20
Depresión	21
Ansiedad	23
Trastorno de Estrés Postraumático	25
Duelo	27
Enfermedad Renal	29
Dermatitis Atópica Severa	30
Problema	322
Objetivos	35
Metodología	37
Precaución ético-legales	37
Población	38
Categorías y estrategias de intervención	40
Roles y supervisiones	48
Procesos de evaluación, informes y bitácoras	49
Resultados	520
Alcances y Limitaciones	97

Discusión	1011
Conclusiones	115
Recomendaciones	119
Referencias Bibliográficas	122
Anexos	149

1. Introducción

Incertidumbre, miedo, abundancia de información son todos estresores relacionados a la exacerbación de trastornos mentales en los últimos años (Taylor, 2021). A finales del 2019, el mundo vivió un giro en el cual las personas tuvieron que aprender a adaptarse rápidamente mientras experimentaban pánico, se informaban por medio de redes sociales y con información que no necesariamente era verídica, y donde rápidamente las personas se contagian de una enfermedad desconocida.

El virus fue registrado a primera instancia en Wuhan, China (Cirrincione et al., 2020); y rápidamente, en enero del 2020, se reportó el primer contagio fuera de China, incrementando sus casos alrededor del mundo. A raíz de la información que se tenía presente en su momento, y tratando de controlar el esparcimiento de casos, los gobiernos empezaron a establecer medidas sanitarias, mientras estaban a la espera de la administración de vacunas (Ebrahimi, Hoffart & Urnes, 2021). Esto especialmente con la intención de prevenir un colapso en los servicios hospitalarios. Dentro de las medidas propuestas se incluyó el uso de mascarillas, aislamiento y distanciamiento social, restricciones vehiculares, suspensión de actividades, cierre de centros educativos y emergencias (no poder salir del hogar, solo para compras de necesidades básicas), teletrabajo, entre otras (Ministerio de Salud, 2020d; OMS, 2020a; Cielo, Ulberg & Di Giacomo, 2021).

Miedo, estrés, ansiedad y preocupación son respuestas comunes que se presentan en personas en una crisis sanitaria (Taylor, 2019), y que se vieron presentes ante el COVID-19 (Lee, 2020; Montemurro, 2020; Out, Charles & Yaya, 2020; Ramírez-Ortega et al., 2020). Desde inicios de la pandemia hasta el día de hoy, el mundo ha enfrentado y convivido con diferentes variantes del virus, unos siendo más contagiosos y mortales que otros. Con el paso del tiempo, las personas

han tenido que enfrentar las consecuencias post-COVID-19, tanto físicas como psicológicas (Nearchou, Flinn, Subramaniam & Hennessy, 2020).

En los últimos años, hemos evidenciado grandes cambios sociales, adaptándonos a una “nueva realidad”. Los cambios sociales, la pandemia y la información respecto a la enfermedad influyen en la salud mental de las personas. Las alteraciones sociales presentadas a raíz del COVID-19 incluyen el aislamiento social, la pérdida laboral, la adaptación a la virtualidad, entre otros. Estas modificaciones en nuestro entorno han implicado aumentos en ansiedad, síntomas depresivos, consumo de sustancias y alteraciones en el sueño (Ramírez-Ortega et al., 2020; Hutchins et al., 2020; Kumar & Anyar, 2020; Lee, 2020).

Estudios pasados, realizados en contexto de epidemias – como herpes simple, influenza, hepatitis, VIH/SIDA, etc. – describen una relación estrecha entre las enfermedades y las consecuencias en salud la salud mental comunitaria (Nearchou et al., 2020; Aguilar, Pinto & Duarte, 2021). Cualquier persona puede llegar a presentar afectaciones en su salud mental, ya que no hay una persona exenta que no ha visto cambios en su diario vivir a partir de la pandemia.

No obstante, desde antes del COVID-19, se empezó a ver un aumento en las tasas de problemas relacionados con la salud mental. En el 2006 se estimó que el 21% de la población latinoamericana padecía de algún trastorno mental (Rodríguez, 2014); y para el 2013 el alrededor del 22.2% (PAHO, 2013). En Costa Rica se estima que un 13% de la población padece de algún trastorno mental, ansiedad con 4.47% y depresión con un 3.42% (Our World in Data, 2021).

El problema presente es que una minoría poblacional tiene acceso a los servicios de salud o reciben un tratamiento adecuado para su enfermedad. Según Kohn et al. (2018), el rango de cobertura que tienen las unidades de salud para la atención de trastornos mentales graves es del

69.9%, mientras que un 74.7% para trastornos severos a moderados. La baja cobertura para tratar estos problemas se da por la poca inversión en el cuidado de la salud mental (Kohn et al., 2018).

Desde el modelo biopsicosocial, propuesto por Engel en 1977, menciona que los estresores diarios y ambientales afectan el desarrollo de enfermedades debido a la interrelación e interacción entre la mente y el cuerpo (Al-Sabbah, Darwish, Fares, Barnes & Ali, 2021). Dicho modelo toma en consideración los impactos a nivel biológico, psicológico y social (Stuart et al., 2020). Se toman en consideración factores de riesgo que pueden llegar a presentar consecuencias a nivel de salud mental (Kop, 2021). Estos aspectos permiten entender las problemáticas en la salud mental de mejor forma, en la cual se le puede brindar una atención integral e interdisciplinaria a las personas afectadas.

A partir de la necesidad nacional, y el reconocimiento de la importancia de la salud mental, Costa Rica impulsa nuevas medidas para abordar dichas solicitudes. El Ministerio de Salud toma en consideración el aumento de diagnósticos y problemas asociados a la salud mental y propone ampliar la atención; sugiriendo implementar intervenciones para la prevención, promoción y rehabilitación de la salud (Ministerio de Salud, 2012). En Costa Rica se empezaron a recolectar datos en octubre 2020 respecto al impacto cognitivo, conductual, emocional y físico de la pandemia COVID-19 (Ministerio de Salud, 2020c), donde 27.6% de la población menciona tener síntomas depresivos y un 2.5 síntomas de ansiedad, bipolaridad, trastorno obsesivo compulsivo y/o esquizofrenia (Carazo et al., 2021).

Cabe la importancia mencionar lo anterior debido a que la Práctica Dirigida se contextualiza en una época postpandemia, donde los casos atendidos y vistos a lo largo de la inserción tienen, de cierta forma, una relación con la situación mundial. Previo a la pandemia, los profesionales en Psicología de las unidades de la C.C.S.S. trabajaban desde áreas de apoyo o en

atención clínica. Las tareas que realizaban los profesionales de esta área eran: realización de entrevistas y evaluaciones psicológicas, evaluación de pruebas neuropsicológicas, detección de factores de riesgos relacionados con la enfermedad o padecimientos físicos, realización de protocolos para atención grupal y realización de intervenciones psicoterapéuticas bajo la modalidad grupal e individual (CCSS, 2015), dentro de las cuales algunas se vieron suspendidas por un tiempo, tras el cambio a la atención virtual.

A partir de lo mencionado, cabe resaltar la importancia de la inserción profesionalizante para optar el grado de Licenciatura en Psicología realizada por la sustentante en la Unidad de Psicología del Hospital San Juan de Dios (HSJD), centro especializado de tercer nivel. Se brinda continuación a los trabajos profesionalizantes de Soto (2018), Gonzáles (2019) y Angulo (2019), por siete meses, siendo un apoyo a las profesionales de dicho servicio en el cumplimiento de las tareas diarias.

La inserción profesionalizante pretende ser un puente que entrelaza el trabajo de la universidad, la CCSS, la psicología y la población costarricense. El TFG tiene la intención de ser una oportunidad educativa y profesionalizante, en donde estudiantes logren colaborar con la atención de las demandas institucionales recibidas en la Unidad de Psicología Clínica del HSJD.

El trabajo propuesto inicialmente surge a raíz de las especificaciones y observaciones en una temporalidad establecida. Los objetivos propuestos para la inserción profesionalizante se plantean en un contexto específico y a partir de las necesidades de la población en ese momento. Por lo que no cabe certeza de que en el momento de la inserción se mantenga la misma demanda. A partir de lo anterior, las actividades principales que se plantearon para dicho trabajo consistieron en: brindar atención psicológica individual y grupal, participar de procesos de intervención

psicológica breve en personas afectadas por el COVID-19, colaborar en la atención hospitalaria y desarrollar materiales de apoyo para el departamento y sus beneficiarios.

2. Contextualización de la institución: Hospital San Juan de Dios

El Hospital San Juan de Dios (HSJD) fue creado a mediados de 1845 por el primer presidente del país, convirtiéndose en el Hospital General de la República. Surge desde la necesidad de contar con un hospital “moderno” en una zona periferia de San José (Carmona, 1994), el cual contará con la capacidad de atender las necesidades existentes en el país. Debido al desarrollo de actividades cafetaleras, y ante la amenaza de guerra, se inicia la construcción del HSJD (Rojas, 2015). La construcción de este se realizó durante 1852 hasta 1855, bajo la administración del gobierno del presidente Juan Rafael Mora Porras (Flores, 2013; citado en González, 2019).

Hoy, el HSJD se ha convertido en un centro especializado, el cual asiste con las problemáticas de índole médico-asistencial en la población costarricense, siendo una “escuela” para los futuros profesionales. Han mantenido a lo largo de los años el objetivo de velar por la caridad, la beneficencia, la protección y la seguridad sociales de los ciudadanos costarricenses (Caja Costarricense de Seguro Social, 2006-2020).

El Hospital organiza los servicios médicos por medio de secciones; en los cuales engloban los servicios correspondientes, según la especialidad médica (Soto, 2018). La unidad de Psicología Clínica se encuentra bajo el cargo del Servicio de Psiquiatría el cual se ubica en la Sección de Medicina, atendiendo a personas que presentan una enfermedad mental. Sin embargo, los profesionales en psicología dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social también laboran en el trabajo con equipos interdisciplinarios de atención en salud mental (EI-SAM), evaluando, realizando tratamientos y rehabilitando a pacientes que requieran de un análisis y trabajo integral con otras disciplinas (Caja Costarricense de Seguro Social, 2018).

3. Antecedentes

3.1 Antecedentes Internacionales

La Psicología de la Salud, se establece en 1978 como una disciplina dentro de la psicología, siendo acreditada por la División 38 de la APA (Plass, Gruszczynska, Anersson & Kassianos, 2017). Desde su inicio, es definida como una disciplina que aporta desde lo educativo, científico y profesional, promoviendo y manteniendo la salud, previniendo y tratando la enfermedad desde aportes de la psicología (Plass et al., 2017). Se trabaja desde el análisis de las influencias psicológicas en cómo las personas se mantienen saludables, por qué se enferman y cómo responden a la enfermedad (Taylor, 2018). Sin embargo, en los últimos años se ha incorporado el trabajo interdisciplinario en los centros de salud (Velandia, Salamanca & Alarcón, 2017).

A pesar de que la Psicología de la Salud se estableció en 1978, la incorporación de psicólogos en el ámbito hospitalario viene de mucho antes. Los primeros trabajos realizados en Psicología Hospitalaria en América Latina vienen desde mediados del siglo XX, siendo Brasil el primer país trabajando a nivel de salud hospitalaria (Zas, 2016). Sin embargo, el conocimiento de esta profesión sigue siendo escaso hasta el día de hoy, habiendo un desconocimiento de las funciones, tareas, obligaciones e intervenciones que pueden realizar los profesionales en el área (López & Iriondo, 2019).

A partir de las primeras incorporaciones de profesionales en psicología en el ámbito de la salud, ha surgido un avance en investigación que ha permitido la creación de diversos grupos, asociaciones y revistas, aportando mayores criterios ético-científicos que aportan al área (Velandia et al., 2017). Cuando compete, las especialidades médicas han trabajado con los profesionales en psicología con el fin de identificar los problemas y prevenir el desarrollo con el cambio de conductas y cogniciones (Kaptein & Weinman, 2010). A nivel internacional, la psicología de la

salud es el campo clínico de la psicología con mayor desarrollo (Hilton & Johnston, 2017), colaborando con la promoción y mantenimiento de salud (Taylor, 2018).

La APA (2017) ha visualizado que las intervenciones integrales a nivel hospitalario, contemplando el trabajo de los profesionales en psicología, toma en consideración los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud. Dicha labor se caracteriza por una colaboración y comunicación constante con diversos profesionales en salud, quienes en conjunto trabajan por cubrir todos los ámbitos necesarios para darle el mejor tratamiento al paciente, según la necesidad que presente. Además, se trabaja en la formulación de políticas de salud e intenta proponer mejoras en los centros de salud especializados (Taylor, 2018). Dentro de la salud pública, los Psicólogos de la Salud colaboran en identificar conductas que pueden ser cambiadas para mejorar la calidad de vida que tiene la persona hospitalizada o que acude al servicio de salud (Public Health England, 2018).

Desde la psicología, se puede trabajar en distintos ámbitos relacionados con la salud, no únicamente los trastornos mentales que se abordan desde la clínica (Burns & Zitz, 2015; Sinaj & Dibra, 2015). Los profesionales en psicología, quienes trabajan en los servicios de salud hospitalaria, trabajan junto con profesionales de salud en áreas como: la salud integral, cuidado primario, evaluaciones neuropsicológicas, tratamiento para el cáncer, salud cardíaca, obesidad, manejo del dolor, depresión prenatal, úlceras por presión, evaluaciones antes de cirugías, trastornos del sueño (APA, 2017), medicina conductual (Cerezo-Resendiz & Hurtado-Rodríguez, 2011) y cuidados paliativos (Canizales, 2019). Las obligaciones de un profesional en psicología dependen mucho del nivel de cuidado que requiere la persona (Sinaj & Dibra, 2015), variando el trabajo desde lo individual a lo multidisciplinario.

Hay un aumento en profesionales en psicología en los servicios hospitalarios en Europa, debido a que se le ha dado mayor reconocimiento a los factores cognitivos y emocionales en las enfermedades crónicas (Chiavarino, Poggio, Rusconio, Beretta & Aglieri, 2017). Uno de los campos de inmersión más grandes a nivel hospitalario para un profesional en psicología es a nivel de interconsulta, en donde se atienden demandas de salud mental de pacientes que se encuentren en los otros servicios hospitalarios (López & Iriondo, 2019). En Europa, el 10% de todos los pacientes ingresados a un hospital general requieren de algún tipo de consulta con un especialista en salud mental (Costa-Requena et al., 2015). Algunas de las tareas que se realizan en las interconsultas incluyen: entrevistas a pacientes y a familiares, realizar evaluaciones neuropsicológicas, intervenciones en crisis, intervención individuales o grupales, entre otras (López & Iriondo, 2019). Este tipo de intervención ha generado beneficios en la salud de los pacientes, bajando los niveles de estrés y presentando mejoras en su salud física (Zeeberg, Olesen & Jensen, 2005).

A lo largo de los años, se ha empezado a investigar los efectos del estrés en la calidad de salud de diversas poblaciones. Barry y colaboradores (2019) realizaron un estudio en donde encontraron que la angustia afecta la salud de las personas sin importar su historial médico. Determinan que, en personas con cáncer o diabetes, el estrés aumentaba sus síntomas negativos. Bajo la misma línea, un estudio realizado en Noruega encontró que las mujeres adolescentes tienden a presentar niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión (Moksnes & Lazarewicz, 2017), lo cual se puede dar por diversos factores sociales que se le atribuye a esta población.

Relacionado con la ansiedad, se ha encontrado una correlación entre los niveles de ansiedad y la tolerancia del dolor. La percepción e intensidad del dolor aumenta cuando los pacientes se encuentran ansiosos, especialmente cuando anticipan un procedimiento quirúrgico (Costa, Pinto-

Gouveia & Marôco, 2016; Cimpean & David, 2019). A partir de esto, se han realizado intervenciones pre-quirúrgicas, con el fin de bajar la ansiedad de los pacientes y así mejorar el bienestar y una buena recuperación (Lai et al., 2016; King, Bartley, Johanson & Broadbent, 2017 Cimpean & David, 2019). Por otra parte, la incertidumbre respecto al pronóstico y evolución de la enfermedad puede llegar a crear afectaciones en la enfermedad y la recuperación de la misma (López & Iriondo, 2019).

El trabajo realizado por psicólogos en contexto de epidemias se ha centrado en reducir las afectaciones psicológicas y generar conductas preventivas (Kanadiya & Sallar, 2011). Otras estrategias implementadas han sido de “detectar y tratar” o las líneas de ayuda (Taylor, 2019). Se ha visualizado la necesidad de intervenir desde el ámbito psicológico, prestando atención a todas las afectaciones en la salud mental que se presentan a partir de la enfermedad (Renjun et al., 2020). A nivel hospitalario se han realizado intervenciones por profesionales no capacitados en temas de salud mental (Lima et al., 2020), por lo que se insta el aumento del personal en salud mental o que haya una mejor capacitación de quienes están realizando las intervenciones (Pfefferbaum & North, 2020). Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, 2020) propone un apoyo en la salud mental y en aspectos psicosociales para reducir el sufrimiento y mejorar el bienestar de las personas que han sido afectadas de forma directa o indirecta por el virus.

Desde la psicología, se ha empezado a fortalecer el trabajo en problemas dermatológicos, aumentando la investigación en el papel de las emociones negativas en enfermedades dermatológicas (Mento et al., 2020). Las enfermedades de la piel no solo afectan la autoestima de las personas (Costeris, Petridou & Ioannou, 2021); sino que también llegan a convertirse en un reflejo de las emociones (Mento et al; 2020). Es decir, la sudoración, la coloración, la picazón generada en la piel pueden llegar a ser causados por nuestro estado anímico. Además, estudios

como el de Dalgard y colaboradores (2015) evidencian el aumento en prevalencia de trastornos mentales – como ansiedad y depresión – en personas con enfermedades de la piel.

En cuanto al trabajo en tema de duelo, estudios han encontrado que entre el 6.7% al 9.8% de las personas que afrontan una pérdida de un ser querido presentan síntomas de un síndrome de duelo prolongado (Johannsen et al., 2019). Los grupos de duelo son usados como un método preventivo para el desarrollo de consecuencias en la salud mental, como el desarrollo de trastornos del estado de ánimo y/o ansiedad (Näppä, Lundgren, & Axelsson, 2016). A nivel cualitativo, se ha encontrado que los grupos de duelo tienden a ayudar como un apoyo social después de la pérdida y como forma de prevención de síntomas de duelo prolongado (Szuhany et al., 2021).

3.2 Antecedentes Nacionales

En 1957, el Dr. Gonzalo Adis inició con la organización para incorporar a la psicología clínica como un servicio en el Hospital Nacional Psiquiátrico (Adis, 1991). En 1979, se desarrolla un programa de posgrado en Psicología Clínica por medio del Sistema de Estudios de Posgrados de la Universidad de Costa Rica (UCR) y siendo aceptado por el Centro de Docencia e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CENDEISS) (Adis, 1991; López, 2013).

Después de empezar con la incorporación de profesionales en psicología en distintos hospitales nacionales de nuestro país, se empezó a desarrollar prácticas dirigidas como modalidad de Trabajo Final de Graduación (TFG) en las universidades. Dicha modalidad ha abierto la posibilidad de crear un espacio para el estudiantado en donde puedan desarrollar y fortalecer sus competencias clínicas por medio de un trabajo aplicado con usuarios de los centros de salud. Hasta

el 2018, se contabilizan 120 TFG de psicología bajo la modalidad de práctica dirigida, de las cuales 38 han sido desde el enfoque “cognitivo-conductual” (Ramírez & Rojas, 2019).

Dichas prácticas dirigidas se contemplan como antecedentes indirectos para la inserción profesionalizante realizada a inicios del 2022; ya que presentan trabajos realizados por otros estudiantes y ejemplifican las diversas actividades que cumplen los profesionales de Psicología de la Salud en su día a día a nivel nacional e institucional. Entre ellas, las prácticas recientes que se han realizado en el ámbito hospitalario incluyen la intervención de Ramírez (2018) realizada en el Centro Nacional de Control y Dolor y Cuidado Paliativo de la C.C.S.S. También se cuenta con el trabajo realizado por González (2019b), quien realizó una inserción, desde la psicología clínica de la salud en el Hospital México. Otros estudiantes han presentado prácticas profesionalizantes en donde se enfocaron en prácticas en los servicios de Neurocirugía y en la unidad de Neurooncología, también en el Hospital México (Salazar et al., 2016), como la realizada por Ortega (2013), Quesada (2015), Molinari (2015) y Miller (2022). Además, se han realizado inserciones desde la psicología en la Clínica de Esclerosis Múltiple del Hospital San Juan de Dios con personas consultantes y con sus cuidadores (Gallardo, 2017; Montero, 2018; Ramírez, 2019).

Como antecedente directo para el presente TFG, se cuenta actualmente con cuatro TFG desarrollados en la unidad de Psicología en el HSJD. Las tres primeras prácticas realizaron trabajos similares, en cuanto a que todas revisaron pruebas psicológicas, colaboraron en las interconsultas, aplicaron evaluaciones psicodiagnósticas, brindaron atención clínica a nivel individual y grupal y realizaron una intervención para casos de violencia intrafamiliar (Soto, 2018; González, 2019a; Angulo, 2019).

Se contempla el trabajo de Soto (2018) como la primera inserción profesionalizante dentro de la unidad de Psicología del HSJD. Soto (2018) realizó una aproximación a las necesidades de

las personas usuarias que presentaban una enfermedad renal. Dentro de su labor se incluye la atención directa e indirecta a la población. Gran parte de su jornada laboral consistía en la atención clínica con motivos de consulta variados. La sustentante enfocó parte de su atención con pacientes con enfermedad renal crónica, dando una atención individual a la población.

Posteriormente, González (2019a) realizó la continuación de esa primera práctica, enfocándose en pacientes que presentaban un trastorno de ansiedad. Las tareas diarias que se cumplían dependían mucho de la demanda que llegaba; no obstante, se cumplieron las tareas que realiza un profesional en dicha unidad. González (2019a) se enfocó en los trastornos de ansiedad en la atención individual.

Angulo (2019) fue la siguiente practicante en trabajar con la unidad de Psicología en el HSJD; quien aportó también en la intervención de psicoterapia grupal de duelo y con el Programa de Conducta Sexual Abusiva (PCSA). Ella participó en las tres fases del programa: evaluación inicial de factores de riesgo y protección, desarrollo de sesiones grupales y evaluación de indicadores de logro y recaídas.

La primera practicante en colaborar con la unidad de Psicología en dicho hospital durante la pandemia del coronavirus fue Alvarado (2020). A partir de los cambios realizados en la atención psicológica a causa de las medidas sanitarias, la estudiante se centró en su mayoría en la atención individual y grupal, tanto con psicopatologías como con consecuencias a causa del COVID-19; al igual que en labores administrativas. La aplicación de pruebas psicológicas y neurológicas solo se hacía mientras trabajaba presencialmente en el hospital, por lo cual las evaluaciones de trasplante renal también se vieron afectadas. Alvarado también colaboró en la elaboración de un protocolo para la atención de personas con un diagnóstico positivo de COVID-19. (Alvarado, 2020).

Es importante mencionar también dos prácticas profesionalizantes que se realizaron en otras instituciones hospitalarias de Costa Rica que fueron llevadas a cabo durante la pandemia. La primera fue la realizada por Stephanie Mussio (2022), quien realizó una inserción profesional con pacientes con enfermedades terminales y dolor crónico y sus familiares en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de la CCSS. La estudiante realizó toda su práctica dirigida bajo la modalidad de virtualidad durante septiembre 2020 hasta abril 2021. Su trabajo se enfocó en la atención de telepsicología, realizando intervenciones individuales y grupales en una población específica.

Por otra parte, Elizabeth Miller (2022) enfocó su práctica profesionalizante trabajando con pacientes hemato-oncológicos, quienes reciben trasplante de células madre hematopoyéticas, en el Hospital México. Dicha inserción fue la primera en trabajar con esta población a nivel nacional, a pesar de existir una demanda. La atención individual realizada a lo largo de la inserción también se realizó bajo la modalidad de teleconsulta debido a la pandemia. La estudiante también desarrolló un protocolo de atención para el manejo de sintomatologías físicas y psicológicas de los pacientes hemato-oncológicos.

Por otra parte, el Colegio de Profesionales en Psicología (CPPCR) ha generado una respuesta nacional oficial a partir de las secuelas del virus en la salud mental de las personas costarricenses. Durante el 2020, el porcentaje de pobreza y desempleo aumentaron, urgiendo la necesidad de reforzar el área de salud mental en las instituciones públicas y privadas. El Dr. Argüello, presidente del CPPCR, comenta que se debe de dar una atención individual, grupal y comunitaria, con el fin de promocionar la salud de las personas afectadas y abastecer la demanda (CPPCR, 2021b).

A partir de lo anterior, el mismo CPPCR ha inaugurado un centro de atención telefónica llamado Centro de Apoyo Psicológico Primario (CAPP), el cual brinda servicios de psicología de urgencia, intervenciones en crisis, abordaje de ideación e intentos suicidas, etc. (CPPCR, 2021a CPPCR, 2021b). Por medio del “Despacho Apoyo Psicológico”, el Ministerio de Salud, el Sistema de Emergencias 9-1-1 y el CPPCR unen fuerzas para darle apoyo a quienes se han visto afectadas por los cambios en el entorno psicosocial ante la emergencia nacional (Ministerio de Salud, 2020a).

Otra iniciativa nacional realizada en el 2021 fue la que puso en práctica el Consejo de la Persona Joven (CPJ), quien desarrolló el Plan Institucional para la Promoción de la Salud Mental en Juventudes. Dentro de las acciones tomadas, se realizaron conversatorios transmitidos en redes sociales sobre temas como: ansiedad, resiliencia, duelo, entre otros. También se le informó al público sobre estrategias de afrontamiento que pueden ser puestas en práctica en diversas situaciones adversas. Se capacitó a las personas servidoras de la institución en Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), estrategias de autocuidado y algunas herramientas para el manejo del estrés y la ansiedad. (Consejo de la Persona Joven, 2022).

4. Marco Teórico-Conceptual

El presente apartado cumple la función de sustentar el trabajo realizado a lo largo de la práctica dirigida. Por lo tanto, se estará fundamentando y presentando teoría respecto a aquellas funciones, técnicas y áreas de trabajo que se realizaron a lo largo de la inserción.

4.1 Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud ha sido uno de los ámbitos con mayor impacto en la salud y bienestar (Prilleltensky & Prilleltensky, 2003). Dentro de sus objetivos, está psicoeducar a las personas con el propósito de promover y mantener la salud en quienes lo necesiten; prevenir y mejorar la enfermedad, la discapacidad y las condiciones de impedimento que puede presentar por medio de la psicología; y dar un trato ético-científico a quienes reciben la atención (Matarazzo, 1982; citado en Ogden, 2007; Marks, et al. 1998). Brannon y Feist (2009) agregan que la Psicología de la Salud previene factores de riesgo y contribuye en el mejoramiento del sistema de salud.

Esta disciplina comprende que las causas de las enfermedades vienen de factores biológicos, psicológicos y sociales; por ello, el tratamiento también debe de abarcar todas las variables que influyen en la enfermedad (Ogden, 2007). A partir de ello, se puede trabajar desde la modificación del ambiente, las cogniciones e, inclusive, con el uso de tratamiento farmacológico, aspectos biológicos, entre otros (Marks, 1998).

La Asociación Americana de Psicología (APA; 2015) menciona que, desde la Psicología de la Salud, los profesionales pueden establecer, mantener y determinar la salud de las personas. Estos profesionales estudian los tratamientos e intervenciones psicológicas que ayudan a mejorar la calidad de vida de quienes lo necesiten; tomando constancia del antes, durante y después de un tratamiento psicológico (APA, 2015). Por medio de las investigaciones realizadas en el campo, se

ha logrado entender los causantes de las enfermedades que presenta cierta población; al igual que las formas de prevenir o tratarlas (Eldhose, 2014).

La psicología de la salud implementa técnicas de distintas aproximaciones psicológicas, sin embargo, en dicha práctica profesionalizante, se utilizó primordialmente las técnicas desde la terapia Cognitivo-Conductual, la cual se centra en la modificación de taxonomías comportamentales (Hilton & Johnston, 2017). Al querer ajustar comportamientos, cogniciones y factores ambientales que puedan influenciar el desarrollo de una enfermedad (Puri, 2022), se trabajó también en conjunto con otras disciplinas (médicos, trabajadoras sociales, enfermeras de salud) con el fin de darle la mejor atención a las personas necesitadas (Morrison & Bennett, 2006). A partir de todo el trabajo realizado desde la Psicología de la Salud, se ha demostrado que la psicología ayuda con la prevención de enfermedades y mejora la salud física y mental de las personas (Hilton & Johnston, 2017).

Al trabajar con los comportamientos y pensamientos de las personas, la Psicología de la Salud busca encontrar formas para que las personas tengan una adherencia al tratamiento y una mejoría en su salud física y mental (Puri, 2022). Mencionado lo anterior, a lo largo de la práctica se buscó eso mismo, poder colaborar con el equipo médico para que la calidad de vida de las personas mejorará y la enfermedad disminuyera.

4.2 Salud mental y COVID-19

La pandemia por COVID-19 ha afectado y continuará afectando la cotidianidad de la población general y supondrá retos en los sistemas de salud a nivel internacional y nacional por varios años. El virus SARS-CoV-2 es un virus respiratorio, el cual es considerado altamente contagioso, emitiendo el contagio a través de la tos, secreciones respiratorias o por contacto

cercano (Maguiña, Gastelo & Tequen, 2020). Los síntomas varían desde: fiebre, dolores de cuerpo, neumonía, tos seca, dolor de garganta y cansancio (Corrincione et al., 2020; Maguiña et al., 2020). A partir de marzo del 2020, se declara el COVID-19 como pandemia (OPS, 2021); lo cual significa que múltiples personas, alrededor del mundo, se han visto contagiadas con facilidad por un virus o bacteria y aún las personas no tienen inmunidad contra ella (Taylor, 2019).

Tomando en consideración antecedentes de epidemias pasadas (Taylor, 2019; Davis & Lohm, 2020), parece ser que los efectos en la salud mental sobrepasaron los de la salud física. Esto especialmente debido a las medidas de confinamiento, el estrés laboral, el distanciamiento social, el miedo de contagio o del perder a un ser querido son todas preocupaciones que están viviendo las personas de todas las generaciones (Otu et al., 2020). En las pandemias pasadas, se encontró que entre el 35% de las personas sobrevivientes del primer brote experimentaron algún tipo de sintomatología psiquiátrica (Taylor, 2019; Ramírez-Ortega et al., 2020).

A diferencia de la prepandemia, los ajustes individuales y sociales de afrontamiento han influido en el desarrollo de síntomas de malestar psicológico, como de: depresión, ansiedad, estrés, trastorno de estrés post-traumático, trastornos del sueño y el consumo de sustancias (Otu et al., 2020; Ornell, Chwartzmann, Paim & de Magalhães, 2020; Hutchins et al., 2020; Shah et al., 2020). La soledad, el aislamiento de personas cercanas y redes de apoyo y la disminución de interacción social son factores de riesgo directamente relacionados con la activación o exacerbación de trastornos mental (Kumar & Nayar, 2020; Otu et al., 2020; Ramírez-Ortega et al., 2020). Los primeros resultados del estudio realizado por la UNED alertan que el miedo a contagiarse o contagiar a otros con el virus llegan a generar reacciones físicas y emocionales en la población costarricense (Carazo et al., 2021).

Dentro de los trastornos mentales que tienden a aumentar en las pandemias está la ansiedad y la depresión. La ansiedad es entendida como una emoción que se orienta a situaciones futuras, en donde la persona experimenta una preocupación incontrolable e impredecible respecto a aspectos adversos y con un cambio rápido de atención hacia el acontecimiento valorado como peligroso o ante la respuesta propia hacia ese suceso (Clark & Beck, 2010). Por otro lado, la depresión es definida como un trastorno de estado de ánimo que se caracteriza por pensamientos negativos (inutilidad e indecisión) y cambios conductuales (cambios en patrones de sueño, apetito y pérdida de energía) (Barlow & Durand, 2015).

Otras afectaciones psicológicas pueden darse a consecuencia de una pérdida, sean familiares, sociales, económicas o materiales (Maddrell, 2020). El duelo en COVID, a diferencia del pasado, ha hecho que las personas lidien con el duelo de forma solitaria, desprevenida y en un momento de mucha angustia (Oliveira-Cardoso et al., 2020). Las personas han visto una dificultad para poder sobrellevar el duelo debido a que la muerte de estas personas es repentina – hay un periodo corto entre el estar saludable, enfermo y la muerte y las personas cercanas pueden experimentar una sensación de culpa al caer la posibilidad de ser la persona que contagió al difunto (Farinha-Silva & Reis-Pina, 2020).

Las medidas sanitarias de distanciamiento han contribuido al aumento de las tasas en trastornos mentales y ha generado en la población sentimientos de aburrimiento, soledad, enojo, depresión, irritabilidad, ansiedad y problemáticas en el sueño (Shah et al., 2020). Muchas personas han perdido sus rutinas y actividades diarias, incluyendo a la población adulta mayor (Ministerio de Salud, 2021), olvidando en cierta medida la salud mental. El no tomar en consideración los efectos psicológicos de la pandemia es dejar de lado la posibilidad de reducir enfermedades crónicas, como: demencia, depresión, obesidad, enfermedad coronaria (Ammar et al., 2020). En

Costa Rica, para marzo del 2020, 10% de la población estaba presentando sintomatología depresiva, habiendo un aumento de los reportes para octubre; y, el 29.97% de la población estaba experimentando una posible ansiedad (Carazo et al., 2021).

El personal de salud trabajando en la primera línea es una población de riesgo, quienes han reportado tener síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia (Lai et al., 2020). Los profesionales de salud quienes están trabajando con pacientes con COVID-19 han aumentado sus horas laborales y muchos han tenido que aislarse de sus familiares, cambiando sus rutinas y trabajando con una alta demanda nacional (Ornell, Chwartzmann, Paim & de Magalhães, 2020). El medio digital *Infobae* (2021) comenta que los equipos de anestesia y cuidados intensivos son quienes se han visto más afectados de forma directa, especialmente al haber un riesgo percibido alto durante periodos de tiempo.

Por otra parte, son las personas con algún trastorno mental quienes tienden a generar un costo mayor en la atención médica física (Hutchins et al., 2020). Esto quiere decir que las personas con trastornos psicológicos tienden a ser hipervigilantes ante su salud y los cambios de perturbaciones en su cuerpo (Taylor, 2019). Al suceder esto, estas personas tienden a ir a la consulta médica con mayor frecuencia y aumentando su consumo de medicamentos sin prescripción para tratar estos cambios físicos (Hutchins et al., 2020).

4.3 Intervención en Crisis

Según Slaikeu (2000), existen dos formas de intervenir ante una crisis. Están los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), la cual es una intervención en crisis de primera instancia, cuyo objetivo es brindarle apoyo, reducir el peligro de mortalidad y facilitar recursos de ayuda a la persona en necesidad. Es una intervención de una única sesión, la cual puede durar de minutos a

horas y la puede brindar cualquier persona capacitada. Por el otro lado, la intervención en crisis de segundo orden, conocida también como “terapia para crisis”, es un proceso psicológico breve que asiste a la persona en crisis previniendo el desarrollo de complicaciones psicológicas.

4.4 Depresión

La depresión es uno de los trastornos mentales más incapacitantes a nivel mundial (Sequeira, Blanco-Vargas & Brenes, 2021). No es ningún secreto que a partir de las medidas preventivas puestas para combatir la pandemia del coronavirus los niveles de depresión han aumentado. Previo a la pandemia, se estimaba que 4.4% de las personas sufren de algún trastorno depresivo (WHO, 2017). No obstante, solo en Costa Rica, se reporta un aumento del 35,2% en los trastornos depresivos del 2019 al 2020 (Cordero, 2021).

Este trastorno afecta a las personas en general, sin importar sus características personales. Según la UNICEF (2020), el 45% de las personas adolescentes y jóvenes tiende a presentar pensamientos pesimistas respecto a su futuro; sin embargo, se ha encontrado que las personas mayores de cincuenta años tienden a presentar mayores afectaciones psicológicas que otros grupos etarios (Thompson et al., 2022).

Actualmente, la depresión es considerada una enfermedad que se relaciona con el ambiente social actual (Sequeira et al., 2021; NIMH, 2022). Esto quiere decir que hay múltiples factores psicoambientales que juegan dentro del desarrollo y mantenimiento de sus síntomas; además de todos los componentes biológicos que también aumentan la vulnerabilidad. Si bien, todas las personas en algún momento sentirán sentimientos de tristeza o ánimos bajos; pero no todos

experimentan síntomas depresivos como son presentados en los manuales diagnósticos diferenciales, como el DSM.

La depresión puede generar síntomas incapacitantes que afectan como uno se siente, piensa y se comporta (NIMH, 2022). Afecta cómo nos relacionamos con otras personas, nuestros patrones de sueño y de alimentación, y nuestra productividad. En cuanto a la depresión mayor, esta incluye síntomas depresivos recurrentes por al menos dos semanas (NIMH, 2022), caracterizado por una falta de afecto positivo, ánimo bajo y un rango de síntomas cognitivos, conductuales y emocionales (NICE, 2022).

En cuanto al tratamiento para trastornos depresivos, se considera que los abordajes de atención con evidencia fuerte son: Activación Conductual para la Depresión, Terapia Cognitiva, Terapia Cognitiva Conductual, Terapia Interpersonal para la Depresión, Terapia de Autorregulación y Autocontrol para la Depresión, Terapia de Solución de problemas y la Terapia basada en Mindfulness (APA, 2016). De ellos, se considera que la Terapia Cognitivo Conductual (Barlow & Durand, 2015; Gautam et al., 2020), Psicoterapia Interpersonal (Barlow & Durand, 2015; Sociedad de Psicología Clínica, 2015) y la Terapia Cognitiva (Dobson, 2008; Young et al., 2014; WHO, 2016) son los modelos de intervención más recomendados para el abordaje de la depresión y son aquellas que se usaron como base para la intervención de personas con este trastorno. Si bien, no se utilizó un modelo puntual de abordaje, sino que se usaron técnicas específicas de cada una de las terapias para poder abarcar las necesidades puntuales de cada uno de los pacientes que presentaban síntomas depresivos.

4.5 Ansiedad

Similarmente a la depresión, la ansiedad es uno de los trastornos que van aumentando exponencialmente. La incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad la pandemia y el trabajo, el miedo al contagio y/o la muerte y las restricciones sanitarias son todos contribuyentes al aumento de síntomas ansiosos entre la población mundial en los últimos años (Salari et al., 2020; Hernández et al., 2022). Qui y colaboradores (2020) encontraron que 35% de la población observada expresó haber sentido síntomas asociados al estrés psicológico, siendo las mujeres jóvenes quienes presentaron mayores índices.

En los últimos años, la prevalencia de síntomas ansiosos, depresivos y de estrés en la población general oscila entre el 29.6% a 33.7% (Salari et al., 2020), lo cual evidencia que ha estado en aumento. Entre la población costarricense, los trastornos de ansiedad son más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de consumo de sustancias (Ugalde-Araya et al., 2020).

A partir de la pandemia, los síntomas ansiosos en Costa Rica han aumentado a un 43.7% (Chacón et al., 2021), relacionada con un aumento en la angustia frente a la incertidumbre ocasionada por el coronavirus. En cuanto al nivel de discapacidad que genera entre la población costarricense, Chacón y colaboradores (2021) menciona que su nivel es igual al que presenta la población estadounidense (4.1%).

La ansiedad es el trastorno mental con mayor prevalencia (Adwas et al., 2019). Solo en niños, niñas y adolescentes, afecta en un 0.9% y 28.3% (Jafar et al., 2022). Estas personas presentan miedo, preocupación e hiperactividad incontrolable (Jafar et al., 2022). Se entiende

como una patología que genera miedo, manifiesta cambios en el estado de ánimo y afecta la forma en que las personas se comportan, piensan y manejan sus emociones (Adwas et al., 2019).

La atención de personas que presentan síntomas ansiosos es sumamente importante, ya que la forma en que ellos expresan y afrontan dichos pensamientos ansiosos va a depender en la evolución del trastorno y el comportamiento social de la comunidad (Hernández et al., 2022). Esta población presenta mayor vigilancia ante situaciones que son percibidas por ellos como amenazantes (Chacón et al., 2021).

La terapia Cognitivo-Conductual (CC) termina siendo uno de los métodos de abordaje con mayor evidencia para tratar todo tipo de trastorno de ansiedad (Society of Clinical Psychology, 2016). El objetivo principal de esta terapia es poder trabajar e identificar los pensamientos ansiosos y las creencias catastróficas (Clark & Beck, 2010). Es decir, se intenta trabajar con las creencias arraigadas a pensamientos negativos, miedos y expectativas con la finalidad de que la persona pueda conservar pensamientos que son realistas y acordes a lo vivido. A su mismo tiempo, se trabaja con las conductas que se realizan como mecanismos de prevención.

La terapia CC termina recopilando diferentes estrategias para poder ayudar a que la persona afronte sus miedos y angustias (como la exposición) pero también trabaja reestructurando sus pensamientos catastróficos para así poder brindarle autonomía y funcionalidad a la persona (Clark & Beck, 2010; Brandenburg, 2017). Estas estrategias colaboran a que la persona pueda tener una mejor interpretación de los eventos y circunstancias relacionadas con las experiencias vividas (Curtiss et al., 2021). Otro tipo de estrategias que se le brindan a las personas son aquellas cuya finalidad es poder bajar los niveles de ansiedad (estrategias de relajación), las cuales se les

instruyen a las personas para que las apliquen en sus hogares y en momentos de mucha necesidad (Brandenburg, 2017).

4.6 Trastorno Estrés Postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se considera como un fenómeno clínico que se presenta después de la exposición a estresores severos o experiencias traumáticas (Miao et al., 2018). Este trastorno incapacita a las personas, debido a que constantemente reviven la experiencia traumática e implementan actitudes evitativas con el fin de prevenir síntomas negativos. Dentro de los síntomas predominantes se encuentra: revivir el trauma, evitación, hipervigilancia, irritabilidad, alteraciones negativas en el humor y pensamiento, disociación, desregulación emocional, problemas en relaciones interpersonales, entre otras (NICE, 2020).

En los últimos años, se ha evidenciado un aumento en los casos de personas con un TEPT. Esto mismo se evidenció a lo largo de la práctica dirigida, siendo uno de los ejes centrales de la inserción profesionalizante. Si bien, no todas las personas que viven una situación que se considera traumática desarrollan un TEPT. Se estima que el 80% de las personas estarán expuestas a una situación de trauma; no obstante, aproximadamente el 8% de ellos desarrollarán síntomas de TEPT (Schein et al., 2021).

Hay varios factores que juegan dentro del desarrollo o exacerbación de este trastorno. Según el NIMH (2022) comenta que hay factores previos al evento traumático que puede aumentar las probabilidades de que la persona presente síntomas de TEPT, como: exposición a eventos peligrosos o traumas; evidenciar traumas de otras personas; red de apoyo deficiente; trauma en la infancia; sentimiento de horror, impotencia o miedo extremo; exposición a altos niveles de estrés constantes; e historia familiar de consumo de sustancia o trastornos mentales.

4.6.1 Estrategias de intervención para el TEPT

Existen varias estrategias de intervención para poder trabajar el Trastorno de Estrés Postraumático; variando según su grado de validez (Society of Clinical Psychology, 2016). Dentro de las evaluaciones que ha realizado la APA (2017), se considera que la Terapia de Procesamiento Cognitivo de Patricia Resick (Chard, 2012; Resick, Monson y Chard, 2017) y la Terapia de Exposición Prolongada (EP) de Foa, Hembree y Olasov (2007) son aquellas con mayor evidencia científica; habiendo cierto escepticismo al respecto del EMDR.

La Terapia de Procesamiento Cognitivo sostiene sus bases a partir de la Terapia Cognitiva de Beck (Resick, Monson y Chard, 2017), siendo actualmente una de las terapias más estudiadas para la atención de pacientes con sintomatología relacionada a un Estrés Postraumático (Rosner et al., 2019). Esta terapia fue originalmente desarrollada para atender a pacientes sobrevivientes de una violación (Healy, Walter & Chard, 2015); sin embargo, notaron beneficios significativos en personas que habían sufrido cualquier tipo de trauma.

La TPC tiene el objetivo de modificar las creencias irracionales de los pacientes, las cuales tienen significados e interpretaciones del evento traumático que no son lógicas o balanceadas y están cargadas de culpa (Healy et al., 2015; Waltman, 2015; Stayton, Dickstein & Chard, 2018). Este tipo de terapia acompaña a los pacientes a lo largo de su recuperación, brindándoles herramientas para reducir la evitación y examinar los pensamientos asociados con el trauma que pueden estar interfiriendo con la recuperación (Healy et al., 2015).

Por el otro lado, la terapia de Exposición Prolongada (EP) es un programa diseñado para reducir los niveles de ansiedad en pacientes con un trauma, confrontando los pensamientos, situaciones, actividades o personas evitadas, que se consideran “seguras” (Benuto & Bennett, 2015). Engloba tres componentes principales: Exposiciones en vivo a recuerdos de trauma;

Exposición por imaginación a memorias traumáticas; y procesamiento de la exposición por imaginación (Perrin, 2013; McLean & Foa, 2014). A primera instancia, se le brinda psicoeducación respecto al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y de la EP, enseñándole a las pacientes estrategias de relajación; en específico, la respiración diafragmática (McLean & Foa, 2011; McLean & Foa, 2014; Benuto & Bennett, 2015).

La EP tiene el objetivo de ayudar a sobrevivientes de trauma a procesar emocionalmente sus experiencias traumáticas para poder reducir y tratar la sintomatología. La EP no solo colabora con la reducción de síntomas asociados al TEPT, sino que también ayuda con problemas asociados con el trauma; como: depresión, ansiedad, enojo y culpa. (Foa, Hembree & Olasov, 2007).

4.7 Duelo

Pasar por una situación de duelo es algo por lo cual todas las personas pasan algún momento de sus vidas. Vivir un proceso de duelo de un ser querido es una de las experiencias más estresante, emocionales por las que atraviesan las personas (Szujany et al., 2021; Parro-Jiménez et al., 2021); y, dependiendo de la persona, las afectaciones pueden ser más complicadas e incapacitantes que para otros. Para la mayoría, el proceso de duelo tiende a ser estable (26%-45%); mientras que otros (16%-20%) pasarán por un duelo complicado y prolongado (Szujany et al., 2021).

Un proceso de duelo normal es entendido como un proceso genérico por el que se atraviesa después de una pérdida y se estima que dura aproximadamente seis meses (Enez, 2017). Mientras que un duelo complicado es comprendido como un proceso emocional por el cual una persona experimenta un anhelo intenso por una persona difunta, presentando preocupación, pensamientos y memorias por esa persona (APA, 2022). Esta minoría de personas presenta un duelo prolongado

el cual puede experimentar síntomas depresivos y de vacío por mayor tiempo, interfiriendo con sus actividades cotidianas (Johannsen et al., 2019; Parro-Jiménez et al., 2021).

Para finales del 2022, se suma un total mayor de seis millones de muertes a causa del COVID-19 a nivel mundial, siendo más de nueve mil muertes en Costa Rica (WHO, 2022). Los números planteados anteriormente solo toman en consideración aquellas muertes causadas por el virus, por lo que es importante tomar en consideración y reflexionar respecto a la cantidad de personas que murieron en tiempo de pandemia. El tener que perder a alguien durante el confinamiento imposibilita los rituales culturales para procesar la situación de duelo (Adiukwu et al., 2022).

Debido a que se espera que las cifras de duelo prolongado o complicado aumente después del COVID 19 (Adiukwu et al., 2022), trabajar con personas que han pasado por un duelo, y viven complicaciones actuales a causa de ello, era de suma importancia durante la práctica dirigida. Para poder trabajar con el sufrimiento y dolor causado por la muerte de una persona cercana, la terapia psicológica individual y grupal han sido propuestas (Johannsen et al., 2019; Ricken et al., 2020). Dentro de los modelos terapéuticos propuestos, se encuentran: Tratamiento para Duelo Complicado, Terapia Cognitivo Conductual, Grupos de apoyo y Farmacoterapia (Szuhany et al., 2021)

La terapia grupal, como modalidad de grupo de apoyo, fue la estrategia que se implementó dentro de la inserción hospitalaria. Esta tiene la finalidad de poder crear un espacio de apoyo y comprensión entre personas que mantienen ciertos denominadores en común: la muerte de un ser querido, la dificultad de procesar el duelo y el interés de poder resignificar el concepto de duelo. Los grupos de duelo tienden a presentar mejoras especialmente en aquellas personas que tienen una red de apoyo deficiente (Szuhany et al., 2021)

4.8 Enfermedad renal

La enfermedad renal (ER) tiene una prevalencia de casi el 11%, siendo la causa de muerte de miles de personas (Guerra et al., 2021). La enfermedad renal crónica es irreversible y causa deterioro en el riñón, en donde la persona es incapaz de mantener un balance metabólico y electrolítico creando otras complicaciones de salud (Gerogianni & Babatsikou, 2014). Las personas que se encuentran en una etapa final requieren de tratamientos invasivos o incluso de trasplantes renales, esto debido al deterioro de calidad de vida y de salud por el cual pasan estas personas (Alkhagani, 2022).

Dentro de los tratamientos propuestos, estas personas pueden pasar por hemodiálisis o diálisis peritoneal previo a recibir un trasplante. Aun así, este tipo de tratamiento también llega a afectar de forma psicológica a los pacientes (Gerogianni & Babatsikou, 2014). El tipo de tratamiento, el protocolo y el tiempo invertido lo hacen ser un proceso estresante que afecta y limita la vida de las personas usuarias (Guerra et al., 2021). Los pacientes renales tienden a presentar altos niveles de ansiedad y depresión (Guerra et al., 2021; Alkhagani, 2022).

Si bien, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal ayudan a enlentecer el problema, pero no lo arreglan en su totalidad (Alkhagani, 2022). A partir de ello, con el fin de poder devolverle autonomía, calidad de vida y esperanza de vida a los pacientes, ha habido un aumento en los trasplantes renales (Medved, Medved & Skocic, 2018). Actualmente, en Costa Rica, para poder donar un riñón, las personas deben ser evaluadas psicológicamente. La evaluación realizada cumple la función de poder medir el nivel de consciencia, conocimiento y estado psicológico de la persona donante; pero también evalúa el tipo de relación existente entre la persona donante y receptora. A nivel legal, solo personas que tienen una relación por consanguinidad, un vínculo emocional o aquellas personas donantes altruistas pueden donar un órgano a otra persona estando

viva (Ley N 9222). Por lo tanto, la evaluación asegura que los parámetros establecidos legalmente sean seguidos al pie de la letra.

Las evaluaciones psicosociales tienden a ocupar la colaboración de psicología y trabajo social. La forma en que se realizan las evaluaciones depende del profesional y lugar en el que se realiza; no obstante, tienden a siempre incluir componentes principales, como: evaluación de red de apoyo, historia de abuso de sustancias, comorbilidades con psicopatologías, problemas conductuales, entre otros (Matthews & Lucey, 2022). En el Hospital San Juan de Dios, la Msc. Paola Echeverri (2021), asesora de dicha práctica dirigida, estandarizó una entrevista para la evaluación de personas donantes renales (Anexo 1), la cual fue utilizada para las evaluaciones realizadas durante la inserción.

4.9 Dermatitis atópica severa

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica de la piel caracterizada por una hipersensibilidad en la piel producto a alguna alergia (Avila & Ramos, 2011). Las personas que sufren de esta condición presentan una inflamación constante en su órgano externo (Schonmann et al., 2020), presentando picazón, ardor y sensibilidad extrema. Se considera que la DA es la enfermedad inflamatoria crónica más frecuente en la infancia, con una prevalencia mayor al 20% (Nicholas & Gooderham, 2017; Shonmann et al., 2020; Hsu et al., 2022) y ocupando el 15% - 30% de las consultas dermatológicas a nivel mundial (Avila & Ramos, 2011).

Las personas con DA tienden a presentar otras condiciones de salud como rinitis alérgica, asma (Nicholas & Gooderham, 2017) y eczema (Perez-Cotapos, Zegpi & Saenz, 2011). Las causas de la enfermedad son inciertas, pero se sabe que es el resultado de interacciones genéticas, metabólicas, inmunes, ambientales, entre otros (Perez-Cotapos et al., 2011). Esto quiere decir que

su abordaje y tratamiento es complejo y debe de ser multidisciplinario. Lo mismo se puede ver con el manejo visto y realizado durante la práctica dirigida, viendo como alergología, dermatología, psicología, psiquiatría e inmunología fueron todos considerados para el tratamiento de dichos pacientes.

La DA afecta la calidad de vida de todas las personas que lo padecen (Lugovic-Mihic et al., 2021), especialmente aquellos que presentan síntomas severos. Estas personas presentan niveles altos de incomodidad, estrés, y ajustes conductuales asociados a su salud y enfermedad; además de tener que pasar por inquietudes, irritabilidad e impaciencia a causa de la picazón causada por la DA (Avila & Ramos, 2011). Los síntomas de la enfermedad también generan problemas de sueño y a nivel psicológico (Hsu et al., 2022). Poder abordar las afectaciones psicológicas en los pacientes con DA es de suma importancia, ya que la ansiedad y el estrés ocasionado por los síntomas de la enfermedad pueden afectar su desarrollo, frecuencia de las crisis y el sistema neuroendocrino e inmune (Lugovic-Mihic et al., 2021).

5. Problema

Los centros hospitalarios en Costa Rica brindan una atención de tercer nivel; lo cual significa que necesitan una gran cantidad de recursos financieros y de profesionales en salud para sustentar las demandas del país (Ministerio de Salud, 2012); con el cual no se cuenta.

En los últimos años se ha estado reportando un aumento en trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad, tanto a nivel nacional como internacional (Our World in Data, 2018). La pandemia COVID-19 ha aumentado las cifras en estos mismos trastornos, incluyendo el TEPT; habiendo una afectación directa e indirecta por el virus. Por lo estar en constante aislamiento social puede llegar a aumentar la vulnerabilidad de que las personas desarrollen síntomas psiquiátricos (Ramírez-Ortega et al., 2020).

A partir de una investigación realizada por la UNED-UNA (2020), se ha encontrado que los síntomas depresivos en la población costarricense han aumentado un 50% desde que inició la pandemia. Y para el 2021, se estimó que 32% de la población costarricense sufre de alguna afectación psicológica, siendo la depresión y la ansiedad las más comunes (Ramírez, 2021). La población femenina, personas con características de riesgo de salud y las personas jóvenes, presentaron mayores afectaciones a nivel de salud mental (OPS, 2022).

A partir de la alta demanda hospitalaria para poder atender la emergencia nacional, muchas personas que han estado recibiendo atención psicológica han visto su tratamiento interrumpido o aplazado (Ramírez-Ortega et al., 2020). Las atenciones médicas se vieron focalizadas al tratamiento del virus y las personas afectadas; u otros cambiaron la modalidad de atención a la virtualidad, creando una discrepancia en su posible atención.

El poder atender la demanda en salud mental es necesaria, especialmente debido a que hay una presente correlación entre la salud física y los problemas mentales. Se ha considerado que la

depresión es la enfermedad que genera mayores años de discapacidad (World Federation for Mental Health, 2012). En cuanto a la ansiedad, uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia, se ha visto vinculada con enfermedades cardíacas, dermatológicas y gastrointestinales (Nechita, Nechita & Motorga, 2017; Kang et al., 2017).

Por otro lado, los profesionales en salud que están trabajando en la primera línea de emergencia se han visto afectados a nivel de salud mental. El tener que estar expuestos al virus, ha hecho que varios tuvieran que aislarse de sus seres queridos, cambiar sus rutinas, reducir su red de apoyo social e implementar nuevas medidas de protección (Ornell et al., 2020). Según Shah et al. (2020), la cuarentena es el factor primario en aumentar la prevalencia de desarrollar TEPT en personas que trabajan en el sector de salud. La incertidumbre que se generó al inicio del COVID aumentó sentimientos de presión, soledad, desesperanza, burnout, dificultad para dormir u otros estados emotivos como: estrés, irritabilidad, fatiga física y mental (Ornell et al., 2020; Shah et al., 2020; Lai et al, 2020; Montemurro, 2020).

Otra problemática que está surgiendo es la necesidad de trabajar el tema de duelo. Para finales de mayo del 2022 se contabilizaron aproximadamente 8.500 muertes a causa de COVID-19 únicamente (Ministerio de Salud, 2020b). El procesamiento del duelo debido al fallecimiento de un ser querido a causa del virus puede generar un duelo traumático; ya que las formas de afrontamiento están presentando variaciones, como: no pueden acompañar a la persona en sus últimos días, rituales ceremoniales no se están logrando realizar de la forma usual o esperada, o cargar un sentimiento de culpa, etc. (Kokou-Kpolou, Fernández-Alcántara & Cénat, 2020; Hamid & Saleem, 2020), generando un aumento en un duelo prolongado.

Bajo la misma línea, los procesos de duelo cuya causa no era el COVID-19 se vieron afectados también. Durante el inicio de la pandemia, y con los aumentos de los fallecimientos, las personas

se vieron aisladas (Shropshire Council, 2020) y las tradiciones culturales para procesar el duelo o despedirse de la persona fueron canceladas (Adiukwu et al., 2022). Esto llevó a que las personas tuvieran que sobrellevar el proceso de duelo de una forma más solitaria. El tener que sobrellevar la muerte de un ser querido de forma solitaria puede aumentar los sentimientos de soledad y abandono (Shropshire Council, 2020), aumentando las probabilidades de que las personas terminen con un duelo prolongado o complicado (Adiukwu et al., 2022).

Por esto mismo, cabe la necesidad de poder abordar el proceso de duelo con familiares quienes han perdido a alguien durante la época de COVID-19, especialmente debido a que estos procesos de duelo prolongado pueden generar otras afectaciones en la salud mental.

Por otro lado, la pandemia en sí ha causado una adaptación para los funcionarios y las personas usuarias de los servicios médicos de nuestro país. El acomodo institucional, adaptarse a la teleconsulta, el retomar las actividades presenciales que estuvieron puestas en pausa debido a que en la virtualidad no se podían realizar, terminaron cambiando la forma de brindar la atención en el hospital. En cuanto a la Unidad de Psicología, se adopta la telepsicología, atendiendo a usuarios vía telefónica y por videollamada, acatando los lineamientos propuestos por el Colegio de Profesionales en Psicología. Para el tiempo de la inserción hospitalaria, se complementa el trabajo virtual, teniendo dos días semanales de teletrabajo, con la presencialidad. Esto con el fin de reducir la cantidad de funcionarios y usuarios en el hospital.

A partir de lo anterior, se colabora con la Unidad de Psicología del HSJD, a lo largo de la Práctica Profesionalizante, con el fin de intervenir en temas relacionados con la salud mental, salud física y las consecuencias producto de la situación sanitaria que se ha enfrentado el mundo desde finales del 2019. Esto con el objetivo de dar una mano en la atención para la disminución de la demanda nacional en la cual se encuentra el país.

6. Objetivos

6.1 Objetivo General

Desarrollar intervenciones psicológicas integrales, dentro del ámbito hospitalario, a través de técnicas basadas en evidencia con el fin de poder apoyar el trabajo que se realiza desde el departamento de Psicología del Hospital San Juan de Dios en aras de la atención psicológica de la población usuaria.

6.2 Objetivos Específicos

1. Brindar atención psicológica individual, desde un enfoque de la psicología de la salud en el contexto hospitalario, a personas referidas al departamento de Psicología en el Hospital San Juan de Dios, quienes pueden presentar trastornos psicológicos como: depresión, ansiedad, bipolaridad, entre otros.
2. Participar en los procesos de intervención psicológica breve, tanto a nivel individual y grupal, en personas afectadas por el coronavirus – como pacientes, familiares y/o funcionarios que trabajan con personas infectadas por el virus - quienes han sido referidas al departamento de psicología en el Hospital San Juan de Dios.
3. Colaborar, como parte del departamento de psicología en el Hospital San Juan de Dios, en temas de atención hospitalaria, como: atención de interconsulta, la preparación psicológica para una intervención quirúrgica, intervención en crisis, etc.
4. Elaborar materiales que sean de apoyo para la atención directa de pacientes y para las sesiones grupales, con el fin de que sean utilizados por los funcionarios de la unidad de psicología y por las personas referidas a este servicio.

6.3 Objetivo Externo

Colaborar en la promoción de una mejor calidad de vida en las personas usuarias, por medio de un trabajo interdisciplinario en el ámbito hospitalario.

7. Metodología

A continuación, se presentan los detalles relacionados con la metodología de las actividades realizadas durante la inserción y características de la población atendida mientras se trabajó en la Unidad de Psicología del HSJD. Se desglosan las técnicas, abordajes de intervención y detalles específicos respecto a las actividades que se realizaron durante la inserción profesionalizante.

El trabajo realizado consistió en una inserción hospitalaria como acercamiento profesional de una estudiante avanzada en la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Dicha práctica tuvo una duración de siete meses (desde el 17 de enero hasta el 5 de agosto) a tiempo completo. Con la intención de cumplir con los objetivos propuestos, la estudiante ejerció las funciones de la persona profesional en Psicología Clínica, bajo la supervisión de una asesora técnica quien labora dentro del Hospital.

7.1 Precaución ético-legales

Al ser una práctica profesionalizante insertada en ámbito hospitalario público, y centrándose en la atención de usuarios, la sustentante aseguró estar siguiendo todos los mandatos y lineamientos establecidos en el HSJD. A partir de ello, en todas las intervenciones hubo consentimiento escrito o verbal de las personas usuarias para: 1) recibir una atención psicológica; 2) que la estudiante estuviera presente en el proceso terapéutico; y, de ser pacientes de la sustentante la proponente, 3) que fuera ella quien les brindara la atención psicológica.

Bajo la misma línea, la proponente estudió y siguió lo estipulado en el Código de Ética y Deontológico del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (2019), con el fin de que todos sus pacientes tuvieran una atención bajo la ética. Según el Artículo 32, “La persona colegiada no debe hacer referencia a casos clínicos ... que pudieran ser identificables, mostrar personas o sus

fotografías en publicaciones de investigación ... sin el consentimiento expreso de la persona o entidad usuaria” (Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, 2019, p. 15). Esto último fue aplica para las supervisiones realizadas con el equipo asesor y los detalles presentados en dicho documento.

Al no estar la sustentante inscrita en el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, fue importante tomar en cuenta lo mencionado el Artículo 43 en cuanto a “cuando se supervise el trabajo de estudiantes en práctica universitaria, los informes deberán ser avalados por la persona colegiada encargada de tal práctica” (Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, 2019, p.20).

7.2 Población

A lo largo de la práctica se realizaron intervenciones psicológicas integrales con las diversas poblaciones que acuden al servicio del HSJD. Al ser un contexto en el cual se presentan distintas demandas y diversas problemáticas, el trabajo realizado se vio influenciado según las necesidades de cada población. Las personas costarricenses que acceden al servicio de la Unidad de Psicología del HSJD son adolescentes, adultos y personas adultas mayores que habitan mayoritariamente en la Gran Área Metropolitana (Angulo, 2019). El HSJD forma parte de la Red Sur de la CCSS, recibiendo las referencias de atención de las regiones Brunca y parte de la Central Sur (OPS, 2019). En el año 2017 se registraron 21.474 consultas de Psicología en el HSJD (CCSS, 2006-2020), pero su demanda se ha visto incrementada a lo largo de los años (P. Echeverri, comunicación personal, marzo de 2022).

La población con la que se trabajó durante la práctica profesionalizante también podía provenir de otros centros de salud de los cuales el HSJD les presta el servicio o de otras instituciones de la

C.C.S.S quienes reciben apoyo por parte del HSJD (CCSS, 2006-2020). Gran parte de las personas usuarias de los servicios de salud mental hospitalaria provienen de una situación de desigualdad económica y quienes se acercan a estos servicios cuando su estado mental le está perjudicando su funcionalidad y calidad de vida.

A raíz de la necesidad de atender con la demanda de casos referidos por COVID-19, se contó con la colaboración de dos colegas que se enfocaron únicamente en la atención de estos casos. De igual forma, a lo largo del trabajo institucional sí se terminó atendiendo a personas que se vieron afectadas, a nivel psicológico, por el coronavirus, tanto de forma directa como indirecta. Sin embargo, la mayoría de las personas que fueron referidas al servicio tuvieron una referencia emitida por Psiquiatría u otro servicio hospitalario.

En cuanto a las edades de atención, la MPsc. Paola Echeverri, asesora técnica, atiende únicamente adolescentes y adultos. En pocas ocasiones, se les realizó la primera sesión a personas mayores de 65 años, debido a que se le citó cita con la asesora y no con una psicóloga con campo para adulto mayor. Posteriormente, se le dió cita de seguimiento con otra profesional. En cuanto a las interconsultas, el único criterio de exclusión que había era personas con referencia de trasplante de médula o pacientes con cáncer en estado terminal, quienes son todos referidos a dos Psicólogos quienes se encargan en atender dichos casos.

7.3 Categorías y estrategias de intervención

En el presente apartado se detallan las principales actividades y funciones realizadas que engloban la inserción profesionalizante:

7.3.1 Atención Individual

La atención individual fue una actividad que estuvo presente todos los días a lo largo de la inserción profesionalizante. La atención individual fue brindada a pacientes de consulta externa del servicio de Psicología; es decir, todos los pacientes atendidos en esta modalidad no se encontraban internados en el hospital y fueron referidos por algún profesional médico.

Para esta actividad, se trabajó desde tres modalidades: observadora, co-terapeuta y terapeuta. El rol de observadora tuvo el objetivo de permitir que la practicante se familiariza al proceso de atención y recolección de información. Esta modalidad no estuvo presente únicamente durante el inicio de la inserción, sino que se mantuvo a lo largo de la práctica debido a que habían pacientes a quienes solo se les podía atender vía telefónica.

Por otra parte, la segunda modalidad. Los pacientes atendidos desde la modalidad de co-terapeuta eran pacientes previos de la asesora técnica, quienes accedieron a que la sustentante estuviera presente e interviniera durante su consulta. La sustentante tomó notas respecto a los casos, y estudió minuciosamente los expedientes de cada usuario con el fin de poder intervenir de la mejor forma posible. Para esto también fue importante revisar bibliografía referente a los casos vistos.

Por último, en el rol de terapeuta, la asesora técnica y las otras psicólogas de la Unidad de Psicología refirieron y le asignaron a la practicante pacientes que se pudieran ver beneficiados por una atención más consistente. La mayoría de los casos fueron asignados en la primera cita de la

persona usuaria; sin embargo, otros fueron evaluados dentro de las sesiones de seguimiento. Para esto, fue importante que la persona usuaria aceptara el cambio de terapeuta. Una vez asumidos los casos, la sustentante programaba sesiones semanales o bisemanales, según la necesidad y avance del proceso terapéutico.

Según el paciente atendido, la estudiante realizaba una revisión bibliográfica respecto a su sintomatología o motivo de consulta y buscaba técnicas que podrían verse beneficiadas. Las técnicas principales fueron la Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Cognitiva y Terapia de Aceptación y Compromiso. En uno de los casos, se abordó el tema de Duelo, por lo cual se buscaron técnicas específicas para tratar el duelo prolongado.

7.3.2 Atención grupal

La atención grupal también fue una actividad que se mantuvo desde principio a fin a lo largo de la inserción hospitalaria. Se trabajó con cinco grupos terapéuticos. Algunos recibieron una única sesión (Grupos de Desgaste Laboral), mientras que otros tenían planes de intervención de 10-12 sesiones (Grupos de Duelo y Grupo de Dermatitis Atópica Severa).

Los tres planes de intervención para los grupos abordados ya habían sido previamente formulados. Para las tres temáticas, ya habían grupos previos a quienes se les brindó la atención grupal, por lo que se estaba repitiendo el contenido con personas que cumplían con los criterios de inclusión.

La sustentante cumplió el rol de co-facilitadora durante el abordaje de todos los grupos terapéuticos. Había ocasiones en donde la asesora técnica le solicitó a la estudiante que facilitara la sesión. Como se mencionó previamente, todos los planes de intervención ya habían sido

estructurados, junto con la colaboración de otros practicantes. Por lo que la sustentante tuvo que estudiar el plan de atención y los recursos adicionales previo a cada sesión.

El Grupo de Desgaste Laboral consistió en una única sesión para funcionarios de diferentes unidades del hospital, según la necesidad evaluada por cada servicio. El grupo surge bajo la necesidad de aprender y conocer diferentes estrategias de autocuidado para la prevención del desgaste laboral; especialmente tras la demanda laboral que sufrió el personal de salud durante la pandemia. La estudiante estuvo presente en dos procesos grupales para este grupo.

En el caso de los dos grupos de duelo en los cuales se participó, la sustentante estuvo presente en las últimas dos sesiones; mientras que en el segundo grupo participó en las primeras 10 sesiones. Los procesos grupales para estos grupos fueron llevados a cabo según el protocolo previamente elaborado por Alvarado y Echeverri (2020), quienes propusieron 12 sesiones psicoeducativas para poder elaborar el proceso de duelo de una forma sana y honrar a la persona difunta. Las sesiones grupales se realizaron los jueves en la tarde de forma bisemanal. La practicante ejerció el rol de observadora en las dos sesiones que participó del primer grupo. En el caso del segundo grupo de Duelo, la sustentante mantuvo un rol de co-facilitadora a lo largo del proceso y cuando la asesora técnica considerara apropiado o necesario, le solicitó a la estudiante que asumiera el rol de facilitadora.

De forma similar, para el grupo de Dermatitis atópica, la sustentante ejerció el rol de co-facilitadora y facilitadora. Dependiendo de la necesidad, abordaje de la sesión y conocimiento de la practicante de la temática de la sesión, la asesora técnica le comunicaba a la practicante el rol que iba a ejercer ella durante la sesión terapéutica. El plan de intervención también había sido previamente elaborado por Alvarado y Echeverri (2020); planificando un proceso terapéutico de

12 sesiones con dos de reposición. Sin embargo, por tiempo, la practicante solo estuvo presente en cinco de las sesiones.

Tanto para el segundo grupo de Duelo y el grupo de Dermatitis Atópica Severa, la estudiante estudió las sesiones terapéuticas antes de ser ejecutadas, realizando una revisión bibliográfica de los temas que fueran llevados a cabo y el material que iba a ser utilizado durante la sesión. Antes de la formación de los grupos, se contactó a cada uno de los participantes, preguntando su interés de participar en el grupo terapéutico, y evaluar el alcance y manejo a la aplicación “Zoom”, medio en el cual se ejecutaron las sesiones virtuales de los grupos. Se creó un grupo en WhatsApp, para facilitar el contacto con los y las participantes y en donde se les brindaron recordatorios de las citas. Cuando fuera solicitado, la sustentante elaboraba las cartas de ausencias laborales/educativas a los participantes. Al finalizar cada sesión, se colaboró en el registro de notas de la sesión y elaboración de las bitácoras de cada participante.

7.3.3 Intervención de interconsultas

La atención de interconsultas es una práctica estándar de las personas profesionales en psicología que laboran en la Unidad de Psicología del Hospital San Juan de Dios. Se reciben referencias de otros profesionales de salud que consideran necesaria la intervención por parte de un profesional en Psicología para colaborar en el proceso de internamiento de dicho paciente.

La asesora técnica de dicha práctica profesionalizante es la persona encargada en la unidad en asignar las referencias de interconsulta entre las profesionales en Psicología. Según el caso, motivo de referencia y fecha de última consulta que vio la profesional en Psicología, se asignaba el paciente. Es decir, había una persona encargada de ver todas las referencias de interconsultas de COVID-19, una persona con casos de deficiencia renal, entre otros.

Cada vez que una interconsulta fuera asignada a la asesora técnica, la practicante acompañaba a dicha intervención, cumpliendo primero el rol de observadora - con el fin de conocer y aprender el modelo de atención de este tipo de consultas -, posteriormente como co-terapeuta, y cuando se considerara acorde, el rol de terapeuta. Para muchos de los casos de seguimiento, era la practicante quien realizaba la sesión.

Para todas las intervenciones de interconsultas, era importante realizar la bitácora correspondiente, en donde se comentaban los datos generales de identificación de la persona usuaria, motivo de referencia, abordaje realizado y si la persona era dada de alta o si era necesario realizar una sesión de seguimiento más adelante. Por otra parte, también se realizaba el registro estadístico, documento que era accesible para todas las profesionales de Psicología del HSJD, en donde detallaban: nombre del usuario, cédula, unidad en la que se encuentra, fecha, y si fue intervención o evaluación.

7.3.4 Evaluación psicológica para personas donantes de riñón

Una de las funciones principales que se ejerció a lo largo de la práctica dirigida fueron las evaluaciones a personas donantes de riñón. Como se estipula en la Ley N° 9222 “Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos” (2014), debe de existir una relación de vínculo entre la persona donante con la persona receptora; ya que la ley prohíbe las donaciones dirigidas no relacionadas sin vínculo demostrable. A partir de ello, se realiza una entrevista por parte de Psicología, con el fin de evaluar el estado emocional de la persona donante, el conocimiento existente del proceso al que se va a someter y, sobre todo, evaluar el vínculo existente entre ambas personas.

Para dicha evaluación, se realiza una entrevista estructurada elaborada por la asesora técnica; la cual se divide en las siguientes áreas: Datos generales (Motivo de Referencia y Ficha de Identificación), Datos relevantes de la historia, Relación con el donante; Datos relacionados con la donación y Antecedentes Personales. A partir de toda la información recolectada, se elabora el informe y se realiza un resumen con las impresiones finales: Factores protectores, de riesgo y tipo de relación existente. Según el caso, y cuando se requiera necesario, se pasan pruebas psicológicas para determinar si hay un trastorno mental existente que pueda influir en la toma de decisiones de la persona o que pueda afectar el proceso de donación/recuperación.

Los informes elaborados son enviados al equipo de Nefrología. Cuando hay presencia de algún caso en donde se determina que no hay un vínculo existente, o que no se considera apropiado que la persona done un riñón, se realizan sesiones interdisciplinarias, en donde se conversan los casos y se brindan los argumentos acordes al caso.

7.3.5 Evaluaciones Psicodiagnósticas y Neuropsicológicas

Las evaluaciones Psicodiagnósticas y Neuropsicológicas no estuvieron tan presentes durante la práctica dirigida debido a que a causa del COVID-19, todas las evaluaciones de Trasplante Renal fueron suspendidas. Por ende, al volver a la presencialidad, estas tomaron prioridad, dentro de la consulta de la asesora técnica. Sin embargo, si se presentó una referencia de evaluación Neuropsicológica y una Psicodiagnóstica y una práctica constante de pasar pruebas psicodiagnósticas como una agregación de información para una mejor toma de decisiones en las evaluaciones de Trasplante Renal.

Las evaluaciones en general tenían una duración de dos horas por sesión. La primera sesión se centraba en la recolección de información por medio de una entrevista conductual.

Posteriormente, se agenda una siguiente sesión para pasar pruebas psicométricas o neuropsicológicas para poder evaluar a mayor profundidad el caso. Dependiendo del caso, las pruebas empleadas y el agotamiento cognitivo de la persona, se agendaba una última sesión.

Una vez concluidas las sesiones, y ya recolectada toda la información necesaria, se procede a integrar todos los datos obtenidos. Se revisan nuevamente los datos recolectados en la primera sesión de entrevista y se triangula la información con lo mencionado en su referencia, expediente y resultados de las pruebas administradas.

La sustentante cumplió varias tareas en cuanto a las evaluaciones Psicodiagnósticas y Neuropsicológicas. En primera instancia, era sumamente importante que la estudiante conociera bien el caso a tratar, estudiara el expediente y motivo de referencia. En cuanto a las pruebas aplicadas, antes de cada una, la practicante se llevaba las pruebas, investigaba sobre ellas y las variables de medición y leía con precaución cada uno de los manuales; de esta forma, de ser necesario, ella tenía la capacidad de ser quien las aplica.

En todas las sesiones de evaluaciones Neuropsicológicas o Psicodiagnósticas, la sustentante ejerció el rol de co-terapeuta, interviniendo y observando durante el proceso. A la hora de evaluar las pruebas, era ella quien las calificaba, a partir de la información obtenida en los manuales y en los baremos. Junto con la asesora técnica, se planteaban las conclusiones acordes y se desarrollaron los informes finales.

7.3.6 Otras Actividades

Además de las actividades mencionadas anteriormente, se debe de resaltar otras labores adicionales, incluidas dentro de los objetivos, que terminan comprendiendo la labor que realiza un profesional en Psicología dentro del ámbito hospitalario. En primera instancia, la elaboración de

materiales psicoeducativos y recursos de apoyo para el departamento de psicología fueron realizados cada vez que necesitaba crear algún material a partir de una demanda. Es decir, bajo la solicitud de un terciario (paciente o profesional en psicología) o cuando la asesora técnica o la estudiante identificaban una necesidad que podría verse solucionada o beneficiada con dicho material.

Para los materiales psicoeducativos o recursos de apoyo, la sustentante primero realizaba una revisión bibliográfica exhaustiva respecto al tema, viendo su veracidad de metodología y utilidad dentro de la población hospitalaria.

Otra de las actividades realizadas con mayor frecuencia, fueron todas las tareas administrativas que se realizan. Las labores administrativas son aquellas actividades adicionales que deben de realizar los profesionales en psicología como parte de su proceso de atención y labor dentro de una institución pública. Una de las actividades acostumbradas a realizarse, y en la cual la sustentante colaboró cada mes, fue registrar de forma cuantitativa las sesiones terapéuticas realizadas - tanto individuales, grupales y de pareja - al igual que las ausencias durante el mes.

Por otra parte, la estudiante participó en lecciones de Terapia Familiar del posgrado en Psicología Clínica del CENDEISSS; ya que la asesora técnica era la profesora de dicho curso. Las lecciones ocurrían de forma bisemanal, de forma virtual. Las sesiones abarcaron temas como: Definición de Pareja y Relación; Ciclo vital de la pareja; Comunicación; Terapia Focalizada en Emociones; Terapia de Pareja desde el Modelo Gottman; pérdida de la vida sexual en la pareja e infertilidad; parejas del mismo sexo; entre otras. La sustentante realizó todas las tareas que los estudiantes del curso debían de realizar.

Por último, se participó en reuniones interdisciplinarias con todo el equipo de Psiquiatría y el de Nefrología (compuesto por Nefrólogos, psicólogas, enfermeras, trabajadoras sociales). Las

sesiones de Nefrología eran para discutir casos de posibles donantes renales. Las sesiones del equipo de Psiquiatría sucedían de forma semanal con el fin de que algún profesional de Psiquiatría o Psicología presentaban algún tema de su interés. En una ocasión, la sustentante realizó una presentación sobre el HiTOP.

7.4 Roles y supervisiones

Al trabajar con una población extensa, y realizar diversas actividades de forma diaria dentro del hospital, la sustentante mantuvo una bitácora detallada. Estas bitácoras fueron claves a la hora de redactar los informes mensuales para el equipo asesor, pero también para las supervisiones realizadas con cada uno de sus integrantes.

Las supervisiones con la directora de la práctica, Dra. Ana María Jurado, fueron semanales. La estudiante y la directora se reunieron todos los lunes de forma virtual por una hora para comentar sobre las actividades realizadas, evacuar dudas y preguntas y revisar que los objetivos se estuvieran cumpliendo. Por otra parte, la sustentante redactaba informes mensuales para los lectores de la práctica, en donde comentaba las actividades realizadas, los avances y alcances logrados según los objetivos planteados y presentarles información cuantitativa y cualitativa. Cuando se consideraba necesario, la estudiante solicitaba supervisiones individuales con los lectores de la práctica dirigida con el fin de poner en práctica sus recomendaciones.

Por otro lado, la Dra. Paola Echeverri Echeverría, psicóloga clínica de la Unidad de Psicología del HSJD, cumplió el rol de ser la asesora técnica de la práctica dirigida, siendo quien mantuvo comunicación constante, delegó funciones dentro del hospital y colaboró con las supervisiones internas en la institución. La sustentante estuvo acompañada de la asesora técnica la gran mayoría del tiempo, permitiendo observar y aprender de su experticia y sus intervenciones en

todas las actividades hospitalarias. Las supervisiones con la asesora técnica eran de forma diaria, teniendo una duración de 15 minutos a una hora diaria. Al menos una vez al mes se realizaba una sesión de una hora en donde la sustentante expresaba cómo se sentía y cuales aprendizajes ha tenido a lo largo de la inserción; y además, la asesora técnica brindaba retroalimentación del trabajo realizado por la estudiante.

7.5 Proceso de evaluación, informes y bitácoras

Fue importante tomar en cuenta los objetivos inicialmente planteados para la práctica dirigida para poder evaluar el trabajo realizado; ya que de estos dependían las actividades que se iban a realizar durante la inserción. Para poder verificar y constatar que los objetivos fueron desarrollados a lo largo de la práctica, la estudiante registró en su bitácora diaria las horas invertidas en cada una de las actividades realizadas; así como una breve descripción de lo realizado y acontecido durante ese momento. La bitácora también permitió registrar los pacientes atendidos en consulta externa e interna; sus motivos de consulta y los alcances logrados en cada intervención. Para los procesos grupales, también se transcribieron algunos comentarios realizados por las personas participantes.

El proceso de evaluación fue distinto según el abordaje planteado para cada uno de los objetivos. En cuanto al primer, segundo y tercer objetivo específico, los cuales están relacionados con la atención psicológica individual y grupal, fue importante primero trabajar desde una posición de “observadora”, lo cual permitió que la estudiante se familiarizara con el abordaje y modalidad de atención. Durante la observación, se le prestó atención a las preguntas iniciales que se realizan a los pacientes, especialmente aquellos usuarios que tenían su primera sesión, y también en las diversas pautas que se tenían que contemplar para la formulación de las bitácoras de los

expedientes. Los primeros dos meses también se enfocaron en realizar una revisión bibliográfica extensa, para así poder contar con una base metodológica fuerte.

Al trabajar junto con la asesora técnica de forma diaria, esto permitió recibir retroalimentación y observaciones de forma constante. Las supervisiones semanales con la directora de la práctica también permitieron una mayor orientación en el abordaje de cada uno de los pacientes; pero también posibilitó un espacio para que la sustentante pudiera brindar opiniones a partir de lo que ella había observado y estudiado. Toda retroalimentación, recomendación y observación realizada por alguna persona del equipo asesor fue tomada en cuenta de forma inmediata.

Específicamente, para la atención psicológica, se evaluó el proceso de forma cualitativa, contemplando cómo estaba la persona antes del tratamiento y después del tratamiento, por medio de preguntas al paciente. En las sesiones de cierre, especialmente de aquellos pacientes que finalizaron su abordaje, fue importante realizar una retrospectiva de cómo estas personas visualizaban sus cambios a partir del trabajo realizado durante las sesiones. De forma cuantitativa, se registró la cantidad de sesiones realizadas con cada persona atendida y los avances alcanzados.

En cuanto al objetivo dos y cuatro, que engloban los procesos grupales, estos fueron evaluados a partir de los alcances obtenidos a lo largo de las sesiones y con la información que proveían las personas usuarias; ya que la sustentante no estuvo presente en todas las sesiones de la terapia grupal. Es decir, para el grupo en el que ella vio concluir, la sustentante no estuvo presente en las sesiones iniciales; y en aquellos procesos que le dio inicio, la práctica dirigida finalizó previo a la conclusión del proceso terapéutico. Por ende, se toma en cuenta los cambios reportados de forma individual por cada uno de los participantes y se compara con los comentarios brindados al iniciar el proceso terapéutico.

En cuanto a la evaluación de los materiales elaborados y los recursos de apoyo para el departamento, se le pidió retroalimentación a las psicólogas que trabajan en el departamento y se contó con retroalimentación y supervisión por parte del equipo asesor.

Como bien fue mencionado anteriormente, cada mes se realizó un informe para el equipo asesor, el cual detalla información cuantitativa y cualitativa de las actividades desempeñadas. Estos informes ayudaron a visualizar el trabajo realizado y el desarrollo de cada objetivo.

8. Resultados

En el presente apartado se describen los aprendizajes, las actividades y los objetivos alcanzados a lo largo de la práctica dirigida. Dicho apartado está dividido en dos ejes: los resultados cuantitativos y cualitativos según las actividades que fueron desempeñadas a lo largo de la inserción hospitalaria dentro del Servicio de Psicología del Hospital San Juan de Dios y los resultados alcanzados según los objetivos generales y específicos planteados en el anteproyecto del TFG.

8.1 Resultados de acuerdo con las actividades

A continuación, se presentarán las actividades generales que se realizaron a lo largo de la inserción profesionalizante dentro del Servicio de Psicología Clínica del HSJD durante los meses de enero a agosto del 2022. Las actividades desempeñadas variaban según la demanda institucional y a partir de los objetivos que fueron planteados inicialmente para la práctica profesionalizante.

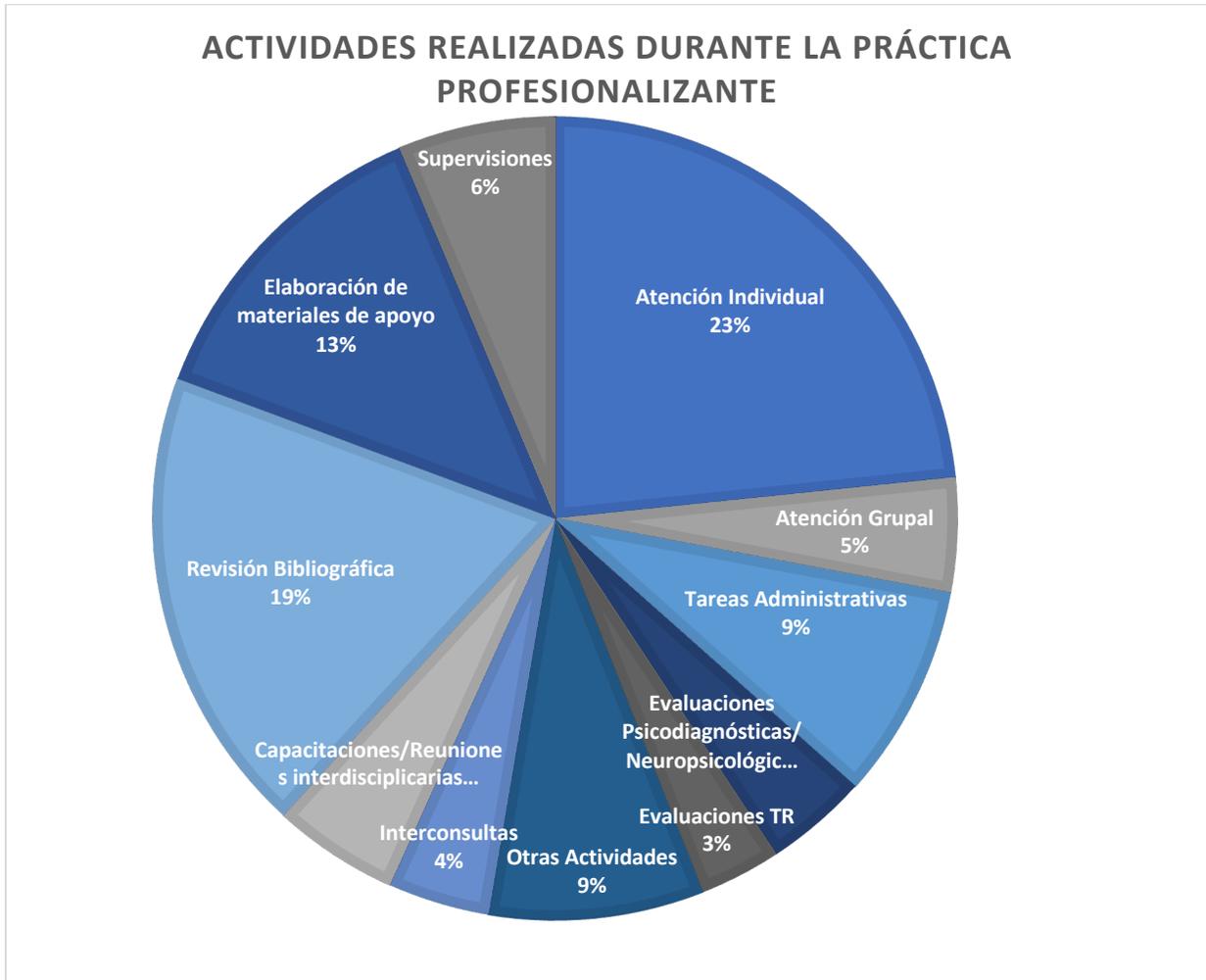
En cuanto a las personas beneficiadas durante la práctica dirigida, 80 personas usuarias del servicio externo de la Unidad de Psicología se vieron favorecidos; y 41 personas en consulta interna, interconsultas. Es importante mencionar también que en ocasiones los familiares se vieron involucrados en el proceso terapéutico, por lo que también se vieron beneficiados directa e indirectamente por el servicio brindado. Las características de la población en consulta externa con la que se trabajó a lo largo de la práctica dirigida variaron según edad, género y motivo de referencia. 68 personas en consulta externa, con la cual se trabajó, eran adultas entre los 20-64 años. Sin embargo, once de los pacientes eran adolescentes, entre los 12-19 años. En cuanto a la población beneficiada en las interconsultas, se atendió a personas entre los 13 a 86 años, nacionales

e internacionales. Las interconsultas fueron emitidas por otros profesionales de salud quienes, bajo su criterio o demanda del paciente, consideraron que requerían apoyo psicológico de algún tipo.

En el Gráfico 1, se presentan todas las actividades que se realizaron durante la práctica dirigida, tanto dentro como fuera de la Unidad de Psicología del HSJD. Al concluir la práctica dirigida, se contabiliza un total de 960.75 horas de trabajo invertido, dentro y fuera del hospital. Dichas actividades variaron desde: la atención individual y grupal, evaluaciones de Trasplante Renal, atención de interconsultas, aplicación de pruebas neuropsicológicas y psicodiagnósticos, capacitaciones en psicología clínica, participación en curso de posgrado, sesiones interdisciplinarias, labores administrativas, revisión bibliográfica, entre otras que serán detalladas a continuación (Gráfico 1).

Gráfico 1

Distribución en porcentajes de las actividades realizadas



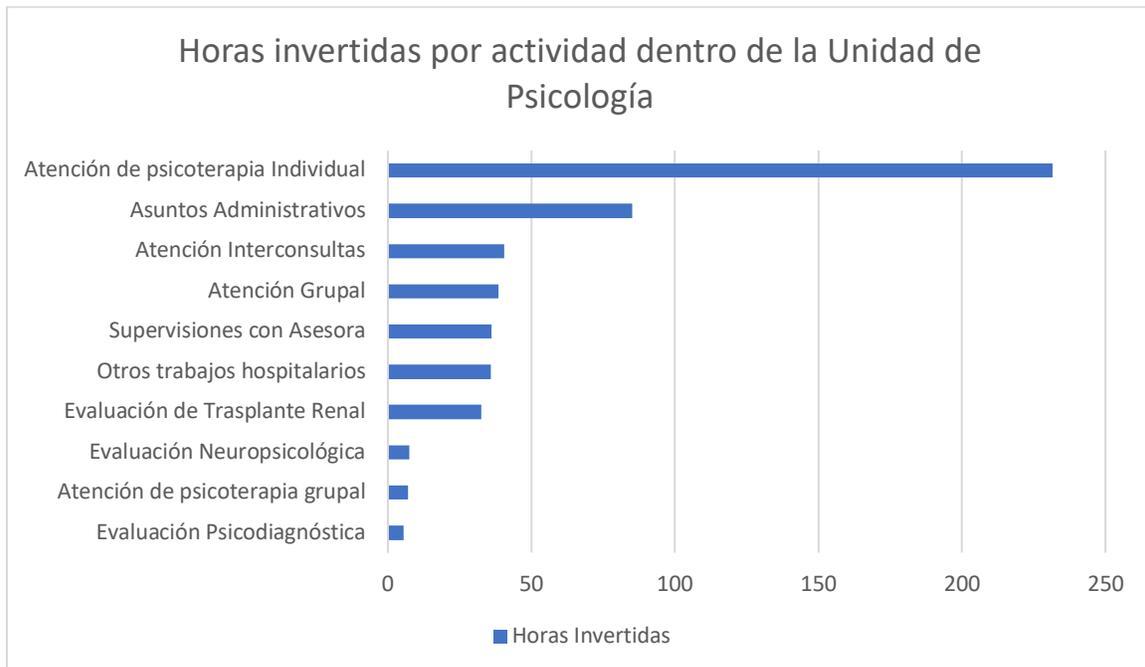
Las tareas desempeñadas se fundamentan según la definición que cumple una persona profesional en Psicología dentro del campo hospitalario de tercer nivel (Cerezo-Resendiz & Hurtado-Rodríguez, 2011; APA, 2017; Canizales, 2019). Como se puede observar en el Gráfico 1, la mayor parte del tiempo invertido durante la inserción profesionalizante fueron las tareas detalladas en los objetivos específicos planteados.

Las tareas realizadas pueden dividirse en dos categorías: actividades realizadas dentro y fuera de la institución. En cuanto a las tareas realizadas dentro del hospital, se contabiliza un total

de 519.25 horas (54%) invertidas. Dichas actividades se dividen en: 1) Atención Individual en consulta externa (44.6%), 2) Atención Grupal (7.4%), 3) Atención de Interconsultas (7.8%), 4) Evaluación de Trasplante Renal (6.25%), 5) Evaluación Psicodiagnósticas/Neuropsicológicas (2.5%), 6) Supervisiones con la Asesora Técnica (6.9%) y 6) Asuntos Administrativos (16.7%) (revisión de expedientes, redacción de informes y bitácoras, realizar estadísticas mensuales, contactar a pacientes, entre otras). En el Gráfico 2 se detalla la cantidad de horas invertidas para cada una de las actividades realizadas.

Gráfico 2

Distribución por horas invertidas según las actividades desempeñadas dentro de la Unidad de Psicología

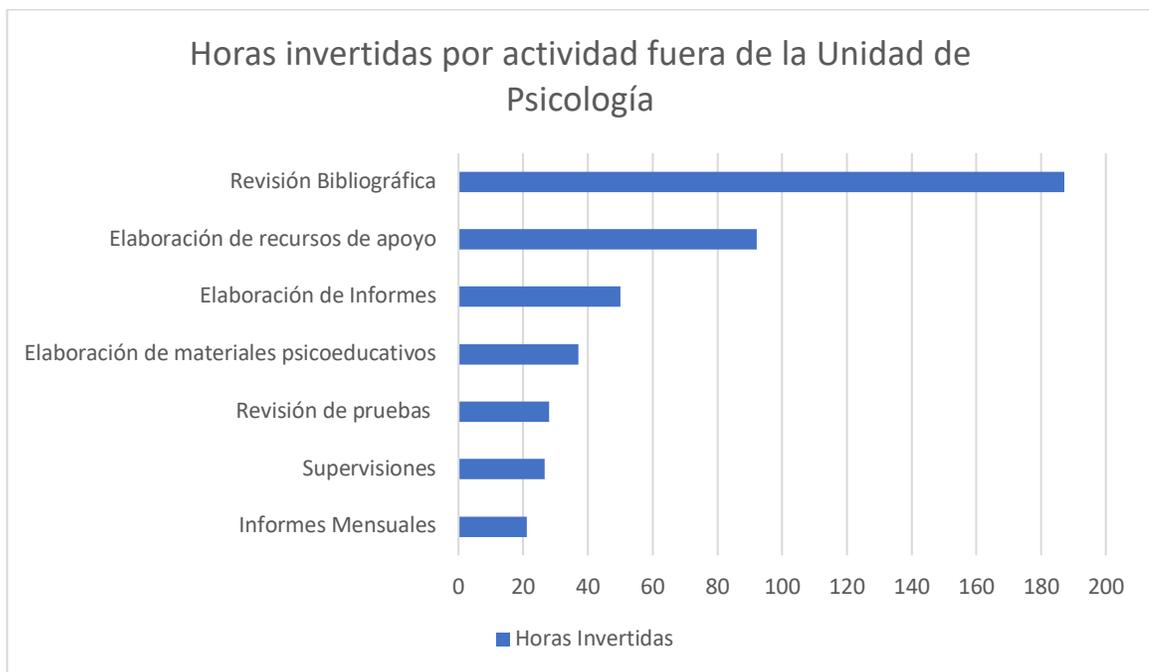


Por otro lado, gran parte del trabajo realizado durante la práctica dirigida consistió en labores administrativas, académicas y de planificación, los cuales fueron realizados fuera de la

institución. Al tiempo de haber concluido la inserción profesionalizante, se registra un total de 441.5 horas (46%) invertidas fuera del hospital. Entre las actividades realizadas en la casa, se pueden incluir: 1) Elaboración de recursos de apoyo y material psicoeducativo, 2) Revisión Bibliográfica, 3) Supervisiones con comité asesor, 4) Elaboración de Informes de evaluación y 5) Elaboración de Informes Mensuales para el equipo asesor. Cada una de las tareas realizadas fuera del hospital se detallan a continuación (Ver Gráfico 3).

Gráfico 3

Distribución por horas según las actividades realizadas fuera de la Unidad de Psicología



8.2 Psicoterapia individual

La atención individual y grupal responden a los objetivos 1 y 2 planteados en el anteproyecto de dicha práctica. La mayor parte del tiempo laborado dentro del hospital consistió en la atención psicológica individual, brindándole psicoterapia a un total de 83 personas. De estas

66 fueron atendidas bajo el rol de observadora o co-terapeuta, mientras 15 personas lo fueron desde la posición de terapeuta. Por otra parte, 10 personas tuvieron un proceso continuo, mientras 5 tuvieron una atención única desde el rol de terapeuta.

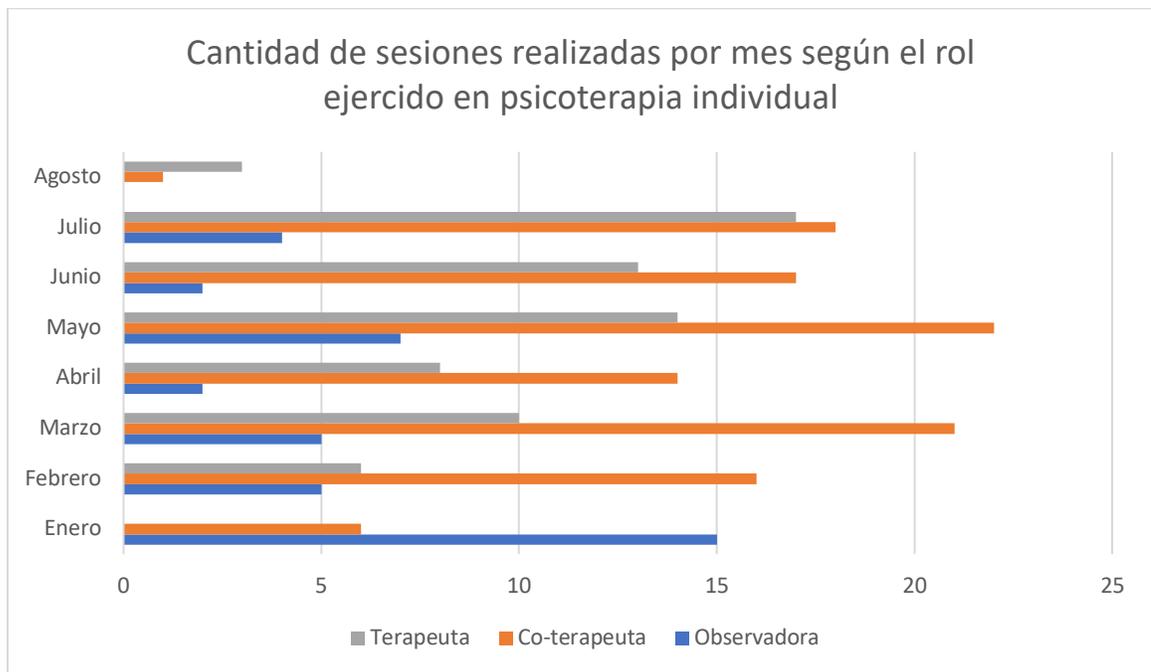
Al inicio de la inserción, la practicante conoció la modalidad de atención, prestando atención a los protocolos utilizados dentro del hospital, el uso de la plataforma EDUS, el formato para la elaboración de bitácoras de sesiones y las características generales de la atención clínica en el contexto hospitalario – diferenciando la estructura de una atención de primera vez a una subsecuente. Por esto mismo, la primera semana del primer mes, cumplió con el rol de observadora.

Una vez que la estudiante identificó las características de la atención de psicoterapia individual en el contexto hospitalario de tercer nivel, se adquirió el rol como co-terapeuta hasta que la práctica dirigida fuera concluida. Durante el mes de febrero de inició con la atención individual de casos clínicos a cargo de la sustentante. El rol de observadora se mantuvo únicamente para los casos que fueron realizados telefónicamente durante los días que se trabajó desde la casa en telepsicología.

En el Gráfico 4 se detalla la cantidad de sesiones invertidas por mes según el rol de observadora, co-terapeuta y terapeuta en la atención de psicoterapia individual. Es importante tomar en cuenta que la práctica inició a mediados de enero del 2022 y durante el mes de abril se contó con varios días feriados y con una semana de vacaciones de la asesora técnica, en la cual no se atendieron pacientes.

Gráfico 4

Cantidad de sesiones realizadas por mes según el rol de observadora, co-terapeuta y terapeuta en psicoterapia individual



En cuanto a horas invertidas para la atención individual, se suma un total de 231.5 horas, las cuales 160 fueron ejecutadas desde una posición de co-terapeuta, mientras 71.5 como terapeuta (Ver Gráfico 5).

Gráfico 5

Porcentaje de tiempo invertido de acuerdo con el rol ejercido en la atención individual



8.2.1 Atención como observadora y co-terapeuta

Las intervenciones desde el rol de observadora y co-terapeuta tomaron lugar de forma diaria a lo largo de la inserción profesionalizante; siendo la labor que constituyó la mayor parte del trabajo realizado.

La población con la que se trabajó contó con una amplia variedad de características sociodemográficas. Todas las personas atendidas habitaban en la zona correspondiente al San Juan de Dios. Se atendió a un total de 15 hombres y 68 mujeres en la atención individual; siendo 13 de ellos adolescentes, 69 adultos y una adulta mayor.

Como se mencionó anteriormente, se contabilizó un total de 160 horas invertidas en el trabajo de atención individual como observadora y co-terapeuta. Fueron un total de 83 pacientes atendidos, con un total de 155 sesiones ejecutadas. Del total de intervenciones realizadas, 1 sesión fue de

terapia de pareja y 5 de terapia familiar. La atención tuvo una duración de una hora; sin embargo, hubo momentos en que estas se vieron reducidas por la hora de llegada del paciente, o extendidas según la necesidad del paciente.

La atención como observadora tuvo dos objetivos específicos: 1) familiarizar al estudiante con el proceso terapéutico y el protocolo de intervención en las consultas hospitalarias (entrevista inicial y la atención subsecuente) y 2) apoyar en la atención telefónica subsecuente, desde un rol de observadora-participante.

La estudiante estuvo observando las consultas psicológicas de la asesora técnica durante las primeras dos semanas o cuando las sesiones fueron telefónicas. Se observó un total de 44 sesiones psicoterapéuticas durante ese periodo. El objetivo de esta observación era poder familiarizarse con el proceso terapéutico y los protocolos de atención que se implementan en la Unidad de Psicología del Hospital San Juan de Dios. Desde enero del 2022, las bitácoras de las consultas psicológicas se empezaron a registrar en el sistema EDUS; por lo que la estudiante estuvo identificando y conociendo los lineamientos de dicho registro durante la primera semana de la inserción.

Debido a la pandemia de COVID-19, las psicólogas del HSJD cuentan con dos días laborales de teletrabajo. Las consultas psicológicas de esos días pueden realizarse de dos maneras: atención telefónica o por videollamada. En cuanto a la atención telefónica, la estudiante estuvo realizando comentarios para la intervención por medio del chat de la aplicación “Zoom”, medio por el cual la practicante estuvo en contacto directo con la asesora técnica los días de teletrabajo. Se observaron un total de 27 pacientes en las sesiones de teletrabajo, representando un total de 36.5 horas de atención individual ejecutadas.

En cuanto a la atención individual como co-terapeuta, la estudiante participó bajo este rol la mayor parte de la inserción hospitalaria; siendo la actividad predominante a lo largo de la práctica dirigida. Se les brindó atención psicológica a 65 pacientes, constituyendo un total de 123.5 horas de atención psicológica llevadas a cabo, con un total de 153 sesiones realizadas.

Los casos referidos a la Unidad de Psicología en el HSJD tienden a presentar algún malestar psicológico asociado a un padecimiento físico. Esto debido a que las referencias recolectadas deben de ser realizadas por otro profesional de salud. No obstante, no se considera que haya criterios puntuales de inclusión o exclusión, lo cual posibilitó un acercamiento a poblaciones con diagnósticos y condiciones de salud variados.

A continuación, en la tabla 1, se exponen los diagnósticos de los casos que fueron atendidos mientras se cumplían los roles de observadora y co-terapeuta. Al usar el Servicio de Psicología y Psiquiatría el sistema de Clasificación de Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, en la versión CIE-10, los diagnósticos serán presentados bajo el código y nombre que dicho sistema presenta. Es importante mencionar también que estos diagnósticos son los que se encontraban inscritos en el expediente de las personas usuarias.

Tabla 1*Clasificación y distribución de casos atendidos como observadora y co-terapeuta*<http://ais.paho.org/classifications/chapters/>

Código	Trastornos mentales y del comportamiento	# Personas
CIE -11		Atendidas
<i>F318</i>	Otros trastornos afectivos bipolares	1
<i>F320</i>	Episodio Depresivo Leve	3
<i>F321</i>	Episodio Depresivo Moderado	3
<i>F330</i>	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente	1
<i>F331</i>	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	7
<i>F339</i>	Trastorno depresivo recurrente, no especificado	2
<i>F341</i>	Distimia	1
<i>F401</i>	Fobias sociales	2
<i>F410</i>	Trastorno de pánico	1
<i>F411</i>	Trastorno de ansiedad generalizada	5
<i>F412</i>	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	8
<i>F419</i>	Trastorno de ansiedad, no especificado	3
<i>F421</i>	Predominio de actos compulsivos [rituales obsesivos]	1
<i>F429</i>	Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado	1
<i>F431</i>	Trastorno de estrés postraumático	8
<i>F432</i>	Trastorno de adaptación	18
<i>F54</i>	Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte	2

<i>F603</i>	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	1
<i>F609</i>	Trastorno de la personalidad, no especificado	1
<i>F61</i>	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	2
<i>F633</i>	Tricotilomanía	1
<i>Y070</i>	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja	1
<i>Z032</i>	Observación por sospecha de trastorno mental y del comportamiento	1
<i>Z630</i>	Problemas en la relación entre esposos o pareja	2
<i>Z634</i>	Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia	4
<i>Z731</i>	Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad	1
<i>Z918</i>	Historia personal de otros factores de riesgo, no clasificados en otra parte	1

Cómo se puede observar en la tabla 1, se atendieron una gran gama de personas, con diversos diagnósticos diferenciales, a lo largo de la práctica dirigida. Se logra visualizar la alta demanda que existe para atender casos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo dentro del ámbito hospitalario, representando un 56.62% de los casos atendidos (47 usuarios); lo cual concuerda con la literatura revisada (UNICEF, 2020; Salari et al., 2020; Chacón et al., 2021; Cordero, 2021). De estos, el 36.1% (30 pacientes) de los pacientes tenían sintomatología ansiosa, mientras el 20.48% (17 pacientes) síntomas depresivos leves a severos. A estos datos también se le pueden agregar las personas que no llegaron a los criterios diagnósticos para dichos trastornos,

pero que, según su motivo de consulta, se les brindó una atención psicológica que se centraba en sintomatología depresiva o ansiosa. Entre ellos, se pueden incluir el 21.68% de personas (18 personas) que presentan un trastorno adaptativo, quienes tienden a ser referidos por otro servicio hospitalario a partir de una necesidad de acople ante el reciente diagnóstico de su enfermedad, evolución y/o tratamiento.

Por otra parte, se considera importante mencionar que 9 (10.84%) de los pacientes presentaron una referencia relacionada a historia de violencia de género, sea violencia física, sexual y/o emocional, el cual fue abordado a lo largo de la intervención por medio de diferentes modalidades de intervención: observación del procedimiento de EMDR, aplicación de estrategias de mindfulness, establecimiento de límites, psicoeducación psicolegal, entre otros. A pesar de que no era el motivo de referencia para todos los casos, sí se consideró que era un tema latente durante las intervenciones, siendo siempre su motivo de consulta.

Los rasgos de personalidad límite y por evitación tendieron a representar un volumen significativo entre los pacientes atendidos a lo largo de las sesiones, representando un total de 5 personas (6.02%). Asimismo, se les brindó atención psicológica a 5 personas, 6.02%, quienes presentaban problemas relacionados con la muerte de un miembro de la familia. En este caso, las personas atendidas tendían a ser candidatos para formar parte de las sesiones de grupo de duelo y recibieron un proceso previo al inicio de dicho grupo o porque iniciaron con la atención psicológica ya iniciado el grupo de apoyo.

8.2.2 Atención como terapeuta

Debido al espacio dentro del Servicio de Psicología Clínica y la disponibilidad en la agenda de la asesora, se asignaron una cantidad específica de los casos para la atención individual como

terapeuta. Como lineamiento institucional, los profesionales del Servicio mantienen un horario designado – donde se atienden pacientes en consulta individual o grupal, se realizan evaluaciones o se aplican procedimientos de intervención – lo cual limita la posibilidad de poder asumir una cantidad mayor de casos para psicoterapia.

Se le brindó atención a un total de quince personas, quienes diez llevaron un proceso terapéutico continuo y cinco recibieron una atención única con la estudiante, constituyendo en un total de 74 sesiones de psicoterapia. De los pacientes que llevaron un proceso de psicoterapia con la practicante, cuatro lograron completar el proceso terapéutico, dos continuaron con la asesora técnica o con la siguiente practicante una vez concluida la inserción hospitalaria y cuatro abandonaron el proceso. Dos de los procesos terapéuticos fueron con hombres, mientras 13 de ellos con mujeres.

8.2.3 Intervenciones individuales

Como parte del ejercicio profesional, una de las funciones asumidas fue el rol de terapeuta para la atención individual de casos. Esta función se asumió durante la segunda semana de práctica. Dependiendo del motivo de consulta y tiempo estipulado para la atención psicológica, se le asignaban los casos a la sustentante. Algunos eran casos subsecuentes de la asesora técnica, quien ella consideró que se verían beneficiados de una intervención con mayor regularidad. Otros casos fueron seleccionados por la asesora técnica o las otras psicólogas de la unidad a la hora de revisar las referencias recibidas durante la inserción profesionalizante y otros cuyo motivo de consulta era de psicoterapia breve.

Se atendió a un total de 10 casos en consulta externa, donde cuatro de ellos concluyeron su debido proceso: entrevista inicial, proceso psicoterapéutico según su motivo de consulta y el cierre.

Todos los casos fueron presentados con la asesora técnica presente, realizando el encuadre y el consentimiento informado para proceder con la atención terapéutica. La frecuencia de las sesiones variaba según disponibilidad de agenda y avance del caso. Algunos pacientes fueron vistos de forma semanal (4 usuarios), mientras otros quincenalmente (6 usuarios).

El trabajo desde la atención individual como terapeuta sumó un total de 71.5 horas, lo cual implicó un total de 69 sesiones psicoterapéuticas. Las sesiones usualmente eran de 50-60 minutos. Según la necesidad de la persona, o de su puntualidad, las sesiones podían extenderse o podían tener una duración menor a la estimada.

Los motivos de consulta y las características de las personas usuarias fueron variadas. Se le brindó atención psicológica a 8 mujeres y dos hombres, cuyas edades oscilaron entre los 16-38 años. cuatro de las personas usuarias eran funcionarias del hospital, con alguna sintomatología depresiva-ansiosa. Otros de los casos presentaban una comorbilidad con alguna enfermedad física. Todas las sesiones llevaron el formato individual, a excepción de una ocasión en donde se tuvo que involucrar a la madre de la adolescente.

Todos los procesos psicoterapéuticos fueron supervisados de forma semanal con la directora de la práctica y la asesora técnica. Los procesos de intervención dependen según el caso, brindándoles psicoeducación del padecimiento psicológico, estrategias de relajación, herramientas de automonitoreo, difusión de pensamientos, activación conductual, exposición, establecimiento de límites, prevención de recaídas, entre otras. A continuación, se detalla en la Tabla 2 un resumen del trabajo realizado con cada uno de los casos atendidos, su duración, estrategias implementadas, y logros alcanzados.

Tabla 2

Casos atendidos como terapeuta, plan de intervención y alcances obtenidos de la intervención

Código CIE	Trastorno mental y del comportamiento	# de sesiones	Plan de Intervención	Alcances logrados
<i>F411</i>	Trastorno de ansiedad generalizada	2	<ul style="list-style-type: none">- Evaluación de ansiedad generalizada y ansiedad de salud- Terapia de Exposición Prolongada	<ul style="list-style-type: none">- Psicoeducación de ansiedad por salud y ansiedad generalizada
<i>F432</i>	Trastornos de adaptación	3	<ul style="list-style-type: none">- Psicoeducación de cuestiones dermatológicas- Terapia de Aceptación y Compromiso- Identificar pensamientos y sentimientos negativos respecto a su cuerpo y condición.	<ul style="list-style-type: none">- Debatir creencias negativas- Diferenciar entre lo que piensa y siente- Crear una mejor relación con el cuerpo y la enfermedad.
<i>F603</i>	Trastorno de la personalidad	5	<ul style="list-style-type: none">- Establecer metas a futuro	<ul style="list-style-type: none">- Implementar estrategias de toma de decisiones

	emocionalmente inestable		<ul style="list-style-type: none"> - Brindar estrategias de autorregulación emocional - Trabajar desde la Terapia Dialéctica Conductual para el control de conductas impulsivas y estrategias de toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Proponer metas en cuanto a su futuro educativo y laboral - Crear cambios en su dinámica de vida para aumentar su independencia.
<i>F412</i>	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	14	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de depresión postparto - Establecimiento de límites - Psicoeducación de VIF - Autorregulación emocional - Aumentar redes de apoyo - Activarse conductualmente 	<ul style="list-style-type: none"> - Empezar a establecer límites - Aumento de su conocimiento sobre las dinámicas abusivas en las relaciones de pareja - Retomar actividades de ocio y autocuidado - Fortalecer sus redes de apoyo e interacciones sociales - Mejorar su comunicación asertiva

<i>F412</i>	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	8	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia de Aceptación y Compromiso - Realizar proceso de duelo de pareja - Estrategias de relajación - Activación conductual - Empezar a expresar sus emociones de forma asertiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce aprendizajes previos de pareja previa - Crea narrativa de separación - Identificar valores que mantiene - Aumenta relaciones interpersonales - Comunicación asertiva - Mejorar relaciones interpersonales - Crear cierre en relación de pareja
<i>F411</i>	Trastorno de ansiedad generalizada	14	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia metacognitiva - Estrategias de relajación - Psicoeducación del trastorno de ansiedad generalizado - Reestructuración cognitiva y estrategias de difusión 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar estrategias de autorregistro y regulación emocional de forma diaria - Reducción de síntomas ansiosos - Cuestiona sus pensamientos catastróficos para buscar alternativas de pensamiento - Diferenciar entre pensamientos y sentimientos

			<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de ataques de pánico y de ansiedad - Plan de prevención de recaída 	
<i>F410</i>	Trastorno de pánico	7	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación de Trastorno de Pánico - Terapia de Exposición Prolongada - Estrategias de Mindfulness y regulación emocional - Psicoeducación en higiene del sueño 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor autonomía en sus actividades diarias - Identifica estrategias de autorregulación que le sirven a ella. - Reducción de ataques de pánico a un 90% - Exponerse a situaciones que le generan ansiedad - Mejoró hábitos de sueño - Reconocer y expresar sus emociones - Plan de prevención de recaída
<i>Z634</i>	Problemas relacionados con la desaparición o	9	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista emocional - Narrativa del duelo - Resignificación de fechas especiales 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport entre terapeuta-paciente - Identificar e implementar estrategias de relajación y autorregulación emocional

	muerte de un miembro de la familia		<ul style="list-style-type: none"> - Terapia de Aceptación y Compromiso - Estrategias de difusión de pensamientos y regulación emocional - Identificar pensamientos negativos - Reestructuración cognitiva de pensamientos de muerte 	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptar el duelo - Honrar al familiar en fechas especiales - Expresar sus emociones - Trabajo con la madre para prevención de conductas autolesivas - Referencia con psiquiatría
F432	Trastornos de adaptación	4	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento psicoterapéutico en duelo de pareja - Terapia de Aceptación y Compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> - Se concluye proceso psicoterapéutico breve - Retomar actividades y reconectar con amistades - Identificar valores que sostiene y quiere en una nueva relación de pareja - Establecer metas a corto plazo - Realizar proceso de duelo de forma saludable

F432	Trastornos de adaptación	de 3	<ul style="list-style-type: none"> - Definir objetivo terapéutico - Mejorar hábitos alimenticios 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar autorregistros de sus actividades diarias - Reconocer cambios que debe realizar en cuanto a hábitos de salud - Psicoeducación en establecimiento de metas
------	--------------------------	------	--	--

8.2.3.1 Casos Atendidos

A lo largo de la inserción se atendieron casos con múltiples patologías y motivos de consulta. Con el fin de poder ejemplificar los aprendizajes obtenidos por medio de la atención individual, se va a profundizar en el caso que se considera de mayor éxito con el cual se trabajó.

Se trabajó con una persona usuaria quien presentaba síntomas de ansiedad y comentaba estar experimentando frecuentemente ataques de pánico. Se realizan siete sesiones con la persona usuaria, iniciando y terminando el trabajo terapéutico durante la inserción profesionalizante.

Al inicio del proceso terapéutico, la persona usuaria menciona no reconocer estresores en su ambiente que le lleven a experimentar altos niveles de ansiedad, llevándole a tener ataques de pánico. Durante las sesiones terapéuticas, se exploran los posibles estresores de su vida, haciendo una revisión robusta de las actividades diarias, relaciones interpersonales, miedos o angustias futuras, etc. Para la sustentante fue de suma importancia poder brindarle psicoeducación respecto a la ansiedad y el ciclo de ataques de pánico con el fin de que la persona usuaria pudiera conocer a mayor fondo su problema y poder así identificar con mayor facilidad los estresores.

Con el paso de las sesiones, la persona usuaria empieza a reconocer e identificar estresores diarios que le llevan a tener ataques de pánico. Se le brindan estrategias de relajación durante las sesiones y se le instruye a la persona usuaria cómo realizar autoreportes, los cuales eran fundamentales para poder comprender a mayor fondo la frecuencia y duración de los ataques; así como los pensamientos que estaba teniendo la persona usuaria antes, durante y después de ellos.

La persona usuaria también empieza a identificar estrategias que le ayudan a disminuir sus niveles de ansiedad cómo: realizar ejercicio, escuchar música, realizar actividades de ocio (como pintar). La persona usuaria empieza a practicar de forma diaria ejercicios de relajación y expresa tener otra perspectiva en cuanto a los ataques de pánico, entendiendo que son pasajeros. Empieza

a exponerse a diferentes situaciones que le generan ansiedad, logrando realizarlos sin experimentar pánico ni altos niveles de ansiedad. Ante ello, se le brinda psicoeducación sobre la ansiedad, los pensamientos y su relación con las emociones.

Previo a finalizar el proceso terapéutico, la persona usuaria expresa percibir una disminución en sus síntomas ansiosos y sus ataques de pánico disminuyen en frecuencia. Menciona que antes experimentaba aproximadamente cinco o más ataques de pánico a la semana y al momento de la conclusión del proceso sólo experimentaba un par al mes. Indica saber cómo manejar los ataques de pánico de mejor manera y que sus niveles y síntomas ansiosos han disminuido significativamente.

8.2.4 Atención de sesión única

Debido a diversos motivos, hubo momentos en los cuales la asesora no pudo atender a uno de sus casos subsecuentes, o casos de primera vez, por lo que le solicitó directamente a la practicante que le colaborará con la atención de dichos casos. A partir de la petición de colaborar con esta labor, se recibió el consentimiento de las personas usuarias, brindándoles un encuadre respectivo de la intervención que se iba a realizar.

Se les brindó a las personas usuarias la intervención según el caso. Tres de las atenciones fueron sesiones de primera vez, en donde se realizó la entrevista inicial, la cual consistía en la recolección de la información inicial, antecedentes y motivo de consulta. Las otras dos intervenciones que se realizaron bajo esta modalidad fueron a partir de la necesidad de psicoeducar y familiarizar a las pacientes con técnicas de relajación. En la Tabla 3 se detallan los casos atendidos bajo la modalidad de “*sesión única*”, así como los resultados indirectos y directos de la intervención brindada.

Tabla 3*Casos de atención subsecuente de sesión única*

Código CIE	Trastornos mentales y del comportamiento	Estrategias de abordaje	Resultados de la Intervención
F321	Episodio depresivo moderado	<ul style="list-style-type: none">- Entrevista inicial- Exploración de motivo de consulta- Entrevista motivacional	<ul style="list-style-type: none">- Se realiza primer contacto con el usuario.- Se explora historia de vida y motivo de consulta.- Se agenda sesión presencial para profundizar el caso y crear rapport.
F432	Trastorno de adaptación	<ul style="list-style-type: none">- Exploración de motivo de consulta- Psicoeducación del rol de las emociones en la piel- Psicoeducación de la importancia de realizar actividades de ocio y de relajación	<ul style="list-style-type: none">- Se exploran las estrategias de autorregulación emocional, los disparadores de crisis y las preocupaciones latentes.- Se invita al paciente a sesiones grupales, al cual accede y ha tenido una participación constante en el grupo.

<p><i>F431</i></p> <p>Trastorno de estrés postraumático</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación en estrategias de relajación - Entrenamiento en respiración diafragmática 	<ul style="list-style-type: none"> - La usuaria reporta sentirse por primera vez relajada, logrando concluir el ejercicio de relajación que se realiza durante la sesión.
<p><i>F419</i></p> <p>Trastorno de ansiedad, no especificado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en estrategias de relajación y visualización 	<ul style="list-style-type: none"> - Se trabajan estrategias de relajación y de respiración diafragmática. - Compromiso para continuar realizando estrategias de relajación de forma diaria.
<p><i>F331</i></p> <p>Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista inicial - Exploración de motivo de consulta - Entrevista motivacional - Psicoeducación en estrategias de autorregulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza historia de vida y se identifican momentos de VIF y ASI. - Se le brindan estrategias de autorregulación emocional. - Se realiza intervención y se le brindan recomendaciones la madre debido a que la usuaria realiza conductas autolesivas - Se realiza referencia a psiquiatría.

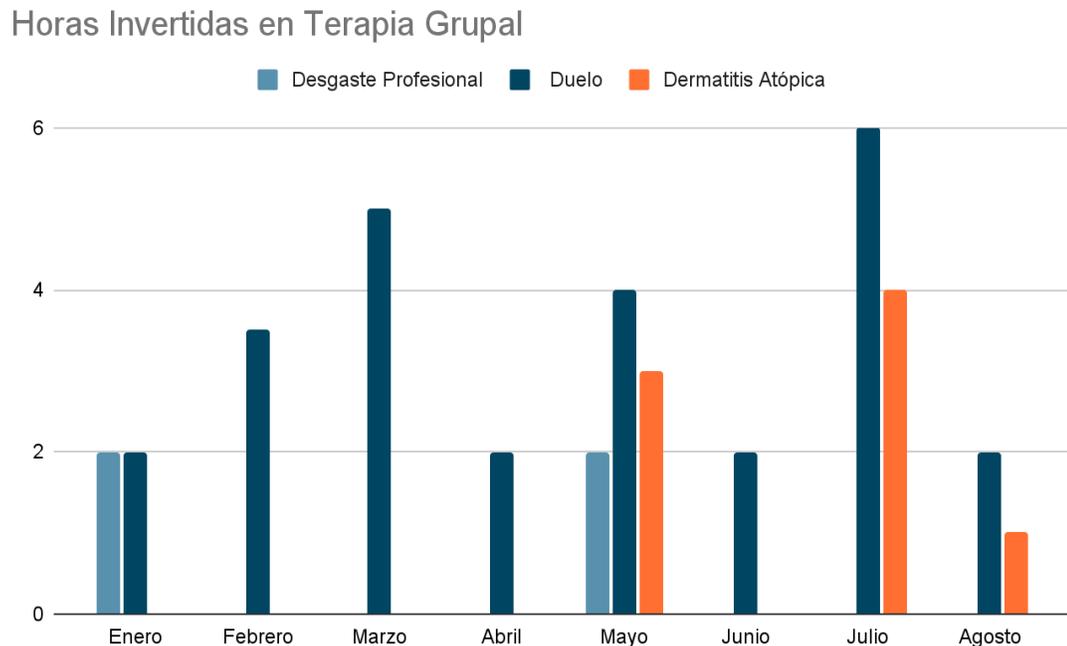
8.3 Psicoterapia grupal

Ante la alta demanda de pacientes referidos por temáticas similares, o ante la necesidad propia de ciertos grupos, el HSJD cuenta con la posibilidad de formar grupos de atención. Durante la práctica dirigida, participó de forma activa en tres grupos diferentes a cargo de la asesora técnica: Grupo de Desgaste profesional ante COVID-19, Grupo de Duelo no COVID-19 y un Grupo psicoeducativo de Dermatitis Atópica Severa.

Se le dedicó un total de 38.5 horas a la atención grupal a lo largo de la práctica dirigida. En el Gráfico 6 se detalla las horas invertidas según los grupos con los cuales se trabajaron.

Gráfico 6

Horas invertidas en atención grupal según el grupo terapéutico



Los procesos grupales son considerados una estrategia de costo-efectividad, debido a que abren la oportunidad para brindarle tratamiento a más personas, de forma regular. Si bien, los grupos realizados a nivel hospitalario tienen su propósito y estudio previo, ya que no se realizan procesos terapéuticos grupales para cualquier tema. Se plantean según la necesidad actual, alta incidencia de casos con tema similar y bajo la solicitud de otros departamentos hospitalarios.

8.3.1 Grupo Desgaste Profesional por COVID-19

El grupo de Desgaste Profesional surge a partir de la solicitud de diferentes servicios del hospital. Ante el aumento de trabajo, aislamiento social, experiencias traumáticas vividas dentro del hospital, los servicios solicitan un apoyo por parte de Psicología para brindar estrategias de autocuidado y una prevención de desgaste laboral.

Se realizó una única sesión con dos servicios específicos: Neonatología e Infectología. Con el primer grupo, se contó con la participación de cuatro personas; mientras que en el segundo se contó con un grupo de seis participantes.

Los grupos fueron estructurados desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (Eifert & Forsyth 2005; Herbert & Forman, 2011), trabajando especialmente con la aceptación de su vivencia, exploración de sus valores, aprendizajes obtenidos, etc. Se les brindó una psicoeducación básica de la diferencia entre resignación y aceptación. Esto con la finalidad de que las personas usuarias pudieran salir del grupo con herramientas prácticas de prevención y cuidado, viendo la realidad en la que viven, internamente en el hospital, desde otra perspectiva. Además, observan cómo desde sus hogares pueden implementar distintas herramientas para prevenir el desgaste laboral.

Durante la sesión, los funcionarios reconocen el impacto que ha generado el COVID-19 en sus vidas, tanto a nivel personal, familiar y laboral. Algunos comentaron que tienden a “bloquear las emociones” como mecanismo de defensa y estrategia para sobrellevar sus labores. Se les instruye a soltar la necesidad de tener que controlar todo a nuestro alrededor, sino más bien aceptar la realidad en la que estamos viviendo y buscar soluciones a los problemas que se nos presenta. Al finalizar el taller, se les presentó una lista de aproximadamente 25 actividades de autocuidado. En ambos grupos, la mayoría de los participantes, alrededor del 70% de los participantes, realizaban menos de 10 actividades de autocuidado y desconocían que ciertas actividades podrían brindarles bienestar psicoemocional.

Se considera que las intervenciones realizadas con ambos grupos permitieron realizar un acercamiento con los aportes que puede realizar la psicología en el autocuidado, establecimiento de hábitos y la prevención de enfermedades. Si bien, trabajar con profesionales de salud, a quienes se les dificulta realizar actividades de ocio durante la pandemia del coronavirus; se puede asegurar que el taller permitió que encontraran y descubrieran que ciertas actividades que ya realizan ayuda con la disminución del estrés y ansiedad. Sin embargo, esas actividades se deben de realizar con propósito y de forma consciente para poder obtener el beneficio de ello.

8.3.2 Grupo Duelo no por COVID-19

A lo largo de la práctica dirigida se trabajó con dos grupos de duelo no por COVID-19. Uno de los grupos estaba por finalizar y otro que dio inicio durante la inserción profesionalizante. El proceso tenía una duración de 12 sesiones previamente estructurados por otra practicante, con la colaboración de la MPsc. Paola Echeverri (Alvarado, 2020). Estos grupos estuvieron conformados por mujeres, quienes perdieron a un familiar por una causa no asociada al COVID-

19. El objetivo de la terapia grupal era poder apoyar a las participantes a procesar la muerte del ser querido y trabajar terapéuticamente el duelo complicado. En total, se le dedicó 26.5 horas a la terapia grupal de Duelo.

En cuanto al primer grupo, se participó en las últimas dos sesiones, las cuales estuvieron conformadas de cuatro participantes. Según la asesora técnica, el grupo inició con la participación de diez personas, todas mujeres, pero con el paso del tiempo, algunas empezaron a faltar y/o abandonar el proceso terapéutico. Dos de las pacientes habían perdido a su madre biológica, mientras que las otras dos habían perdido a sus hijos.

Al finalizar la última sesión, se les preguntó a las usuarias: ¿cómo les gustaría honrar la existencia de su ser querido en sus vidas? Las usuarias que participaron de la sesión hicieron referencia a la importancia de cambiar su forma de pensar a una en donde se le honre a la persona difunta. Uno de los comentarios que más llamó la atención fue: *“Recordarlo desde la alegría y reincorporándome a las actividades que antes realizaba y dejé de hacer por la muerte de él”*. La persona usuaria hace referencia a la importancia de reintegrarse y activarse conductualmente para poder procesar el duelo de una forma más sana.

Posteriormente, se exploraron las estrategias de autocuidado, tanto en su vida cotidiana como para el proceso de duelo, aprendidas a lo largo de las sesiones. Dentro de las estrategias de autocuidado que desean empezar a implementar las participantes del proceso grupal, se menciona: iniciar a realizar ejercicio, realizar actividades con seres queridos, salir a espacios verdes o de su agrado (con o sin acompañantes), expresar sus sentimientos – realizando prácticas de escritura, arte o por medio de conversaciones -, realizar ejercicios de relajación, entre otras.

En cuanto a los ejercicios de relajación, se rescata el comentario que realizó una de las participantes, ya que lo mencionado ejemplifica el uso de varias estrategias para poder liberar y

expresar sus sentimientos de una forma controlada y pensada: *“Aprendí a respirar profundamente antes de expresar mis sentimientos para poder comunicarme de mejor manera. La muerte es un proceso que hay que vivirlo y que tenemos que cuidarnos y valorarnos”*. Se logra percibir que la participante ha aprendido de lo mencionado en las sesiones, pero también de sus propias compañeras de grupo. Poder expresarse de una forma clara, con tiempo para pensar con anticipación lo que va a expresar permite que sus ideas salgan a flote de la forma que ella realmente intencionada, mejorando su comunicación.

Otra de las usuarias también mencionaba el valor de poderse relacionar con personas que le hacen bien y realmente evaluar con quienes puede contar y confiar. Menciona que tener un mejor juicio de su red de apoyo es lo que le va a ayudar a realmente *“salir adelante”* del proceso de duelo.

Por otra parte, la sustentante participó en diez sesiones del segundo grupo. Antes del grupo, se contactó a todas las personas que previamente habían mostrado interés o habían sido referidas al grupo para verificar su participación en el proceso terapéutico grupal. En dicho contacto, se les preguntó la disponibilidad de conectarse al grupo, acceso a internet, persona que falleció y hace cuánto murió la persona. La última pregunta era para comprender si era un duelo reciente o complicado el que estaba pasando por la persona usuaria.

Se contactó a un total de 14 personas, de las cuales 12 fueron seleccionadas para el grupo. Sin embargo, el grupo concluyó con la participación de 5 usuarias quienes estuvieron presentes a lo largo de todo el proceso terapéutico, con edades entre los 32-61 años. Algunas habían perdido a hijos, parejas, hermanos y papás biológicos, habiendo fallecido hace 7 meses a 4 años.

Al igual que con el primer grupo con el cual trabajó la sustentante, las sesiones abordaron los temas previamente delimitados en el trabajo realizado por Alvarado y Echeverri (Alvarado,

2020). A lo largo del proceso, se les brindó psicoeducación respecto a los tipos de duelo y se conversó respecto al concepto de muerte y lo que definen las participantes por ello. Al preguntarles “¿Qué es la muerte?”, contestaron lo siguiente: “Mejor vida”, “Es un renacer. Estar en una nueva vida”, “Se van al cielo, donde todo es gloria y una fiesta”, “La persona ya no está en sufrimiento”.

Por otra parte, se les explica a las usuarias algunas reacciones que son esperables durante la etapa del duelo. Dentro de los ejercicios propuestos, se les pidió a las participantes que observarían las listas de respuestas físicas (insomnio, agotamiento, pérdida de apetito), conductuales (apatía, hiperactividad, aislamiento), emocionales (tristeza, enojo, impotencia) y mentales (confusión, incapacidad para concentrarse, pensamientos obsesivos), compartiendo con las demás su experiencia (Payás, 2014).

Posteriormente, se introduce el tema de reconocimiento y expresión emocional. En estas sesiones, se les presenta vídeos psicoeducativos respecto a la importancia de expresar las emociones e identificar cómo nuestros actos y pensamientos han interferido en el proceso de duelo. Las usuarias expresan y ejemplifican actos que realizan o que podrían realizar que empeoran el proceso de duelo. Poder comprender las conductas que realizaban que en vez de ayudarlas empeoraban sus síntomas y su proceso de duelo, ayudó a poder poner en práctica conductas y actividades que realmente les fueran a ayudar a procesar el duelo de una forma más adaptativa y sana.

Las usuarias empezaron a reconocer que lo que estaban realizando previamente más bien “*empeoraba la situación*” y no las dejaba “*sacar los recuerdos dolorosos*” que tenían y mantenían de la muerte de su ser querido. Realizaban conductas que más bien causaban más dolor y sufrimiento que bienestar; cómo: “*escuchar canciones que [les recordaban] a [su] ser querido*”. Se aislaban y se quedaban recordando a la persona difunta en vez de festejar la vida de la persona

por medio de recuerdos positivos. Muchas de las usuarias mencionaron ser escépticas del proceso terapéutico y que en ocasiones pensaron en abandonarlo; pero que agradecen y logran ver los avances que han tenido a partir de la participación de las sesiones.

Otros temas abordados fueron los sentimientos de culpa y los pensamientos irracionales respecto al proceso de duelo. Se les brinda una psicoeducación breve de lo que se conoce por “pensamientos disfuncionales”, “pensamientos automáticos” y algunas estrategias de cómo debatir dichos pensamientos. Con el fin de poner en práctica la reestructuración cognitiva, se les pidió a las participantes que pensarán en pensamientos que fueran realistas y positivos y que buscarán evidencia a favor para su lluvia de ideas. En cuanto a la sesión de sentimientos de culpa, se realiza un ejercicio individual en donde deben de escribir los sentimientos de culpa que tienen respecto a la muerte de sus seres queridos y darse permiso a sentir el dolor respecto al fallecimiento. Esto con la finalidad de dejar ir los sentimientos de culpa.

A pesar de que no se concluyó el proceso grupal de las participantes, si se logra recolectar información respecto a los avances que han tenido a lo largo de las sesiones. Las usuarias refieren sentirse “en paz”, “tranquila”, “consolada”, “llevar la vida un día a la vez, ver la muerte como un proceso el cual debo de aceptar poco a poco”.

A lo largo de las sesiones terapéuticas, se logra identificar una reducción de los sentimientos de malestar a causa de la muerte de un ser querido. Esto se determina a partir de las experiencias mencionadas por las usuarias y a la hora de observar la forma que se expresan al inicio y el final del proceso terapéutico. A pesar de que hubo una deserción de varias participantes y problemas en el manejo de la plataforma “Zoom”, sí se logra evidenciar, a partir de los comentarios y expresiones de las usuarias, una forma diferente de percibir el concepto de muerte.

Las usuarias refieren un aumento en su activación conductual, interacciones interpersonales y una disminución en los sentimientos de culpa.

8.3.3 Grupo Dermatitis Atópica

El tercer proceso grupal con el cual se trabajó era el designado a ayudar a pacientes del hospital con un diagnóstico de Dermatitis Atópica Severa. El objetivo del grupo era poder crear un espacio designado para dichos pacientes, en donde se pudieran vincular con otras personas con una condición similar a la de ellos y que pudieran obtener estrategias para la disminución de su sintomatología. Se participó en cinco sesiones, designándole un total de 8 horas.

Se contó inicialmente con la participación de ocho participantes, quienes cinco se han mantenido en el proceso terapéutico. Dos de los participantes eran hombres, siendo el resto mujeres, cuyas edades se encuentran entre los 20-35 años. Algunos de los participantes han padecido de la enfermedad desde temprana edad, mientras que otros tuvieron su primera “crisis” hace un par de años.

Las sesiones iniciales se centraron en brindar un espacio para que los y las participantes pudieran expresar sus experiencias vividas, dejándose ver que la enfermedad se lleva a cabo de forma individual y los síntomas difieren según el caso. Para esto mismo, las personas usuarias lograron compartir remedios, estrategias y formas de sobrellevar la enfermedad que les ha funcionado y que no les ha brindado mucha ayuda. Algunos participantes agradecieron el espacio de grupo debido a que nunca habían interactuado con otra persona con la misma condición.

Brevemente, se les brindó psicoeducación de la Dermatitis Atópica Severa, presentando datos que posiblemente desconocían, como las tasas de incidencia. Tras la caída del EDUS, la falta de acceso al internet dentro del hospital, y falta de quórum no se logró realizar la sesión

programada con un médico especialista en Dermatología. El objetivo de esta sesión era que los y las participantes pudieran realizar preguntas respecto al tema, que posiblemente en una sesión de consulta no hubieran podido realizar.

Otra de las sesiones en las cuales se participó se trabajó el tema de Mitos y Creencias de la Dermatitis Atópica, siguiendo el modelo propuesto desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. En dicha sesión, se les brindó psicoeducación a los y las participantes respecto al papel de las emociones, especialmente el estrés, en relación con la piel. Se les deja saber a los y las participantes la importancia de expresar las emociones y cómo esto puede ayudar a disminuir los síntomas.

Las siguientes sesiones se centraron en crear un nuevo vínculo con la piel, identificando los comentarios y pensamientos que se tienen respecto a la piel. Se realizan ejercicios para profundizar y cuestionar los pensamientos que se tienen respecto al órgano enfermo, especialmente cuando se encuentran con un brote severo. Se comparan dichos pensamientos con aquellos que se tienen cuando la piel se encuentra bien, notando la diferencia entre los comentarios negativos y positivos. Las personas usuarias mencionan que tienden a tener una diferencia en su autoconcepto cuando están bien a cuando están en crisis. Mencionan que tienden a “disfrutar cuando estoy bien, pero cuidándome”, “disfruto los baños”, “disfruto las cosas pequeñas”, “pienso que en el dolor hay cosas positivas”, “le agradezco a la piel por ser fuerte”.

Al igual que en el segundo grupo de duelo, mi persona no logró estar presente en la conclusión del grupo. Sin embargo, en las pocas sesiones que se participa, se logra evidenciar que el grupo es principalmente un espacio en el cual las personas usuarias pueden relacionarse con personas que padecen de la misma condición, aprendiendo de las experiencias de los otros. Las sesiones están diseñadas para que, dentro de la psicoeducación, los y las participantes puedan compartir sus experiencias con los otros, apoyándose y escuchando los pensamientos de los otros.

Observando que, dentro de la enfermedad, cada uno lo vive de forma distinta, pero a su vez de forma similar. Se logra ver un mayor desenvolvimiento de los participantes, sintiéndose más cómodos al participar y compartir sus pensamientos, estrategias y vivencias.

8.4 Evaluaciones

Debido a que no se tenía contemplado realizar la inserción hospitalaria de forma presencial, las evaluaciones neuropsicológicas, psicodiagnósticos y evaluaciones psicológicas para personas donantes del Servicio de Nefrología no estaban previstas. Dada la oportunidad de poder realizar y estar presente en dichas evaluaciones, al volver a la presencialidad, permite desarrollar habilidades en un área de poco alcance en el ámbito universitario. Para ello, la revisión y aplicación de pruebas termina siendo un papel indispensable en el rol de una persona profesional en psicología clínica, y sobre todo en psicología hospitalaria. El poder conocer y fortalecer el conocimiento en las evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas. En los siguientes apartados, se presenta a mayor profundidad el trabajo realizado a lo largo de la práctica dirigida relacionada con las evaluaciones.

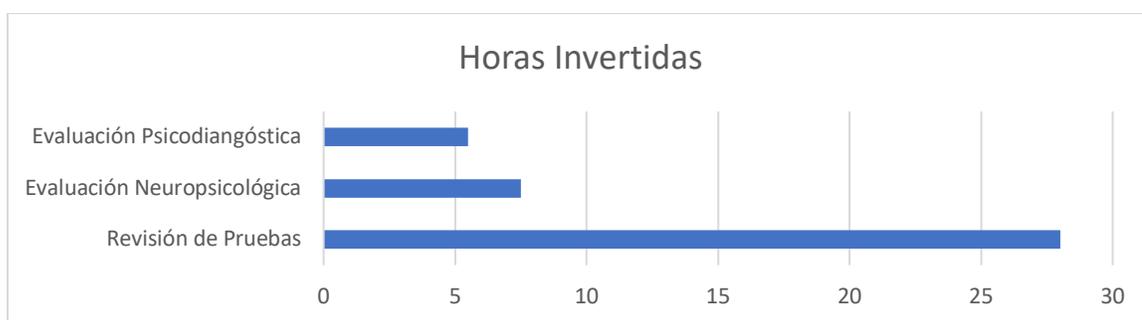
8.4.1 Neuropsicológicas y psicodiagnósticos

Al realizar la práctica dirigida de forma bimodal, teniendo tanto el trabajo presencial como el virtual, se logró estar presente un trabajo fundamental en ejercicio profesional hospitalario: las Evaluaciones. Al concluir la inserción hospitalaria, se contabilizó un total de 28 horas invertidas en la revisión de pruebas. El poder estudiar las pruebas que se iban a implementar en futuras evaluaciones permitieron que la practicante estuviera familiarizada con el objetivo de la evaluación, las variables medidas y las razones por las cuales se eligió una prueba sobre otra.

Dentro de estas horas también se incluye el tiempo invertido en la revisión de los resultados de las pruebas. Por otra parte, se le dedicó un total de 13 horas a la aplicación de pruebas, tanto Neuropsicológicas como Psicodiagnósticas. A continuación, en el gráfico 7, se detalla el tiempo invertido a la evaluación Neuropsicológica y Psicodiagnóstica según su actividad:

Gráfico 7

Horas invertidas en Evaluación Neuropsicológica y Psicodiagnóstica



En total, se realizó una evaluación Psicodiagnóstica y una Neuropsicológica, llevadas a cabo en un total de tres sesiones. Si bien, en el Gráfico 7, se incluye el tiempo invertido en ensayos prácticos de la administración de pruebas y la aplicación de pruebas en pacientes evaluados para donación renal.

Referente a la evaluación Neuropsicológica realizada, se realiza una evaluación a una paciente de 52 años, referida por Psiquiatría debido a que “últimamente se le hace muy difícil su trabajo, ha notado que confunde instrumentos o que se le hace difícil aprender lo nuevo.” Cuando llega la usuaria a la primera sesión, desconoce el motivo de su referencia, dejándonos saber que “muchas cosas se me olvidan”. La usuaria tiene presente que debe realizar un esfuerzo por recordar datos importantes, debido a que ha estado teniendo problemas de memoria a corto plazo.

Con el fin de evaluar el deterioro cognitivo, en específico los problemas de memoria, se realizaron dos sesiones evaluativas, en donde se le administró una prueba completa de NEUROPSI

Memoria y Atención, un TeSen y un D2. Adicionalmente, se le aplican dos pruebas para evaluar Depresión: Inventario de Depresión Mayor (MDI) y Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).

Por otra parte, se participa en una sesión de evaluación Psicodiagnóstica, de una paciente referida por Psiquiatría tras un intento de autoeliminación, con la finalidad de evaluar afecto y personalidad. La sesión en la cual se participó se realizó entrevista conductual e historia de vida. Se triangula la información con aquella recaudada por otra Psicóloga durante la interconsulta. Se cita a la paciente una nueva vez para la aplicación de pruebas, en donde se tenía pensado pasar el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - 2 Reestructurado (MMPI-2-RF).

Como se mencionó anteriormente, a pacientes donantes renales, según el caso, se le administraron pruebas para explorar a mayor profundidad el estado mental de la persona quien desea donar el órgano y corroborar la información recaudada en la entrevista. Siete personas fueron evaluadas, bajo esta premisa. Se administraron dos Inventarios de Evaluación de la Personalidad (PAI), tres MMPI-2-RF y cinco Tests de Depresión Mayor (MDI).

A pesar de que la sustentante no fue quien aplicó todas las pruebas, el poder estar presente durante las evaluaciones permitió familiarizarse con la prueba. No obstante, se colaboró en la revisión y calificación de las pruebas, estudiando a profundidad los baremos y significados de las puntuaciones obtenidas en las diferentes medidas. Además, se colaboró en la redacción y elaboración de los informes correspondientes.

8.4.2 Evaluación trasplante renal

Evaluar a donantes renales, pacientes de Nefrología, terminó siendo una de las actividades principales a lo largo de la inserción hospitalaria. Para los trasplantes renales, la evaluación

psicológica termina siendo un criterio indispensable para evaluar el vínculo entre la persona donante y el receptor. La asesora técnica estaba a cargo de todas las evaluaciones de las personas donantes, a excepción de un caso en donde se evaluó a la persona receptora del órgano. Se le designó un total de 32.5 horas a este tipo de evaluación, entrevistando a un total de 21 personas.

Las evaluaciones consistieron en una entrevista estructurada, la cual se puede observar en Anexo 1, en la cual se evalúa la historia de vida de la persona donante, el vínculo con la persona receptora, conocimiento del procedimiento, motivo de realizar la donación y antecedentes psicológicos/psiquiátricos. Como se mencionó en el subapartado anterior, a algunos de los pacientes se le administraron pruebas Psicodiagnósticas (MDI, PAI, MMPI-2-RF, CET-DE) con el fin de obtener información sobre su estado de salud mental actual y corroborar información recolectada en la entrevista.

El ejercicio de poder realizar entrevistas de este tipo ayudó a que la sustentante desarrollará habilidades en la realización de entrevistas clínicas y redacción de informes. El poder entrevistar a pacientes de nefrología permitió aprender respecto a la enfermedad renal crónica, los diferentes tipos de tratamiento y legislaciones vigentes para la donación de órganos. Al fin y al cabo, la evaluación no termina siendo únicamente para determinar si hay un vínculo existente entre la persona donante y la receptora, sino que también permite evaluar otros aspectos de la vida de las personas usuarias.

8.5 Atención de Interconsultas

Además de la atención en consulta externa, la atención de interconsultas jugó un papel importante en el ejercicio profesional de las psicólogas en el ámbito hospitalario. A inicios de la inserción profesionalizante, la Unidad de Psicología del HSJD realizaba todas las interconsultas

que no tuvieran que ver con casos de cáncer, estado terminal o trasplante de médula. Sin embargo, este rol cambió en la segunda mitad de la inserción, asumiendo también a los pacientes con diagnóstico de cáncer que no están en estado terminal. A partir de conversaciones realizadas con diferentes profesionales en Psicología, ellas expresan que este último año se ha visto un aumento en la referencia de interconsultas y este cambió incrementó aún más la demanda de este tipo de intervención.

Al finalizar la práctica dirigida, se sumó un total de 40.5 horas dedicadas a esta modalidad; brindándole una atención a 37 personas, con una totalidad de 48 interconsultas realizadas. 10 de las personas usuarias eran masculinos, mientras que 27 eran de sexo femenino. Se realizaron 7 sesiones de seguimiento en aquellos pacientes que se consideró que requerían un apoyo adicional en su estadía hospitalaria. De ellas, 12 interconsultas fueron realizadas por la practicante y las otras 36 fueron implementadas desde una posición de co-terapeuta. En la Tabla 4 se detallan las interconsultas realizadas.

Tabla 4

Descripción de casos en atención de interconsultas

Grupo etario	Servicio	Motivo de interconsulta
ADULTEZ MAYOR	Cirugía Mujeres	Asma y problemas pulmonares. Problema adaptativo en estadía
ADULTEZ	Postparto	Aborto, adaptativo
ADOLESCENTE	Unidad Broncopulmonar	Adaptativo
ADULTEZ	Nefrología	Enfermedad Renal, adaptativo

ADULTEZ MAYOR	Medicina Interna	No desea realizarse procedimiento
ADULTEZ	Unidad Coronaria	Condición delicada de salud. Estadía larga
ADULTEZ	Cirugía Mujeres	Situación de VIF. Se le brinda seguimiento
ADULTEZ	Cirugía Hombres	Lesión renal, larga estadía
ADULTEZ	Medicina Interna	Larga estadía, adaptativo
ADULTEZ	Unidad Trasplante	Hija rechaza riñón que él le donó
ADULTEZ	Neurocirugía	Cefaleas, depresión
ADULTEZ	Ginecología	Ansiedad antes del parto
ADOLESCENTE	Neurocirugía Mixto	Epilepsia, adaptativo. Se le brinda seguimiento
ADULTEZ	Cirugía Mujeres	Tumor que calcifica huesos, depresión. Se le brinda seguimiento
ADULTEZ	Medicina Interna	VIH, Enfermedad Renal, psicoeducación de procedimiento. Se le brinda seguimiento.
ADOLESCENTE	Postparto	Depresión. Complicación en parto.
ADULTEZ	Oncología	Lábil, adaptativo
ADULTEZ MAYOR	Ortopedia	Duelo, adaptativo
ADULTEZ MAYOR	Medicina Interna	Adaptativo
ADULTEZ	Ortopedia Infectados	Posibilidad de amputación. Se realizan varias interconsultas de seguimiento

ADULTEZ	Medicina Interna	Paciente de consulta externa hospitalizado por Deficiencia Renal. Se realizan varias interconsultas de seguimiento previo a su fallecimiento.
ADULTEZ MAYOR	Oncología	Depresión
ADULTEZ	Emergencias Ginecología	Ha estado pensando en abortar.
ADULTEZ	Ginecología Alto Riesgo	Adaptativo. Ha tenido varios abortos
ADULTEZ MAYOR	Oncología	Adaptativo
ADULTEZ	Oncología	Depresión
ADULTEZ	Cirugía Mujeres	Deficiencia Renal, ansiedad tras posibilidad de cambio de tratamiento
ADULTEZ	Unidad Coronaria	No quiere realizarse el tratamiento
ADULTEZ	Ginecología	Ansiedad previa a procedimiento
ADULTEZ MAYOR	Oncología Mujeres	Adaptativo
ADULTEZ MAYOR	Oncología Mujeres	Adaptativo
ADULTEZ	Cirugía Mujeres	Adaptativo. Se realiza referencia a terapia grupal de obesidad
ADULTEZ	Medicina Interna	Paciente de consulta externa. Se realiza seguimiento postoperatorio
ADULTEZ	Neurocirugía	Ansiedad por enfermedad

ADULTEZ	Cirugía Mujeres	Evaluación de Psicodiagnóstico
ADULTEZ MAYOR	Neurología	Adaptativo tras ACV
ADULTEZ	Ortopedia	Ansiedad previa a operación

8.6 Elaboración de materiales psicoeducativos y recursos de apoyo

Una de las tareas principales fuera de horas de práctica era la elaboración de materiales psicoeducativos o recursos de apoyo. Estos materiales eran destinados a la Unidad de Psicología, como materiales que pudiesen ser compartidos con pacientes o puestos en práctica por las profesionales. En total, se le destinó 37 horas a la elaboración de materiales psicoeducativos y 92 horas a la elaboración de recursos de apoyo.

Los materiales psicoeducativos creados para la Unidad consistieron en fichas informativas respecto a diversas temáticas que se consideraron relevantes a partir de los casos vistos en las sesiones. Es decir, los temas de dichos materiales surgieron a partir de las necesidades presentes de los pacientes, donde se consideró que un material ilustrativo e informativo podía ayudar en su proceso terapéutico. Al finalizar la práctica profesionalizante, se elaboró un brochure de Higiene del Sueño y uno de una técnica de relajación llamada “Las cuatro R’s”, obtenida de Neimeyer (2016), en donde la persona debe de relajarse, repetir una palabra que profundice la relajación y cambie el foco de atención, regresar al ejercicio cuando la mente divaga, y recordar un momento o una imagen que le genere paz y tranquilidad. Dichos materiales podrán ser encontrados en Anexos 2 y 3. Por otra parte, se elaboraron distintas grabaciones de ejercicios de relajación, los cuales fueron compartidos con diferentes pacientes atendidos en la Unidad.

En cuanto a los recursos de apoyo, se elaboró un plan de atención para casos de TEPT derivado por un abuso sexual. Este material estuvo compuesto por recomendaciones propuestas desde la Terapia de Exposición Prolongada (Foa, Hembree y Olasov, 2007) y la Terapia de Procesamiento Cognitivo (Chard, 2012; Resick, Monson y Chard, 2017); junto con algunas estrategias terapéuticas propuestas desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. El objetivo de la elaboración de este material era poder presentar información y una estructura de atención basada en evidencia a pacientes quienes habían vivido un abuso sexual. Esto debido a que, a lo largo de la inserción profesionalizante, los motivos de consulta relacionados con violencia sexual incrementaron.

Por otra parte, también se colaboró en la formulación de un manual de atención para trastornos del estado de ánimo, en específico depresión. Este manual terminó siendo elaborado por profesionales en psicología que trabajan en diferentes centros hospitalarios en Costa Rica, quienes tienen la intención de que se estandarice el tratamiento de personas que presentan algún trastorno de ánimo. Se realizó una revisión bibliográfica de manuales terapéuticos para la atención de casos de depresión que tuvieran un grado de evidencia fuerte según la División 12 de la APA (Sociedad de Psicología Clínica, 2015). Se terminó seleccionando las siguientes terapias: Terapia Cognitivo Conductual (Barlow y Durand, 2015; Gautam, Tripathi, Deshmukh & Gaur, 2020) y la Terapia Cognitiva (Dobson, 2008; Young, Rygh; Weinberger, 2014). Dicho material fue compartido en una reunión de equipo y posteriormente fue utilizado para la elaboración final de dicho protocolo de atención.

8.7 Otras Actividades

Además de todas las actividades previamente mencionadas, también se incluyeron diversas actividades orientadas mayoritariamente a labores administrativas. Los trabajos administrativos terminan completando el perfil de lo que realiza una persona profesional en Psicología en el ámbito hospitalario. Dentro de estas actividades, se incluyen: las reuniones interdisciplinarias; reuniones del equipo de psicólogos de la Unidad; participación en curso de Posgrado en Psicología Clínica; archivo, impresión y redacción de notas de sesiones clínicas; contacto de pacientes; y elaboración de informes estadísticos.

Es importante mencionar que, al inicio de la inserción hospitalaria, la Unidad de Psicología había realizado la transición de archivar todas las notas de las sesiones en EDUS. El sistema no era únicamente con el fin de guardar todas las notas en un expediente virtual; sino que permitía observar las anotaciones de otros profesionales de antemano, comprendiendo mejor el caso. Sin embargo, a mediados de la práctica, el sistema fue interferido y se tuvo que retomar los expedientes físicos.

En total, se le dedicaron 85.5 horas a labores administrativas. Gran parte de este tiempo fue destinado a la elaboración de bitácoras y su impresión, archivando tanto de forma virtual u de forma física. Sin embargo, también se contempla la colaboración en la realización de las estadísticas mensuales, las cuales se realizan siempre de forma virtual. En los últimos dos meses de la inserción también se realizó la estadística de forma física.

En ocasiones también se tuvo que contactar a pacientes, tanto para preguntarles si estaban interesados en formar parte de uno de los procesos grupales. En otras ocasiones se contactaron para cambiar la fecha u hora de la sesión. Este tiempo también se contempla dentro de las labores administrativas.

Por otra parte, se participó en el curso de Terapia Familiar del Posgrado de Psicología Clínica. Este curso estuvo a cargo de la asesora técnica. Para dicho curso se elaboraron materiales psicoeducativos, como parte de las asignaturas. Poder participar de dicho curso apoyó en las intervenciones familiares que se realizaron a lo largo de la inserción, al poder entender las técnicas y estrategias implementadas por la asesora.

Otra actividad que se realizó constantemente a lo largo de la inserción fueron las reuniones interdisciplinarias. Estas contemplan las reuniones semanales con el equipo de Psicología y Psiquiatría; el equipo de Psicología; las reuniones mensuales con profesionales de Infectología, Alergología, Psiquiatría y Dermatología (uno a dos profesionales de cada especialidad); y las reuniones ocasionales con Nefrología. Estas sesiones tenían la finalidad de conversar casos, actualizarse en cuanto a nueva investigación o temas de interés, o crear acuerdos de tratamiento posterior a dicho paciente. En el caso de las reuniones con Nefrología, estas tenían la finalidad de conversar casos donde el vínculo entre el donante y el receptor estaba en duda.

9. Alcances y Limitaciones

9.1 Alcances

Los trabajos profesionalizantes realizados por estudiantes en contexto de pandemia fueron todos realizados de forma virtual; presentando sus limitaciones acordes a la situación vivida en el momento y la incertidumbre del caso. El poder regresar a la presencialidad y poder brindar un apoyo a nivel institucional permitió que la sustentante desarrollara y aprendiera habilidades que de haberse hecho virtualmente no se hubiera logrado. La presencialidad permite que los profesionales en psicología puedan retomar actividades de sus funciones que fueron puestas en pausa al no poderse realizar de forma virtual; como lo fueron las evaluaciones y las interconsultas.

La práctica dirigida en sí permite que más personas puedan recibir un apoyo psicológico y con mayor continuidad. No solo esto, sino que también permitieron que la estudiante tuviera oportunidades de poder observar y colaborar con casos clínicos variados y asociados con enfermedades físicas que durante los años universitarios no hubo acercamiento a ello. Tanto los casos de la sustentante, como aquellos en los cuales se colaboró, presentaron una complejidad variada que requirieron de tiempo y compromiso para aprender más a fondo del motivo de consulta como su apropiado abordaje.

El conocimiento de patologías y enfermedades que no se tenía conocimiento o acercamiento a termina siendo uno de los alcances más importantes que se obtienen al realizar una práctica dirigida en el contexto hospitalario. Dichas inserciones profesionalizantes permiten tener acercamientos con casos complejos y con características variadas que en otros contextos nacionales no se podría encontrar. Es decir, permite relacionarse con poblaciones múltiples a lo largo de todo el país que termina siendo un espacio de aprendizaje impactante para el desarrollo profesional.

Se contempla la virtualidad como un alcance en el contexto de que permite tener acceso y acercamiento con poblaciones que se les dificulta acceder al hospital, sea por enfermedad o ubicación. Debido a que el hospital solo puede atender a personas de ciertas zonas alrededor del país, hay quienes viven en zonas costeras a quienes se les dificulta tener que venir a la GAM a recibir su consulta psicológica. Esto aumenta la discontinuación de procesos terapéuticos y el desarrollo de su problema psicológico. Por otra parte, se considera que es injusto que solo las personas que viven cerca del hospital puedan aprovechar realmente de la consulta psicológica hospitalaria. El poder brindar una atención por medio de la teleconsulta, termina siendo un modo de atención que facilita los procesos terapéuticos para aquellas personas que viven en zonas rurales o que su enfermedad o psicopatología llega a ser tan incapacitante de tal manera que ir al hospital no es viable. Por esta misma razón, se considera que la virtualidad termina siendo una herramienta útil para los procesos grupales.

Por otra parte, la práctica dirigida es un ente que fortalece el vínculo entre la Universidad y los hospitales nacionales, ya que abren las posibilidades de nuevas inserciones hospitalarias. La relación construida entre la Universidad y los hospitales se ve fortalecida por el apoyo que pueden realizar los estudiantes en el campo clínico hospitalario.

A diferencia de una práctica profesionalizante de un curso, el TFG en modalidad de práctica dirigida permite que los estudiantes tengan una inmersión total de lo que realiza un profesional en psicología a nivel clínico y hospitalario. Esto permite que el estudiante pueda conocer con exactitud lo que realiza un profesional de forma diaria en el campo profesional y desarrollado y afinando las habilidades para poder cumplir bien su trabajo. Las habilidades y capacidades desarrolladas sobrepasan lo aprendido a nivel teórico y práctico obtenido a nivel educativo.

Por último, se considera que la práctica dirigida también sirve como una oportunidad para que más profesionales en psicología tengan relación con otros profesionales de salud. Esto permite visibilizar el trabajo que puede realizar un profesional en psicología y la importancia de tener este servicio en los hospitales públicos de nuestro país. Se termina realizando un trabajo multidisciplinario en donde se aprende sobre el papel que cumple cada profesión y cómo pueden trabajar unos con otros.

9.2 Limitaciones

Como en toda práctica, existen ciertas limitaciones presentes durante la inserción hospitalaria. Una de las limitantes fue el espacio físico dentro del hospital. Durante el tiempo en el cual se realizó la práctica dirigida, había ocho psicólogas laborando en el HSJD, sin contar las personas practicantes del posgrado, maestría y licenciatura. Sin embargo, solo se contaba con seis consultorios. A pesar de que la mayoría de las psicólogas laboraban dos días en su hogar, el no contar con suficiente espacio físico limitaba la atención de los pacientes. En el caso de la sustentante, se debía organizar las sesiones terapéuticas en momentos en donde sí se contaba con el espacio físico para poder atender de la mejor forma, y con todos los lineamientos de ética, a sus pacientes.

Por otra parte, a mediados de la inserción hospitalaria, no se podía utilizar el sistema de la caja, EDUS, debido a que fue hackeada. Ya existía una alta ausencia por parte de los pacientes a causa del COVID-19, especialmente los pacientes de primera vez. Esto debido a que las citas se programan varios meses en adelante. Sin embargo, con la caída del sistema, las personas usuarias no podían acceder al sistema y registrar la fecha de su siguiente cita. Esto se considera una limitación, ya que los procesos terapéuticos no eran constantes y además varios espacios no fueron

aprovechados debido a la ausencia de las personas usuarias. Al no tener certeza si la persona usuaria iba a llegar a la sesión o no, esos espacios reservados para la atención clínica no podían ser aprovechados para otras actividades hospitalarias, como las interconsultas.

La caída del sistema además ocasionó que varios expedientes no fueran posibles de ser accesados. Por lo cual no se contaba con el historial médico del usuario. Cuando se contaba con el expediente virtual, se contaba con los antecedentes médicos de las personas usuarias; y, además, se contaba con los resúmenes de las citas anteriores con otros profesionales de salud. Por lo cual la atención de las personas usuarias podía ser más integral. Bajo la misma línea, había momentos en los cuales las personas usuarias no llegaban a su primera cita con la hoja de referencia, y con el uso de EDUS, se podía tener acceso a esa información.

Por último, se considera que los procesos grupales en los cuales se participó no fueron aprovechados como se tenía pensado. Previo al inicio de la terapia grupal, se contactó a los participantes y se les preguntó sobre su interés en participar en dichos espacios. En todas las ocasiones, estas personas manifestaban su interés; sin embargo, al iniciar los procesos grupales, las personas usuarias no se conectaban; por lo que algunas sesiones se vieron canceladas. Bajo la misma línea, se logró observar diferencias en los procesos individuales de las personas participantes; ya que no todos se conectaban a las mismas sesiones y veían todos los temas abordados.

10. Discusión

La atención hospitalaria termina siendo una práctica y necesidad vital para las personas costarricenses; ya que la consulta privada de psicología no es económicamente viable para toda la población. Además, los datos revisados para el presente trabajo apuntan a que a partir del COVID-19 se ha vocalizado con mayor frecuencia las afectaciones psicológicas presentes a raíz de la pandemia (PAHO, 2022; WHO, 2022; McPhillips, 2022; Ellyatt, 2022; LaMotte, 2022; Kartit, 2022). Lo anterior se logra observar durante la inserción hospitalaria, con el aumento de las interconsultas y la participación de profesionales en psicología en trabajos multidisciplinarios.

El presente trabajo centra su trabajo en implementar técnicas actualizadas y basadas en evidencia dentro de una inserción hospitalaria con el fin de poder brindar un trabajo ético y fundamentado a la población usuaria de dicho servicio hospitalario. Era indispensable realizar una práctica dirigida desde el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (Al-Sabbah et al., 2021); tomando en cuenta las variables ambientales, biológicas y psicológicas en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad o motivo de consulta que presentaba la persona usuaria.

Poder entender la enfermedad, sea física o psicológica, desde la propuesta de Engel, se puede reconocer la importancia de observar lo ambiental en el desarrollo del problema (Gilbert, 2019). Durante la práctica hospitalaria, se escuchaban pacientes narrar como la falta de educación, las problemáticas dentro del hogar, la falta de red de apoyo colaboró en el desarrollo de su motivo de consulta; llegando a tener que pedir ayuda psicológica a nivel hospitalario o durante su hospitalización.

El objetivo principal de dicho modelo es poder brindarles psicoeducación a las personas usuarias, con el fin de que puedan entender el problema en su totalidad y complejidad del problema (Gilbert, 2019); y así poder recibir el tratamiento y abordaje apropiado. Si bien, poder brindar un tratamiento psicológico constante a nivel hospitalario es poco frecuente, el papel de un profesional en psicología termina siendo brindarle psicoeducación, contención y prevención de la enfermedad.

El modelo biopsicosocial en el contexto de la pandemia termina jugando un papel sumamente importante en la salud y bienestar de la población general; especialmente cuando tomamos en cuenta las consecuencias que se pueden ver a nivel de salud mental después del aislamiento social y medidas preventivas tomadas para la prevención de contagio. Se desconoce cuánto tiempo vayan a afectar las consecuencias de la pandemia en la salud mental, pero en este momento, se ha encontrado que las personas con vulnerabilidades biológicas y psicosociales aumentan los riesgos al suicidio durante la pandemia (Banerjee, Roa & Sathyaarayana, 2021).

Por otra parte, cabe mencionar que el trabajo basado en evidencia, en el campo clínico hospitalario, permite que las intervenciones psicológicas sean más favorables, y que la persona usuaria pueda tener una atención psicológica que realmente le beneficie. Las consultas psicológicas en el sistema de salud público de Costa Rica suelen suceder cada dos a seis semanas; dificultando la atención psicológica. Por lo tanto, las intervenciones psicológicas basadas en evidencia permiten que el uso del tiempo sea aprovechado en su totalidad y enfocándose puntualmente en el motivo de la consulta (Smith, 2021).

A partir de lo anterior, se puede asegurar que el objetivo general de dicha inserción hospitalaria fue alcanzado en su totalidad, siempre velando por la seguridad, salud y bienestar de todas las personas usuarias con las que se trabajó. Además, se considera que la labor realizada por la

sustentante fue agradecida y tomada en consideración, debido al incremento de referencias e interconsultas y al tener poco personal dentro del hospital para poder atender a toda la población solicitante.

Dicho objetivo fue planteado desde las propuestas mencionadas por Karekla y colaboradores (2021), en cuanto a las obligaciones y labores que debería de ejercer un profesional en Psicología a nivel hospitalario. Los investigadores mencionan que las funciones de un Psicólogo en un hospital y durante una situación de pandemia, como la vivida, tiende a variar según las necesidades actuales e inmediatas por suplir. A partir del COVID-19, muchos gobiernos empiezan a identificar el valor y necesidad de tener a profesionales en Psicología a nivel hospitalario a nivel global, ya que las consecuencias psicológicas se empezaron a visibilizar. No solo han fungido como una ayuda para otras disciplinas médicas, sino que también ayudaron en disminuir la angustia y colaborar en la adherencia a medidas sanitarias.

Al haber habido un largo periodo de tiempo en donde una practicante no se incorporaba al equipo clínico del hospital de forma presencial, el rol de la sustentante iba cambiando con el transcurso del tiempo. La práctica dirigida sirvió como una plataforma de aprendizaje, moldeando según las necesidades, regulaciones y temporalidad durante la inserción. Por esto se refiere a que había momentos en donde, debido a situaciones sociales, el apoyo que se daba a nivel institucional cambiaba. Todo esto influenció e impactó el aprendizaje obtenido a lo largo de la inserción.

Costa Rica se encontraba en un momento en donde las consecuencias de la pandemia se estaban empezando a notar. Se aprobó la cuarta vacuna de refuerzo para el COVID-19; las personas estaban empezando a retomar sus trabajos de forma presencial; el sistema de salud se vio afectado por un hackeo del sistema en donde registros médicos no eran posibles de ser accedidos; se

presentó una mayor conciencia hacia la salud mental, mostrándose en el aumento de referencias e interconsultas; entre otros. Todo esto lleva a que el personal de salud empiece a tratar las afectaciones psicoemocionales de angustia a causa de una pandemia. Si bien, muchas personas han resultado a incrementos problemas psicológicos a causa del COVID-19, especialmente en aquellas personas que han presentado problemas mentales previos a la pandemia (Li et al., 2022).

El duelo, angustia, depresión, TEPT son solo algunos de los motivos de consulta que se vieron a lo largo de la inserción profesionalizante. A pesar de que la vida ha retomado cierta normalidad, con una disminución de restricciones gubernamentales, las consecuencias producto de la pandemia no se pueden retractar ni borrar. Es por ello por lo que la práctica dirigida se centra en poder abordar, de forma directa e indirecta, las afectaciones presentadas a partir del COVID-19.

Dentro de los alcances mayores que se obtienen a partir de la inserción profesionalizante, se resaltan todos los aprendizajes obtenidos a mayor escala durante la práctica dirigida. Ya que se fortalecieron habilidades clínicas, desarrollo de conocimiento médico y apertura a la realidad en cuanto a los motivos de consulta y dinámica clínica a nivel de institución pública-hospitalaria.

Es muy diferente escuchar lo que las noticias y las investigaciones presentan en línea que poder vivirlo cara a cara. El tiempo en el que se estuvo dentro del hospital apoyando al equipo psicológico del HSJD permitió acercarse a las vivencias, angustias, miedos, duelos por los que las personas estaban viviendo y que eran ajenos a las experiencias previas vividas por la sustentante. Poder acercarse permite entender a mayor complejidad todas las afectaciones psicológicas cómo: racismo, ansiedad, depresión, estrés prolongado, desesperación (APA, 2020), TEPT (Prete et al., 2021), aumento de tasas de suicidio o intentos de autoeliminación (Banerjee et al., 2021), entre otras.

Cabe mencionar que no todas las afectaciones psicológicas con las que se trabajaron desde la consulta individual son producto del COVID-19; pero sí se puede pensar que la exacerbación de síntomas de ansiedad y depresión pueden verse de cierta forma relacionados o afectados por la pandemia. Si bien, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad (Sequeira-Cordero, Blanco-Vargas, Brenes, 2021); aumentando las incapacidades a nivel nacional a un 35.59% desde el 2020 al 2021 entre funcionarios de la CCSS (Cordero, 2022).

Según UNICEF (2020), en Costa Rica, las personas jóvenes han empezado a experimentar ansiedad, aburrimiento y depresión a partir del confinamiento aplicado durante la crisis sanitaria del COVID-19. Al igual que la depresión, la ansiedad termina siendo uno de los trastornos más incapacitantes. Los síntomas ansiosos tienden a presentarse más frecuentemente en mujeres (7.7% de las mujeres dice experimentar ansiedad) a diferencia de los hombres (3.6%) en América (Chacón, Xatruch, Fernández & Murillo, 2021).

Lo presentado anteriormente refleja lo encontrado y evidenciado a lo largo de la inserción profesionalizante. Como bien se mencionó en el apartado de resultados, los trastornos de depresión y ansiedad representaron un 56.62% de los casos atendidos en la consulta individual. El nivel de incapacidad que presentaban las personas usuarias dependía según el caso; no obstante, varias de las personas sí manifestaron que los síntomas aumentaron durante la pandemia.

A partir de lo anterior, se puede asegurar que el primer objetivo fue alcanzado a su totalidad, debido a que se atendieron patologías diversas en la consulta externa individual, siempre desde la psicología basada en evidencia y desde una mirada biopsicosocial.

El segundo objetivo viene sustentado por las investigaciones (Taylor, 2019) realizadas a partir de pandemias pasadas en cuanto a la necesidad de poder trabajar con la población afectada y las

consecuencias directas producto de la pandemia y el virus en sí. Dentro de este grupo de población, se incluyen las personas quienes sus síntomas patológicos aumentaron; quienes perdieron a un ser querido a causa del virus; quienes sobrevivieron la enfermedad en sí; y quienes laboran directamente con la población afectada. En cuanto a este último grupo, cabe la necesidad de poder trabajar directamente con ellos para que puedan ser entrenados en habilidades psicológicas para afrontar la angustia relacionada por la pandemia (Taylor 2019).

A pesar de que no se trabajó directamente con personas afectadas o contagiadas por COVID-19 en su mayoría; sí se logró apoyar a quienes llegaban a su consulta y expresaban como el virus les ha afectado en su día a día. Pensar que el COVID-19 no ha afectado a las personas en los últimos años no es posible; por ende, en la atención individual y grupal siempre se preguntaba como el confinamiento, las medidas preventivas y si hubo un contagio ha afectado sus vidas. Como bien menciona Codagnone y colaboradores (2021), el miedo, angustia e incertidumbre causada por la pandemia ha causado que las personas tengan que reevaluar sus pensamientos y comportamientos de forma drástica, afectando la forma en que toman decisiones a futuro.

El tener que modificar sus conductas de forma drástica, tomar medidas de precaución y estar en aislamiento social afecta la forma en que las personas se relacionan a largo plazo (Codagnone et al., 2021).

Como bien se mencionó anteriormente, los profesionales en salud ameritan un gran porcentaje de las incapacitaciones dadas en los últimos años (Cordero, 2020). El tener que estar expuestos al virus a corta proximidad, el tener que aislarse de sus familias, la incertidumbre de las afectaciones que ocasiona el virus en sí, son todos algunos factores que aumentan su desgaste laboral. Los patrones de sueño han cambiado; los niveles de ansiedad, sentimientos de tristeza y soledad,

síntomas de depresión han aumentado entre esta población (Pontes et al. 2022). Es por ello por lo que era sumamente importante trabajar con funcionarios de distintos departamentos hospitalarios, con el fin de poderles ayudar a prevenir tanto desgaste laboral (Monterrosa-Castro et al., 2020; Pontes et al., 2022) y brindarles estrategias de autocuidado.

Con base a lo anterior, si bien no se trabajó a gran escala con personas afectadas directamente por el coronavirus, de cierta forma todas las personas lo han sido de forma indirecta. Por ende, se puede afirmar que el segundo objetivo, el cual se enfocó en la atención individual y/o grupal de personas y/o familiares afectados por el COVID-19 también fue cumplido con éxito.

El tercer objetivo, engloba todas aquellas actividades que realiza un profesional en psicología más allá de la consulta externa individual. Es decir, los profesionales en psicología deben de realizar tareas administrativas, investigativas y de asesoría; además de poder cumplir con la optimización de la calidad de atención y evaluación de las personas en consulta externa (Zas, 2016). A partir de lo anterior, parte del tercer objetivo es poder cumplir con todas las otras actividades hospitalarias, como: evaluaciones diagnósticas, terapia grupal, realizar tareas administrativas, educativas e investigativas y poder trabajar de forma interdisciplinaria para poder brindarle el tratamiento integral que la persona usuaria requiere (Zas, 2016; López & Iriondo, 2019).

La terapia grupal termina siendo una de las labores con mayor peso durante la inserción profesionalizante. Además de solucionar el tiempo de espera de los pacientes y permitir que las personas profesionales en psicología puedan atender varios temas generales a una población mayor que la que se puede alcanzar en la atención individual; las intervenciones grupales aportan en el conocimiento, cambio en el comportamiento y en la reestructuración cognitiva de las personas

beneficiarias (Malhotra, 2022). A partir de la pandemia del COVID-19, la práctica de la terapia grupal se transformó y se empezó a implementar desde la virtualidad. Evidencia inicial ha demostrado que los procesos grupales que han sido breves, estructurados y fundamentados han mostrado beneficios y aportes similares a los encontrados en la atención individual (Yalom & Leszcz, 2020).

En la práctica clínica realizada durante la inserción profesionalizante, se vio como la atención en línea con distintos grupos – como lo fue con los grupos de duelo y el grupo de dermatitis atópica severa – se vio como un espacio para psicoeducarse, crear cambios en su comportamiento y pensamiento; sino que también permitió que los y las participantes pudieran relacionarse con personas con situaciones, experiencias y vivencias similares.

En el caso de la atención grupal para el duelo prolongado, Bardideh y colaboradores (2022) ilustran el beneficio que genera esta modalidad de atención a diferencia de la atención individual: la atención grupal colabora con el fortalecimiento de redes de apoyo y previene el aislamiento social, al tener que relacionarse con otros y crear un sentido de comunidad y pertenencia con el grupo. A como se vio con ambos grupos con los cuales se trabajó, los cambios conductuales y cognitivos de las personas usuarias son visibles, lo cual se alinea con lo encontrado por Malhotra (2022) en su estudio.

En el caso de los procesos grupales con pacientes dermatológicos, se ha encontrado beneficios con evidencia científica cuando la atención está orientada en la psicoeducación (Qureshi et al., 2019; JaberZadeh et al., 2021). Si bien, durante la práctica dirigida, solo se pudo estar presente en las sesiones psicoeducativas. A pesar de haber sido pocas las sesiones en las cuales se participó,

se logró observar como el abrir espacios de escucha, aprendizaje e interacción social colabora en la calidad de vida de los y las pacientes.

Por otra parte, el aumento de las interconsultas durante la inserción profesionalizante fue algo que nadie anticipaba. Según lo presentado durante las inserciones profesionalizantes previas (Soto, 2018; González, 2019; Angulo, 2019; Alvarado, 2020), el promedio de interconsultas realizadas fueron 6 durante toda la inserción profesionalizante. Mientras que, durante la práctica dirigida de la sustentante, se contabiliza un total de 48 interconsultas. Las interconsultas tienen la funcionalidad de poder brindar un apoyo interdisciplinario entre profesionales de salud mientras que una persona se encuentra hospitalizada (López & Iriondo, 2019).

Desde la psicología, los profesionales visitan al paciente con el fin de poder ayudar, desde lo psicológico, con su estadía, acople con el diagnóstico y brindándole herramientas para afrontar las expresiones emocionales frente a la enfermedad (López & Iriondo, 2019). Por otra parte, el tener la posibilidad de trabajar de forma interdisciplinaria, permite que otros profesionales vean la importancia de tener psicólogos en el contexto hospitalario; ya que la salud de los pacientes no se trabaja solo en una consulta médica o en una sala de operación, sino que la salud mental también debe ser tomada en cuenta (Obando, 2020).

La psicología, en el contexto hospitalario, trabaja con otros en poder analizar y cómo ciertos factores psicológicos influyen en el desarrollo, tratamiento y prevención de enfermedades; al poder recopilar información de cómo es el estilo de vida del paciente, su deseo de vivir, las redes de apoyo que tiene, su estado de salud mental, metas establecidas a futuro, entre otras cosas (Obando, 2020). Estos mismos puntos eran los que se recopilan en el examen mental realizado a los pacientes hospitalizados. Especialmente para poder entender bien como, desde la psicología, se le puede

ayudar a la persona y qué herramientas se le pueden brindar. En su mayoría, las personas presentaban niveles altos de estrés y/o ansiedad, por lo que en varias ocasiones se le compartieron audios de ejercicios de relajación para poderles facilitar con herramientas o ejercicios que podían realizar durante su estadía.

Otra de las actividades importantes que se realizaron durante la inserción hospitalaria fueron las evaluaciones a pacientes, tantas evaluaciones psicodiagnósticas, neuropsicológicas y conocimiento de su enfermedad (Zas, 2016; López & Iriando, 2019). Las evaluaciones psicológicas terminan siendo una de las tareas principales que realiza un profesional en psicología (Jorge, 2018); permitiendo conocer a mayor profundidad el estado emocional, cognitivo y conductual. Además, permite triangular la información recopilada durante las sesiones y entrevistas conductuales con los datos planteados en las evaluaciones (Cohen et al., 2020).

A partir de lo anterior, uno de los logros más grandes que la estudiante logró obtener a lo largo de la inserción profesionalizante, fue el poder realizar un trabajo interdisciplinario y variado. Esto se considera un logro, ya que la sustentante logra aprender sobre diferentes temas, métodos evaluativos y múltiples estrategias de intervención que en otro contexto no tendría ese acercamiento.

Si bien, en la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, el trabajo interdisciplinario, especialmente con profesionales de medicina, ha sido limitado. El poder colaborar con las evaluaciones, en específico las evaluaciones de trasplante renal, termina siendo un aporte sumamente importante en el ejercicio profesional de una persona profesional en Psicología. El criterio experto de un profesional en Psicología en el contexto de este tipo de evaluaciones permite determinar, no solo el tipo de vínculo entre la persona donante y receptor,

sino que también se le agrega el criterio profesional del estado mental de la persona y su toma de decisiones. Sin este criterio, los profesionales en medicina no podrían realizar el trasplante, ya que es una evaluación que conecta tanto la ley con la medicina.

Además, en cuanto a las evaluaciones, el HSJD cuenta con una variada lista de instrumentos evaluativos que en otro lugar no había posibilidad de tener de cerca esos instrumentos y menos poderlos aplicar. Por otro lado, poder atender estos casos permite conocer bien el estado de la salud mental de Costa Rica a más fondo.

Por último, también se afirma que el cuarto objetivo fue alcanzado con éxito, ya que este tenía la finalidad de poder crear materiales de recurso que otros profesionales pudieran utilizar a nivel institucional y profesional; además de poder crear materiales psicoeducativos para pacientes. A momentos, se puede considerar que la utilidad de los materiales psicoeducativos, o la psicoeducación en sí no tiene mucho valor a diferencia de las intervenciones clínicas. Sin embargo, el objetivo principal de la psicoeducación es poder brindarle a las familias, pacientes, o personas involucradas en el proceso terapéutico conocimiento de la patología, problema, síntomas y/o tratamiento para que de esa forma puedan tener un mejor pronóstico (Sarkhel et al., 2020). Los materiales psicoeducativos no solo fueron realizados con este mismo objetivo, sino como una fuente de apoyo para que las personas beneficiadas pudieran consultar en otro momento la información.

A lo largo de la inserción profesionalizante, se realizan varios materiales psicoeducativos o recursos de apoyo de técnicas y protocolos de atención previamente estandarizados. Uno de los protocolos de atención viene a partir de una solicitud de la CCSS, en donde todos los profesionales de psicología que laboran en la CCSS quieren estandarizar la atención de los pacientes. La

estandarización de tratamientos se entiende como una práctica en donde se aplican manuales terapéuticos con fuerte evidencia científica con la intención de que sea costo-efectiva y eficaz a la hora de tratar diversas patologías; tomando en cuenta el espacio, ambiente, cultura y factores personales de la persona usuaria (Cook, Schwartz & Kaslow, 2017; Molina-Alvarez et al., 2022).

El poder estandarizar los protocolos de atención a nivel institucional permiten que las personas tengan un tratamiento estandarizado. Es decir, todos reciben el mismo tratamiento, adaptado a sus necesidades y motivo de consulta. Por otra parte, los protocolos de atención, o los manuales psicoterapéuticos, tienen la intención de que se le brinde información basada en evidencia y que la atención sea lo más breve y al grano posible (Cook et al., 2017). En el 2015, la APA reconoció a más de 350 psicoterapias basadas en evidencia, las cuales todas tienen un manual terapéutico (Truijens, Zuhlke-van Hulzen & Vanheule, 2017). A partir de lo anterior, se recogen los tratamientos psicológicos con mayor respaldo científico para la atención de la depresión con el fin de poder recoger los puntos terapéuticos para dicha atención. Con ello, se crea un protocolo de atención el cual fue entregado y publicado por la CCSS.

Bajo la misma línea, a partir del aumento de consultas psicológicas con referencia de abuso sexual que se recibió durante la inserción profesionalizante, se realiza el mismo ejercicio para poder estandarizar la consulta de estas pacientes y con el fin de que puedan recibir un tratamiento, el cual se tiene el respaldo que ayudara a disminuir los síntomas de TEPT, a lo largo de la atención hospitalaria.

A partir de los datos recogidos por el Poder Judicial, en el 2020 se reportan que casi el 50% de las sentencias ejecutadas fueron por abusos sexuales contra menores de edad, siendo 28% sentencias por violación (Herrera-Correal, 2022). En el 2021, se reportan 5.4% denuncias

interpuestas ante el Ministerio Público contra personas mayores de edad debido a delitos sexuales (Observatorio de Género, s.f.). Esto se correlaciona con lo observado durante la práctica profesionalizante, ya que gran parte de la consulta a adolescentes estaba relacionada con historia de abuso sexual. No solo esto, sino que en varias de las entrevistas iniciales que se realizaban tanto en consulta externa como en evaluaciones de trasplante renal, las usuarias refieren historia de abuso en su infancia.

Se desarrolla un manual para tratar casos de abuso sexual bajo dos modelos de atención con alto nivel de evidencia científica, según lo estipulado por la Sociedad de Psicología Clínica (2015). Entre ellos, se encuentran los manuales de atención desde la Terapia de Procesamiento Cognitivo, desarrollada para tratar casos de abuso sexual, y la Terapia de exposición prolongada. Dicho protocolo se escribe tomando en cuenta estrategias propuestas por ambos modelos terapéuticos y con recomendaciones según los casos.

A partir de lo anterior, al poderse realizar diferentes materiales que pueden ser utilizados tanto por los pacientes como por los profesionales en psicología de dicha unidad, se puede asegurar que el cuarto, y último, objetivo fue alcanzado satisfactoriamente. Completar los materiales de apoyo fue una de las actividades que la sustentante disfrutó y aprendió realizándolo. Tener la oportunidad de poder investigar y conocer a fondo diferentes modelos terapéuticos que ayudan a tratar patologías cuya incidencia está en aumento da la sensación de que el trabajo realizado no es en vano y que más bien ayudará a todas las personas a quienes se les aplique. Por otra parte, poder estandarizar protocolos de atención a nivel hospitalario ayuda a que el tiempo usado de la consulta sea puesto en práctica y que cada sesión tenga su objetivo y que la persona salga con un aprendizaje. El tiempo de consulta es mínimo, por lo que brindarle estrategias durante las citas es

de gran importancia porque a la hora de ser puestas en práctica en los hogares será lo que realmente hará el cambio en los pacientes.

11. Conclusiones

A partir de todos los detalles presentados a lo largo del trabajo escrito, se puede concluir que el trabajo que realiza una practicante a nivel hospitalario colabora, no solo en el desarrollo profesional de la estudiante, sino que apoyando a los y las profesionales quienes ya laboran en dicha institución. La demanda institucional que ha surgido después de la pandemia y la virtualidad ha causado que dichos profesionales sobrecarguen sus actividades diarias y busquen activamente espacios y formas para poder atender la mayor cantidad de usuarios.

La Psicología de la Salud sigue siendo una disciplina relativamente nueva, cuyo reconocimiento está en auge y seguirá creciendo a lo largo de los años. Se considera que la pandemia de cierta forma visibilizó la importancia de cuidar la salud mental y realizar una introspección de los problemas que uno atraviesa en su vida, aumentando las referencias e interconsultas en las instituciones públicas. La Psicología es una profesión que por muchos años no se le ha brindado el nivel de reconocimiento e importancia que amerita, pero son aquellos momentos en donde toda una población, sociedad o entidad atraviesan una complicación en su vida cuando realmente hacemos un cambio. Y el cambio aquí es brindarle importancia a la salud mental para poder cuidar nuestra salud física también.

Retomando el objetivo general planteado para la práctica dirigida:

Desarrollar intervenciones psicológicas integrales, dentro del ámbito hospitalario, a través de técnicas basadas en evidencia con el fin de poder apoyar el trabajo que se realiza desde el departamento de Psicología del Hospital San Juan de Dios en aras de la atención psicológica de la población usuaria.

El trabajo intencionado de la sustentante era poder colaborar en toda actividad que realiza una profesional en dicho ámbito. Esto evidencia la importancia de brindar oportunidades profesionalizantes y la necesidad de abrir más campos clínicos a nivel nacional; ya que la demanda presente no puede ser satisfecha con la cantidad de profesionales actuales laborando a nivel público.

A partir de lo anterior, se puede concluir que los objetivos propuestos en dicha práctica dirigida fueron cumplidos. El objetivo general centró el trabajo que realizó la practicante de forma diaria, trayendo ideas novedosas y actualizadas a la consulta y práctica profesional. Después de varios meses de no contar con practicantes a nivel institucional, el poder regresar y retomar los espacios para que estudiantes desarrollen habilidades que solo en la práctica pueden obtener, evidencia la importancia de estos espacios. No solo la estudiante se nutre de información y aprendizajes; sino las personas con las que colabora dicha persona a lo largo de la inserción.

Las prácticas profesionalizantes son la mejor estrategia que hay para que un estudiante pueda realmente entender el trabajo, estudio y esfuerzo que toma para poder cumplir con los deberes de dicho trabajo de la forma más ética y responsable. Genera una mirada de lo que realmente realiza un profesional en psicología clínica y de la salud en su diario vivir. Además, permite observar la demanda que tiene el país en sí, en cuanto a su salud física y emocional. Y, sobre todo, poder medir, de forma cualitativa, el impacto de la pandemia en la población costarricense.

La diversidad de atención que se recibe en el HSJD permitió que la practicante tuviera que mantenerse actualizada en diferentes temas y cambiar la mirada para poder entender a su totalidad los motivos de consulta presentados. La práctica dirigida no solo le abre la posibilidad al estudiantado a que tenga que ampliar su conocimiento clínico a nivel teórico; sino que aprender y

observar los modelos de intervención que realizan los profesionales de salud también permite desarrollar habilidades prácticas y modelos de intervención distintos. Lo último termina siendo sumamente importante, ya que hay que comprender que la atención clínica no puede ser pensada como si fuera una práctica estandarizada; sino que debe de moldearse según las necesidades y formas de comprensión de la persona usuaria.

Si bien es cierto, la certeza de que los objetivos específicos planteados desde un principio se vayan a cumplir es imposible ya que los motivos de consulta o las necesidades clínicas y de salud dentro de un centro hospitalario no se pueden anticipar de antemano. Por ende, si bien los objetivos fueron planteados de forma que abarcan varios temas que posiblemente vayan a ser tocados, no todos fueron alcanzados a su totalidad como se tenía pensado. Esto muestra la naturaleza y diversidad de atención que se ve en la consulta clínica; especialmente en un lugar que atiende casos de diferentes partes del país.

El tema de enfocar la práctica dirigida en el tema de COVID-19 y las consecuencias que la pandemia trae a nivel de salud mental fue pensada desde una instancia en donde la pandemia estaba en sus inicios. El hospital estaba en un momento en donde estaba acomodando la atención y distribuyendo los roles; y, además, realizando un cambio a la virtualidad. En el momento que se inicia la práctica dirigida, se había invertido recursos en contratar a dos funcionarias de forma temporal para que aborden únicamente los casos de COVID-19. Por ende, los logros y trabajo realizado para el segundo objetivo, el cual se enfoca en el trabajo terapéutico con personas afectadas por el COVID-19 fue logrado más que nada de forma indirecta.

Esto evidencia la flexibilidad cognitiva que deben de tener los profesionales en Psicología; ya que los modelos de intervención, necesidades poblacionales, patrones en la consulta, entre otros, son cambiantes según las circunstancias sociales que están pasando en el preciso momento. Y,

además, se atienden referencias que fueron generadas posiblemente meses antes de la primera consulta terapéutica. Esto lleva a que la consulta hospitalaria no sólo trabaje con las consecuencias producto del motivo de consulta o también con el efecto prolongado al no haberse tratado con anterioridad; sino que la terapia también se enfoca en prevenir enfermedad, promover la salud integral y realizar cambios conductuales para la prevención de una recaída.

A manera de conclusión, la oportunidad de poder laborar en una institución como el HSJD abre la mirada de lo que se está trabajando a nivel país en cuanto a la consulta terapéutica y hospitalaria. Pero, además, permite que estudiantes puedan formarse de una forma integral, observando la relación de la enfermedad física y la mental. La inserción hospitalaria, al realizarse en jornada de tiempo completo permite que la persona practicante realmente entienda el panorama completo de lo que un profesional en la Psicología Hospitalaria realmente hace.

La práctica dirigida permite que el estudiantado mire más allá que los libros, y realmente entienda y trabaje con una persona con necesidad de realizar un cambio. La “escuela” nos enseña tanto, pero la práctica, el trabajo, nos presenta la realidad de la situación. Es en ese momento donde se tiene que poner todo el conocimiento en práctica y observar los vacíos en el conocimiento para luego aprender, informarse y encontrar la solución - en este caso, la mejor estrategia de intervención.

Se reconoce el esfuerzo y dedicación que realiza todo profesional en Psicología que labora en una institución hospitalaria. Gran parte de la población costarricense no cuenta con los recursos económicos para trabajar sus problemas psicológicos, sea por factores ambientales, genéticos, enfermedad física, etc. Y son aquellas personas que laboran en el servicio público quienes deben de atender todas esas referencias. Y se agradece el haber abierto las puertas a que estudiantes realizaran sus trabajos de graduación y poder aprender de profesionales ejemplares.

12. Recomendaciones

A los centros de salud:

En primer lugar, se considera importante que los centros de salud logren observar el papel indispensable que juegan los estudiantes en la atención de la población. Se considera que poner en pausa la labor que realiza el estudiantado en los centros médicos más bien aumenta el desgaste profesional del personal hospitalario; cuando bien tienen personas con ansias por colaborar en el desempeño de su labor. Se incluye en esta recomendación a los estudiantes de psicología quienes tienen interés en realizar su trabajo final de graduación en dichas instituciones. A lo largo de la intervención realizada por la sustentante, se observó la demanda nacional que existe para la atención psicológica clínica y además en la atención de consulta externa en los centros de salud. Es evidente que la pandemia ha generado afectaciones psicológicas en la población costarricense; pero, además, se logra ver un reconocimiento en el papel que juega la psicología en la salud física de las personas y el beneficio que genera en la atención médica.

Por otra parte, es importante que el sistema de salud observe la demanda nacional presente de recibir atención psicológica en el sistema público. Para esto, sería necesario que abran nuevas plazas clínicas en diversas instituciones de salud a nivel nacional para poder afrontar dicha demanda.

Por último, la pandemia ha demostrado el beneficio que ha sido la teleconsulta para poder brindarle el servicio clínico a personas que se le es difícil acceder a los centros de salud debido a su enfermedad psicológica y/o física. Por ende, se considera importante que se mantenga la teleconsulta como una modalidad de atención para estas personas tengan el acceso de recibir una necesitada atención.

A la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica:

A la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica le recomiendo en primera instancia actualizar su plan de estudios y promover una enseñanza basada en evidencia científica. Nuestro país necesita el apoyo de profesionales en Psicología formados en técnicas basadas en evidencia. Esto es un acto de ética para los beneficiarios de los servicios de psicología. El plan de estudios actual que mantiene la Escuela de Psicología no se acerca al plan de estudios que mantienen otros países, mostrando vacíos importantes y una diferencia grande en comparación con los avances en Psicología encontrados a nivel internacional. Es importante aprender de lo que están ofreciendo países más desarrollados y con mayor campo investigativo y poder realizar ajustes según lo encontrado.

Por otro lado, parece necesario solicitarle a la Escuela de Psicología que promueva mayores oportunidades para realizar prácticas clínicas relacionadas con psicología de la salud. La sustentante tuvo un acercamiento a este campo clínico hasta entrar a su práctica dirigida, y se considera fundamental poder contar con fuertes conocimientos y antecedentes previo a iniciar la práctica profesionalizante. Esto también limita la visión del estudiantado a poder ver y experimentar otros campos clínicos en los cuales se puede desarrollar un profesional en Psicología en nuestro país y la importancia y relación que existe entre la salud física y psicológica. Para esto, es importante que la escuela brinde más cursos relacionados a la práctica clínica basada en evidencias; cursos de patologías y enfermedades de salud y su relación con la salud mental; oportunidades de realizar evaluaciones psicodiagnósticas y neuropsicológicas; entre otras.

A partir de la experiencia profesional que se obtuvo durante la inserción hospitalaria, se considera pertinente que la escuela abra espacios en donde el estudiantado pueda interactuar de forma multidisciplinaria (espacios con Trabajo Social, Enfermería, Medicina, etc.). Estos espacios

pueden ser: oportunidades de prácticas profesionalizantes, charlas, conversatorios, proyectos de investigación, etc.

Por último, se considera que no es la primera vez que un estudiante solicita y realiza estas recomendaciones. Por ende, se le pide a la Escuela de Psicología que le preste atención a lo que los estudiantes le solicitan y hagan los cambios necesarios para poder ofrecerle a los futuros profesionales la mejor educación porque a como se encuentra la escuela en este momento, está limitando oportunidades laborales y académicas a sus estudiantes.

Para estudiantes avanzados de psicología:

A los estudiantes avanzados de psicología, en especial los de la Universidad de Costa Rica, les recomiendo aprovechar los recursos y oportunidades profesionales que el sector público provee. Los centros hospitalarios, especialmente los que atienden a tercer nivel, le brindan a uno oportunidades de aprendizaje que en ninguna otra institución se podrían tener. Uno logra aprender sobre casos clínicos complejos que presentan comorbilidades con diversas enfermedades físicas y trabajar multidisciplinariamente con profesionales de diversas especialidades médicas que le permiten a uno tener experiencias de aprendizaje y crecimiento profesional inigualables.

A partir de la experiencia obtenida a lo largo de la inserción profesionalizante, uno se da cuenta que se requiere de muchísima preparación y conocimiento de diversos temas. Para quienes tienen interés realizar su TFG en el HSJD, se recomienda estudiar bien lo que conlleva un examen mental; distinguir bien entre Trastornos de la Personalidad; conocer de diversas técnicas para el abordaje de casos de Ansiedad, Depresión, TEPT y Abuso Sexual.

13. Referencias Bibliográficas

- Adis, G. (1991). Sobre la historia de la psicología clínica en Costa Rica. *Revista Cúpula*, 27, 30-34.
- Adwas, A. A., Jbireal, J. M., & Azab, A. E. (2019). Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment. 2.
- Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2021). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic and Social Determinants on the Portuguese Population: Protocol for a Web-Based Cross-sectional Study. *JMIR Research Protocols*, 10(10). <https://doi.org/10.2196/28071>
- Alkhaqani, A. (2022). Psychological Impact of Chronic Kidney Disease and Hemodialysis: Narrative Review. *Psychosomatic Medicine Research*, 4, 1-5. DOI: 10.53388/202210
- Al-Sabbah, S., Darwish, A., Fares, N., Barnes, J., & Almomani, J. A. (2021). Biopsychosocial factors linked with overall well-being of students and educators during the COVID-19 pandemic. *Cogent Psychology*, 8(1), 1875550. <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1875550>
- American Psychiatric Association (2017). *Mental health disparities: Women's mental health*. Recuperado de: <http://www.psychiatry.org>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychological Association*, 61(4), 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- American Psychological Association. (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2nd Ed). APA.
- American Psychological Association. (2017). *Briefing series on the role of psychology in health care*. Recuperado de: <https://www.apa.org/health/briefs/>

- American Psychological Association (2022). *Prolonged grief disorder*. Recuperado de: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/APA-DSM5TR-ProlongedGriefDisorder.pdf>
- Ammar, A., Mueller, P., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Brach, M., Schmicker, M., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C. S., ... Hoekelmann, A. (2020). Emotional consequences of COVID-19 home confinement: The ECLB-COVID19 multicenter study [Preprint]. *Public and Global Health*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.05.20091058>
- Angulo, V. (2019). *Inserción profesional desde la psicología clínica y de la salud en la unidad de psicología clínica del Hospital San Juan de Dios*. Trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Australian Psychological Society (2018). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A review of the literature* (4th ed.). The Australian Psychological Society Ltd. Recuperado de: <https://www.psychology.org.au/getmedia/23c6a11b-2600-4e19-9a1d-6ff9c2f26fae/Evidence-based-psych-interventions.pdf>
- Banerjee, D., Kosagisharaf, J. R., & Sathyanarayana Rao, T. S. (2021). 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Research*, 295, 113577. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113577>
- Bardideh, F., Jarareh, J., Mofrad, M., & Bardideh, K. (2022). The effectiveness of integrated group therapy on prolonged grief disorder of bereaved people from COVID-19 randomized controlled trial. *Journal of death and dying* 0(0), 1-18.

- Barlow, H. D. & Durand, V. M. (2015). *Abnormal psychology*. (pp. 212 – 267) Cengage Learning.
- Barry, V., Stout, M. E., Lynch, M. E., Mattis, S., Tran, D. Q., Antun, A., ... Kempton, C. L. (2019). The effect of psychological distress on health outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Health Psychology*, 00(0), 1-13.
- Bekhet, A. K., & Matel-Anderson, D. (2016). Risk and protective factors in the lives of caregivers of persons with autism: Caregivers' perspectives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(3), 199–207. doi:10.1111/ppc.12158
- Benuto, L. T., & Bennett, N. (2015). Using Prolonged Exposure Therapy to treat post- traumatic stress disorder a latina female with a complex trauma history. *International Journal of Psychology*, 11.
- Black, H. J. (2018). Care For Care-Givers - The Importance of Caregivers and the Role They Play. *Integrated Studies*. 172. <https://digitalcommons.murraystate.edu/bis437/172>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with Cognitive Processing Therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1235. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Brannon, L., & Feist, J. (2009). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Cengage Learning.
- Burns, J. & Zitz, C. (2015). Clinical psychology. En: C. Richards & M. J. Barker. *The palgrave handbook of the psychology of sexuality and gender*. Palgrave MacMillan.

- Caja Costarricense de Seguro Social (2006-2020). *Hospital San Juan de Dios*. Recuperado de <http://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=25>
- Caja Costarricense de Seguro Social (2015). *Manual descriptivo de puestos*. Recuperado de: <https://rrhh.ccss.sa.cr/funcionarios/manual-puestos.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). *Anuario estadístico 2017*. Recuperado de https://www.ccss.sa.cr/est_salud
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Oferta de servicios especiales de psicología: Volumen I*. Caja Costarricense de Seguro Social.
- Canizales. P.L (2019). Rol del psicólogo en cuidados paliativos y aspectos emocionales que inciden en su labor: un estudio de caso. (trabajo de grado psicología). Universidad de San Buenaventura, Colombia, Facultad de Psicología, Cali.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*.
- Carazo, E., Ortega, R., Arias, H., González, N., González, A., & Villegas, G. (2021). *Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19*. Universidad Estatal a Distancia. Recuperado de: <https://investiga.uned.ac.cr/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-Salud-mental-en-tiempos-de-COVID-19.pdf>
- Cardoso, É., Silva, B., Santos, J., Lotério, L., Accoroni, A., & Santos, M. (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 28. doi: 10.1590/1518-8345.4519.3361
- Carey, T. A., & Mullan, R. J. (2004). What is Socratic questioning? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 217–226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.217>

- Cimpean, A., & David, D. (2019). The mechanisms of pain tolerance and pain-related anxiety in acute pain. *Health Psychology Open*, 6(2).
- Cerezo-Reséndiz, S. & Hurtado-Rodríguez. (2011). Principales aportaciones a la medicina conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 49-59.
- Chard, K. M. (2012). *Cognitive Processing Therapy - sexual abuse (CPT-SA): Individual treatment manual*. Recuperado de: <https://cptforptsd.com/wp-content/uploads/2017/01/CPT-SA-IND-Tx-Manual-2012.pdf>.
- Chiavarino, C., Poggio, C., Rusconi, F., Beretta, A. A. R., & Aglieri, S. (2017). Psychological factors and self-rated health: An observative study on cardiological patients. *Journal of Health Psychology*.
- Cielo, F., Ulberg, R., & Di Giacomo, D. (2021). Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Mental Health Outcomes among Youth: A Rapid Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6067. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116067>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. The Guilford Press.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. New York: The Guilford Press
- Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. (2019). Código de ética y deontológico del colegio de profesional en psicología de Costa Rica. Recuperado de https://psicologiacr.com/sdm_downloads/codigo-de-etica-y-deontologico-del-cppcr-reforma-2019/

- Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. (2021). Secuelas de la pandemia en la Salud Mental de las personas deben atenderse desde un enfoque comunitario y no solo a nivel personal. Recuperado de: <https://psicologiacr.com/secuelas-de-la-pandemia-en-la-salud-mental-de-las-personas-deben-atenderse-desde-un-enfoque-comunitario-y-no-solo-a-nivel-personal/>
- Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. (2021b). CPPCR inaugura el Centro de Apoyo Psicológico Primario (CAPP). Recuperado de: <https://psicologiacr.com/cppcr-inaugura-el-centro-de-apoyo-psicologico-primario-capp/>
- Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. (2021c). Organizaciones podrán brindar a sus colaboradores apoyo psicológico primario a través de Call Center. Recuperado de: <https://psicologiacr.com/organizaciones-podran-brindar-a-sus-colaboradores-apoyo-psicologico-primario-a-traves-de-call-center/>
- Consejo de la Persona Joven (2022). *Consejo de la persona joven fortalece su trabajo por la salud mental de las juventudes*. Recuperado de: <https://cpj.go.cr/consejo-de-la-persona-joven-fortalece-su-trabajo-por-la-salud-mental-de-las-juventudes-2/>
- Cook, S. C., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2017). Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*, 14(3), 537–545. DOI: 10.1007/s13311-017-0549-4
- Cordero, M. (2021). *La otra epidemia: Costa Rica supera crecimiento mundial de casos por depresión y ansiedad*. Recuperado de: <https://www.iip.ucr.ac.cr/es/noticias/la-otra-epidemia-costa-rica-supera-crecimiento-mundial-de-casos-por-depresion-y-ansiedad#:~:text=Esto%20significa%20que%20la%20prevalencia,9%20casos%20a%205934%2C3>

- Cordero, M. (2022). *Incapacidades por trastornos mentales aumentaron un 35% en funcionarios de la CCSS durante la pandemia*. Recuperado de: <https://semanariouniversidad.com/pais/incapacidades-por-trastornos-mentales-aumentaron-un-35-en-funcionarios-de-la-ccss-durante-la-pandemia/>
- Costa-Requena, G., Rodríguez, A., Calvo, E. & Parramon, G. (2015). Interconsulta y psiquiatría en enlace: Estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica. *Revista Iberoamericana de psicología*, 115, 11-15.
- Costa, J., Pinto-Gouveia, J., & Marôco, J. (2016). Chronic pain experience on depression and physical disability: The importance of acceptance and mindfulness-based processes in a sample with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*.
- Costeris, C., Petridou, M., & Ioannou, Y. (n.d.). *Psychological Impact of Skin Disorders on Patients' Self-esteem and Perceived Social Support*. 9.
- Curtiss, J. E., Levine, D. S., Ander, I., & Baker, A. W. (2021). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *FOCUS*, 19(2), 184–189. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200045>
- Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B. E., Misery, L., Szabo, C., Linder, D., Sampogna, F., Evers, A. W. M., Halvorsen, J. A., Balieva, F., Szepietowski, J., Romanov, D., Marron, S. E., Altunay, I. K., Finlay, A. Y., Salek, S. S., & Kupfer, J. (2015). The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. *Journal of Investigative Dermatology*, 135(4), 984–991. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.530>
- Delgado, E. C., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1).

- Dobson, K. S. (2008). Cognitive therapy for depression. In M. A. Whisman (Ed.), *Adapting cognitive therapy for depression: Managing complexity and comorbidity* (pp. 3–35). Guilford Press.
- Eldhose, N. J. (2014). *Health Psychology. University of Calicut*. Recuperado de: <http://14.139.185.6/website/SDE/sde200.pdf>
- Encía, E. (2015). Salud mental y participación comunitaria: Análisis de la participación en organizaciones comunitarias y su relación con el bienestar/malestar mental (Maestría). Universidad de Chile.
- Farinha-Silva, S., & Reis-Pina, P. (2020). COVID-19: From Grief and Mourning to Prolonged Grief Disorder. *Acta Médica Portuguesa, 33(10), 709*.doi:10.20344/amp.14701
- Gallagher, S., & Wetherell, M. (2020). Risk of depression in family caregivers: unintended consequence of COVID-19. *Bjpsych Open, 6(6)*. doi: 10.1192/bjo.2020.99
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Indian Journal of Psychiatry, 62(2), 223-229*. 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19.
- Gerogianni, S. K., & Babatsikou, F. (2014). Psychological aspects in chronic renal failure. *Health Science Journal, 8, 205–214*.
- Gilson, M., Freeman, A., Yates, M. J., Morgillo, S. (2009). *Overcoming depression: A cognitive therapy approach. Therapist guide*. Oxford University Press.
- González, M. (2019). Inserción profesionalizante en el servicio de psicología del Hospital San Juan de Dios: Intervención desde la psicología de la salud para los trastornos de ansiedad y aproximación a la evaluación psicodiagnóstica. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.

- Gurung, R.A.R. (2019). *Health psychology: Well-being in a diverse world* (4th ed.). Sage.
- Ebrahimi, O. V., Hoffart, A., & Johnson, S. U. (2021). Physical Distancing and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Factors Associated With Psychological Symptoms and Adherence to Pandemic Mitigation Strategies. *Clinical Psychological Science*, 9(3), 489–506. <https://doi.org/10.1177/2167702621994545>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: therapist guide*. Oxford University Press.
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Indian Journal of Psychiatry*. 62(2). 223-229. 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19.
- Gilson, M., Freeman, A., Yates, M. J., Morgillo, S. (2009). *Overcoming depression: A cognitive therapy approach. Therapist guide*. Oxford University Press.
- Hamid, W., & Jahangir, M. S. (2020). Dying, Death and Mourning amid COVID-19 Pandemic in Kashmir: A Qualitative Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*.
- Harris, R. (2021). *Trauma-Focused ACT: A practitioner's guide to working with mind, body & emotion using Acceptance & Commitment Therapy*. Context Press.
- Healy, E. T., Walter, K. H., & Chard, K. M. (2015). Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD across various populations, traumatic events, and co-occurring conditions. In C. R. Martin, V. R. Preedy, & V. B. Patel (Eds.), *Comprehensive guide to Post-Traumatic Stress Disorder* (pp. 1–15). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-08613-2_114-1

- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (Eds.). (2011). *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118001851>
- Herrera-Correal, G. (2022). *Abusos sexuales y físicos están asociados a índices de suicidio*. Recuperado de: <https://semanariouniversidad.com/opinion/abusos-sexuales-y-fisicos-estan-asociados-a-indices-de-suicidios/>
- Hilton, C. E., & Johnston, L. H. (2017). Health psychology: It's not what you do, it's the way that you do it. *Health Psychology Open*, 4(2).
- Hutchins, E., Enomoto, K., Finn, P., Stenson, J. & Weber, K. (2020). *Understanding the hidden costs of COVID-19's potential impact on US healthcare*. Recuperado de: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/understanding-the-hidden-costs-of-covid-19s-potential-impact-on-us-healthcare>
- INFOBAE. (2021). El 45% del personal que trabaja en cuidados intensivos para COVID-19 sufrió dolencias mentales. Recuperado de: <https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2021/02/14/el-45-del-personal-que-trabaja-en-cuidados-intensivos-para-covid-19-sufrio-dolencias-mentales/>
- JaberZadeh, N. Z., Bayazi, M. H., Mashayekhi goyonlo, V., Anushiravani, M., & Afzal Aghaei, M. (2021). The effect of cognitive behavioral group therapy on experienc, expression, and control of anger quality of life, and severity of psoriasis. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 64(4), -. doi: 10.22038/mjms.2021.19486
- Jaffe, A. E., Kaysen, D., Smith, B. N., Galovski, T., & Resick, P. A. (2021). Cognitive Processing Therapy for Substance-Involved Sexual Assault: Does an Account Help or Hinder Recovery? *Journal of Traumatic Stress*, 34(4), 864–871. <https://doi.org/10.1002/jts.22674>

- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorrd, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 252.
- Kang, H. J., Bae, K. Y., Kim, S. W., Shin, H. Y., Shin, I. S., Yoon, J. S., & Kim, J. M. (2017). Impact of Anxiety and Depression on Physical Health Condition and Disability in an Elderly Korean Population. *Psychiatry investigation*, 14(3), 240–248.
- Kaptein, A. and Weinman, J. (eds) (2010). *Health Psychology* (2nd ed.). BPS Blackwell.
- Kazantzis, N., Beck, J. S., Clark, D. A., Dobson, K. S., Hofmann, S. G., Leahy, R. L., & Wing Wong, C. (2018). Socratic dialogue and guided discovery in Cognitive Behavioral Therapy: A modified delphi panel. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(2), 140–157. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0012-2>
- King, A., Bartley, J., Johanson, D. L., & Broadbent, E. (2017). Components of preoperative anxiety: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 00(0).
- Kohn, R., Ahsan, A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., Saldivia, S. & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: An overview of the treatment gap. *Rev. Panam Salud Pública*, 42.
- Kok, G. (2014). Health Psychology and Health Promotion. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 1088–1091.
- Kop, W. J. (2021). Biopsychosocial Processes of Health and Disease During the COVID-19 Pandemic. *Psychosomatic Medicine*, 83(4), 304–308. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000954>
- Kumar, A. & Nayar, K. R. (2020): COVID 19 and its mental health consequences, *Journal of Mental Health*.

- Lai, C., Aceto, P., Petrucci, I., Castelnuovo, G., Callari, C., Giustacchini, P., ... Raffaelli, M. (2016). The influence of preoperative psychological factors on weight loss after bariatric surgery: A preliminary report. *Journal of Health Psychology*.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.
- Lee, S. A. (2020). *Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety*. *Death Studies*, 44(7), 393–401.
- Ley, C., & Rato Barrio, M. (2012). Evaluation of a psychosocial health programme in the context of violence and conflict. *Journal of Health Psychology*, 18(10), 1371–1381.
- Li, S. H., Beames, J. R., Newby, J. M., Maston, K., Christensen, H., & Werner-Seidler, A. (2022). The impact of COVID-19 on the lives and mental health of Australian adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(9), 1465–1477. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01790-x>
- Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. de M., Lima, I. de A. A. S., Nunes, J. V. A. de O., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C. G. L., & Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915.
- López, R. (2013). Desarrollo de la especialidad en psicología clínica en Costa Rica: Perspectivas futuras. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 41-58.
- López, A. M. & Iriondo, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicología y Salud*, 1(10).

- Lugović-Mihić, L., Meštrović-Štefekov, J., Ferček, I., Pondeljak, N., Lazić-Mosler, E., & Gašić, A. (2021). Atopic Dermatitis Severity, Patient Perception of the Disease, and Personality Characteristics: How Are They Related to Quality of Life? *Life*, 11(12), 1434. <https://doi.org/10.3390/life11121434>
- Maddrell, A. (2020). Bereavement, grief, and consolation: Emotional-affective geographies of loss during COVID-19. *Dialogues In Human Geography*, 10(2), 107-111.
- Madrigal, C. R. (n.d.). *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS*: 19.
- Maguiña, C., Gastelo, R., & Tequen, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Medica Herediana*, 31(2), 125-131. doi: 10.20453/rmh.v31i2.3776
- Malhotra A, Baker J. Group Therapy. In: StatPearls [Internet]. *Treasure Island (FL)*. StatPearls Publishing.
- Marks, D. F. (2012). *Health Psychology: Overview* (2nd ed.). Handbook of Psychology.
- Marks, D. F., Brücher-Albers, C., Donker, F. J. S., Jepsen, Z., Rodriguez-Marin, J., Sidot, S., & Backman, B. W. (1998). Health psychology 2000: The development of professional health psychology. *Journal of Health Psychology*, 3(1), 149–160.
- Martínez, R. (2019). Health psychology and cardiovascular disease research models. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 6(2), 142-143.
- McLean, C. P., & Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A review of evidence and dissemination. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(8), 1151–1163. <https://doi.org/10.1586/ern.11.94>
- McLean, C. P., & Foa, E. B. (2014). The use of prolonged exposure therapy to help patients with post-traumatic stress disorder. *Clinical Practice*, 11(2), 233–241. <https://doi.org/10.2217/cpr.13.96>

- McPhillips, D. (2022). Poor mental health in US teens exacerbated by negative experiences during Covid-19 pandemic, survey finds. Recuperado de: <https://edition.cnn.com/2022/10/13/health/teen-mental-health-adverse-events-cdc/index.html>
- Medved, V., Medved, S., & Skopiü, M. (2019). Transplantation psychiatry: An overview. *Psychiatria Danubina*, 31(1), 18-25.
- Mental Health Foundation (2016). *Fundamental facts about mental health 2016*. Mental Health Foundation.
- Mento, C., Rizzo, A., Muscatello, M. R. A., Zoccali, R. A., & Bruno, A. (2020). Negative Emotions in Skin Disorders: A Systematic Review. *International Journal of Psychological Research*, 13(1), 71–86. <https://doi.org/10.21500/20112084.4078>
- Ministerio de Salud (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San José, Costa Rica: El Ministerio. Recuperado de: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). *Análisis de Situación de Salud Costa Rica*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2018). *Análisis de Situación de Salud 2018*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2020a). Apoyo psicológico a las personas afectadas por los cambios en el entorno asociados al COVID-19 - Presidencia de la República de Costa Rica. Recuperado de: <https://covid19.go.cr/apoyo-psicologico-a-las-personas-afectadas-por-los-cambios-en-el-entorno-asociados-al-covid-19/>
- Ministerio de Salud (2020b). Costa Rica estudiará la salud mental de su población frente al COVID-19. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1938-costa-rica-estudiara-la-salud-mental-de-su-poblacion-frente-al-covid-19>

- Ministerio de Salud (2020c). Situación nacional COVID-19. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19>
- Ministerio de Salud. (2020d). Tercera fase de reapertura se cancela por aumento de casos por COVID-19 - Presidencia de la República de Costa Rica. Recuperado de: <https://covid19.go.cr/tercera-fase-de-reapertura-se-cancela-por-aumento-de-casos-por-covid-19/>
- Ministerio de Salud. (2021). ¿Cómo afectó la pandemia la salud mental de la población adulta mayor?. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/746-noticias-2021/2070-como-afecto-la-pandemia-la-salud-mental-de-la-poblacion-adulta-mayor?fbclid=IwAR1aoOjmVr2Whm_JNGJ-rSz5xZhdbDxONs5If-rNrCAmqiI6-OfR2KQ5qWw
- Mohanty, I., & Niyonsenga, T. (2019). A longitudinal analysis of mental and general health status of informal carers in Australia. *BMC Public Health, 19*(1).
- Moksnes, U. K., & Lazarewicz, M. (2017). The association between stress, resilience, and emotional symptoms in Norwegian adolescents from 13 to 18 years old. *Journal of Health Psychology, 1-10*.
- Montemurro, N. (2020). The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. *Brain, Behavior, and Immunity, 87*, 23–24.
- Montero, G. (2018). Atención del manejo emocional de cuidadores de personas con un diagnóstico de esclerosis múltiple asistentes a la Clínica de Esclerosis Múltiple del Hospital San Juan de Dios. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.

- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., & Florez-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195–213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E. Y. H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J. H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., ... Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813–824.
- Morgül, E., Kallitsoglou, A., & Essau, C. (2020). Psychological effects of the COVID-19 lockdown on children and families in the UK. *Revista De Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 7(3), 42-48. doi: 10.21134/rpcna.2020.mon.2049
- Moring, J. C., Dondanville, K. A., Fina, B. A., Hassija, C., Chard, K., Monson, C., LoSavio, S. T., Wells, S. Y., Morland, L. A., Kaysen, D., Galovski, T. E., & Resick, P. A. (2020). Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder via telehealth: Practical considerations during the COVID-19 pandemic. *Journal of Traumatic Stress*, 33(4), 371–379. <https://doi.org/10.1002/jts.22544>
- Morrison, V. & Bennett, P. (2006). *An introduction to health psychology*. Pearson.
- Näppä, U., Lundgren, A.-B., & Axelsson, B. (2016). *The effect of bereavement groups on grief, anxiety, and depression - a controlled, prospective intervention study*. *BMC Palliative Care*, 15(1). DOI:10.1186/s12904-016-0129-0
- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S., & Hennessy, E. (2020). Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A

Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8479. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>

Nechita, D. & Nechita, F. & Motorga, R. (2018). A review of the influence the anxiety exerts on human life. *Romanian journal of morphology and embryology*. 59(4), 1045-1051.

Neimeyer, R. A. (2016). *Techniques of Grief Therapy*. Routledge.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D’Zurilla, T. J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment Manual*. Springer Publishing Company.

Obando, L. (2020). El psicólogo en el contexto hospitalario. Un profesional de la salud imprescindible. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 18-40). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Observatorio de Género (s.f.). *Delitos sexuales*. Recuperado de: <https://observatoriodegenero.poder-judicial.go.cr/index.php/soy-especialista-y-busco/estadisticas/delitos-sexuales#:~:text=Durante%202021%2C%20a%20nivel%20nacional,ingresados%20como%20nuevos%20cada%20año%2C>

Ogden, J. (2007). *Health psychology* (4th ed.). Open University Press.

Organización Mundial de la Salud (2020a) *Consideraciones relativas a las medidas de salud pública y sociales en el lugar de trabajo en el contexto de la COVID-19*. OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332084/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Workplaces-2020.1-spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2020b). *COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey*. Recuperado de: <https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Preparación y respuesta en materia de salud mental para la pandemia de COVID-19. Informe del director general*. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_20-sp.pdf
- Ornell, F., Chwartzmann, S., Paim, F. H. & de Magalhães, J. C. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4).
- Otu, A., Charles, C. H. & Yaya, S. (2020). Mental Health and psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: the invisible elephant in the room. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(38).
- Our World in Data. (2018). *Mental health*. Recuperado de: <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Pan American Health Organization (2013). *WHO-AIMS: Report on mental health systems in latin america and the caribbean*. World Health Organization.
- Pan American Health Organization (2022). *COVID-19 presents an opportunity to strengthen mental health in the Americas*. Recuperado de: <https://www.paho.org/en/news/28-9-2022-covid-19-presents-opportunity-strengthen-mental-health-americas>
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, 37(2).

- Payàs, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas: Una guía para superar la pérdida de un ser querido*. Barcelona: Paidós.
- Pérez-Cotapos S, M. L., Zegpi T, M. S., & Santa María, M. L. S. D. (2011). Dermatitis atópica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(2), 197–203. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70413-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70413-8)
- Perrin, S. (2013). Prolonged Exposure Therapy for PTSD in sexually abused adolescents. *JAMA*, 310(24), 2619. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.283944>
- Plass, A. M., Gruszczynska, E., Andersson, S. I. & Kassianos, A. P. (2017). Health psychology practice in Europe and other countries represented in the EHPS: A first step moving forward together. *The European Health Psychologist*, 19(6), 368-374.
- Preti, E., Pierro, R. D., Perego, G., Bottini, M., Casini, E., Ierardi, E., Madeddu, F., Mazzetti, M., Riva Crugnola, C., Taranto, P., & Mattei, V. D. (2021). Short-term psychological consequences of the COVID-19 pandemic: Results of the first wave of an ecological daily study in the Italian population. *Psychiatry Research*, 305, 114206. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114206>
- Prilleltensky, I. & Prilleltensky, O. (2003). Towards a critical health psychology practice. *Journal of Health Psychology*, 8(2), 197-210.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

- Qureshi, A. A., Awosika, O., Baruffi, F., Rengifo-Pardo, M., & Ehrlich, A. (2019). Psychological therapies in management of psoriatic skin disease: A systematic review. *American Journal of Clinical Dermatology*. <https://doi.org/10.1007/s40257-019-00437-7>
- Ramírez, W. (2002). Caracterización de Ofensores Sexuales Juveniles: Experiencia de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños. *Acta Pediátrica Costarricense*, 16(2), 9-18.
- Ramírez, J.G. (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 C.C.S.S. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Ramírez, J. D. & Rojas, J. (2019). Sistematización de la presencia del paradigma cognitivo conductual en los trabajos finales de graduación a nivel del grado de licenciatura de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica desde su origen hasta el 2018. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Ramírez-Ortega, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *SciELO Preprints*. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.303
- Ramírez, M. (2021). Secuelas de la pandemia en la Salud Mental de las personas deben atenderse desde un enfoque comunitario y no solo a nivel personal. Recuperado de: <https://psicologia.cr/secuelas-de-la-pandemia-en-la-salud-mental-de-las-personas-deben-atenderse-desde-un-enfoque-comunitario-y-no-solo-a-nivel-personal/>

- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive Processing Therapy for PTSD*. The Guilford Press.
- Resick, P. A., Wachen, J. S., Dondanville, K. A., Pruiksma, K. E., Yarvis, J. S., Peterson, A. L., Mintz, J., and the STRONG STAR Consortium, Borah, E. V., Brundige, A., Hembree, E. A., Litz, B. T., Roache, J. D., & Young-McCaughan, S. (2017). Effect of group vs individual Cognitive Processing Therapy in active-duty military seeking treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *74*(1), 28. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2729>
- Resolvió, J. de C. (n.d.). *Ubicación del Hospital San Juan de Dios*. 9.
- Rodríguez, J.J. (2014). Mental health in latin américa and the caribbean. *International Psychiatry*, *11*(1), 6-8.
- Rosner, R., Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., Schreiber, F., Vogel, A., & Steil, R. (2019). Effect of developmentally adapted Cognitive Processing Therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *76*(5), 484. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4349>
- Roth, D., Haley, W., David Rhodes, J., Sheehan, O., Huang, J., & Blinka, M. et al. (2019). Transitions to family caregiving: enrolling incident caregivers and matched non-caregiving controls from a population-based study. *Aging Clinical And Experimental Research*, *32*(9), 1829-1838. doi: 10.1007/s40520-019-01370-9
- Salamanca Sanabria, A., & Hewitt Ramírez, N. (2011). Factores biológicos y psicológicos de la dermatitis atópica. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, *5*(1), 47–58. <https://doi.org/10.21500/19002386.1121>

- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Salazar, M., Ortega, L. E., Ortíz, J., Esquivel, M. A., Vindas, R. & Montero, P. (2016). Calidad de vida en pacientes costarricenses con tumores cerebrales: Aportes de la neuropsicología. *Actualidades en psicología*, 30(121), 49-66.
- Schäfer, S. K., Sopp, M. R., Schanz, C. G., Staginnus, M., Göritz, A. S., & Michael, T. (2020). Impact of COVID-19 on Public Mental Health and the Buffering Effect of a Sense of Coherence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1–7. <https://doi.org/10.1159/000510752>
- Schonmann, Y., Mansfield, K. E., Hayes, J. F., Abuabara, K., Roberts, A., Smeeth, L., & Langan, S. M. (2020). Atopic Eczema in Adulthood and Risk of Depression and Anxiety: A Population-Based Cohort Study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(1), 248-257.e16. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2019.08.030>
- Senra, M. S., & Wollenberg, A. (2014). Psychodermatological aspects of atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 170(s1), 38–43. <https://doi.org/10.1111/bjd.13084>
- Sequeira-Cordero, A., Blanco-Vargas, M. y Brenes, J.C. (2022). La depresión mayor en Costa Rica: aspectos epidemiológicos y psicobiológicos. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2). Doi:10.15517/psm.v0i19.48038
- Shah, K.; Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K. & Patel, R. S. (2020). Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: Applying learnings from the past outbreaks. *Cureus* 12(3). DOI 10.7759/cureus.7405

- Sheth, K., Lorig, K., Stewart, A., Parodi, J., & Ritter, P. (2020). Effects of COVID-19 on Informal Caregivers and the Development and Validation of a Scale in English and Spanish to Measure the Impact of COVID-19 on Caregivers. *Journal Of Applied Gerontology*, 40(3), 235-243. doi: 10.1177/0733464820971511
- Sinaj, E. & Dibra, G. (2015). The psychologist's role in offering service in health centers: A review. *European Journal of Psychological Research*, 2(2), 44-51.
- Sistema Costarricense de Información Jurídica (2014). *Ley de donación y trasplante de órganos y tejidos humanos: N°9222*. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?p_aram1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77028&nValor3=96384&strTipM=TC
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Lee, D. J., & Resick, P. A. (2018). A brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A randomized noninferiority clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 233. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4249>
- Society of Clinical Psychology (2015). *Treatment target: Depression*. Recuperado de: <https://div12.org/diagnosis/depression/>
- Soto, K. (2018). Ejercicio de la Psicología en una institución hospitalaria: Intervención psicológica desde un modelo de Psicología de la Salud a las y los usuarios del servicio de atención psicológica del Hospital San Juan de Dios y aproximación a las necesidades del paciente con enfermedad renal que asiste regularmente a su tratamiento de hemodiálisis. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.

- Stayton, L. E., Dickstein, B. D., & Chard, K. M. (2018). Impact of self-blame on Cognitive Processing Therapy: A comparison of treatment outcomes: self-blame in Cognitive Processing Therapy. *Journal of Traumatic Stress, 31*(3), 419–426. <https://doi.org/10.1002/jts.22289>
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Stuart, K., Faghy, M. A., Bidmead, E., Browning, R., Roberts, C., Grimwood, S., & Winn-Reed, T. (2020). A biopsychosocial framework for recovery from COVID-19. *International Journal of Sociology and Social Policy, 40*(9/10), 1021–1039. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-07-2020-0301>
- Taylor, S. (2022). The Psychology of Pandemics. *Annual Review of Clinical Psychology, 18*(1), 581–609. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-020131>
- Taylor, S. E. (2018). *Health psychology* (Tenth edition). McGraw-Hill Education.
- Telles, L.E.B., Valença, A.M., Barros, A.J.S. & da Silva, A. G. (2020). Domestic violence in the COVID-19 pandemic: A forensic psychiatric perspective. *Brazilian Journal of Psychiatry*. [http:// dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1060](http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1060)
- Thompson, E. J., Stafford, J., Moltrecht, B., Huggins, C. F., Kwong, A. S. F., Shaw, R. J., Zaninotto, P., Patel, K., Silverwood, R. J., McElroy, E., Pierce, M., Green, M. J., Bowyer, R. C. E., Maddock, J., Tilling, K., Katikireddi, S. V., Ploubidis, G. B., Porteous, D. J., Timpson, N., ... Patalay, P. (2022). Psychological distress, depression, anxiety, and life satisfaction following COVID-19 infection: Evidence from 11 UK longitudinal

population studies. *The Lancet Psychiatry*, 9(11), 894–906.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00307-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00307-8)

Truijens, F., Hulzen, L., & Vanheule, S. (2018). To manualize, or not to manualize: Is that still the question? A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22712>

Ugalde-Araya, D., Coto-Vílchez, C., Ávila-Aguirre, A., Chavarría-Soley, G., Raventós, H., & Contreras Rojas, J. (2020). Underlying domains of anxiety trait in a Costa Rican sample: Preliminary results. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 35, 38–41.
<https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.01.001>

Ugarte, O. (2020). UCR, UNA y UNED estudiarán salud mental y emocional de la ciudadanía ante COVID-19. *Semanario Universidad*. Recuperado de:
<https://semanariouniversidad.com/pais/ucr-una-y-uned-estudiaran-salud/>

UNICEF (2020a). *Ansiedad, aburrimiento y depresión experimentan las personas adolescentes y jóvenes durante la pandemia del COVID-19*. Recuperado de:
<https://www.unicef.org/costarica/comunicados-prensa/ansiedad-aburrimiento-depresion-personas-jovenes-ureport>

UNICEF. (2020b). *Caring for Caregivers during the COVID-19 Crisis*. UNICEF. Recuperado de:
<https://www.unicef.org/media/84131/file/CFC-COVID-19.pdf>

Universidad Nacional a Distancia & Universidad Nacional de Costa Rica (2020). *Aumentan en Costa Rica la depresión y la ansiedad frente a la pandemia*. Recueprado de:
<https://www.uned.ac.cr/acontecer/a-diario/juncos/51-a-diario-/gestion->

universitaria/4255-aumentan-en-costa-rica-la-depresion-y-la-ansiedad-frente-a-la-pandemia

Velandia, M., Salamanca, Y., & Alarcón, M. (2018). Psicología de la salud en Colombia: formación e investigación. *Psychologia*, 12(2), 75-86. doi: 10.21500/19002386.3304

Vellone, E., Fida, R., Cocchieri, A., Sili, A., Piras, G., & Alvaro, R. (2011). Positive and negative impact of caregiving to older adults: a structural equation model. *Studi E Ricerche*, 64(4), 237-248.

Waltman, S. H. (2015). Functional analysis in differential diagnosis: Using Cognitive Processing Therapy to treat PTSD. *Clinical Case Studies*, 14(6), 422–433. <https://doi.org/10.1177/1534650115571003>

World Federation for Mental Health (2012). *Depression: A global public health concern*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf

World Health Organization (2016). *Group interpersonal therapy (IPT) for depression*. World Health Organization.

World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization

World Health Organization (2022a). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. Recuperado de: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

World Health Organization (2022b). WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard. Recuperado de: <https://covid19.who.int/>

- Young, J. E., Rygh, J. L. & Weinberger A. D. (2014). Cognitive therapy for depression. En: D. H. Barlow, *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 275-331). The Guilford Press.
- Zas, B. (2016). *Experiencias en psicología hospitalaria*. ALFEPSI Editorial.
- Zeeberg, P., Olesen, J., & Jensen, R. (2005). Efficacy of Multidisciplinary Treatment in a Tertiary Referral Headache Centre. *Cephalalgia*, 25(12), 1159–1167

14. Anexos

Anexo 1: Entrevista Estructurada Evaluación Trasplante Renal

- 1. Motivo de Referencia:** Nombre del médico, Especialidad y se copia textual “motivo de referencia”.
- 2. Ficha de Identificación:** Sexo, edad, fecha de nacimiento, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, ocupación, religión, teléfonos (al menos dos). Composición familiar, casado con.... de x años... tiene # hijos (sexo y edad de los hijos)
- 3. Datos relevantes de la historia:** “Le voy a pedir que me haga un resumen de su vida, desde que estaba pequeño hasta ahora, con los datos más relevantes, los momentos más importantes que ha vivido”. Explorar momentos difíciles que ha tenido que enfrentar en su vida y estrategias para resolver adversidades, manejar el estrés. Explorar momentos en que haya presentado síntomas depresivos o ansiosos en su vida, separaciones, o pérdidas importantes.
- 4. Relación con el donante:** Aclarar en la redacción a quién le va a donar y cuál es la relación que tiene con el receptor. Tiene que quedar muy bien documentado qué tan cercana es la relación, sobre todo si no son familia. Desde hace cuánto se conocen, qué tanto sabe el uno del otro, qué tan continuo es el contacto. Cómo describe al receptor, fortalezas o debilidades, cosas que le preocupen del receptor. Momentos significativos que hayan pasado juntos, etc.

Se puede agregar la información que tenga el donante sobre la enfermedad del receptor.

Desde hace cuánto tiempo se enfermó? Cómo comenzó su enfermedad? Si recibe

hemodiálisis, si tiene diálisis peritoneal (desde la casa) o si es pre-emptive (no recibe ninguna terapia de sustitución renal (TSR), pasa directo de consulta externa a trasplante). Si recibe alguna TSR quién le ayuda o lo acompaña en el procedimiento. Para la diálisis peritoneal hay pacientes que se la realizan solos, pero en la mayoría de los casos, algún familiar debe capacitarse y ayudar al paciente.

- 5. Datos relacionados con la donación:** En qué momento se da cuenta que el receptor necesita un trasplante? En qué contexto le informan al donante que esa persona va a necesitar un riñón? Cómo toma la decisión? Es una decisión impulsiva, lo piensa, valora las posibles consecuencias, se informa antes de decir que quiere donar? Qué tan seguro está de su decisión? Ha valorado pros y contras? Ha recibido algún tipo de presión por parte de su familia (u otros) para donar? Qué pasaría si en algún momento cambiara de opinión (cómo reaccionaría su familia o el receptor?)

Su familia más cercana conoce su decisión? Están informados? En su trabajo saben que quiere donar? Lo apoyan con permisos, incapacidades, etc? (Existe la posibilidad de un despido cuando regrese) Han valorado cómo se va a mantener económicamente la familia durante el tiempo en que esté incapacitado y su salario sea menor?

Qué conoce sobre el procedimiento que le van a realizar? Maneja posibles riesgos para él o para el donante (la posibilidad aunque baja de que el injerto no funcione), los cuidados que debe seguir postquirúrgicos (no hacer trabajos de fuerza por la posibilidad de una hernia, tener seguimiento en Nefrología de por vida una vez al año, evitar consumo de cualquier tipo de droga, consultar con un médico antes de tomar cualquier medicamento,

etc.) Qué es lo que más le preocupa de todo este proceso? Alguna vez ha estado hospitalizado y cómo fue para él/ella?.

Qué dudas o preguntas tiene sobre el procedimiento? Ha podido aclarar las dudas que tiene con el médico tratante?

Existe un plan de cuidado para el donante y el receptor en el postoperatorio, una vez que les den el egreso hospitalario? Quién lo va a apoyar una vez que vuelva a su casa?

6. Antecedentes Personales: Alguna vez ha consultado con Psicología o Psiquiatría? Si ha estado internado por psiquiatría? Presencia de síntomas depresivos? Presencia de síntomas ansiosos, “nervios o miedos”. Ideas de muerte. Escuchar voces o sonidos que otras personas no escuchan. Historia de VIF, alguien que de alguna forma haya intentado hacerte daño (AS)?, problemas con la ley, consumo de drogas en algún momento de su vida (legales o ilegales) Se espera un período de abstinencia de por lo menos seis meses a un año.

7. Impresión Final: A partir de la información recolectada el día de hoy se concluye que (Nombre del donante) presenta un vínculo (cercano o distante) con (“su esposa, nombre del receptor).

Factores Protectores: Enumerar

- Ausencia de Trastornos Mentales Mayores. Juicio crítico conservado. Inteligencia acorde con su nivel de escolaridad

- No impresiona haber recibido algún tipo de retribución o presión por parte del receptor o su familia.
- Cuenta con apoyo familiar para realizar el proceso de trasplante y los cuidados postoperatorios.
- Está informado sobre el procedimiento, posibles riesgos y cuidados a seguir.
- Está seguro de la decisión que toma.
- Existe un vínculo cercano y una motivación interna de donación que responde a su deseo de ayudar a su ...
- Económicamente pueden cubrir las necesidades básicas durante el período postquirúrgico.

Factores de Riesgo: Enumerar

- Carece de apoyo familiar y laboral para realizar el proceso de trasplante y los cuidados postoperatorios.
- Tanto su familia como su hijo están en contra de la decisión que está tomando.
- Describe una mala adherencia al tratamiento y a las recomendaciones médicas por parte de Luis.
- Tiene la duda de que Luis pueda mantenerse en la relación por la posibilidad de recibir el trasplante.
- No está segura de la decisión de donar.

- Hay un vínculo que en este momento se considera poco estable.

Tipos de donación: Dirigida – No dirigida / relacionada - no relacionada / Con vínculo – sin vínculo. La ley prohíbe las donaciones dirigidas no relacionadas sin vínculo demostrable.

Anexo 2: Brochure Herramientas para mejorar la calidad de sueño

10. Las siestas durante el día no deberían exceder los 30 minutos.
11. Recuerde que la cama únicamente debe utilizarse para dormir o tener relaciones sexuales.
12. Busque un espacio alternativo si desea leer, ver televisión, comer, trabajar, etc. (preferiblemente fuera del cuarto).
13. Evite ver televisión o usar aparatos electrónicos una hora antes de acostarse.
14. Realizar una ducha caliente antes de acostarse puede ayudar a relajarse.
15. Practicar ejercicios de relajación o respiración antes de irse a dormir.
16. Si después de 20 minutos no logra consolidar el sueño, levántase de la cama y realice alguna actividad que no sea muy interesante para usted.
17. Vuelva a su cama únicamente cuando sienta sueño.
18. Mantenga una libreta y un bolígrafo en la mesa de noche donde pueda anotar sus preocupaciones o tareas y retomarlas el día siguiente.

(Perlis et al., 2005; Sarrais & de Castro, 2007; Cañellas, 2016).



Recuerde que...

El sueño es una respuesta involuntaria del organismo para descansar. Entre más trate de controlarlo, más difícil será quedarse dormido.

Si no puede dormir, no se presione e intente buscar otras formas que le ayuden a descansar.

Estas recomendaciones tienen un efecto acumulativo, intente ponerlas en práctica todos los días.

MATERIAL ELABORADO POR:

Bach, Arianna Sauter Sequeira
MPsc, Paola Echeverri Echeverría
Hospital San Juan de Dios
Universidad de Costa Rica

Herramientas para mejorar la calidad del sueño



Insomnio

El insomnio es una dificultad persistente para iniciar, mantener, consolidar o conseguir una duración y calidad adecuada para que la persona restaure energía y se encuentre en estados normales de vigilia (Sarrais & de Castro, 2007; Terán & Alonso, 2016). El insomnio tiende a generar malestar y fatiga o deteriorar áreas sociales, laborales, educativas y conductuales en el funcionamiento humano (Terán & Alonso, 2016; Chigome, Nhira & Meyer, 2018).

Prevalencia

Es considerado el trastorno de sueño más recurrente en la población general (Terán & Alonso, 2016). Alrededor del 6-15% de la población adulta ha reportado síntomas que cumplen con el criterio diagnóstico del insomnio (Chigome et al., 2018). 50% de los adultos, en su mayoría mujeres, sufren de insomnio en algún momento de la vida (Sarrais & de Castro, 2007).

Factores de riesgo y causas

Sorscher (2017) incluye dentro de los factores de riesgo el sexo biológico femenino, estrato socioeconómico bajo y la edad avanzada. Antecedentes familiares de insomnio y consumo de sustancias también pueden influir en los patrones de sueño (Chigome et al., 2018). El insomnio también puede estar asociado a algún padecimiento psicológico, como incremento de estrés, depresión o dolores crónicos.

Es importante valorar si hay una presencia de conflictos laborales, familiares, problemas económicos o de salud en la vida de la persona. Se deben de evaluar los hábitos y las rutinas relacionadas con el sueño, debido a que pueden determinar la causa y el mantenimiento del problema de sueño. (Martín, 2016).



Higiene del Sueño

Los hábitos de sueño pueden influir en la calidad y cantidad de sueño. Poner en práctica las siguientes recomendaciones sobre la higiene del sueño le ayudará a descansar y facilitar el proceso natural del sueño.

1. Restringir el tiempo en cama. Dormir la cantidad de horas que el cuerpo necesita (6-9 hrs).
2. Acostarse y levantarse a la misma hora todos los días.
3. Ejercitarse regularmente.
4. Mantener condiciones ambientales adecuadas en la habitación (temperatura, iluminación, ventilación, ruido, etc.).
5. Comer a horas regulares, y realizar una cena ligera antes de irse a la cama.
6. Reducir el consumo de líquidos antes de acostarse.
7. Evitar bebidas con cafeína 4 horas antes de dormir.
8. Evite beber alcohol antes de dormir.
9. Acuéstese solamente cuando sienta sueño.

Anexo 3: Brochure Las cuatro R's: Ejercicio de relajación



Recordar

Imagina una escena relajante que te genere paz. Un lugar en el cual estés saludable, relajada y sin preocupaciones ni estrés. Esto puede ser una imagen del pasado o una aspiración para el futuro. Busca los aromas, sensaciones, detalles y texturas que habitan en ese lugar. Si es difícil imaginarte de esta forma, busca una imagen de un lugar, como la playa, un objeto, una pintura, un sonido o un color que te relaje.

Material elaborado por:

Bach. Arianna Sauter Sequeira
MPsc. Paola Echeverri Echeverría
Hospital San Juan de Dios
Universidad de Costa Rica

Referencia Bibliográfica

Neimeyer, R. A. (2016). *Techniques of Grief Therapy*. Routledge.

Las Cuatro R's
Ejercicio de Relajación



Relajar

La respiración diafragmática consiste en centrar la respiración en el diafragma, siendo el estómago el que sube y baja. Puedes poner una mano en tu pecho y otra en tu estómago para verificar que sea tu estómago el que se mueve y no tu pecho. Estando en una posición cómoda, puedes cerrar tus ojos o fijar tu mirada en un punto e imagina que puedes poner tu panza floja. Respira profundamente, y exhala lentamente. Repite la respiración unas 5 veces. Imagina que puedes liberar la tensión de ese lugar. Imagina soltar todo lo que estás guardando dentro de tus huesos, articulaciones y músculos. Al mismo tiempo, nota el ritmo de tu respiración. Piensa en diferentes partes de tu cuerpo y al nombrarlos, intenta relajar esa parte de tu cuerpo.

Repetir

Elige una palabra o frase corta que te llegue a calmar o relajar. Esa palabra puede ser "Calma" o una frase como, "Dejar ir". Puede ser un rezo religioso o de tu práctica espiritual, o un mantra como el "Ohm". Puede ser también algo neutral como un número o un color de tu preferencia. La palabra o frase no debe tener mucha importancia más allá de cómo te hace sentir. Puede que la primera que escojas no termine siendo la que te relaje o sea de tu preferencia. Puedes cambiarla hasta encontrar la que más te guste. Una vez encontrado tu mantra realiza esto: Cada vez que exhales, silenciosamente repítete tu palabra.

Regresar

Es natural distraernos a la hora de realizar ejercicios de meditación, relajación y mindfulness. Lo importante es poder reconocer esos momentos y regresar al ejercicio lo más pronto posible. Cuando reconozcas que te perdiste o te distrajiste, vuelve a empezar en tu próxima exhalación. Repitiendo la palabra o la frase a vos misma, o regresando a prestarle atención a la respiración. Puedes decirte a vos misma, "No hay problema", "No es gran cosa", antes de volver a empezar. Y luego, retoma el ejercicio.

Anexo 4: Manual de Abuso Sexual

El presente manual para la atención de casos de Estrés Postraumático, para la atención de personas que han vivido violencia sexual, se basa a partir de los manuales propuestos desde la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC; *Cognitive Processing Therapy*) de Patricia Resick (Chard, 2012; Resick, Monson y Chard, 2017) y la terapia de Exposición Prolongada (EP) de Foa, Hembree y Olasov (2007). Así mismo, se presentan algunas recomendaciones y estrategias de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Dialéctica Conductual. Tanto la Terapia de Procesamiento Cognitivo, como la Terapia de Exposición Prolongada, cuentan con una fuerte evidencia científica (Society of Clinical Psychology, 2016).

Terapia de Procesamiento Cognitivo

La Terapia de Procesamiento Cognitivo sostiene sus bases a partir de la Terapia Cognitiva de Beck (Resick, Monson y Chard, 2017), siendo actualmente una de las terapias más estudiadas para la atención de pacientes con sintomatología relacionada a un Estrés Postraumático (Rosner et al., 2019). Esta terapia fue originalmente desarrollada para atender a pacientes sobrevivientes de una violación (Healy, Walter & Chard, 2015); sin embargo, notaron beneficios significativos en personas que habían sufrido cualquier tipo de trauma.

La TPC tiene el objetivo de modificar las creencias irracionales de los pacientes, las cuales tienen significados e interpretaciones del evento traumático que no son lógicas o balanceadas y están cargadas de culpa (Healy et al., 2015; Waltman, 2015; Stayton, Dickstein & Chard, 2018).

La terapia consiste en un proceso de 12 sesiones aproximadamente, en la cual se les enseña a los y las pacientes a reconocer y desafiar sus cogniciones disfuncionales (las cuales se le llaman

stuck points) relacionadas con su evento traumático y la forma en que se ven a sí mismos, a los otros y al mundo. Los y las pacientes aprenden a reconocer y etiquetar eventos, pensamientos y emociones, mientras que el terapeuta también examina la veracidad y el contexto del trauma por medio de un diálogo socrático. La terapia se complementa con ejercicios para la casa, en donde se les enseña a los pacientes a examinar sus pensamientos y emociones y desarrollar una forma balanceada de pensar acerca de los eventos traumáticos. (Resick, Schuster, et al., 2017)

La TPC se combina de cierta forma con la Terapia de Exposición Prolongada, al pedirle a los pacientes que realicen dos ejercicios en donde deberán de escribir el acontecimiento presentando detalles sensoriales, pensamientos y sentimientos asociados con el trauma. Una vez realizado el ejercicio, se les pide que lo lean en voz alta durante la sesión. (Sloan, Marx, Lee & Resick, 2018). Sin embargo, el ejercicio de escribir el acontecimiento puede no realizarse durante las sesiones, según lo considere el terapeuta (Healy et al., 2015).

Este tipo de terapia acompaña a los pacientes a lo largo de su recuperación, brindándoles herramientas para reducir la evitación y examinar los pensamientos asociados con el trauma que pueden estar interfiriendo con la recuperación (Healy et al., 2015). Se ha encontrado que los y las pacientes mantienen los resultados de la terapia hasta 5 a 10 años después de haber concluido el proceso terapéutico (Resick, Schuster, et al., 2017). Se ha encontrado que quienes han recibido TPC han reportado reducciones significativas en aspectos como la culpa, en comparación con la Terapia de Exposición Prolongada (Stayton, Dickstein & Chard, 2018). Por último, de ser necesario, la TPC se puede realizar de forma virtual, sin comprometer su eficacia (Moring et al., 2020).

Terapia de Exposición Prolongada

La terapia de Exposición Prolongada (EP) es un programa diseñado para reducir los niveles de ansiedad en pacientes con un trauma, confrontando los pensamientos, situaciones, actividades o personas evitadas, que se consideran “seguras” (Benuto & Bennett, 2015). Engloba tres componentes principales: Exposiciones en vivo a recuerdos de trauma; Exposición por imaginación a memorias traumáticas; y procesamiento de la exposición por imaginación (Perrin, 2013; McLean & Foa, 2014). A primera instancia, se le brinda psicoeducación respecto al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y de la EP, enseñándole a los pacientes estrategias de relajación; en específico, la respiración diafragmática (McLean & Foa, 2011; McLean & Foa, 2014; Benuto & Bennett, 2015).

La EP tiene el objetivo de ayudar a sobrevivientes de trauma a procesar emocionalmente sus experiencias traumáticas para poder reducir y tratar las sintomatologías. Se ha encontrado que la EP no solo colabora con la reducción de síntomas asociados al TEPT, sino que también ayuda con problemas asociados con el trauma; como: depresión, ansiedad, enojo y culpa. (Foa, Hembree & Olasov, 2007).

En la EP, en vez de realizar la exposición por imaginación, se ha empezado a implementar el uso de exponer a ciertos pacientes con la escritura. Se le pide a los pacientes que escriban acerca del evento traumático siguiendo ciertas instrucciones previamente establecidas. En cada sesión, se le pide al paciente que escriba acerca del acontecimiento por 30 minutos seguidos sin interrupciones. (Sloan, Marx, Lee & Resick, 2018).

Para quién está recomendado:

La terapia de Procesamiento Cognitivo fue diseñada, inicialmente, para personas que tienen TEPT y comorbilidades con otros trastornos mentales (Resick, Monson & Chard, 2017), en específico personas víctimas de abuso sexual y violencia doméstica (Healy et al., 2015; Waltman, 2015). Para poder iniciar el proceso terapéutico por medio de la TPC, es importante que el motivo de consulta del paciente sea tratar sus síntomas del TEPT (Resick, Monson & Chard, 2017). Se trabaja con traumas que sucedieron hace tres meses hasta 60 años atrás (Resick, Monson & Chard, 2008).

Las personas que pueden ser tratadas por medio de la TPC no requieren contar con todos los criterios diagnósticos para TEPT; sino solo presentar sintomatología y un historial de trauma. De ser que presentan otro trastorno mental, se recomienda que se les brinde una atención psicológica específica para ese diagnóstico. Este tipo de intervención puede ser aplicado en personas con una escolaridad mayor a cuarto grado (Resick, Monson & Chard, 2008; Resick, Monson & Chard, 2017). CPT ha sido aplicado en personas que han experimentado catástrofes naturales, abusos sexuales, genocidios, exposición a guerras, entre otros eventos. (Resick, Monson & Chard, 2017).

TPC no se recomienda a personas que actualmente se encuentran en riesgo, en situación de violencia doméstica o personas con problemas mentales que puedan interferir en la conclusión del proceso terapéutico (Resick, Monson & Chard, 2017). Por ejemplo, no es recomendado aplicar a personas que se encuentran en manía o en un estado psicótico y que no están recibiendo tratamiento farmacológico para su condición actual. A personas que tienen una dependencia al consumo de sustancias, se les recomienda que realicen inicialmente la detoxificación antes de

iniciar con la terapia (Resick, Monson & Chard, 2017). En casos de abuso sexual, no se recomienda aplicar este manual de atención a personas que no tienen un recuerdo claro de trauma (Jaffe et al., 2021).

Fase de evaluación:

Ante la sospecha de un posible TEPT, realiza una historia completa del evento traumático. Gran parte de las personas con TEPT han pasado por múltiples traumas, por lo que se recomienda que se inicie con el trauma que está generando mayores problemas (Resick et al., 2017). Cuando se trabaja con pacientes nuevos, Resick y colaboradores (2008) recomiendan que se realicen 1-3 sesiones de evaluación. Al determinar que efectivamente la persona presenta TEPT, o síntomas asociados a un trauma, y el paciente está de acuerdo con iniciar TPC para tratar su sintomatología, el terapeuta puede iniciar con el protocolo de atención.

Dentro de la información que se requiere recolectar está:

- Información detallada de la historia del trauma y determinar el grado del trauma
- Confirmar el diagnóstico de PTSD y valorar la gravedad
- Evaluar la presencia de comorbilidades diagnósticas
- Establecer la severidad de otros trastornos presentes y valorar si requieren de una intervención previa al manual propuesto

Al trabajar con pacientes quienes han experimentado un abuso sexual, se pueden realizar las siguientes preguntas:

- ¿Fuiste en algún momento forzada a tener algún contacto sexual con alguien cuando no querías?
- ¿Tuviste algún contacto sexual cuando eras un niño con un adulto?
- ¿Cómo fuiste castigado cuando eran menor de edad?
- ¿Estuviste herido en algún momento?

Estas preguntas deberán de ser seguidas por preguntas de aclaración, las cuales deberán de brindar más detalles de lo ocurrido y cuando ocurrió. Se deberá de recaudar información de la duración y frecuencia del suceso (Resick et al., 2017).

Una vez obtenida toda la información necesaria, se procede a pasar pruebas Psicodiagnósticas. Dentro de las pruebas recomendadas se encuentran: PCL-5, BDI (Resick, Schuster, et al., 2017; Stayton, Dickstein & Chard, 2018; Rosner et al., 2019; Moring et al., 2020) y el CAPS (Sloan, Marx, Lee & Resick, 2018; Stayton, Dickstein & Chard, 2018; Rosner et al., 2019; Jaffe et al., 2021).

Recomendaciones específicas a la hora de trabajar con víctimas de violencia sexual:

A la hora de trabajar con personas que han vivido un trauma de abuso/violencia sexual, es importante entender y estar consciente de que la persona ha experimentado un trauma causado deliberadamente por otra persona. Es decir, el victimario tenía noción de sus actos y posibles consecuencias que le generaría a la víctima. A partir de su experiencia y recuerdos traumáticos,

es esperable y común que la persona tenga miedo y vea el mundo desde una perspectiva pesimista, desconfiada y que sus pensamientos tengan una alteración a partir de lo ocurrido. Es importante también tener presente que un abuso sexual no equivale a un TEPT, pero sí es de esperar algún tipo de secuela a partir de lo vivido.

A partir de lo anterior, es sumamente importante crear una alianza terapéutica fuerte con la persona que consulta para poderle ayudar de la mejor forma; especialmente a la hora de tener que trabajar ante algo que le genera malestar constante en su vida. El rapport construido ayudará a que la persona se comprometa con el proceso terapéutico, con el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y con el cambio de perspectiva ante lo vivido y la forma de sobrellevar la situación.

Técnicas y estrategias recomendadas para el proceso terapéutico:

Desde la TPC

Diálogo socrático, también conocido como preguntas socráticas, es una técnica terapéutica que puede ser aplicada en cualquier aspecto o momento de la sesión o como complemento con distintas herramientas (Kazantzis et al., 2018). Con el uso del diálogo socrático, el profesional en psicología realiza preguntas estratégicas diseñadas para que el paciente tenga una visión sana de los eventos traumáticos que han sido vividos y que sean acordes a la realidad vivida (Resick et al., 2017); y pueda por sí solo realizar sus propias conclusiones e interpretaciones de lo vivido (Carey & Mullan, 2004).

A partir de lo anterior, el paciente describe la experiencia vivida, incluyendo los detalles de la experiencia traumática, cómo sus interpretaciones de lo sucedido. Mientras que el psicólogo trae

su experticia para poder abordar el caso de trauma, y sintomatologías asociadas. (Resick et al., 2017).

Las preguntas socráticas varían según su propósito. Existen las preguntas de aclaración, en las cuales el terapeuta realiza todas las preguntas necesarias para poder comprender a profundidad el suceso y aclarar dudas. Esto permite crear una base de lo que pasó en el momento del evento y las decisiones, habilidades y pensamientos que tuvo el paciente en su momento. Es importante que el terapeuta se sienta cómodo realizando preguntas sensibles, difíciles e incómodas que sean necesarias y cumplan con el propósito de aclarar dudas. En casos de abuso sexual, es importante preguntar y diferenciar si hubo sentimientos de placer o de excitación durante el acto; ya que esto nos permitirá identificar sentimientos de culpa y crear sentimiento de apoyo para promover la recuperación. (Resick et al., 2017).

Por otra parte, hay preguntas conocidas como suposiciones desafiantes, las cuales están relacionadas con las conclusiones que el paciente tiene o ha creado de los eventos traumáticos. A la hora de realizar preguntas de este calibre, es importante aclarar la suposición del “mundo justo”, pensamiento de que las cosas buenas solo le pasan a los buenos y las cosas malas a los malos. Pensando que el mundo debería de ser justo con los actos que uno realiza. A la hora de cambiar esta noción, el terapeuta puede describir el pensamiento rígido y evolutivo de predecir y controlar los eventos como forma de sobrevivencia. Es decir, aquel pensamiento que uno pudo evitar la situación, o que otra persona lo pudo hacer, para evitar que el suceso ocurriera. (Resick et al., 2017).

Las personas con TEPT no piensan que un acto alterno pudo haber tenido la misma o consecuencia a la que sucedió; sino que tratan de “retroceder” los eventos negativos que llevaron

a ese momento. Por ende, es importante que, a la hora de realizar este tipo de preguntas, el terapeuta no realice suposiciones erróneas de los contextos que giran en torno al evento traumático. (Resick et al., 2017).

Otro tipo de preguntas socráticas son aquellas que evalúan la evidencia de una forma objetiva. Asumiendo que no hay suposiciones problemáticas que fundamentan las conclusiones del paciente, este siguiente nivel de Dialogo Socrático está dirigido a ayudar al paciente a evaluar la evidencia que puede o no fundamentar las conclusiones planteadas de una forma objetiva. (Resick et al., 2017).

El último nivel de preguntas socráticas es aquella en la que se desafían las creencias fundamentadas. Existen momentos en los cuales el paciente va a reportar que ellos intelectualmente entienden, pero emocionalmente no aprecian, que su forma de pensar no tiene lógica ni sentido. O quizás dirán que los cambios emocionales no están sucediendo con sus nuevos pensamientos. Habrá momentos en donde se escucharán comentarios como: “Escucho lo que me dice, pero...” “Yo sé que lo que digo no tiene sentido, pero se siente de esa forma”. Cuando esto suceda, se le explica al paciente que primero sus emociones no han alcanzado a su nueva forma de pensar, entonces que la forma de pensar anterior puede sentirse más “real”. Los terapeutas deberán considerar la posibilidad de que los pacientes están teniendo pensamientos más arraigados y profundos que previenen que acepten en su totalidad su nueva forma de pensar. (Resick et al., 2017).

Los pensamientos internos e inconscientes protegen a los pacientes en contra de las implicaciones involucradas a la hora de desafiar sus pensamientos. Por ende, las intervenciones cognitivas intensivas pueden ser necesarias cuando los individuos con TEPT tienen

pensamientos o esquemas preexistentes fundamentados. Los terapeutas cognitivos llegarán a tener la tarea de investigar a profundidad los pensamientos que tiene el paciente para poder determinar como un paciente llega a pensar de esa forma antes del trauma. Se trabaja de forma conjunta con el paciente para desafiar esos pensamientos a profundidad, previniendo que el paciente evalúe el trauma de forma que confirme los pensamientos negativos. (Resick et al., 2017).

Cómo estrategia para conservar, desafiar y ayudar al paciente a retener una nueva forma de pensar, se le asignan hojas de trabajo y tareas breves a los pacientes. Estas herramientas complementarias desafían creencias que suceden de forma espontánea y en un contexto natural, pidiéndole al paciente que realice registros o tareas específicas cada vez que uno de esos pensamientos aflora.

Desde la TAC

En el siguiente subapartado se presentan algunas estrategias, metáforas y ejercicios desde la Terapia de Aceptación y Compromiso que pueden ser utilizadas como complemento al material elaborado para dicho manual.

Bajando el ancla - Estrategia terapéutica (Harris, 2021)

El ejercicio “bajando el ancla” tienen el propósito de trabajar sobre la desregulación emocional, los recuerdos intrusivos, las disociaciones, la hipo e hiper-excitación, el aislamiento social, la preocupación, los pensamientos rumiantes, los pensamientos obsesivos, los ataques de pánico, entre otros.

La metáfora de anclaje da la visión de poder agarrarse por medio de todos los recursos internos y externos con los que cuenta el paciente para poder sobrellevar una tormenta (la crisis o el síntoma). Este ejercicio no es una forma para manejar los pensamientos y sentimientos, sino que es una forma para que la persona pueda sostenerse, aun cuando mentalmente no se encuentra estable.

El ejercicio “bajando el ancla” tiene una fórmula llamada ACE, según sus siglas en inglés que se traducen a Reconocer, Conectar y Comprometer. Se tiende a recomendar realizar 3-5 ciclos del ejercicio:

1. Reconocer su propio mundo interior

- Se le pide al paciente que nombre y note de forma consciente las experiencias interiores.
- Posteriormente, se les pide que nombren sus experiencias privadas con apertura y curiosidad. Pueden completar las siguientes frases, “Estoy teniendo...”, “Aquí está...”, “Estoy notando...”.
- Pueden reconocer lo que están experimentando y sintiendo. “Reconoce que en este momento está apareciendo una situación difícil y dolorosa. Si no lo puedes poner en palabras, no hay problema, solo decite, ‘Aquí hay algo doloroso’”.

2. Conectar con el cuerpo

- En esta fase se le pide al paciente que realice ejercicios de estiramiento, que camine a lo largo del espacio, que cambien su postura corporal, que se abracen a sí mismos, que cambien de posición en la silla, entre otros.

- Si el paciente tiende a ser evitativo, o tiende a evitar ciertas partes de su cuerpo, se le pide que inicie enfocándose en áreas de su cuerpo que considera “seguras” y que posiblemente no vayan a desencadenar reacciones negativas o adversas.
- Una vez que el paciente inicia a conectarse con su propio cuerpo, se le recomienda que se mantengan reconociendo las cogniciones y emociones difíciles que están experimentando.

3. Comprometerse con lo que están haciendo.

- Una vez realizados los dos puntos anteriores, se le pide al paciente que se vuelvan a enfocar y comprometer con la actividad realizada.
- Los pacientes inician a notar el ambiente en el cual se encuentran y las actividades que están realizando en este momento. Observan su alrededor y les prestan atención a todos sus sentidos: vista, escucha, tacto, olfato y gusto.

4. Una vez completado todo el ciclo, se les pide que lo repitan unas cuantas veces más.

El objetivo de este ejercicio es poder adquirir mayor control sobre sus acciones físicas y reducir el impacto e influencia de nuestras cogniciones y emociones; especialmente ante situaciones dolorosas. Nos permite centrarnos en una actividad que nos ancla en el presente y en las experiencias vividas en su momento e interrumpe las conductas problemáticas, cómo: la preocupación, la obsesión y la rumiación. Además, le pone un alto a las conductas autolesivas, cómo lo son: la agresión, el aislamiento social, la automutilación o el consumo de sustancias. Es decir, nos permite “despertarnos” y enfocarnos en lo que estamos realizando en su momento.

Este ejercicio es recomendado realizarse cuando el paciente se encuentra teniendo recuerdos intrusivos y vívidos o cuando presentan experiencias extremas de excitación. Una vez finalizado el ejercicio, es importante abrir un espacio de discusión, en donde el paciente pueda expresar su experiencia y los cambios percibidos.

Prácticas de Mindfulness (Harris, 2021)

Los ejercicios de mindfulness nos permiten anclarnos en el presente y dejar de lado los pensamientos intrusivos y de angustia causados por los recuerdos y efectos secundarios de la experiencia traumática. Harris (2021) nos presenta un ejemplo recomendado y desarrollado específicamente para personas que han vivido una experiencia de trauma y que le brinda continuidad al ejercicio “bajando el ancla”.

- Retomando los ejercicios aprendidos de autorregulación emocional y de relajación aprendidos a lo largo del proceso terapéutico...tómate un tiempo para ajustar tu posición en el asiento...cambiar tu postura corporal y dejar que tus hombros caigan ...sintiendo cómo todo tu cuerpo se va aflojando sin mucho que hacer ... y permitiendo que tus pies presionen ligeramente el piso ... teniendo una noción del suelo que están debajo tuyo ... comprometiéndose con el mundo exterior ... y fijando tu mirada en un punto fijo, o bien cerrándolos ... lo que te haga sentir más tranquila y segura...
- Teniendo una mentalidad de curiosidad...cómo si fueras un científico, explorando el mundo a tu alrededor...notando los sonidos a tu alrededor...viniendo de tu cuerpo ... y fuera de él ... Sonidos que vienen del espacio en el cual te encuentras... y sonidos que se encuentran fuera de la habitación.

- Notando como tu mente cambia foco de atención entre todos los sonidos que escuchas... cómo al enfocarse en mi voz hablar...o escuchar los sonidos que se encuentran en la calle...o si te enfocas en el sonido que se encuentra en el pasillo...trata de ver si logras diferenciar entre los sonidos que escuchas y los pensamientos que vienen junto con ellos...nota cómo justo cuando escuchas los nuevos sonidos, tu mente localiza dónde está y lo nombra con palabras o imágenes.
- Voy a hacer un sonido, y quiero que notes lo que tu mente realiza o piensa al escucharlo... (terapeuta golpea su mano contra una superficie dura por unos cuantos segundos, luego se detiene) ...y ahora realizaré otro sonido, y nuevamente, nota cómo tu mente lo localiza y lo nombra ... (terapeuta golpea su pie contra el piso por unos cuantos segundos, luego se detiene).
- Ahora nota la sensación de tu cuerpo en la silla...cambiando tu posición y postura...teniendo un pequeño estiramiento...sosteniendo ese estiramiento...y notando realmente la sensación de tus músculos estirándose.
- Repitiendo el ejercicio...quiero que lo hagas esta vez en cámara lenta...notando realmente todos los sonidos sutiles que realizas al hacerlo...y notando los pensamientos y sentimientos que aparecen...notando si son placenteros o incómodos...negativos o neutrales.
- Y utilizando la siguiente frase..."Estoy notando"...reconoce todo lo que puede estar surgiendo en este momento...tomando un momento para sincronizar tus valores...para conectarte con la forma en que llegaste a este espacio el día de hoy... y para recordarte a vos misma lo que es importante para vos...qué y a quién quieres realmente que te ha

motivado a venir el día de hoy...y tómate un momento para reconocer que, a pesar que hayas experimentado pensamientos y sentimientos difíciles, no dejaste que interfirieran con venir el día de hoy...

Posteriormente, se le pide al paciente que describa su experiencia realizando el ejercicio el día de hoy. Que mencione los pensamientos y sentimientos que tuvo al realizarlo. Se evalúa si encontró alguna dificultad para realizar el ejercicio.

Estrategias y ejercicios de difusión (Eifert & Forsyth, 2005; Stoddard & Afari, 2014; Harris, 2021).

Los ejercicios de difusión, según Harris (2021), involucran aprender a notar, reconocer y separarse de las cogniciones. Es decir, dar un paso atrás y observar los pensamientos, sentimientos y emociones, en vez de ser controlados por ellos. Por medio de las estrategias propuestas de difusión, nos permite ser guiados, pero no controlados, por las cogniciones.

A la hora de introducir la difusión en terapia, es importante empezar enseñándole a los pacientes estrategias simples y luego, progresivamente, irles capacitando en otras más retadoras. Se puede iniciar introduciendo metáforas para ejemplificar lo experimentado y para explicar de forma más sencilla el objetivo de las habilidades de difusión.

Una metáfora que sirve bastante es el imaginarse las manos como pensamientos. Esta metáfora ayuda a clarificar los costos de la fusión y los beneficios de la difusión. Subraya dos puntos esenciales: 1) la difusión no es una forma para eliminar los pensamientos (las manos siempre estarán presentes al final de cuentas); y 2) no ignoramos o desestimamos los pensamientos. Más bien, si podemos usar los pensamientos a nuestro favor, lo haremos.

Existen otras metáforas de difusión que sirven para ejemplificar lo mismo; cómo a la hora de hablar de los correos que se encuentran en nuestro buzón de “spam”; el ver anuncios en nuestras redes sociales; o comerciales en la televisión. Podemos seguir usando los medios electrónicos, pero siempre nos encontraremos con cosas que no deseamos leer o ver. Cuando aparezcan, tenemos opciones: prestarles atención o ignorarlas. No estamos obligados a ver el correo, el anuncio o la publicidad. Tenemos la opción de siempre ignorarlo o eliminarlo.

Otra estrategia de difusión es aprender cómo notar las cogniciones. Este es considerado el primer paso de difusión, notar las cogniciones de forma consciente. Especialmente ya que en la clínica nos topamos constantemente con personas que mencionan que no tienen pensamientos o no saben realmente en qué están pensando. A partir de lo anterior, se les explica que “todo lo que se dice o se escribe es un pensamiento”. Los pensamientos que se dicen en voz alta son conocidos como “discursos”; cuando se escriben, “texto”; pero cuando se mantienen en nuestra mente, se llaman “pensamientos”.

Para este ejercicio, se le pide al paciente que se siente por un momento en silencio y que solo note lo que quiere decir en ese preciso momento. Otra forma para lograr el mismo resultado es dándole una hoja de papel y un lapicero y pedirles que escriban todo lo que les gustaría decir. Pueden escribir “no quiero decir nada”, “no tengo nada que escribir”, “esto está muy extraño”, etc., ya que al final de cuentas siguen siendo pensamientos que tienen en este momento. El objetivo de estos ejercicios es llevar a los pacientes a aprender y ayudarles a escuchar y observar sus pensamientos.

Una vez realizados estos ejercicios, se puede continuar a capacitar a los pacientes a desarrollar habilidades de difusión más complejas. El primer ejercicio es conocido como “estoy teniendo el

pensamiento de que...”. En este, se le pide al paciente que elija un pensamiento y que lo ponga en una breve oración, bajo el formato: “Yo soy/yo no soy...”. Por ejemplo, “Yo soy muy miedosa” o “Yo no soy inteligente”. Por unos cuantos segundos, se debe de dejar que los pensamientos se enganchen y que uno se permita a creer en ellos. Se le dice al paciente que le entreguen toda su atención a ese pensamiento. Y lentamente, que se repitan constantemente ese pensamiento, pero esta vez, que le agreguen el siguiente componente: “Yo estoy teniendo el pensamiento de que soy.../yo estoy teniendo el pensamiento de que no soy...”. Una vez que se repitan la frase unas cuantas veces, se les pide que realicen lo mismo agregándole otro componente más: “Estoy notando que estoy teniendo el pensamiento de que soy...”.

Cuando se concluye el ejercicio, se abre un espacio para conversar respecto a lo realizado. Se le pregunta al paciente el cambio que vieron en el pensamiento. Al explorar más sobre lo que le pasó al pensamiento, se puede preguntar si lograron apartarse o crear una separación de él. Se puede preguntar si siguen creyendo en el pensamiento con la misma fuerza que antes.

Otro ejercicio que se puede realizar es “nombrando el tema”. En él, se les entrega una hoja de papel al paciente. En un lado deberán de escribir algún pensamiento clave que tiende a ser un tema recurrente en la vida del paciente. Sosteniendo el papel con la lista de pensamientos difíciles se le dice al paciente: “Entonces estas cosas tienden a aparecer e impedir tu proceso de recuperación, ¿cierto?” Se le da un espacio al paciente para que pueda responder. Identificando el dominador común entre los pensamientos, se les pregunta si “Es normal todavía llamarlo el ‘XXX’ tema”.

Se le da la vuelta a la hoja y el terapeuta escribe frases que pueden ayudar al paciente con el proceso de recuperación, las cuales leerá en voz alta. “Entonces en el otro lado, voy a escribir frases que espero que te ayudarán a desengancharte. Esto será un experimento, el cual espero que sea de ayuda. La primera parte, es pedirte que leas todos los pensamientos, en silencio, y dejas que realmente te enganchen. Una vez concluida la primera parte, le darás vuelta a la hoja y leerás en tu mente la frase que he escrito. Apenas hagas eso, me avisas y me dices que pasó.

Se le da un espacio al paciente para que reconozca esos pensamientos. Se les da un espacio para que tomen consciencia de este preciso momento y lo que están experimentando. Se le pide al paciente que diga un número entre 0-10 respecto a qué tanto ciertas considera que son las frases escritas y que tanto sigue creyendo en los pensamientos escritos.

Por último, se le enseña al paciente un ejercicio para agradecer a su mente. Este ejercicio colabora en el proceso terapéutico cuando la mente del paciente empieza a decirse a sí mismo pensamientos negativos y de culpa. El ejercicio consiste en decirse a sí mismo “gracias mente. Se que estás tratando de cuidarme y protegerme. Pero está bien...puedo enfrentar esta situación”. Si la mente responde con otra frase negativa, se le contesta lo siguiente: “Gracias por compartir”. La intención de este ejercicio es no debatir, no defenderse, no dejar que la mente lo lleve a uno a un argumento o discusión. Es simplemente usar el humor para eliminar y quitarle importancia a los pensamientos negativos. Cada vez que la mente quiere jalarlo a uno a los pensamientos negativos, solo hay que agradecerle.

Estrategias de flexibilidad cognitiva (Eifert & Forsyth, 2005; Stoddard & Afari, 2014; Harris, 2021).

La flexibilidad cognitiva hace referencia a la habilidad de poder estar presente, enfocados y comprometidos en lo que se está realizando en el momento. Es la capacidad de poder abrirse completamente a la experiencia, permitiendo que nuestras cogniciones y emociones sean como en el momento. Es decir, estar presentes y abiertos a la posibilidad de experimentar y realizar cambios. (Harris, 2021).

Existen algunas estrategias para promover y facilitar el desarrollo de la flexibilidad cognitiva. Una de ellas se centra en observar el flujo de los pensamientos. Cuando estamos con pensamientos rumiantes, preocupación o con obsesiones, tendemos a perdernos de muchas cosas que pasan en nuestro alrededor. Muchas veces no le prestamos atención a las cosas que están pasando entre nosotros. Es como si nuestro pensamiento estuviera navegando en un río, se va y no hay forma de cómo detenerlo. Por ende, es importante aprender a cómo retroceder unos cuantos pasos del río y ver cómo fluye sin nuestros pensamientos. Esto básicamente es la realidad de nuestros pensamientos: no los podemos prevenir que aparezcan, pero podemos aprender a dejarlos que floten sin necesidad de que estén bajo control.

Podes preguntarte cómo salir del río. La idea aquí es aprender a reconocer que has caído en la trampa del pensamiento y que has caído en la corriente del río. Se hará el siguiente ejercicio con el paciente.

- En este momento te voy a pedir que empieces a preocuparte, lo más que podas, al punto en donde te has enredado entre todos tus pensamientos. Cada 20 segundos, voy a ponerle

pausa a la situación y te voy a pedir que te detengas por 20 segundos. Y así sucesivamente por unas seis rondas, aproximadamente tres a cuatro minutos. ¿Está bien?

- Se le da tiempo para que responda.
- Perfecto. Empieza a familiarizarte con el ejercicio. Iniciaremos con pensar y soñar despiertos y luego procederemos a preocuparnos. Se le pide al paciente que piense en algo normal, como un libro, una película, un evento emocionante; una situación o un tema que le apasione o le genere bienestar. Después de veinte segundos de estar pensando en positivo, se le dice al paciente “Y pausa. ¿Qué pasaba por tu mente?”
- Paciente responde y comenta su experiencia.
- Perfecto. Hay una elección por tomar en este momento. Una opción es volver a tirarse al río y otra es elegir estar presente. Si eliges la segunda opción, ¿qué puedes hacer que te ayude a realizar esto?
- El paciente puede responder alguna estrategia enseñada previamente o mencionar que ver a su alrededor.
- Se refuerza al paciente. “Así es, reconoce cualquier pensamiento que esté presente en este momento...y al mismo tiempo, nota lo que puedes ver y escuchar a tu alrededor...realiza un pequeño estiramiento...y nota como vos y yo estamos trabajando en conjunto.
- Es como estar bajando el ancla.
- Repitamos el ejercicio nuevamente. Soñemos despiertos por unos cuantos segundos...y PAUSA. ¿Qué pensamientos se te vienen a la mente? (Se le da un momento para que

conteste). Listo, nuevamente hay una elección por tomar – esos pensamientos están presentes en este momento y puedes 1) relacionarte con ellos o conmigo. Puedes tirarte al río o mantenerte presente. Intenta mantenerte presente por unos cuantos minutos.

Otra estrategia que se le puede enseñar al paciente es otorgarle un tiempo establecido en el cual puede permitirse preocuparse. Es decir, designarle unos 15-30 minutos diarios a preocuparse. En un momento y espacio fijo, en donde lo único que realizará es sentarse y permitirse preocuparse por todas las cosas y pensamientos que han pasado durante el día. En el resto del día, si hay pensamientos que aparecen, se le pide al paciente que se diga a sí mismo “no me voy a preocupar en este momento, lo haré en mi espacio de preocupación.

Otro recurso que se le puede enseñar a los pacientes para fomentar la flexibilidad psicológica es una llamada “Los Grandes Tres: Escribir, Moverse y Expandir Consciencia”. A continuación, se describe el siguiente ejercicio:

- En la fase de escribir, se le pide al paciente que escriba todos los pensamientos que le generen una sensación de distancia, separación y evitación. Y se le dice lo siguiente:
 - Aquí están tus pensamientos: puedes verlos en blanco y negro. Sin embargo, no tienen control sobre lo que vos haces. Entonces, ¿qué es lo siguiente que harás?
 - Se le da espacio para que el paciente conteste.
 - Entonces...¿esos pensamientos están aquí? (Se apunta a la hoja). No te gustan, no los quieres ¿cierto? Pero, aun así, aquí están. Entonces la siguiente pregunta es: ¿Qué harás ahora? Con esos pensamientos presentes, puedes hacer cosas que harían tu vida mejor, o puedes realizar cosas que te la pueden empeorar. Por

ejemplo, supongamos que quieres que la sesión de terapia salga mal. ¿Qué podrías hacer?

- Se le da espacio para que el paciente conteste.
- Entonces aquí está la situación: en cada momento, hay una decisión por tomar. Podemos hacer algo que lo empeore o lo mejore. Esto aún en los momentos en donde pensamientos y sentimientos difíciles están presentes. Y yo no espero que tu mente esté de acuerdo conmigo, sino que espero que tu mente te diga algo como “eso no es verdad”, y que te repita los comentarios negativos (señalar la hoja de papel) que has escrito aquí. ¿De causalidad está realizando eso?
- Se le da espacio para que el paciente conteste.
- Es probable que sea cierto porque eso es lo que la mente realiza. Tu mente nunca va a estar de acuerdo conmigo respecto a esto. Lo bueno aquí es que, no tiene que. A lo que quiero llegar es: para que invertir tiempo tratando de convencerla a pensar como yo si lo que vamos a hacer es gastar energía y tiempo.
- Fase de movimiento físico
 - Nota estos pensamientos presentes que has escrito en la hoja de papel (señalar hoja) ...y nota que no controlan tus manos ni tus pies. Ve a ver si es cierto: mueve los brazos y tus manos. Si ves...vos estás en control de tus actos.

- Fase de expandir consciencia.
 - Entonces...nota como estos pensamientos están aquí...y cómo sin intentar ignorarlos o distraerte, ve a ver si podés expandir tu consciencia...que más podés notar aquí, además de esos pensamientos. ¿Qué logras ver, escuchar, tocar, saborear, oler?
 - Si notas, hay muchas cosas sucediendo en este momento. Tantas cosas que podés ver, escuchar y tocar, además de todos esos pensamientos. Entonces, la pregunta aquí es, ¿qué tanta atención y energía le quieres invertir a esos pensamientos? Si te dicen algo que es importante y valioso que van a mejorar tu vida, vamos a querer darle uso a esos pensamientos. Pero si no están haciendo nada positivo o constructivo, ¿por qué no dejarlos que estén ahí sentados, esperando...y más bien le designamos energía y atención a algo que te haga bien?

Estrategias de relajación (Harris, 2021).

Ejercicio de visualización: “Compasión con mi niño-yo

- Estás a punto de realizar un ejercicio de imaginación. Algunas personas logran visualizarlo de forma vívida, con imágenes coloridas; otros logran ver las imágenes de forma más vaga, borrosa y confusa; mientras otros no logran crear una imagen, basándose en palabras e ideas. Como lo imagines está bien.
- Vas a imaginarte viajando en el tiempo, visitando de versión joven. Imagínate en un tiempo en donde estabas pasando dificultades, y las personas a tu alrededor, por algún

motivo, no lograban darte el cuidado y apoyo que necesitabas. Esto puede ser cuando eras un niño o cuando te encontrabas en tu adolescencia o adultez joven.

- Encuentra una posición y deja caer el ancla: reconoce qué es lo que está pasando en tu mundo interior...conecta con tu cuerpo, movimiento, estiramiento, respiración...relacionate con el mundo a tu alrededor...notando lo que puedes ver, escuchar, oler y tocar.
- Ahora, cerrando los ojos o encontrando un punto fijo, permítete imaginar.
- Imagínate entrando en una máquina del tiempo, la cual no voy a describir – con el fin de que pueda ser como vos te la imaginas: un portal, una luz brillante, una máquina metálica, o solo un sentimiento de algo que aún no puedes visualizar.
- Cuando estés adentro, imagínate viajando en el tiempo, visitando a tu niño-yo. Encuentra ese “niño-yo” en algún momento en su vida en el cual estaba pasando por alguna dificultad – y los adultos a su alrededor, no podían darle el cuidado, cariño y apoyo que necesitaba.
- Ahora sal de la máquina del tiempo y establece contacto con tu versión joven. Dale un buen vistazo a ese joven (adolescente o adulto joven) y agarra una sensación de lo que están pasando por. ¿Está llorando? ¿Está enojado o con miedo? ¿Sienten culpa o vergüenza? ¿Qué es lo que esta persona necesita: ¿Amor, cariño, compasión, perdón, aceptación?

- Con un tono de voz tranquilo, gentil y con compasión, dile a esa versión tuya que sabes qué es lo que sucedió, que sabes por lo que están pasando y lo mucho que están sufriendo y doliendo en este momento.
- Dile a esta versión joven que le acompañarás a sobrellevar este momento difícil en su vida y que ahora es solo una memoria distante.
- Dile a este niño que estás aquí, que sabes realmente lo mucho que duele y que lo que quieres es poderle ayudar de cualquier forma que podas.
- Pregúntale a esta versión tuya que si hay algo que necesita o quiere de vos en este momento – y lo que sea que te digan, dáselo. Si te piden que lo lleves a un lugar especial, adelante, llévalo. Ofrecele un abrazo, un beso, palabras de cariño o un regalo de algún tipo. Has este ejercicio en tu imaginación, para que, de esta forma, podas darle lo que sea que te esté pidiendo, aún si es imposible dárselo en la vida real. Si este niño-yo no sabe qué es lo que quieren, o no confían en vos, déjale saber que está bien; que no tienen que decir o hacer nada.
- Dile a esta versión tuya cualquier cosa que pienses que necesita escuchar para ayudarlo a entender lo que pasó – y para ayudarlo a darle fin al sentimiento de culpa.
- Dile que estás aquí para lo que necesite, que te importa, y que harás lo que sea que podas para ayudarlo a enfrentar esta situación.
- Rádiale cariño, compasión hacia esta versión joven de vos mismo de la forma que pensés que le podés ayudar, sea por medio de: palabras, gestos, actos – o si prefieres, por medio de magia o telepatía.

- Una vez que tenes una sensación de que tu versión joven ha aceptado que le quieres y que deseas darle cariño, es tiempo para despedirte. Dale un regalo que de una forma simbolice la conexión entre ustedes dos.
- Despedite y déjale saber que volverás un día a visitarle. Vuelve a entrar en tu máquina del tiempo y regresa al presente. Y ahora, volvemos a anclarnos, prestándole atención a los sonidos a tu alrededor, al espacio en el cual te encuentras, los aromas que logras percibir, y las texturas que puedes sentir.
- Lentamente mueve los dedos de tus manos, de tus pies, abriendo los ojos y parpadeando, vuelvo a reconectarme con el presente...

A la hora de exponer memorias:

Es importante que cuando se le pide al paciente que exponga memorias de situaciones traumáticas se le otorgue momentos en donde pueda tomar descansos, hablar de temas positivos y significativos del paciente. Esto como forma de tomar un respiro del recuerdo, distraer la mente y tener una mente clara para poder retomar nuevamente el relato contado. Otra recomendación es realizar un pequeño ejercicio de relajación muscular progresiva. (Harris, 2021).

Plan de tratamiento:

Las sesiones de dicho plan de tratamiento tienen pensado tener una duración de 10-16 sesiones, cada una de 50-90 minutos. Dependiendo del avance o de la necesidad del paciente, habrá la necesidad de recortar o alargar el protocolo establecido. A continuación, se detallarán los puntos a seguir. Pueden y deben de ser modificados según el caso y necesidad del paciente, pero

servirán como una ayuda de cómo guiar las sesiones, según las propuestas del TPC (Chard, 2012; Resick et al., 2017) y la Terapia de EP (Foa et al., 2007).

Los materiales para las tareas podrán ser encontrados [aquí](#).

Sesión 1

Objetivo de la sesión:

- Entender qué es el TEPT, por qué se quedaron atorados en el proceso de recuperación y explicar el modelo de intervención.
- Se realiza entrevista motivacional para incentivar al paciente a seguir en el proceso terapéutico.

Pasos de sesión 1

- Establecer agenda.
 - Es muy importante iniciar todas las sesiones estableciendo la agenda de la sesión programada, debido a que le deja saber al paciente qué esperar durante la sesión y qué ejercicios se van a realizar para reducir ansiedad.
- Describir los síntomas de TEPT y la teoría de cómo las personas se estancan en la recuperación.
 - Tomar en cuenta los criterios del DMS y el ICD-10.
 - Describir la naturaleza de la recuperación de un evento traumático.

- Importante mencionar: Personas con TEPT detienen la naturaleza de la recuperación al evitar todas las emociones, pensamientos y reacciones del trauma.
 - Si tienen una tendencia de actuar de esta forma antes del trauma, puede afectar aún más el proceso de recuperación.
 - Entender bien el papel de la evitación en el mantenimiento de los síntomas de TEPT. Es importante que el terapeuta logre y detenerlos cuando se hagan presentes.
 - El terapeuta deberá de examinar los pensamientos que tiene el paciente respecto a las causas y consecuencias del evento traumático.
- Describir la teoría cognitiva
 - Se brinda psicoeducación respecto a los procesos cognitivos, la forma de categorizar eventos y los conceptos.
 - Se les explica la teoría del mundo justo.
 - Pensar que las cosas buenas le pasan únicamente a personas buenas y cosas malas a personas malas.
 - Es importante que el terapeuta desmitifique esta idea para poder iniciar a crear cambios en el paciente.
 - Psicoeducación de teoría de aprendizaje por experiencias y por imitación y cómo esto influye en las consecuencias y conductas realizadas después de un trauma.

- Conversar respecto a las emociones usuales y esperables tras un evento traumático e identificar aquellas percibidas por el paciente.
- Se le explica al paciente que la mente tiene que reconciliar lo vivido junto con los pensamientos y creencias previos al incidente.
- Para poder empezar con el proceso de recuperación, el paciente debe tener presente que esto consiste en cambiar las creencias negativas de uno mismo y el mundo de forma que pueda incluir esta nueva información. Aprender y aceptar que el evento traumático puede suceder y hay sucesos que no podemos evitar o controlar.
- Se vuelve a introducir el papel de las emociones en la recuperación de un trauma.
 - Se le explica al paciente la respuesta de “*Fight-flight-freeze*”
 - Se les presenta una explicación neurológica de lo que sucede en la respuesta de “fight-flight” al detectar un peligro.
 - Relación cíclica entre la amígdala y área prefrontal. Cuando uno responde fuerte la otra se debilita.
 - Se les brinda la definición de las emociones manufacturadas (emociones secundarias: “Son emociones producidas por pensamientos”).
 - Se puede usar la metáfora de un incendio:
 - Entre más madera le agregamos al incendio, más fuerte se vuelve. Pero en el momento que dejamos de darle importancia, el fuego se irá debilitando

hasta que se apague. Lo mismo sucede con los pensamientos. Entre más atención le damos, y entre más tratamos de controlar nuestras emociones, más fuerte se convierte.

- Revisar brevemente el índice del trauma.
 - Se determina el evento traumático que está generando mayor problema y disfuncionalidad en este momento.
 - Muchas personas con TEPT han pasado por más de un evento traumático, y no necesariamente el último es el que le esté generando mayor malestar; por ende, es importante identificar aquel que le esté generando mayor malestar en este momento.
 - Se revisan todos los eventos reportados como traumáticos. Se le pueden preguntar:
 - ¿Hay otro evento que dejaste por fuera desde el inicio del proceso terapéutico y que te esté generando malestar en este momento?
 - ¿Cuál evento te genera mayores pesadillas o tiende a aparecer en tu mente cuando menos te lo esperas?
 - Ya determinado el trauma, se le pide al paciente que realice un breve resumen de lo sucedido (5 minutos máximo).

- Es importante que el paciente no narre la historia con mucho detalle. Sino que realice un breve resumen de lo sucedido con el fin de que el terapeuta pueda entender qué es lo que pasó.
- Esto previene que la persona abandone el proceso terapéutico o que piense que se le está juzgando por los hechos.
- Describir el curso de la terapia.
 - Se le explica al paciente que la primera mitad de la terapia se va a enfocar en el trauma, determinando las creencias y pensamientos que se ha tenido del suceso.
 - Se le menciona superficialmente las tareas que se le va a pedir que haga.
 - Se le adelanta al paciente que en algunas ocasiones se le pedirá que escriba acerca del evento traumático, como forma de exponerse ante el suceso.
 - Se comenta sobre la importancia que se exponga paulatinamente a lugares, situaciones, eventos que ha evitado desde el incidente del trauma. Dejándole saber que se realizará una jerarquía previamente y que será algo que se irá realizando junto con el terapeuta.
- Tarea.
 - “Declaración de impacto”
 - Se le explica al paciente que deberá de realizar un pequeño ensayo que describe las razones por las cree que el evento traumático sucedió y las

consecuencias percibidas a causa del trauma, especialmente en términos de sus creencias sobre si mismos, otros y el mundo.

- Se le pide que escriba una página comentando por qué piensa que el evento traumático ocurrió. No se le pide que ponga detalles específicos del suceso, sino que escriba lo que ha estado pensando sobre la causa del evento.
 - Pueden considerar los efectos que ha tenido sobre las creencias de uno mismo, otros y el mundo. Tanto en: seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad.
 - El ensayo deberá de tener un largo de 1-2 páginas y es indispensable que traiga el ensayo a la siguiente sesión.
- Revisar las reacciones del paciente ante la sesión.
 - Se les pregunta cómo se sintieron durante la sesión y si tienen alguna pregunta respecto al modelo terapéutico, las actividades que se estarán realizando, respecto a la tarea asignada.
 - Es importante evaluar los pensamientos que está teniendo el paciente para poder aclarar dudas y construir un mayor rapport y compromiso con el proceso terapéutico.

Sesión 2

- En cada sesión de por medio, se le pasa al paciente la prueba de autoreporte utilizada en la fase de evaluación. El paciente puede rellenar la prueba mientras se encuentra en la sala de espera. Al inicio de la sesión, se revisan los puntajes del auto-reporte rápidamente.
- Se presenta la agenda de la sesión al paciente.
- Se le pide al paciente que lea el ensayo que escribieron de tarea en voz alta. El terapeuta deberá de asistir al paciente a identificar los “puntos de estancamiento” en el discurso.
 - Los puntos de estancamiento son pensamientos y creencias erróneas que surgen a partir del trauma.
 - Importante iniciar la sesión revisando las tareas, no realizando preguntas abiertas que pueden desviar la importancia de las tareas.
 - Se lee el ensayo en voz alta.
 - Prestarle atención a los puntos de estancamiento que tiene el paciente en su discurso, aquellos que interfieren con la aceptación del evento y las creencias sobre generalizadas y extremas que tienen.
 - Apuntar todos los puntos de resistencia que interfieran con el proceso.
 - Se aumenta la motivación al cambio en el paciente.

- **IMPORTANTE:** Si no completaron la tarea, es indispensable comentarle al paciente la no adherencia al tratamiento y la importancia de realizar cada una de las tareas.
 - Se le pregunta al paciente las razones por las cuales no realizó la tarea.
 - Realizar la tarea en voz alta de lo que hubieran escrito si hicieran la tarea.
 - Se le vuelve a dejar la tarea al paciente junto con la siguiente tarea asignada.
 - Se pregunta al final de la sesión qué podría hacer para motivarse y empezar a realizar las tareas asignadas.
- Junto con el paciente, se empiezan a identificar y reconocer las conexiones entre eventos, pensamientos y emociones y diferenciar entre evidencia y pensamientos.
 - Se acompaña a identificar y nombrar los pensamientos y emociones que tiene el paciente en este momento.
 - Se habla sobre emociones básicas, dándole espacio al paciente para que brinde ejemplos de situaciones en las que se han sentido diferentes emociones.
 - Se toma en consideración las reacciones físicas que han percibido al sentir diferentes emociones.
 - Reconocer las emociones que sienten, tanto emociones básicas como manufacturadas.
- Se exploran las dinámicas familiares asociadas con el incidente de trauma.
- Introducir al trabajo de ABC

- Se les explica la relación entre “Acontecimiento activador”, “Interpretación” y “Consecuencia”
- Describir y discutir los “puntos de estancamiento” a profundidad y se revisa la lista creada a partir de la declaración de impacto.
- Tarea
 - Se le asigna al paciente que realice un autorregistro sobre la relación entre eventos, pensamientos, sentimientos.
 - Se le pide al paciente que realice una revisión de cómo el abuso sexual ha afectado sus creencias de sí mismo, otros y el mundo. Esto lo deberá de escribir en un diario todos los días hasta la siguiente sesión.
- Reacciones de la sesión y la tarea

Sesión 3

Consideraciones de esta sesión:

- Es importante que el paciente identifique los eventos, pensamientos y sentimientos y la relación que tienen unos con los otros.
- El terapeuta debe ser paciente con el proceso y debe permitir que el paciente entre en razón con el suceso y sus emociones por cuenta propia; en vez atribuirlo al pensamiento que pueda tener el terapeuta

- Se revisar la tarea.
 - Si el paciente no ha realizado la tarea inicial de la “declaración de impacto” ni el trabajo con las hojas de registro de ABC, el terapeuta y el paciente deberán de tener una conversación respecto a la motivación de seguir con el proceso.
 - Si el paciente no trajo la “declaración de impacto” a la segunda sesión, pero si lo trajo a la tercera, se deberá de reforzar la mejora en la adherencia al tratamiento.
Se lee el ensayo en voz alta.
 - Si el paciente no trajo las hojas de registro ABC a esta sesión, se deberá conversar respecto a la importancia de realizarlos y su propósito; al igual que la motivación de continuar el proceso. Es importante determinar si hay resistencias relacionadas al proceso terapéutico.
- Revisar las hojas de registro ABC. Con el uso de estas hojas, se examinan los eventos, pensamientos y emociones relacionados con el trauma.
 - Se inicia revisando las hojas de ABC, si es que el paciente las trae a la sesión.
 - El terapeuta deberá de considerar varias cosas:
 - Es común que el paciente escriba pensamientos como sentimientos. Es importante diferenciar el concepto de sentimientos y pensamientos.
 - Se debe de motivar al paciente a escribir realmente lo que piensan y sienten, en vez de escribir lo que consideran que es socialmente aceptable.

- El terapeuta deberá de considerar si una emoción dominante se repite varias veces.
 - Se identifican las resistencias y sentimientos de culpa que pueda tener la persona y se agregas al registro de “puntos de estancamiento”.
- Se introduce la noción de que uno puede cambiar los pensamientos, lo cual llevará a cambiar la intensidad o el tipo de emoción que experimentamos.
- Se empieza a cuestionar los pensamientos asimilados respecto al índice del evento traumático.
 - Al revisar las tareas, se inicia a realizar diálogos socráticos con la información propiciada por medio de las hojas de trabajo y las resistencias identificadas.
 - Se trabajan con los pensamientos asimilados.
- Tarea
 - Continuar realizando las hojas de registro de ABC, realizándolo únicamente con el evento traumático principal.
- Revisar la reacción del paciente en la sesión y con la tarea

Sesión 4

- Pasar prueba psicométrica utilizada en fase de evaluación y en la segunda sesión.
- Revisar el registro de puntos de estancamiento y tarea asignada en sesión previa.

- Todos los pensamientos que interfieren con el proceso terapéutico deberán de ser registrados en la hoja de “puntos de estancamiento”.
- Sentimientos de culpa hacia otras personas también son considerados “puntos de estancamiento”.
- La elucidación de pensamientos de asimilación deberá ser seguida por diálogo socrático.
- Una vez que las emociones hayan sido identificadas, el terapeuta empieza a preguntar acerca de la forma distorsionada de pensar respecto al trauma.
- Se le pide al paciente que escriba por 15 minutos seguidos sobre el incidente más traumático que ha tenido, o el que le esté generando mayor malestar en este momento. Se le pide que lo lea en voz alta cuando lo haya finalizado.
 - Se identifican nuevos puntos de estancamiento a partir del discurso.
- Con el uso del diálogo socrático, se discuten los “puntos de estancamiento” del paciente para clarificar y examinarlos. Se identifica el contexto en el cual el índice del trauma ocurre y cómo el paciente diferencia entre la culpa, la responsabilidad y lo imprevisto.
 - Gran parte de esta sesión se centra en el diálogo socrático, enfocándose en el trauma en sí.
 - Se inicia a realizar preguntas de aclaración para comprender el problema y determinar si los puntos descriptivos que presenta el paciente son realmente datos o, si bien, son “puntos de estancamiento”.

- El objetivo es poder reconocer que los pacientes pueden tener un aviso empobrecido que impide reaccionar ante el peligro, y terminan teniendo poco tiempo para tomar decisiones o actuar ante problemas.
 - El terapeuta deberá de centrarse en la causa del trauma y las creencias que tiene el paciente respecto a ello. Si queda tiempo en la sesión, se trabaja en otro punto de estancamiento.
 - Los “puntos de estancamiento” de asimilación que se tienden a ver en pacientes con trauma incluyen: un sesgo retrospectivo, un razonamiento centrado en resultados y una incapacidad de diferenciar entre la intención del acto, la responsabilidad y lo impredecible.
 - Se le explica al paciente que la culpa no es de uno cuando uno no anticipó el problema y se conversa al respecto.
 - Es importante que el terapeuta ayude al paciente a cambiar su lenguaje, la forma de describir el suceso y parar de usar frases como “es mi culpa” o “me culpo a mí mismo”.
 - Los pacientes deberán de llegar a realizar que ellos, en cierta forma, colaboraron en que el evento ocurriera, pero no son la causa de esos eventos. Es importante dejar claro que ellos no tenían la intención que el suceso ocurriera.
- Introducir el trabajo de “Preguntas de discusión”.

- Es importante dejar suficiente tiempo en la sesión para introducir el nuevo material y ayudar al paciente a practicarlas antes de que la sesión finalice. De esta forma, podrán aclarar cualquier duda que puedan llegar a tener antes de iniciar a realizar el trabajo en casa.
- El objetivo del trabajo con “Preguntas de discusión” es para que los pacientes empiecen a desafiar sus propios pensamientos de su trauma, y luego en sus creencias rumiantes respecto a ellos mismos, otros y el mundo.
- Tarea
 - Deberán de realizar de tarea todos los días la hoja de “Preguntas de discusión” en un “punto de estancamiento” descrito en la lista elaborada por ellos mismos.
 - Deberá de volver a escribir el incidente traumático, agregándole mayores detalles de las sensaciones. Se le pide al paciente que lo lea todos los días.
- Revisar la reacción del paciente en la sesión y con la tarea

Sesión 5

- Revisar la tarea asignada en la sesión pasada.
 - Se vuelve a leer el ensayo de impacto, identificando nuevos puntos de estancamiento y aquellos que se siguen manteniendo.
 - Se revisan las hojas de “Preguntas de discusión” y se registra la cantidad de hojas que realizó.

- Se identifican los puntos de resistencia que fueron trabajados y cuales fueron evitados.
- Se conversa respecto a las razones por las cuales se evitaron ciertos puntos de estancamiento y se conversa respecto a la importancia de trabajar en ellos.
- Se introduce el material complementario de los patrones problemáticos del pensamiento.
 - Una vez revisada la tarea, el terapeuta introduce el siguiente trabajo a realizar: Hoja de Patrones problemáticas de pensamiento.
 - En vez de centrarse en un “punto de estancamiento”, el trabajo ayuda a que el paciente identifique tendencias en su forma de pensar que se considera problemático.
 - Se revisa la hoja de trabajo junto con el paciente y se le pide al paciente que piense en algún “punto de estancamiento” o alguna reacción de eventos diarios que encajen con alguno de estos patrones.
 - El terapeuta describe cómo estos patrones pueden convertirse automáticos, creando un sentimiento negativo y haciendo que el paciente actúe de forma contraproducente.
- Tarea
 - Como tarea, se le pide al paciente que complete una copia del trabajo “patrones de pensamiento problemáticos” todos los días hasta la siguiente sesión.

- Los patrones de pensamiento pueden ser tomados de eventos cotidianos o del registro de “puntos de estancamiento”.
- El objetivo es poder descubrir si el paciente tiene tendencias en un área específico o si es algo más “generalizado”.
- Revisar la reacción del paciente en la sesión y con la tarea

Sesión 6

- Revisar la tarea y los autoreportes.
 - Se vuelve a pasar una escala de autoreporte para ver el avance o cambios anímicos de la persona.
 - El terapeuta deberá continuar enfocándose en eventos del índice de trauma y en pensamientos asimilados.
 - Se presta atención a los síntomas reportados en la escala de evaluación.
 - Es importante revisar qué síntomas siguen siendo predominante en el paciente.
 - Se identifican los patrones de pensamientos problemáticos existentes.
 - Se discute con el paciente cómo estos patrones pueden estar afectando las reacciones al evento traumático o desarrollado alguna actitud particular ante el evento.

- Una vez que el terapeuta señala algún pensamiento problemático de pensamiento, se continúa recordando que su forma de pensar es errónea por medio de diálogo socrático.
- Se introduce el trabajo de pensamientos problemáticos, pidiéndole al paciente que lo complete con un ejemplo del trauma
 - Se trabaja por medio de la hoja de desafiando creencias, el cual se encuentra en el manual de TPC.
 - Es importante no agobiar al paciente con el ejercicio. Se le explica que el objetivo del ejercicio es identificar las herramientas que el paciente ha aprendido a lo largo de las sesiones y por medio de las hojas de trabajo propiciadas.
 - Es importante que el terapeuta enfatice que la intención de este ejercicio no es regresar a sus pensamientos previos; sino poder desarrollar pensamientos balanceados, adaptativos y realistas.
 - Es poder ayudar a que el paciente aumente y desarrolle una flexibilidad cognitiva a la hora de pensar.
 - Se intenta completar por lo menos una hoja de trabajo en la sesión para verificar que el paciente ha comprendido el ejercicio y aclarar las dudas que puedan surgir.
 - El terapeuta deberá de continuar priorizando pensamientos asimilados acerca del evento traumático.

- Se revisa la lista de “puntos de estancamiento” para identificar los pensamientos desadaptativos que aún se mantienen y descartar los que han cambiado.
- Tarea
 - Se le pide al paciente que realice una hoja de trabajo de “Desafiando creencias” por día, cambiando la creencia.
 - Se eligen los “puntos de estancamiento” de la lista que se necesita trabajar en casa.
 - Se le pide al paciente que nuevamente escriba el acontecimiento vivido, agregándole mayores detalles sobre las sensaciones, los pensamientos que tuvo, las creencias que tiene respecto al suceso.
 - Deberá de leer el acontecimiento todos los días.
- Revisar la reacción del paciente en la sesión y con la tarea

Sesión 7

- Revisar tarea.
 - Se le pide al paciente que lea lo que escribió respecto al tema.
 - Se estabilizan las emociones, se validan los sentimientos y se refuerza el valor y el trabajo realizado.
 - Revisando las hojas de trabajo realizadas de tarea, se le presta atención a los logros o los problemas encontrados a la hora de desafiar las cogniciones.

- Algunos pacientes tienen problemas o dificultades realizando los ejercicios, por lo que el terapeuta deberá de actuar como un entrenador, corrigiendo la tarea para que el paciente pueda obtener los mayores beneficios del ejercicio.
- Se revisa el material completado de pensamientos problemáticos, para determinar si el paciente entiende la asignatura y si ha logrado cuestionar algunos “puntos de estancamiento” relacionados con el trauma.
- Se introduce el trabajo que se realizará con los cinco temas/módulos específicos que se discutirán en las siguientes sesiones.
 - Los temas por desarrollar serán: seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad.
 - Se le explica al paciente que se presentará cada tema en la sesión correspondiente, para trabajar los “puntos de estancamiento” correspondientes a cada uno de los temas.
- Se introduce el primer tema: “Seguridad”.
 - Se le explica al paciente el papel que tiene la seguridad en el trauma, especialmente en aquellos traumas producto de un abuso sexual.
 - Se le pide al paciente que describa sus creencias previas.
 - El terapeuta deberá ayudar a determinar si las creencias previas son reforzadas o descartadas por el evento traumático.
 - Se reconoce cómo los pensamientos y emociones influyen el comportamiento.

- En esta sesión es importante que el terapeuta ayude al paciente a diferenciar si las prácticas de seguridad ejercidas son prudentes o si tienden a ser evitativas.
- Se trabaja desarrollando prácticas seguras para prevenir nuevos eventos traumáticos.
- El terapeuta deberá de ayudar al paciente a reconocer las autoafirmaciones consideradas problemáticas que tengan relación con la seguridad.
 - Se proponen alternativas que generen menos miedo.
- Se usa dialogo socrático para valorar probabilidades de ocurrencia.
- Se identifican aspectos evitados por tema de seguridad y prevención. Se conversa la posibilidad de exponerse ante alguna situación que no peligre.
- Tarea
 - Se le brinda el material de “Módulo de cuestiones de seguridad” para reforzar la psicoeducación del tema de la sesión.
 - Se realiza un trabajo en “desafiando creencias” enfocado en el tema de SEGURIDAD antes de la siguiente sesión.
 - Para esto, es importante tener identificados los “puntos de estancamiento” relacionados con el tema.
 - Exponerse a algún espacio o a realizar alguna actividad evitada por miedo del abuso.

- Revisar la reacción del paciente en la sesión y con la tarea.

Sesión 8

- Se aplica prueba de autoreporte y se revisa la tarea asignada.
 - Se le pregunta al paciente cómo le fue exponiéndose al espacio o realizando la actividad evitada.
- Revisar el material elaborado para “cuestionar los pensamientos” relacionado con el tema de seguridad y otros “puntos de estancamiento”.
 - Se revisa el trabajo en “Cuestionando Creencias”.
 - Se discuten los logros y los problemas no resueltos en los pensamientos arraigados.
 - Se revisan las hojas de trabajo en “Seguridad”.
 - Tomar en cuenta: Los problemas de seguridad usualmente se centran en probabilidades.
 - Cuando un terapeuta está ayudando al paciente con el trabajo en “Cuestionando Creencias”, es importante que motive al paciente a editar las hojas de trabajo durante la sesión.
 - Esto con el objetivo de que el paciente tenga nuevas hojas y las mejore y que las revise una vez estando en casa.
 - Se cuestionan la probabilidad de que un evento vuelva a ocurrir.

- Una vez completada la hoja de trabajo en cuestionando creencias, trabajadas en la sesión, el paciente deberá de releer la hoja de forma regular para que el razonamiento sea interiorizado.
- Introducir el tema de “Confianza”
 - Durante el último tercio de la sesión, el terapeuta introduce el tema de confianza
 - Se revisa el material del Módulo de Problemas de Confianza
 - Se le brinda psicoeducación al paciente sobre el papel de la confianza en el trabajo terapéutico y cómo este es un tema influenciado por el trauma.
- Tarea
 - Se le entrega al paciente la información de Problemas de Confianza para reforzar la psicoeducación brindada.
 - Se identifican los problemas que involucran la confianza hacia uno mismo u otros que se presentan en el discurso, en comportamientos o en los “puntos de estancamiento”.
 - Se le pide al paciente que realice un ejercicio en confianza antes de la siguiente sesión usando las hojas de cuestionando creencias.
 - Si no hay “puntos de estancamiento” relacionados con confianza, el paciente deberá de trabajar en hojas de trabajo en puntos resistentes identificados en eventos relacionados con el trauma

- Revisar la reacción del paciente en la sesión y con la tarea

Sesión 9

- Revisar tarea
 - Se revisa el material de cuestionar pensamientos relacionado con la confianza u otros “puntos de estancamiento”.
 - Se continúa trabajando con diálogo socrático para presentar formas alternas de pensamiento.
- Se conversa respecto a diferentes tipos de confianza, para que el paciente vea que hay muchos tipos y que hay algunos más importantes que otros.
 - El terapeuta ayuda a que el paciente explore la idea de que la confianza se encuentra en un continuum y es multidimensional, con diferentes tipos/niveles de confianza según la persona.
 - Se pueden debatir las creencias utilizando el dialogo socrático.
 - Es importante que el terapeuta se asegure que el paciente ha buscado “puntos de estancamiento”, relacionados con la confianza hacia sí mismo u otros, debido a que la autculpa puede llegar a generar una inhabilidad de confiar en otros.
 - Es importante trabajar junto con el paciente respecto a las reacciones que pudieron tener los familiares al enterarse del evento traumático.

- Familiares pueden no saber cómo interceder ante la noticia o no saben cómo responder de forma apropiada.
- Otros pueden estar sufriendo al enterarse del suceso.
- Se introduce el tema de “poder/control”.
 - Se presenta el módulo de poder/control y se lee durante la sesión para poder identificar otros “puntos de estancamiento” por cuestionar antes de la siguiente sesión.
 - El concepto de poder o control, en relación con uno mismo, se refiere a la creencia que tiene la persona respecto a cómo ellos pueden manejar los problemas y tomar nuevos desafíos.
 - Usando diálogo socrático, el terapeuta puede ayudar al paciente a considerar que la vida no es todo o nada, blanco y negro.
- Tarea
 - Leer el material de Poder/control para reforzar la psicoeducación.
 - Si hay problemas relacionados con poder/control, el paciente deberá de completar mínimo una hoja en sus puntos de estancamiento y en un evento relacionado con el trauma que le genere malestar.
 - El paciente deberá de pensar en una persona con quien confían. En una hoja, deberán de escribir todos los tipos de confianza presentes en la relación con esa persona.

- Deberá de realizar una hoja al día en “Cuestionando creencias”.
- Deberán de realizar una actividad que han postergado o evitado a causa del trauma.
 - Es importante que sea una actividad que esté relacionada con el tema de la sesión, en donde deberán de dejar ir el control y enfrentarse a realizarlo.
- Revisar la reacción del paciente en la sesión y con la tarea

Sesión 10

- Aplicar prueba de autoreporte y revisar la tarea.
 - Se inicia verificando si el paciente completó la tarea de identificar a una persona con quien confíe y los tipos de confianza presentes en esa relación; con el fin de ver si el paciente puede ver a alguien en su vida sin la necesidad de confiar en ella en todos los momentos.
 - Se revisan los puntos de estancamiento asociados con el poder/control.
 - Algunas veces los problemas de control/poder se logran identificar al preguntar qué tanto se involucran en conductas compulsivas.
 - Se le entrega a cada paciente la hoja de trabajo “Formas para dar y tomar poder”.
 - Se usa para identificar puntos de estancamiento adicionales y relacionados con el poder/control que pueden ser desafiados durante la sesión.
- Introducir el tema de “estima”.

- Se introduce el tema y se describe cómo la autoestima y la estima hacia otros puede ser afectada por un evento traumático.
- Se le presentan dos tareas conductuales al paciente: recibir y dar cumplidos y realizar una actividad para sí mismo cada día sin condiciones o compromisos.
- Tarea
 - Se le presenta el módulo de “Problemas de Estima” y la tarea complementaria para reforzar la psicoeducación.
 - Si hay algún problema evidente de autoestima o estima se debe de realizar un trabajo complementario de “puntos de estancamiento” y de un evento reciente relacionado con el trauma.
 - Deberá de realizar una hoja al día en “Cuestionando creencias”.
- Revisar la reacción del paciente en la sesión y con la tarea

Sesión 11

- Revisar tarea
 - Se revisan las hojas de trabajo de “cuestionando creencias” enfocada en estima.
 - Se pueden identificar nuevos “puntos de estancamiento”.
 - Se le deja saber al paciente que hay creencias relacionadas con el perfeccionismo o hay preocupaciones de que los errores traerán consecuencias terroríficas.

- Se realiza dialogo socrático ante los puntos de estancamiento relacionadas con estima.
- Se buscan formas en que el paciente sobre-generaliza atributos con el perpetrador a un grupo entero.
 - Se desafían estas creencias también.
- Revisar asignaturas relacionadas con los cumplidos y cosas buenas que ha realizado el paciente.
 - El terapeuta deberá de tomar el tiempo para ver si logró completar la tarea de dar y recibir cumplidos y realizar cosas buenas para sí mismo.
 - Se pregunta si logró escuchar el cumplido sin rechazarlo inmediatamente
- Discutir finalización de terapia
 - Se analiza si el paciente tiene alguna preocupación de finalizar el proceso terapéutico.
- Introducir tema de “intimidad”
 - Se introduce el tema y se discute cómo las relaciones del paciente se pueden ver afectadas por el trauma.
 - Pueden ser a nivel sexual o a nivel personal.

- Se le pide al paciente que use las hojas de “cuestionando creencias” para confrontar pensamientos desadaptativos relacionados con la intimidad u otros “puntos de estancamiento” que no han sido abordados todavía.
- Tarea
 - Se le entrega el material del módulo de problemas de Intimidad, el cual deberá de leer en casa.
 - Se pide que vuelva a escribir una “Declaración de Impacto” acerca de cómo ahora piensa que sucedió el evento traumático y cuales creencias tiene respecto a los cinco temas abordados: seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad.
 - El paciente deberá de continuar realizando actos “buenos” para sí mismo y que continúe recibiendo y dando cumplidos.
 - Deberá de realizar una hoja al día de “Cuestionando creencias”.
- Revisar la reacción del paciente en la sesión y con la tarea

Sesión 12

- Se le realiza una última autoevaluación.
 - Se revisan los cambios entre la primera sesión y esta última.
- Revisar tarea
 - Se revisan los ejercicios de “Desafiando creencias” sobre la intimida.

- Se revisan las “Declaraciones de Impacto”, tanto el original como el nuevo.
 - Primero se lee el nuevo y luego el terapeuta lee el viejo
 - Se revisan los cambios cognitivos y conductuales que ha realizado e identificado el paciente.
- Se hace una revisión del transcurso de la terapia y progreso del paciente.
 - Se realiza un repaso de los conceptos y estrategias introducidas a lo largo de la terapia.
 - Se reconoce el esfuerzo que ha realizado el paciente en el transcurso de la terapia.
 - Se le felicita por haber pasado por todas las etapas del proceso terapéutico.
 - Si existen algunos “puntos de estancamiento” adicionales que no fueron abordados durante el proceso terapéutico, se deberán de registrar y el paciente deberá seguir realizando ejercicios de “Desafiando Creencias”.

Para finalizar la sesión y el proceso terapéutico, se identifican las metas que tiene el paciente a futuro.